

Desejando parir naturalmente: perspectiva de mulheres sobre o parto domiciliar planejado com uma enfermeira obstétrica

Wanting to give birth naturally: women's perspective on planned homebirth with a nurse midwife

Desejando parir naturalmente: perspectiva de mujeres sobre el parto domiciliario planificado con una enfermera obstétrica

Octavio Muniz da Costa Vargens^I ; Siw Alehagen^{II} ; Alexandra Celento Vasconcellos da Silva^I 

^IUniversidade do Estado do Rio de Janeiro; ^{II}Linköping University

RESUMO

Objetivo: descrever a escolha do parto domiciliar planejado acompanhado por enfermeira obstétrica em um centro urbano de grande porte, na perspectiva de mulheres brasileiras. **Métodos:** estudo qualitativo guiado pela *Grounded Theory*. Foram entrevistadas dez mulheres com idade entre 20 e 41 anos que tiveram parto domiciliar planejado acompanhadas por enfermeiras obstétricas. As participantes foram recrutadas por meio de rede social, acessando um grupo de mulheres que escreveram sobre seu parto domiciliar. **Resultados:** Emergiram duas categorias: Não vendo possibilidade de parir naturalmente no ambiente hospitalar e Pensando na segurança do parto domiciliar planejado. O hospital representou vários aspectos desfavoráveis como intervenções desnecessárias e solidão. As mulheres consideravam o lar um lugar seguro para parir, conectado aos cuidados de enfermeiras obstétricas. **Conclusão:** há mulheres que não desejam parir no hospital, preferindo parir em casa e do ponto de vista dos direitos humanos e dos cuidados desmedicalizados, as enfermeiras obstétricas devem apoiar as mulheres nessa sua decisão.

Descritores: Saúde da Mulher; Enfermeiras Obstétricas; Parto Normal; Parto Domiciliar.

ABSTRACT

Objective: to describe the choice of planned homebirth attended by a nurse midwife in a large urban centre, from the perspective of Brazilian women. **Methods:** in this Grounded Theory study, ten women aged 20 to 41 years, who had a planned homebirth accompanied by a nurse midwife, were interviewed. Participants were recruited through a social network by accessing a group of women who wrote about their homebirth. **Results:** two categories emerged: seeing no possibility of giving birth naturally in the hospital environment; and thinking about the safety of a planned homebirth. Hospital represented several unfavourable aspects, such as unnecessary interventions and loneliness. Women thought of home as a safe place to give birth, connected with nurse midwife care. **Conclusion:** there are women who do not wish to give birth in hospital, but prefer to give birth at home and, from the point of view of human rights and de-medicalized care, nurse midwives should support women in their decision.

Descriptors: Women's Health; Nurse Midwives; Natural Childbirth; Home Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: describir la elección del parto domiciliario planificado con enfermera obstétrica en un gran centro urbano, desde la perspectiva de mujeres brasileñas. **Métodos:** estudio cualitativo guiado por la *Grounded Theory*. Se entrevistó a diez mujeres entre 20 y 41 años que tuvieron parto domiciliario planificado, siendo acompañadas de enfermeras obstétricas. Las participantes fueron reclutadas a través de red social, accediendo a un grupo de mujeres que escribieron sobre su parto en domicilio. **Resultados:** surgieron dos categorías: las que no veían posibilidad de dar a luz naturalmente en el hospital y las que pensaron en la seguridad del parto domiciliario planificado. El hospital representó varios aspectos desfavorables como intervenciones innecesarias y soledad. Las mujeres consideraban que el hogar era un ambiente seguro para dar a luz, vinculado al cuidado de enfermeras obstétricas. **Conclusión:** hay mujeres que no desean dar a luz en el hospital, prefieren hacerlo en casa y, desde el punto de vista de los derechos humanos y de los cuidados sin la intervención de un médico, las enfermeras obstétricas deben apoyarlas en esa decisión.

