

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DANIELLE CARVALHO ROCHA

**A MULHER COMO PROTAGONISTA DO PARTO DOMICILIAR:** relatos  
de experiências

SÃO LUÍS  
2017

**DANIELLE CARVALHO ROCHA**

**A MULHER COMO PROTAGONISTA DO PARTO DOMICILIAR: relatos  
de experiências**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Teresa Frias Rios

SÃO LUÍS  
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rocha, Danielle Carvalho.  
A mulher como protagonista do parto domiciliar :  
relatos de experiências / Danielle Carvalho Rocha. -  
2017.  
55 f.  
Orientador(a): Cláudia Teresa frias Rios.  
Curso de Enfermagem, Universidade Federal do  
Maranhão,  
São Luis, 2017.  
1. Enfermagem. 2. Humanização. 3. Nascimento. 4.  
Parto domiciliar. 5. Protagonismo. I. Rios, Cláudia  
Teresa frias. II. Título.

DANIELLE CARVALHO ROCHA

**A MULHER COMO PROTAGONISTA DO PARTO DOMICILIAR: relatos de experiências**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Teresa Frias Rios (Orientadora)**  
Doutorado em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lena Maria Barros Fonseca**  
Doutorado em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim**  
Doutorado em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a todas as mulheres que deram voz a este trabalho, acreditaram no seu corpo acima de tudo, permitindo que seus filhos escolhessem o dia que realmente quiseram fazer parte desse mundo.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Departamento e Coordenação de Enfermagem, aos professores efetivos e substitutos, amigos e colegas que cruzaram o meu caminho durante esta trajetória compartilhando seus conhecimentos, me orientando inúmeras vezes durante esta caminhada pessoal e profissional, aos campos de prática, estágio e Hospitais Universitários, onde nos quais, pude aprimorar meus conhecimentos.

À mim por não ter desistido do meu grande sonho que era pesquisar sobre essa temática desde o início da graduação. E por ter tido persistência, determinação e força de vontade para concretizar este sonho, que finalmente pode ser alcançado.

À minha orientadora, prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Teresa Frias Rios, por ter aceitado o desafio de me orientar, apoiando-me e compartilhando comigo seus conhecimentos para que este trabalho “nascesse” da melhor forma possível.

Aos meus pais, principalmente à minha mãe, Dalete da Silva Carvalho, que nunca mediu esforços e incentivos para que eu chegasse até aqui, a poucos passos de me tornar uma Enfermeira.

Ao meu tio, Gleidson da Silva Carvalho, que buscou me incentivar desde a adolescência para que eu ingressasse no ensino superior e assim me tornasse a primeira pessoa da minha família, mais próxima a receber o diploma da graduação.

À minha família, que me alguma forma, contribuiu para a concretização de mais esta etapa da minha vida.

À todos os colegas, amigos e desconhecidas que ajudaram compartilhando um pouco dos seus conhecimentos, histórias de vida e tempo para que este trabalho pudesse ser finalizado.

“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”.  
(Michel Odent)

## RESUMO

O ato de parir é um evento singular, emergindo do processo natural e fisiológico do corpo. Devido aos processos de medicalização do parto e exacerbados números de cirurgias cesarianas, o parto domiciliar tornou-se novamente alvo de discussões e quereres femininos, representando um modelo de assistência pautado na humanização e respeito aos desejos de cada mulher. Na área da saúde, os enfermeiros são os profissionais que mais incentivam o parto humanizado, baseado no respeito e prestação de assistência humanizada. Este trabalho tem como objetivo conhecer a experiência das mulheres que tiveram parto no âmbito domiciliar, nos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Raposa e Paço do Lumiar, do estado do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, com a participação de 9 mulheres, sendo as entrevistas realizadas nos meses de setembro e outubro de 2017. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Dos resultados emergiram três categorias temáticas. 1- Motivadores para a vivência do parto domiciliar; 2- As visões diante do parto domiciliar; 3- Emergência de sentimentos com a vivência do parto em casa. As entrevistas mostraram que o desejo por autonomia, o respeito, pelo protagonismo, a elevada renda familiar e nível de escolaridade, foram pontos decisivos para vivência do parto domiciliar, assim como o respaldo das consultas de pré-natal. Com isso, foi possível concluir que o parto domiciliar configura-se atualmente como um confronto ao que é oferecido pelos sistemas de saúde, público ou de âmbito particular, emergindo de uma necessidade de vivenciar de forma visceral a fisiologia do corpo feminino. O protagonismo dessa nova escolha de parir, evidenciou o desejo de se sentirem ativas em seus partos.

**Palavras-chaves:** Humanização. Parto domiciliar. Protagonismo. Enfermagem. Nascimento.

## ABSTRACT

The act of giving birth is a singular event, emerging from the natural and physiological process of the body. Due to the processes of medicalization of labour and exacerbated numbers of caesarean surgeries, home birth has become again the target of feminine discussions and wishes, representing a model of assistance based on humanization and respect for the desires of each woman. In the health area, nurses are the professionals who most encourage humanized childbirth, based on the respect and provision of humanized care. This study aims to know the experience of women who had a home birth in the cities of São Luís, São José de Ribamar, Raposa and Paço do lumiar, in the state of Maranhão. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, with the participation of 9 women and the interviews were carried out from September to October 2017. For the data analysis, we used the Bardin content analysis technique. From the results three thematic categories emerged. 1- Motivators for the experience of home birth; 2- The visions of the home birth; 3- Immersion of feelings with the experience of home birth. The interviews showed that the desire for autonomy, respect, protagonism, high family income and education level were decisive points for the experience of home birth, as well as the support of prenatal consultations. Thus, it was possible to conclude that home delivery is nowadays a confrontation with what is offered by public or private health systems, emerging from a need to viscerally experience the physiology of the female body. The protagonism of this new birth choice evidenced the desire to feel active in their births.

**Keywords:** Humanization. Home birth. Protagonism. Nursing. Birth.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CAEE** - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFMA** - Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	15
2.1. Objetivo geral .....	15
2.2. Objetivos específicos .....	15
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
3.1. O parir fisiológico à transição para a institucionalização do parto.....	16
3.2. O ressurgimento do protagonismo feminino com o parto domiciliar.....	19
3.3. O Enfermeiro na prática do parto domiciliar .....	21
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	24
4.1. Tipo de estudo .....	24
4.2. Local do estudo.....	24
4.3. Selecionando as participantes da pesquisa .....	24
4.4. Coleta de dados.....	25
4.5. Análise de dados.....	25
4.6. Aspectos éticos.....	26
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	27
5.1. Motivadores para a vivência do parto domiciliar .....	27
5.2. As visões diante do parto domiciliar.....	33
5.3. A emersão de sentimentos com a vivência do parto em casa.....	38
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	49
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO .....	51
ANEXO A – PARECER DO COLEGIADO DE ENFERMAGEM.....	52
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	53

## 1. INTRODUÇÃO

O movimento pela humanização do parto e conseqüentemente do nascimento, advém da luta contra intervenções desnecessárias e promoção do cuidado no ciclo da gravidez, parto e nascimento, julgados como processos singulares, naturais e fisiológicos da natureza feminina, reforçando o protagonismo da mulher (BRASIL, 2014).

Uma luta que, por conseguinte, entra no cenário onde a cultura da pró-cesárea é viva e cheia de adeptos, deste modo, enaltecendo a subordinação da mulher às opiniões alheias do seu particular e emocional, tendo sua condição de cidadã negada desde a descoberta da gravidez. Todavia, essa cultura de apropriação gestacional, sobre o tipo e local do parto não manifestava espanto e revolta até poucos dias atrás (LESSA et al., 2014).

E na busca de novos rumos à humanização, o parto domiciliar, também conhecido como não intervencionista, sobressaltou-se no espaço contemporâneo, onde, por longo tempo fora realizado em comunidades, com o auxílio de parteiras e atualmente, evidenciou como uma prática a priori, planejada, nos centros urbanos, caracterizando-se uma escolha de conotação pessoal (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

É importante frisar que a prática do parto domiciliar é antiga e cercada de tabus, isso, em vista da exposição da mãe e bebê a um ambiente desfavorecido de aparato médico-hospitalares. Todavia, foi por longo tempo uma prática comum, dita como normal na sociedade e, para tanto, considerado um evento fisiológico, até que no século XX, a medicina o transformasse em um evento patológico, com uma desenfreada necessidade de intervenções medicamentosas e cirúrgicas, dando ênfase a assistência hospitalar ao parto (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

No Brasil, o parto domiciliar evidenciou-se como um acontecimento extravagante, que por sua vez, permaneceu aquém dos hábitos no espaço urbano contemporâneo. Foi muito comum na cidade de São Paulo, no século XX, já que o cuidado à mãe e ao bebê no domicílio era prestado de modo continuado por uma única pessoa, em geral, conhecida como a parteira (COLACIOPPO et al., 2010).

Contudo, as particularidades do parto domiciliar são ressaltadas com clareza e diferenciação do parto normal no ambiente hospitalar. Souza, Soares e Quitete (2014) deixam explícito que neste primeiro, há a valorização tanto da mulher,

como ser protagonista, do recém-nascido, da importância do pai como sujeito do parto e da identificação da mulher com o seu ambiente, recinto, tornando-a menos ansiosa no trabalho de parto. Para Frank e Pelloso (2013) no domicílio, a mulher se torna o sujeito ativo do parto, tendo controle sobre o seu próprio corpo, atuando de forma segura, resgatando para si o próprio parto, podendo realizar suas escolhas com segurança, de forma desinibida. Além disso, Koettker et al., (2012) aponta que o ambiente domiciliar possibilita que a mulher seja apoiada por mais de uma pessoa da sua rede social, levando a inclusão de outros filhos, quando tiver, o que, por conseguinte, favorece o vínculo familiar.

Para Medeiros, Santos e Silva (2008, p. 771), o forte interesse das mulheres se reproduz quando “[...] afirmam que a escolha por um parto fora do modelo institucionalizado esteve relacionada com suas experiências vivenciadas desde o seu próprio nascimento até o momento do parto de seus filhos”. Os autores revelam ainda que quanto maior o nível universitário e condição socioeconômica, maior é o acesso à informação e o tipo de assistência no processo gestacional, o que traz ainda uma reflexão sobre a grande parcela de gestantes no Brasil, que é de condição social menos favorecida e esclarecida e, por consequência, são negligenciadas pelos profissionais de saúde que, por vezes, não consideram a escolha informada um direito da mulher.

Posteriormente, Feyer, Knobel e Monticelli (2013) reforçam a informação de que quanto maior nível de instrução acadêmica, que por sua vez garante-lhe uma renda mais estável e privilegiada de acesso à informação e serviços como plano de saúde e poder aquisitivo de contratação de profissionais de saúde, maior é o desejo de ter um parto domiciliar. Desta forma, têm acesso aos seus direitos garantidos por lei.

Todavia, para que a prática do parto domiciliar seja vivenciada de forma plena e segura, é importante adotar medidas básicas, a exemplo disso, as consultas de pré-natal com profissionais de saúde habilitados para a prestação desse serviço, cuja importância é indispensável para uma avaliação do binômio mãe-filho, seja para a prática do parto domiciliar ou hospitalar, pois é ela que pode levar segurança à mulher no processo gestacional e subsídio para uma maior autonomia na hora de escolha do parto.

As consultas de pré-natal são o ponto fundamental para a participação ativa no parto domiciliar. “Este ser ativo que opta por este tipo de parto possui ou passa a

ter, através do acompanhamento pré-natal, a consciência do seu papel de protagonista no parto, portanto realiza um parto ativo e espontâneo [...]” (SOUZA; SOARES; QUITETE, 2014, p.122). Além disso, um bom acompanhamento durante a gestação resulta em taxas reduzidas de transferência hospitalar, de cirurgias cesarianas, traumas e uso de fármacos no trabalho de parto e pós-parto (SANFELICE; SHIMO, 2014). O que implica na redução significativa, principalmente no número de cirurgias cesáreas, porque segundo o Ministério da Saúde (MS), esse percentual está chegando a 55% dos partos realizados no país e em alarmantes 84,6% nos serviços privados de saúde, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) só estipula de 10 a 15% de cirurgias cesáreas (BRASIL, 2016).