Descriptores: Salud de las Mujeres; Enfermeras Obstétricas; Parto Normal; Parto Domiciliario.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o parto domiciliar é comumente aceito quando as mulheres não têm acesso a um hospital, seja por morar em áreas isoladas ou por falta de recursos econômicos¹. Mais de 98% dos partos ocorrem em instituições de saúde. As taxas de cesárea atingiram uma média de aumento de mais de 85% nas instituições privadas em 2019². Cerca de 80% das mulheres brasileiras desejam dar à luz normalmente. No entanto, durante a gravidez, os médicos geralmente tentam convencê-las a desistir de seus pensamentos e apenas 30% dão à luz normalmente¹. Além disso, uma combinação de fatores como o uso indiscriminado de procedimentos invasivos e intervenções de rotina, mesmo

Agradecimentos: ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, pelo apoio financeiro para a pesquisa; à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, e à Universidade Linköping, Suécia, que possibilitaram a colaboração para este estudo.

Autor correspondente: Octavio Muniz da Costa Vargens. E-mail: omcvargens@uol.com.br

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Magda Guimarães de Araujo Faria

sem suporte científico, constitui prática potencialmente arriscada para a saúde das mulheres e de seus recém-nascidos^{3,4}. Isso decorre da hegemonia do modelo de atenção tecnocrático e medicalizado no Brasil³.

A maioria das mulheres em países de renda alta e média dá à luz no hospital como norma cultural. No entanto, há mulheres que exigem a oportunidade de um parto domiciliar planejado^{5,6}. Em vários países ocidentais industrializados, menos de 1% das mulheres dão à luz em casa, mas há diferenças entre os países. Por exemplo, cerca de 2% das mulheres no Reino Unido em 2019⁷, 12,9% na Holanda em 2019⁸ e 3,4% na Nova Zelândia em 2017⁹, pariram em casa.

O desejo das mulheres de escolher onde parir é tratado de maneiras diversas em diferentes países. Na Austrália estão em vigor, há vinte anos, modelos de partos domiciliares com financiamento público, projetados de modo a tornar mais fácil para as enfermeiras obstétricas que trabalham em hospitais atenderem partos domiciliares¹⁰.

Fatores socioeconômicos parecem influenciar, visto que as mulheres que desejam o parto domiciliar têm nível socioeconômico mais elevado do que as que dão à luz no hospital¹¹.

Uma razão para parir em casa são as diferenças entre os cuidados domiciliares e hospitalares. Algumas mulheres mencionam que as razões pelas quais desconfiam dos cuidados hospitalares incluem intervenções desnecessárias e experiências adversas⁵. Ao mesmo tempo o lar é um ambiente alternativo para o parto, onde a mulher pode se sentir segura com uma enfermeira obstétrica que já a acompanhava durante a gravidez¹². O desejo pelo parto domiciliar também parece estar conectado a um local familiar onde a mulher possa relaxar, em comparação com o ambiente hospitalar desconhecido e às vezes assustador⁵.

Este estudo aborda a decisão por um parto domiciliar planejado em um grande centro urbano do Brasil, onde as mulheres costumam dar à luz no hospital. O objetivo foi descrever a escolha do parto domiciliar planejado com enfermeira obstétrica em um centro urbano de grande porte, na perspectiva de mulheres brasileiras.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa baseada na *Grounded Theory*¹³, realizada no Rio de Janeiro, Brasil, de maio a novembro de 2017. Foram entrevistadas dez mulheres, com idades entre 20 e 41 anos. Como critério de inclusão inicial, as mulheres deveriam ter tido parto domiciliar acompanhada por enfermeira obstétrica. Em conformidade com a metodologia¹³, e atendendo a critérios originados da análise comparativa dos dados, quatro grupos amostrais de participantes foram sendo gradualmente selecionados e incluídos no estudo:

G 1. Mulheres cujo primeiro e único parto foi em casa assistida por enfermeiras obstétricas. A análise comparativa dessas entrevistas apontou para a possibilidade de diferentes significados para a situação se as mulheres tivessem tido experiências anteriores de parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. Elas poderiam comparar suas próprias experiências em partos anteriores e atuais. Isso orientou a escolha do segundo grupo.

G 2. Mulheres que deram à luz mais de uma vez, sempre em casa, assistidas por enfermeiras obstétricas. A análise comparativa desses dados levantou algumas indagações/hipóteses relacionadas a experiências anteriores de parto em hospital, mesmo que não tivessem tido pessoalmente essa experiência. Assim, essa ideia levou ao terceiro e quarto grupos

G 3. Mulheres cujo segundo ou terceiro parto foi no domicílio, assistida por enfermeira obstétrica, e que já haviam parido pelo menos uma vez, em hospital, também acompanhada por enfermeira obstétrica; e

G 4. Mulheres cujo segundo ou terceiro parto foi em domicílio assistido por enfermeira obstétrica e que já havia dado à luz pelo menos uma vez em hospital assistida por médico.

Em relação ao terceiro e quarto grupos, é importante destacar que no Brasil as mulheres que dão à luz no hospital são em sua maioria atendidas por médicos. Poucas dessas mulheres dão à luz com a ajuda de enfermeiras obstétricas. Portanto, decidimos incluir mulheres atendidas por médicos em partos hospitalares anteriores.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com questões abertas do tipo “Como você tomou a decisão do parto domiciliar planejado?”. Duas entrevistas piloto foram realizadas para verificar a estratégia apropriada para abordar os participantes. Seu conteúdo não foi incluído para análise de dados.

Os participantes foram identificados e recrutados por meio da rede social Facebook. Uma vez identificada a mulher, foi feito o primeiro contato na mesma rede social, convidando-a a participar do estudo. Em caso de aceitação, foi agendada reunião na data, hora e local de escolha do participante. Antes do início da entrevista, as mulheres deram seu consentimento por escrito. A sessão de entrevista durou 30-50 minutos. A saturação foi atingida após a análise de 10 entrevistas, ou seja, quando nenhuma nova categoria emergiu dos dados.

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital de MP3 e transcritas na íntegra. Depois de transcritas, foram relidas para garantir a veracidade das informações. Códigos numéricos foram usados para ocultar as identidades dos

participantes: os nomes foram substituídos por um código alfanumérico composto pela letra "E" seguida do número da entrevista (E1). O grupo amostral foi identificado pela letra "G" seguida do número de cada grupo (G1).

A análise dos dados foi baseada na *Grounded Theory*¹³. Na primeira etapa da análise, a transcrição da entrevista foi feita pelo entrevistador imediatamente após sua conclusão. A transcrição foi lida pela pesquisadora ao mesmo tempo ouvindo a gravação, a fim de transformar adequadamente a linguagem falada na escrita. A segunda etapa foi a distribuição vertical, consistindo na separação de cada frase da transcrição. Isso foi feito para analisá-las uma a uma. Na terceira etapa foi realizada uma codificação aberta para atribuir sentido a cada unidade de texto, ou seja, a cada sentença da distribuição vertical. O passo seguinte foi agrupar os códigos afins, procurando encontrar uma expressão que pudesse representar a ideia ou os significados contidos em cada grupo constituído, as categorias provisórias. Esta etapa foi resultante da análise comparativa constante onde os códigos abertos foram comparados um a um em cada entrevista, bem como entre o conjunto de entrevistas já realizadas. O passo seguinte foi continuar a análise comparativa procedendo à organização, adensamento e redução das categorias provisórias, culminando na definição das categorias efetivas e, como desdobramento, na integração e correlação entre essas categorias. Na última etapa, o exame das categorias levou à identificação da categoria central representativa do fenômeno alvo do estudo, o ponto alto da interpretação¹³. Aqui, no processo de análise comparativa constante, foram feitas tentativas de representação esquemática do processo. Isso se deu através de articulação e integração das categorias e subcategorias encontradas de modo a expressar do fenômeno suas condições/contexto, a decisão e subsequente ação, bem como a busca por sua validação nos dados.

Para garantir os critérios da *Grounded Theory*, todos os autores foram envolvidos na análise dos dados. Os pesquisadores fizeram uma busca seletiva na literatura orientada pela análise comparativa dos dados¹³, com o objetivo também de validar o modelo teórico proposto.