Portanto, sabendo-se da problemática que é a tendência da pró-cesárea no país, surgiu o seguinte questionamento: em um país líder mundial em cirurgias cesarianas pré agendadas, quais foram as experimentações vivenciadas durante o protagonismo do parto no âmbito domiciliar?

Partindo dessa premissa e dessa problemática, a elaboração deste trabalho é justificada pelo forte interesse pessoal sobre as práticas obstétricas, principalmente as práticas humanizadas, e da necessidade de investigar as práticas do parto domiciliar, visto a necessidade cada vez maior de se discutir alternativas viáveis que contribuam para o ensinamento e aperfeiçoamento dos profissionais da saúde da área da saúde mulher e das próprias mulheres. Desta forma, busca-se trazer dados atualizados, permitindo uma contribuição à literatura científica e fornecer subsídio às mulheres que desejam ou desejarão ter um parto em domicílio e à sociedade, principalmente grupos e maternidades, esclarecendo que o parto domiciliar, apesar de ser tabu para muitos, é uma prática natural desde antes das inúmeras intervenções, por vezes desnecessárias, no que se diz respeito ao ato de parir.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Conhecer a experiência das mulheres que tiveram parto no âmbito domiciliar, nos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Raposa e Paço do Lumiar, do estado do Maranhão.

### **2.2. Objetivos específicos**

Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar;

Identificar fatores motivadores para vivenciar o parto domiciliar;

Identificar os sentimentos vivenciados durante o parto domiciliar.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. O parir fisiológico à transição para a institucionalização do parto

O ato de parir é um evento natural e único onde sua essência está em receber o ser concebido, em um momento tão aguardado pela mulher que agora se torna mãe. Momento esse que por longos anos foram realizados no ambiente domiciliar, com apoio de parteiras tradicionais, onde essas detinham conhecimento prático transmitido de forma oral, assim, partejando a mulher durante todo o trabalho evolutivo do parto. (SOUZA; SOARES; QUITETE, 2014).

No Brasil, o ato de partejar fora uma prática comum, transmitida por várias gerações, relações de parentesco, aprendida com mulheres que tinham mais experiências, principalmente as negras e caboclas<sup>1</sup> cujas suas classes econômicas eram menos favorecidas, e que também acabaram ficando conhecidas como comadres, parteiras, aparadeiras e curiosas entre os séculos XVI e século XVIII. Por ser um evento íntimo, onde havia um cerco receio de expor a genitália, as parturientes conferiam a essas mulheres o poder da assistência dentro de seus lares, com uma relação de mútua confiança, afeto e reconhecimento devido suas experiências com outras parturientes (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A prática do parto domiciliar por parteiras, advém anteriormente desde a época do Brasil colônia, onde uma das posições mais utilizadas no momento de parir era de forma agachada ou sentada. As mulheres eram preparadas e ensinadas desde cedo que essa seria a melhor forma de parir, tendo também a parteira função de ensinar e demonstrar, para que assim, acontecesse no grande dia. E sendo os médicos da época tidos como figuras completamente insensíveis as dores femininas, esses eram descartados deste momento, ficando apenas as parteiras que gozavam de experiências e sabedoria das manobras que facilitavam o parto (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

Somente no final do século XVI, a figura masculina diante do parto, tornou-se mais presente com a criação do fórceps obstétrico<sup>2</sup>, cuja autoria partiu do cirurgião inglês conhecido como Peter Chamberlain, sendo sua implantação realizada de forma gradual, fazendo assim, com que o trabalho realizado pelas parteiras fosse

---

<sup>1</sup> Nome que se dá no Brasil aos nativos mestiços de brancos com índios.

<sup>2</sup> Instrumento utilizado para apreensão da cabeça do feto, auxiliando em sua retirada da via vaginal da mulher.

começando de longe a sofrer um declínio (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007). Posteriormente, ao final do século XIX, a intervenção médica tornou-se mais sólida, com campanhas de obstetras que passaram a definir o parto como evento passível de controle, efetivando-se na metade do século XX, após a segunda guerra mundial, quando o cenário do parto domiciliar foi extinto, predominando agora o parto hospitalar (SANFELICE et al., 2014).

Dessa maneira, gradualmente, foi estabelecendo-se uma construção social sobre a visão do parto, que dava ênfase a patologia, risco, dor, sofrimento e morte, além da predominância da figura masculina. Assim, caracterizando o processo de gestar e parir como um evento ligado a patologia e não mais a um processo fisiológico de um corpo que nasceu preparada para tal. Concepção essa que prevalece até a atualidade (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Assim sendo, o nascimento passou a ser encarado como uma questão submissa à médicos, levando em consideração que as gestações têm um caráter estritamente patológico, o que acarreta na difusão de pensamentos que a mulher é um ser incapaz, passível de interpretações científicas e submissa ao uso indiscriminado de tecnologias para que possa se tornar capaz de expulsar um feto, não exaltando o que deveria ser prioritário, a segurança e o querer feminino (BRASIL, 2014).

Com a institucionalização do parto e sua medicalização, houve uma restrição e grande perda da autonomia das mulheres, o que conseqüentemente revela uma crítica quanto aos cenários hospitalocêntricos, centrados em modelos tecnocráticos, onde prevalece a inflexibilidade e impessoalidade em um momento que deveria ser completamente oposto. É válido lembrar que o ambiente hospitalar não é sinônimo de um acompanhamento satisfatório durante o trabalho de parto, uma vez que em geral emerge um abandono da mulher, de suas vontades e decisões, em prol de inúmeros recursos disponíveis no ambiente a qual foi submetida (FRANK; PELLOSO, 2013).

Uma realidade gélida e abstrata, além de ter uma visão materialista, como é explicada no texto abaixo:

Sob uma perspectiva mais ampla, a instituição/hospital/maternidade é a célula em que os valores e concepções sobre o modo de viver e o modo de nascer se materializam. Durante o período em que permanece sob a tutela da instituição, a mulher é destituída de direitos, sendo-lhe retirada a autonomia, a privacidade, o direito de ir e vir e o direito sobre o próprio corpo,

relegada a uma posição de paciente. O que é normal acaba por se diferenciar do que é natural e fisiológico, e os recursos que deveriam ser usados somente quando necessário são transformados em rotina. A subjetividade é desconsiderada dando lugar ao tecnicismo (muitas vezes iatrogênico), e o parto se transfigura em momentos de privação relacional, comportamental e afetiva (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012, p.28).

Menezes, Portella e Bispo (2012), ainda reforçam a percepção do hospital como território alheio, de característica não familiar para as parturientes, o que não incorpora, tampouco auxilia no empoderamento pessoal da mulher, ficando assim em uma condição passível. Além disso, o uso de algumas práticas rotineiras dentro do ambiente hospitalar é desnecessário, sem respaldo científico, como frisa o próprio MS, como é o caso da exclusão da dieta leve, o que não ocasiona o aumento de incidência de complicações em um parto normal, a prática recorrente de realização de enemas, a tricotomia, uso de ocitocina e a prática rotineira de episiotomia. Segundo o MS, o apoio físico e emocional colabora muito mais para um trabalho de parto tranquilo, demonstrando benefícios para que se alcance um parto saudável, sem necessidade de intervenções (BRASIL, 2014).

Por se tratar de uma experiência pessoal, familiar e intransferível, o parto solicita o mínimo possível de intervenções, exaltando sempre o binômio mãe-filho, sendo esse, direito de ambos e que devem ser respeitados acima de tudo, desde que se tenha uma margem de segurança para isso (MATÃO et al., 2016). Não se estima travar uma disputa sobre o parto domiciliar e o parto hospitalar, o que se pondera acima de qualquer circunstância é a prevalência da segurança, direitos e querer de cada parturiente. É claro que o ambiente hospitalar colabora para salvar milhares de vidas diariamente e é essa sua intenção, contudo, não podemos deixar que a mecanicidade hospitalocêntrica interfira no fisiológico, tentando promover intervenções que coajam e subestimem a capacidade feminina de empoderamento quanto ao ato de parir. O MS reforça tal afirmação quando discute a ideologia entre o parto domiciliar e hospitalar, onde afirma que:

A principal discussão que surge em relação ao parto domiciliar é a que concerne à segurança. Os opositores de tal opção alegam que o parto no domicílio é perigoso e que, mesmo em situações de risco habitual, poderiam surgir problemas que apenas são solucionados no ambiente hospitalar. Ao contrário, os seus defensores alegam que não necessariamente o parto no ambiente hospitalar é absolutamente seguro, tendo em vista as intervenções, muitas vezes desnecessárias, às quais as mulheres são submetidas acarretando-lhes também complicações (BRASIL, 2014, p.32).

Portanto, deve haver um bom senso e equilíbrio para que a imposição não submeta a mulher a um papel subordinado a quererres médicos, sendo passível de qualquer ato contrário ao seu estilo de vida e desejos pessoais.

### **3.2. O ressurgimento do protagonismo feminino com o parto domiciliar**

No contexto mundial, o parto domiciliar é um evento encorajado e com reconhecimento pelo sistema público de saúde em países desenvolvidos como é o exemplo do Canadá, Holanda e Austrália. Isso deve-se a assistência segura que é transmitida tanto quanto em um parto realizado no ambiente hospitalar, possuindo resultados extremamente satisfatórios às parturientes (SANFELICE; SHIMO, 2014).

O parto domiciliar, atualmente, tem se portado como uma escolha feminina e por vezes com grande apoio familiar, onde têm-se a opção de contar com o suporte da família nesse processo de parição, desde que haja previamente um respaldo de caráter profissional, como é o caso do acompanhamento no pré-natal, relatando esse ser um parto de risco habitual, ou seja, de baixo risco (ANDRADE; SILVA, 2016). Para Crizóstomo, Nery e Luz (2007, p. 101) “o parto não é uma doença, é um fenômeno fisiológico, salvo em gestações de risco. Portanto, a grávida não é paciente, pois não está doente, apenas vai parir um bebê, ela é uma parturiente”.

O parir em casa está se revelando uma nova modalidade de escolha, o que caracteriza como uma fuga do modelo hospitalocêntrico, trazendo o ressurgimento de uma prática realizada por séculos e posteriormente abandonada. Para Sanfelice e Shimo (2014, p. 158) isso mostra que há uma representatividade discreta “[...] quando comparada ao total de partos institucionalizados, o domiciliar tem sido alvo de crescentes discussões na mídia, nas redes sociais, entre os conselhos profissionais de saúde e entre os mais diversos setores da sociedade nos últimos anos”.

Em vista disso, há um impasse de opiniões e de argumentos favoráveis e contras ao ressurgimento do parto domiciliar em um cenário dotado de utensílios médicos, anestésias, analgesias, ocitocinas e a praticidade de conciliar os afazeres diários e o trabalho, tendo a opção de se optar por um procedimento cirúrgico desnecessário. Essa discussão de ideias gira em torno de direitos de escolha e imposições, onde:

A grande polêmica envolvida com o parto domiciliar se dá pelo fato de ser considerado, para a medicina contemporânea, um ato de retrocesso frente a tantos avanços e recursos que a saúde dispõe na atualidade, colocando em

risco a saúde da mulher e recém-nascido. É nesse momento que se confrontam os diferentes olhares sobre o processo de parto e nascimento (SANFELICE; SHIMO, 2014, p. 158).

É válido ressaltar que, o Sistema Único de Saúde (SUS) não financia partos em domicílios, sendo a mulher e/ou família, os responsáveis por arcar com todo e qualquer custo proveniente da escolha por parir em casa (COLACIOPPO et al., 2010). Custos altos, que por vezes, nem todas as mulheres possuem uma condição financeira favorável para cerca-se de cuidados e profissionais dispostos integralmente para permanecer naquele momento e local, providenciando uma assistência com responsabilidade, preparados para quaisquer eventualidades.