Atendendo aos acordos brasileiros e internacionais sobre ética em pesquisa, o estudo foi avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 66687617.9.0000.5282, parecer 2.087.496, de 29/05/2017).

RESULTADOS

A análise dos dados identificou duas categorias: *Não vendo possibilidade de parir naturalmente no ambiente hospitalar* e *Pensando na segurança em um parto domiciliar planejado*. Essas categorias levaram à categoria central: Desejando parir de forma natural e segura - decidindo por um parto domiciliar planejado com uma enfermeira obstétrica.

Não vendo possibilidade de parir naturalmente no ambiente hospitalar

Para essas mulheres, o parto é um acontecimento normal da vida e, portanto, não uma condição para tratamento médico. Elas expressaram o desejo de parir naturalmente, com o mínimo ou sem intervenções. Afirmaram que os temidos protocolos e procedimentos, embora apresentados como um interesse de segurança, as obrigariam a um processo de parto não normal, ou seja, a uma cesárea.

Você não precisa de um super hospital. É uma coisa tão natural; você realmente não precisa sair de casa. (E2G4)

Quando o obstetra começou a falar da cesárea porque era muito mais fácil e moderno, comecei a desconfiar ... não fazia sentido para mim. (E1G1)

O ambiente hospitalar foi visto como estranho e assustador. Muitas delas tiveram experiências negativas em hospitais e o evento normal do parto não se encaixa no ambiente impessoal do hospital. Estar em um ambiente desconhecido não facilitaria para elas lidar com seu medo da dor e do processo único e desconhecido de parir.

Nunca gostei do ambiente hospitalar por causa do cheiro de éter, sempre me dá pavor. (E1G1)

Acho que sempre existe aquele medo do desconhecido. Eu não sabia como era, então fiquei com medo. (E3G1)

Tudo o que essas mulheres ouviram sobre parir no hospital disse-lhes que se sentiriam abandonadas. Sua principal preocupação naquela situação não era o parto em si nem a dor, mas a sensação de estar sozinha, longe da família. Algumas mulheres mencionaram o medo de deixar os filhos em casa enquanto ela mesma estava indo para o hospital.

Uma dimensão importante do parto é que ele traz a consciência de ser responsável pelo filho e do ser mãe para o resto da vida. Algumas mulheres mencionaram o medo de que essa transição ocorresse em um ambiente diferente do lar, mesmo que tenha sido vista como um processo natural.

Havia medo no fato de que meu bebê estava nascendo. Foi a maternidade. Agora eu seria mãe, seria responsável por um filho. (E1G1)

Pensando na segurança em um parto domiciliar planejado

A segurança é uma questão importante relacionada ao parto. As mulheres têm suas próprias ideias sobre segurança e também precisam lidar com comentários da família e de outras pessoas importantes sobre segurança. Para as pessoas ao seu redor, a segurança no parto está ligada ao ambiente hospitalar, equipamentos, procedimentos e equipe de saúde que deveriam estar disponíveis. Assim, parir fora do hospital não é seguro.

Todo mundo pergunta se vai ter ambulância na porta, aí você tem que explicar que não precisa e as pessoas acham isso um absurdo. Eles acham que você está colocando o bebê em risco. (E2G4)

No entanto, mesmo que essas mulheres entendam esses aspectos da segurança, elas também veem muitos outros aspectos indesejados no hospital. Desse modo, elas começaram a pensar em outras dimensões da segurança. Pensando no parto como um evento natural da vida das mulheres, elas não entendem a ideia do parto como um fenômeno de risco. Olhando ao redor, elas perceberam que alguns de seus familiares nasceram em casa de forma segura.

Quando minha família veio me perguntar por que eu queria um parto domiciliar e se não era arriscado, eu disse: 'Vocês todos nasceram em casa. Você tem algum problema de saúde por causa disso?' (E1G4)

Meu marido nasceu em casa em 1979; sua mãe teve um parto domiciliar natural. (E3G1)

Para essas mulheres, a segurança não está ligada apenas ao parto como fenômeno biológico ou médico, e não é uma questão de recursos disponíveis no hospital. Segurança também é sentir-se confortável, sentir-se protagonista, sentir-se poderosa para parir e ser mãe, estando junto com seus familiares.