Além disso, no Brasil, os conselhos da classe médica ainda se mostram bem resistentes ao parto domiciliar, tendo como alegação as adversidades de cada trabalho de parto, e a exposição do binômio mãe-filho a riscos que previamente poderiam ser evitados e solucionados em um centro cirúrgico obstétrico (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

Por ter uma constituição e características individuais, o parto domiciliar não segue nenhum modelo possível de se prever. Tudo flui de forma natural, individualizada, gerando experiências e momentos únicos, visto que cada mulher absorve um entendimento diferente daquilo que se é vivenciado se comparado ao relato de outras pessoas, tendo uma significância que perpassa a liberdade de tudo que o SUS oferece sobre a assistência ao parto (SOUZA; SOARES; QUITETE, 2014). Para Kruno, Silva e Trindade (2017, p. 25), o ambiente hospitalar deve ser deixado apenas para casos especiais, ou seja, “[...]patologias comprovadas. Isso não significa que desejem um parto desassistido, já que, desde o pré-natal, buscam profissionais que lhes transmitam segurança, respeito e o direito de protagonizarem todo o processo”.

O ambiente domiciliar reforça a segurança da mulher e o poder de expressar sentimentos em sua totalidade. Confere-lhe autonomia, a livre escolha da posição de parir, ou seja, a vivência harmoniosa e autêntica do comportamento humano. Esse resgate reafirma a concepção do parto como evento fisiológico, resgatando o protagonismo do parto a quem é de direito: à mulher, onde por trás há um companheiro e uma rede familiar, o que fomenta em um alcance de resultados obstétricos favoráveis, uma transformação gradual da esfera social e a colocação do

profissional de saúde como coadjuvante em todo esse rico processo (FRANK; PELLOSO, 2013).

Com isso, o ressurgimento do parto domiciliar traz consigo todo o protagonismo feminino que fora esquecido com a transferência do parto ao ambiente hospitalar, emergindo de uma realidade prática e previamente ditada, a um universo totalmente livre, íntimo e particular, fazendo emergir as mais diversas particularidades, satisfazendo parturientes e reforçando o empoderamento e força da mulher. Isso porque a denotação do ambiente hospitalar é transcrita com fidedignidade no fragmento abaixo:

Percebe-se que o hospital não é apenas o cenário do parto, pois influencia e legitima as relações que se procedem. Na esfera das microrrelações, podemos observar que o hospital, enquanto território estranho, alheio e não-familiar, condiciona o não-empoderamento da mulher e a coloca em uma posição de heteronomia (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2014, p. 29).

Neste sentido, é mais do que justificável o retorno da escolha das mulheres pelo parto domiciliar, por ser o cenário ideal de ambientação e estímulo da devolução do protagonismo para parturiente, de ter um parto totalmente voltado a suas escolhas, possibilitando conforto, acolhimento e liberdade (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

### **3.3. O Enfermeiro na prática do parto domiciliar**

No Brasil, é frequente a associação da ideia de que a prática do parto domiciliar é adotada por mulheres naturalistas e sem nível de instrução, além de ter apoio por profissionais ditos como levianos. Onde essas mulheres “[...] são socialmente reconhecidas como irresponsáveis e adeptas de um modismo. Já os profissionais envolvidos, recebem pouco incentivo e/ou são perseguidos, inclusive, pelos próprios conselhos regulamentadores” (SANFELICE; SHIMO, 2014, p. 158).

Na área da Enfermagem, o Enfermeiro é respaldado quanto a execução de partos normais sem distocia, na realização de consulta de pré-natal e prestação de assistência, pelo decreto de nº 94.406/87, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. Esse decreto além de distinguir a atribuição de cada categoria da enfermagem, discerne sobre as atribuições da parteira, onde fica esclarecido sua legalidade para prestação de cuidados à parturientes, assistência ao parto normal e domicílio, sendo esse, preferencialmente sob a supervisão do

Enfermeiro obstetra ou unidade de saúde mais próxima a residência da parturiente e a prestação de cuidados a puérpera e recém-nascido. Além disso, a Resolução COFEN nº 477/2015 que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, ressalta mais uma vez a legalidade do exercício profissional do Enfermeiro quanto a execução de parto sem distocia, sendo ele, integrante da equipe de saúde (COFEN, 1986, 2015).

A campo de trabalho, a Enfermagem enquanto a nível de formação generalista, é responsável pela prestação de assistência ao paciente que procura atendimento hospitalar, e a Enfermagem especialista em obstetrícia, no caso, a/o enfermeira/o obstetra tem seu foco assistencial direcionado especialmente à mulher e ao recém-nascido, podendo ser prestado cuidados em maternidades, centros de parto normal e até mesmo no atendimento em domicílio. Enquanto a prática do parto domiciliar, principalmente o planejado, a/o enfermeira/o obstetra é a principal figura da equipe de trabalho, que geralmente está acompanhado de outra enfermeira obstetra e uma doula, que não necessariamente deve possuir título de formação de bacharel em Enfermagem, contudo, deve ter capacitação compatível com o exercício da profissão, no caso, o curso de formação para doulas (NUNES; SILVA, 2016).

Para as/os enfermeiras/os obstetras que atuam na prestação de cuidados nesse campo, a autonomia é um dos maiores aliados para o cuidado integral humanizado. Esses são os profissionais que mais estimulam o parto natural humanizado e são capacitados para conceder um atendimento rápido e eficaz, pautado na preservação da integridade da mulher, neste momento, tendo ela a denominação de parturiente, dona e conhecedora de seu corpo. Em uma esfera que abrange a conotação das classes sociais, o trabalho da/o profissional da Enfermagem obstétrica no domicílio é concentrado principalmente pelas classes de maiores poderes aquisitivos, que desejam ter uma assistência exclusiva, pautado na humanização e respeito pela escolha da forma que se quer parir (NUNES; SILVA, 2016).

Ao analisarmos o ambiente no qual a mulher deseja parir, é importante salientarmos também a importância e necessidade de um profissional da área médica obstétrica e a presença de um médico pediatra, para obter-se um respaldo maior durante todo esse processo evolutivo do parto em casa. A área da saúde não funciona isoladamente, ou seja, a prestação de serviços se torna mais efetiva e segura com a presença de uma equipe multiprofissional que esteja de acordo e respeite a mulher

neste momento. Isso porque no domicílio o parto volta a ser natural, com o mínimo de intervenções profissionais, porém, deve ser cercado por profissionais dotados de conhecimento que vão muito além da tecnologia. Aqui, a protagonista tem que atuar, porém, com subsídio de todo um elenco profissional de apoio (FRANK; PELLOSO, 2013).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. A intenção é descrever relatos de experiências do público participante da pesquisa.

### **4.2. Local do estudo**

O estudo foi realizado nos municípios de São Luís, Paço do Lumiar, Raposa e São José de Ribamar, do estado do Maranhão. Os locais das entrevistas foram designados pelas participantes, onde todas optaram por realizá-las na cidade de São Luís, sendo sete dessas entrevistas, realizadas na casa das participantes, uma em seu local de trabalho e outro em espaço público. As participantes tiveram total autonomia para a escolha do local de cada entrevista, visto a necessidade de fornecer o máximo de conforto, segurança e praticidade a cada participante da pesquisa.

### **4.3. Selecionando as participantes da pesquisa**

Foram incluídas mulheres, maiores de 18 anos, que pariram e que fossem residentes nos municípios de São Luís, Paço do Lumiar, Raposa e São José de Ribamar, do estado do Maranhão, que tiveram pelo menos um parto domiciliar, tenha sido planejado ao longo da gravidez ou ocorrido sem nenhum planejamento. Ao final, foram entrevistadas 9 mulheres.

A pesquisa teve suporte através do emprego da técnica metodológica de Snowball, conhecida como bola de neve. Albuquerque (2009) esclarece que essa técnica é uma amostra não probabilística, que é utilizada em pesquisas sociais, onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, também conhecidos como filhos, que conseqüentemente, indicam novos participantes, até que seja alcançado o objetivo proposto ou o ponto de saturação.

Segundo Vinuto (2014), é uma técnica que utiliza cadeiras de referência, tornando-se útil para estudar populações difíceis de serem alcançadas, nomeando os informantes-chaves de sementes. O funcionamento e aplicabilidade dessa técnica não probabilística ocorrem através de contatos, que indicam novos contatos com

características semelhantes, que permutem em sua rede social, o que implica no crescimento da amostragem, sendo favorável em pesquisas de natureza exploratória.

É importante ressaltar que a amostragem em bola de neve não é um método autônomo, no qual a partir do momento em que as sementes indicam nomes, a rede de entrevistados aumenta por si mesma. Isso não ocorre pelos mais variados motivos, sendo um deles o fato de os entrevistados não serem procurados ao acaso, mas a partir de características específicas que devem ser verificadas a cada momento. Além disso, as pessoas indicadas não necessariamente aceitarão fazer parte da pesquisa, o que também pode prejudicar o aumento da rede de contatos para a pesquisa (VINUTO, 2014, p.205)

#### **4.4. Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de 05 de setembro a 07 de outubro de 2017, onde cada mulher participou de forma voluntária, ficando a critério de cada uma a escolha do dia, horário e local da entrevista. Durante a coleta, foi apresentado a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética (ANEXO B), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), sendo assinada pela entrevistada. Uma cópia foi devolvida para a entrevistadora e outra permanecendo de posse da participante, como forma de resguardo e acesso a quaisquer esclarecimentos. Utilizou-se um gravador de voz e roteiro da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), como forma de apoio e direcionamento às perguntas realizadas.

#### **4.5. Análise de dados**

Para a organização e análise dos dados, utilizou-se a técnica metodológica análise de conteúdo, que é usada para descrever e fazer a interpretação de conteúdo, que segundo Bardin (1977), se organizam em 3 polos, que são a pré – análise, que é a organização dos dados, uma sistematização inicial das ideias, que conduza a um esquema de operações de sequências para a análise. O segundo polo é a exploração do material, onde é iniciado após a anterior. É uma fase longa e estafante, que consiste na operação de codificação de todas as informações. E a fase posterior é o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. Nesta, os resultados brutos

são tratados, de forma a tornarem significantes e válidos. A pessoa que analisa, pode adiantar interpretações de acordo com os objetivos dispostos (BARDIN, 1977).

Assim, após a coleta de dados, deu-se início a transcrição na íntegra de todos os áudios, através de exaustivos processos de escuta, preservando cada detalhe. Posteriormente, realizou-se a análise por meio da codificação do material, buscando classificar as informações em categorias temáticas, que nada mais é do que agrupar, organizar o conteúdo ou respostas em comuns, afim de sustentar de forma repetitiva uma informação, dando maior representatividade para que assim pudessem ser agrupados (BARDIN, 1977). Em seguida, feito a descrição desses dados e por fim a interpretação de todas as informações que compõem o trabalho.

#### **4.6. Aspectos éticos**

Esta pesquisa atende à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seu início se deu somente após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UFMA, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) de número 66565117.0.0000.5087.

A participação das mulheres apresentou-se com riscos mínimos, que poderia ser, por exemplo, um desconforto devido alguma pergunta. A identificação das participantes no decorrer do trabalho respeitou o anonimato, sendo dada pela ordem de entrevista, acompanhada da letra M, do alfabético brasileiro, que neste contexto, está fazendo referência à palavra mulher. Sendo assim, temos: M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8 e M9.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo irão inicialmente caracterizar as participantes quanto ao perfil sociodemográfico e obstétrico. Assim, temos 9 mulheres com idade mínima de 31 e a máxima de 37 anos, residentes na cidade de São Luís e apenas uma residindo na cidade de São José de Ribamar, no estado do Maranhão. Não foram encontradas participantes das cidades de Paço do Lumiar e Raposa, apesar da pesquisa abranger também essas cidades. Quanto ao estado civil, 3 participantes afirmaram ser solteiras, 3 em uniões estáveis e 3 casadas. Apenas uma participante tinha uma renda familiar entre 3 e 4 salários mínimos, as demais tinham um subsídio familiar superior a 4 salários mínimos. A maioria tem ensino superior completo, com exceção de uma que afirmou ter ensino superior incompleto.