Em casa é muito mais seguro, você é bem-vindo e sabe que a equipe que está com você é baseada em evidências, então ninguém vai fazer nenhuma besteira. Ninguém vai abrir mão de um possível limite de segurança. Confio muito na enfermeira obstétrica e ela é muito mais segura, muito mais humana, muito mais digna e respeitosa. (E1G2)

Em relação à segurança, as mulheres reconhecem que não é tão fácil decidir como e onde parir naturalmente. Isso traz o medo; sensação de que algo pode estar acontecendo com o bebê e consigo mesmas, o medo de um processo desconhecido e fora de seu controle.

Eu tinha visto um parto e a criança colocou a cabeça para fora e demorou um pouco. Isso me impressionou. (E2G1)

Sempre tem aquele medo do desconhecido. Eu não sabia como era, então tinha medo de ser alguma coisa. (E3G1)

Quanto à tomada de decisão, apesar das dúvidas sobre ambiente e/ou segurança, afirmaram que a confiança é um fator preponderante. Sentem-se confiantes na equipe de assistência ao parto domiciliar (enfermeiras obstétricas) que estaria com elas no seu parto.

Confio muito, muito nas enfermeiras e é muito mais seguro, muito mais humano, muito mais digno e respeitoso, tanto para a mãe quanto para o bebê. (E1G2)

Desejando parir de forma natural e segura: decidindo por um parto domiciliar planejado com uma enfermeira obstétrica

A interpretação e integração das categorias levaram a esta categoria central. As mulheres não tinham certeza do que queriam, mas tinham certeza do que não queriam em relação ao parto. Para elas, havia uma série de aspectos negativos relacionados ao ambiente hospitalar, como intervenções desnecessárias, dor, ambiente ameaçador, ficar sozinha e deixar seus familiares. No fundo, elas sabiam que não era isso que queriam no parto.

As mulheres queriam um parto natural em um ambiente familiar e não ameaçador, e o lar mostrou-se o lugar que poderia garanti-lo. Queriam estar perto da família e também ser assistidas por uma enfermeira obstétrica. O parto domiciliar planejado seria uma forma de lidar com o medo da dor, manter os filhos em casa e, para quem estava parindo pela primeira vez, fazer a transição para a maternidade.

As mulheres pensaram sobre o significado de segurança em relação aos recursos tecnocráticos disponíveis no hospital. Ao mesmo tempo, acreditavam que o parto era um fenômeno natural da vida das mulheres e não deveria precisar desses recursos. Acreditavam que precisariam de um ambiente diferente do hospital. O lar era onde elas se sentiam seguras em tantas situações, por que não também ao parir? Elas conheceram pessoas que tiveram parto domiciliar e tudo correu bem. Para essas mulheres, a segurança ganhou um novo significado a partir de uma relação estreita de confiança com quem vai cuidar dela em casa - as enfermeiras obstétricas.

Assim, após pensar e repensar as vantagens e desvantagens do parto domiciliar em relação ao parto hospitalar, essas mulheres chegaram à conclusão de que desejavam parir naturalmente, sem qualquer intervenção. Assim, decidiram parir em casa assistidas por uma enfermeira obstétrica. (Figura 1)