Quando questionadas se possuíam filhos, 6 delas afirmaram ter 2 filhos, 2 participantes somente 1 filho e apenas 1 informou ter 3 filhos, ou seja, 2 participantes eram primíparas, sendo as demais, multíparas. Todas afirmaram ter parido na cidade de São Luís - Ma, sendo que 3 pelo parto domiciliar planejado (M1, M3 e M5) e as demais não planejaram. Apenas uma mulher teve a experiência de ter um parto domiciliar não planejado e posteriormente planejado. Foram unânimes quanto a realização das consultas de pré-natal, com um mínimo de 7 e máximo de 12 consultas e tiveram a presença do enfermeiro no parto domiciliar.

Com finalidade de facilitar a leitura e compreensão dos resultados, estes foram organizados em três categorias temáticas, a saber: 1- Motivadores para a vivência do parto domiciliar; 2- As visões diante do parto domiciliar; 3- Emergência de sentimentos com a vivência do parto em casa.

### 5.1. Motivadores para a vivência do parto domiciliar

Foi possível identificar que as depoentes estimavam a humanização do nascimento, primando pela saúde e estímulo da criança e pelo o fato de querer receber seu filho da melhor forma possível, em um ambiente saudável e acolhedor. Isso foi mais claramente evidenciado pelos depoimentos das mulheres que tiveram a oportunidade de planejar o parto domiciliar, não excluindo as que não planejaram. De acordo com falas das depoentes:

Ah, então! A minha escolha pra ter o parto domiciliar foi, é...principalmente pra receber minha filha, que foi uma menina, da melhor forma possível, dentro de casa, no aconchego do lar e [...] então mais pela questão da humanização

e pela questão do ambiente, da escolha do melhor ambiente, que eu achava que poderia ser para recebê-la, né? (M1)

[...] sou psicóloga infantil e desde o começo da minha carreira eu trabalhei com estimulação precoce [...] e a primeira estimulação que a criança tem é o parto, não importa como a criança nasça, tudo é estímulo. Mas o parto normal é muito melhor te dando a possibilidade de pensar na saúde mental do teu filho desde o primeiro momento. (M5).

Enfim, foi isso... gostei pela questão da privacidade, de estar na minha casa com a minha família, da minha filha nascer de forma tranquila sem gente mexendo comigo e com ela. (M9)

[...] pra mim ficar em casa é muito melhor e foi a melhor coisa sim, porque depois de parir, você tá no seu quarto, pari no meu quarto [...] Se não tivesse favorável pra gente ter nesse ambiente, mas tando tudo favorável, né? Ficar aqui foi uma realização mesmo. (M8)

O parto é um processo fisiológico e como tal, é um processo que denota saúde e naturalidade do corpo feminino, que tem uma necessidade e capacidade de ser alcançado sem intervenções desnecessárias. Pode se dizer que optar pelo nascimento da criança em casa é exaltar essa convicção, é vivenciar intensamente esse processo, pois o ambiente que a mulher convive diariamente acaba por ser acolhedor e confortável, transmitindo intimidade na hora de parir. Além disso, para Kruno, Silva e Trindade (2017), isso ainda revela uma insatisfação com o modelo de assistência obstétrica da rede hospitalar, dado que o planejamento do parto no domicílio exprime uma relação de desacordo com tudo que é oferecido a parturiente no trabalho de parto, tendo ela a necessidade de buscar alternativas que substituam isso e que prezem pelo respeito, saúde e estímulo do nascer (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

As motivações de parir em casa, mesmo nos partos domiciliares não planejados, emergiram dessa ligação com o ambiente familiar, da estimulação precoce e saúde, além de que, o consenso entre as pessoas que estavam na casa naquele momento colaborou, facilitando o parir no ambiente domiciliar. A questão de filhos anteriores a esse processo, também foi decisiva para a permanência da depoente na sua casa, havendo uma preocupação com a prole. Houve também uma consensualidade e confiança entre a gestante e o profissional que transmitiu segurança para a chegada desse momento. Conforme as descrições abaixo:

Foi muito rápido [...], aí ela [enfermeira obstetra] disse: “Olha, você já tá com nove centímetros [...], corre o risco de nascer no carro”. Aí tudo que eu queria ouvir, né? As palavras mágicas, né? Nove centímetros. Eu não vou sair porque o meu filho tá dormindo [...] eu não tenho com quem deixar [...] então

foi meio que consensual ali de todos que estavam na casa, de que ficaríamos ali. (M8)

[...] eu não queria ir para maternidade porque no momento eu tinha uma filhinha de 2 aninhos e eu não queria me separar dela, eu queria ela por perto no nascimento do irmão, então meu sonho mesmo era fazer um parto em casa e o médico me ajudou nisso ele disse que eu tinha passagem sim e que o meu filho ia nascer de forma tranquila, então tendo essa perspectiva do médico e do meu subconsciente, tudo ia acontecer para ser em casa [...]. (M4)

[...] na verdade eu sempre tive o intuito de ter parto domiciliar [...] mas a minha vontade principal era de ter em casa pela confiança que eu tinha nas meninas [doulas e enfermeira obstetra] [...]. (M2)

[...] a gente começou a achar que valia a pena tentar controlar o ambiente, só ter as pessoas que a gente queria no nosso parto, só ter a gente e os profissionais que a gente escolheu, uma das coisas que a gente ponderou [...]. (M7).

A determinação pelo parto domiciliar, bem como sua vivência, se dá de uma forma conjunta, pelo casal e consenso entre as parturientes e profissionais envolvidos nesse processo (FEYER et al., 2013).

Ao fato de poder controlar o ambiente e as pessoas presentes, as entrevistadas mostraram-se satisfeitas quanto a parir em casa, visto que foi perceptível a confiança entre envolvidos e o apoio que receberam diante deste momento. Os profissionais ajudaram a reforçar o empoderamento da mulher e do seu corpo, o que evidentemente colaborou para o grau de satisfação da parturiente e conforto das pessoas presentes no local.