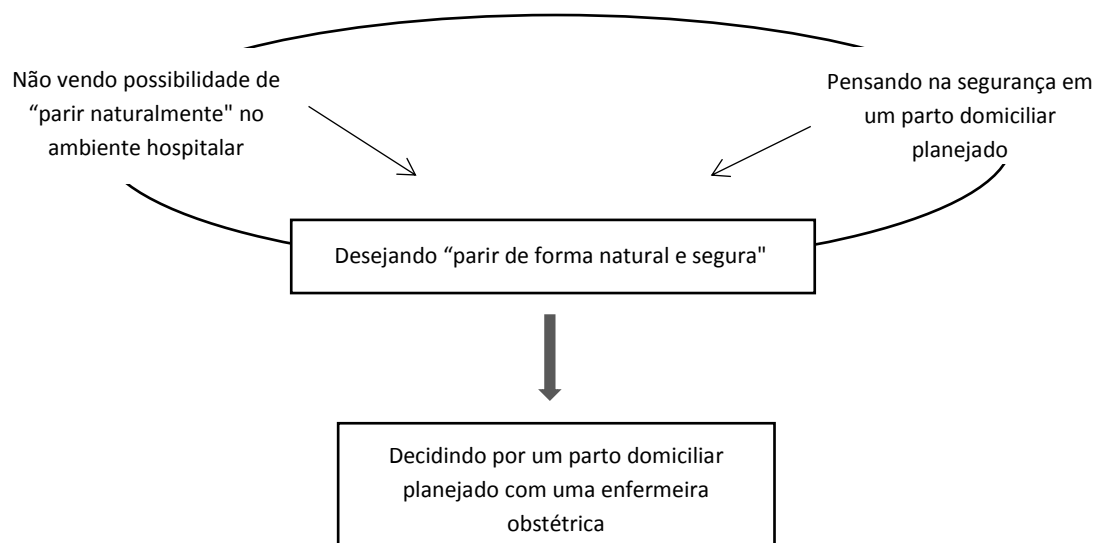


FIGURA 1: Diagrama representativo do modelo teórico Desejando parir de forma natural e segura. Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

DISCUSSÃO

A literatura médica de modo geral, em especial a brasileira, assim como o senso comum, aponta o ambiente hospitalar como o mais seguro para o parto. Essa ideia de segurança é fortemente relacionada aos recursos tecnocráticos disponibilizados no hospital, incluindo uma equipe de profissionais qualificados também sob a perspectiva da tecnocracia medicalizada.

Ao dar voz a mulheres que vivenciaram o parto domiciliar acompanhadas por enfermeiras obstétricas o presente estudo contrapõe-se a esse senso comum em alguns aspectos essenciais. Primeiro não relacionaram a segurança no parto à disponibilidade dos recursos hospitalares, acrescentando-lhe dimensões subjetivas e afetivas importantes, que são marcantes no ambiente domiciliar. Ao mesmo tempo rejeitaram as intervenções exageradas e desnecessárias, rotineiras no ambiente hospitalar. Apontaram também a atuação desmedicalizada, individualizada e competente da enfermeira obstétrica como fator preponderante para a segurança no parto.

Esse estudo, portanto, produziu evidências de que a decisão das mulheres sobre parto domiciliar planejado foi um processo que envolveu uma série de fatores diferentes. Esses fatores estavam ligados a diferentes dimensões: o ambiente, o medo, a segurança e o profissional que cuidaria delas. Compararam e avaliaram essas dimensões e concluíram que queriam parir naturalmente, decidindo pelo parto domiciliar planejado assistido por uma enfermeira obstétrica.

A segurança foi uma dimensão crucial neste processo. Reiterando o senso comum em ambientes médico-hospitalares, bem como na sociedade em geral, a ideia de segurança no parto está relacionada ao suporte de equipamentos sofisticados^{12,14-16}. No entanto, se o parto é visto como um evento natural, a intervenção médica não é necessária. Elas temiam uma intervenção precoce em resposta à dilatação cervical lenta e temiam que o processo de parto terminasse em uma cesariana. Ora, se não for possível para uma mulher parir naturalmente no hospital, o parto domiciliar planejado passa a ser a escolha de algumas delas. Este foi um pensamento encontrado entre as mulheres em nosso estudo. Esses achados corroboram outra pesquisa que mostrou mulheres preferindo o parto domiciliar planejado em vez do parto hospitalar⁵.

O medo também estava relacionado à perspectiva de dor e ao processo desconhecido e incontrolável do parto, sobretudo em um ambiente que é por si assustador. A sala de parto tem sido descrita como um local e uma experiência que pode instilar medo¹⁷.

A transição para a maternidade também foi motivo de medo. Se o local de nascimento for conhecido, pode ser mais fácil para as mulheres se sentirem conectadas ao filho durante o parto⁵.

As mulheres neste estudo consideraram a segurança como crucial em um parto domiciliar planejado. Mencionaram que outras haviam parido em casa e que isso não acabou em problemas. Se isso foi possível para outras mulheres, por que não para elas? Isso pode estar relacionado à autoeficácia, a confiança de uma pessoa em sua própria capacidade de lidar com uma determinada situação¹⁸. Mulheres que preferem o parto domiciliar confiam em sua capacidade de parir¹⁹. A referência indireta às experiências dos outros é uma das fontes de autoeficácia individual. Outras fontes identificadas

são resultados de experiências anteriores, persuasão verbal e excitação emocional¹⁸. Sua autoeficácia certamente foi aumentada pelos estímulos oferecidos pelas enfermeiras obstétricas que cuidaram delas durante a gestação e em quem confiaram para assistir ao futuro parto domiciliar¹⁹.

A confiança na enfermeira obstétrica foi importante para a decisão pelo parto domiciliar planejado. Uma forma de compreender essa confiança pode ser que a enfermeira obstétrica apoiou seus esforços para obter maior controle sobre o processo de parto. Isso também foi relatado em um estudo finlandês⁶. Comparando o senso de controle entre as mulheres que tiveram parto domiciliar planejado e aquelas que tiveram cesariana eletiva, aquelas com parto domiciliar planejado relataram estar mais no controle da situação^{15,16}.

Em uma análise do conceito de controle no parto, alguns atributos críticos mostraram-se importantes, tais como a tomada de decisão, o acesso à informação, a segurança pessoal e o funcionamento físico²⁰. No contexto do parto domiciliar planejado, esses atributos podem ser usados para entender a sensação de controle que as mulheres experimentam. O cuidado individual e o ambiente familiar facilitam um papel ativo na tomada de decisões e no acesso às informações. A segurança pessoal depende da mulher identificar o lar como um local seguro para o parto. A função física pode ser facilitada pelo ambiente familiar, onde as mulheres têm um maior senso de controle de seu corpo, emoções e dor. Isso é corroborado por outro estudo em que as mulheres que preferiram ou tiveram um parto domiciliar planejado eram mais propensas a se sentir no controle por serem capazes de escolher o local de nascimento e de participar ativamente na tomada de decisão sobre o cuidado^{6,19}.

Nesse sentido, no que se refere ao papel das enfermeiras obstétricas na decisão pelo parto domiciliar, as mulheres reconhecem alguns atributos distintivos na prática dessas profissionais. Foi a atuação das enfermeiras obstétricas em relação à parturiente que as estimulou a lidar com o medo da dor e a vivenciar o parto com naturalidade²¹. Estratégias para evitar experiências negativas, bem como o medo, oferecem à mulher segurança emocional e existencial durante o parto¹⁷.

Os resultados evidenciaram que os aspectos negativos do ambiente hospitalar influenciam fortemente na decisão pelo parto domiciliar. Ao se compreender as múltiplas razões do ambiente hospitalar ser como é e quão difícil é a estruturação do atendimento individualizado, percebe-se a influência do modelo médico-tecnocrático, com a medicalização do parto²⁰, hegemônica no Brasil²². No entanto, vários aspectos negativos apontados por mulheres neste estudo se relacionam muito mais diretamente ao comportamento das equipes hospitalares do que ao próprio ambiente físico. A enfermeira obstétrica deve mudar a forma de se comportar, atuando no ambiente hospitalar com foco na mulher, como o faz no parto domiciliar²³.

Limitações do estudo

Uma limitação do estudo pode estar na participação de apenas dez mulheres. No entanto, a inclusão de quatro grupos amostrais com algumas características diferentes pode ser vista como um ponto forte. Essa estratégia rendeu quantidade e variedade de dados para análises comparativas constantes. Destaca-se que o estudo foi realizado a partir das narrativas das próprias mulheres que passaram pela experiência, o que configura sua singularidade e importância.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que as decisões das mulheres em favor do parto domiciliar planejado resultaram de um processo de comparação e avaliação de vários aspectos. Elas não viam o ambiente hospitalar como necessário para um processo natural como o parto. A transição para a maternidade e a necessidade de sair de casa para hospital deixando os filhos foram outros fatores importantes, assim como o medo de enfrentar uma situação desconhecida.

A confiança, incluindo a sensação de segurança com uma enfermeira obstétrica habilidosa e o atendimento individual, foi uma condição central na decisão pelo parto domiciliar planejado.

Para as mulheres que tiveram parto domiciliar, a experiência do atendimento individualizado, com a confiança e segurança que ela gera, poderia ser introduzida nos hospitais a fim de reduzir os impactos negativos do parto hospitalar nas mulheres. Enfermeiras obstétricas mostram-se fundamentais nessa mudança. Há ainda as mulheres que preferem parir em casa e do ponto de vista dos direitos humanos e dos cuidados desmedicalizados, as enfermeiras obstétricas devem oferecer essa opção e apoiar as mulheres nessa sua decisão.

REFERÊNCIAS

1. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labour and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 29]; 30(Suppl 1):S17-S32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cesarean rates by health plan operator [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 29]; Available from: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>

3. Vargens OMC, Nunes S, Silva CM, Progianti JM. Invasive procedures in midwifery care from a gender perspective. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 29]; 24(6):e15066. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.15066>
4. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Social representations on homebirth. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 29]; 19(4):606-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400606&lng=en
5. Bernhard C, Zielinski R, Ackerson K, English J. Homebirth after hospital birth: women's choices and reflections. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 29]; 59:160-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12113>
6. Jouhki M-R, Suominen T, Åstedt-Kurki P. Giving birth on our own terms—Women's experience of childbirth. *Midwifery* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 29]; 53:35-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.008>
7. Office for National Statistics. Births in England and Wales by Characteristics of Birth-2018. [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 29]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/datasets/birthcharacteristicsinenglandandwales>
8. The Netherlands Perinatal Registry. Perinatale zorg in Nederland. Jaarboek Zorg 2018. [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 29]. Available from: <https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/jaarboek-zorg>
9. Ministry of Health, New Zealand. Report of maternity health-2017 [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 29]. Available from: <https://www.health.govt.nz/publication/report-maternity-2017>
10. Coddington R, Catling C, Homer CSE. From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs. *Women and Birth* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 29]; 30:70-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.08.001>
11. Steel A, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: a study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. *Sexual Reproductive Healthcare* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 29]; 6:132-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.04.002>
12. Borrelli SE, Walsh D, Spiby H. First-time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. *J. Adv. Nurs.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 29]; 73:1937-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13272>
13. Glaser BG. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. Sociology Press, Mill Valley. 1978.
14. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 29]; 17:103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>
15. Descieux K, Kavasseri K, Scott K, Parlier AB. Why women choose homebirth: a narrative review. *MAHEC Online Journal of Research*, 2017 [cited 2020 Oct 29]; 3(2):1-10. Available from: https://sys.mahec.net/media/onlinejournal/why_women.pdf
16. Ahmad Tajuddin NAN, Suhaimi J, Ramdhan SN, Malek KA, Ismail IA, Shamsuddin NH, et al. Why women chose unassisted homebirth in Malaysia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29]; 20:309. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
17. Nilsson C. The delivery room: Is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 29]; 5(4):199-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.010>
18. Bandura A. Self-efficacy, the exercise of control. W.H. Freeman and Company, New York. 1997.
19. Mortensen B, Diep LM, Lukasse M, Lieng M, Dwekat I, Elias D, Fosse E. Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open*. 2019 [cited 2020 Oct 29]; 9(11):e030324. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030324>
20. Coddington R, Catling C, Homer C. Seeing birth in a new light: the transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29]; 88:102755. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102755>
21. Sanches METL, Barros SMO, Santos AAP, Lucena TS. Obstetric nurse's role in the care of labor and childbirth. *Rev. enferm. UERJ*, [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 29]; 27:e43933. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.43933>
22. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2001 [cited 2020 Oct 29]; 75(Suppl 1):S5-S23. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
23. Silva GF, Moura MAV, Queiroz ABA, Pereira ALF, Carvalho ALO, Netto LA. Opportunities for nurse midwives to bring change to the hegemonic model of obstetrics. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29]; 28:e49421. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49421>