É notório, pelos depoimentos, que essa escolha do domicílio tem sua implicância com relação também a presença de um filho anterior dessa mulher, ou seja, relaciona-se ao receio e desconforto de ter que abandonar sua prole a cuidados alheios aos seus e por não desejarem se separar dos filhos, devido à baixa faixa etária da criança. O que evidencia um motivo plausível e materno por optar pela permanência em sua residência, para que assim, não se rompa o vínculo afetivo e maternal com a prole, deixando-a desprotegida de seu olhar e cuidados, mesmo que esse momento seja dedicado ao nascimento de um outro filho. Para Oliveira, Zampieri e Bruggman (2001 apud KITZINGER, 1996), isso é proveniente do comportamento humano e também instintivo, pois o parto reflete nos valores pessoais de cada mulher e nas relações com o grupo familiar.

Isso confronta a realidade quanto ao âmbito hospitalar, onde se tem um rompimento de laços maternos, tendo essa mulher que abdicar de sua permanência com os filhos mais novos, quando esta possui, reforçando uma vulnerabilidade e

preocupação com o ambiente externo, o que resulta em uma experiência ainda mais desconfortável no ambiente hospitalar, somando-se a perda do protagonismo feminino e sua submissão a mecanismos agressivos ao seu corpo. O poder estar próximo a um filho anterior na sua casa, mostrou facilitar o processo de parir, já que há uma tranquilidade e conforto em saber que ao mesmo tempo que está em trabalho de parto, essa mulher também está presente no cotidiano de seu filho, sendo responsável pelo seu cuidado e proteção quanto a qualquer ameaça, além de saber que de certa forma, essa criança está participando do nascimento do irmão.

Além desse ponto, acreditar que o parto não é um evento hospitalar, motivou as entrevistadas a parirem em casa por desejarem ter uma autonomia que não é oferecida nos modelos hospitalocêntricos atuais, além de quererem evitar burocracias, assim, confrontando essa realidade. De acordo com suas falas:

[...] o parto ele não é um evento hospitalar [...]. (M1)

[...] o pior é essa burocracia, “gente eu tô parindo”, não me faça ter que responder perguntas. (M3)

[...] eles [hospitais particulares] não gostam muito do parto normal, porque é um parto sujo, demanda mais trabalho e uma equipe diferenciada. [...] E não são todos os médicos que te dão o devido espaço no momento do parto [...]. (M4)

Hospital não é um ambiente tranquilo [...] é um estabelecimento comercial [...] e eu não tava preparada pra naquele momento estar em condições de atender as regras que seriam apresentadas [...] a estrutura hospitalar não te anima a passar pelo parto. (M4)

A conjuntura de parir em casa retrata uma ruptura com os modelos hospitalares de atendimento, ou seja, rompe com a assistência obstétrica oferecida nos estabelecimentos de saúde, que por sua vez é caracterizada por uma implementação exacerbada da tecnologia, que visa facilitar o trabalho de parto, e muitas vezes acompanhada da violência obstétrica, que emerge através dessa rotina (SANFELICE; SHIMO, 2014). Uma descontente constatação, que faz jus ao medo de muitas mulheres de serem impostas a procedimentos e comandos nas quais elas não estão de acordo, fazendo do parto um processo medicalizado, resultando em desfechos que não são favoráveis para o binômio mãe-filho (SANFELICE; SHIMO, 2015).

No domicílio, a atenção é voltada para quem deve ser de direito, à parturiente, assim o profissional que for prestar serviço em outra ambiência deve se ajustar as características do local e da mulher e não ao contrário, como ocorre nos

hospitais. Esta condição facilita todo um aporte emocional, de estimulação e autonomia da mulher e acaba por reduzir procedimentos desnecessários. O parto de baixo risco requer observações e isso necessita de um apoio que exige confiabilidade, respeito e sensibilidade de quem está prestando assistência (FRANK; PELLOSO, 2013).

Sendo assim, o ambiente domiciliar visa se diferir da ambiência hospitalar por esse último, gerar uma intranquilidade na mulher devido toda carga de repercussão que este leva consigo. Além disso, optar pelo parto domiciliar tem uma ligação com o medo por hospitais, com o estilo de vida, a carga das más experiências que essa mulher carrega ou tem conhecimentos por terceiros. Isso é relatado nos depoimentos, quando questionado o motivo da escolha pelo parto em casa. Em suas falas:

[...] eu imagino que hospital deve ser muito assustador [...] eu fico entristecida que muitas mulheres que optam pela cirurgia elas não sentem isso, acho que elas querem é a praticidade, a velocidade, não veem pelo lado do filho também [...]. (M9)

[...] primeiro eu tenho medo de hospital [...] de como é a lógica do hospital, que você chega e é, você tem que se entregar e se entregar para o seu médico, você não é mais dona do seu corpo, você não tem mais vontade, né [...]. (M6)

Eu queria porque eu não gosto do ambiente de hospital e eu li muita coisa sobre, como é que se chama? Experiências ruins no hospital, questão do desrespeito [...] e eu tava com muita dificuldade de encontrar obstetra do meu plano [...]. (M9)

[...] eu não consigo me imaginar tendo filho no hospital [...] (M5)

É notório que a falta de autonomia e associação do medo de se entregar ao ambiente hospitalar emerge nas mulheres sensações que perpassam ao desejo de fuga dessa realidade hospitalocêntrica. Daí surge o desejo de serem acompanhadas por profissionais que as respeitem e acreditem no seu potencial, para que assim, flua todo o processo (SANFELICE; SHIMO, 2015).

O medo de ser submetida integralmente a um ambiente e pessoas incomuns, acaba por gerar uma alteração no estilo de vida e mudança de hábitos dessas mulheres, o que conseqüentemente está relacionado ao momento de hospitalização e sua conseqüente fuga desse padrão de atendimento no momento do parto. A não concordância pelos profissionais de saúde com a subjetividade de cada mulher e além do seu histórico profissional, acaba por refletir nessa busca por alteração do local do parto. É válido comentar, que a questão de possuir plano de

saúde, a faz procurar uma assistência particular, onde o número de cesarianas, segundo a OMS (2015) é exacerbada, sendo realizada em maior quantidade quando comparado aos hospitais públicos. E quanto a isso, a maioria das depoentes deixaram evidente em algum momento de seus depoimentos, possuem plano de saúde, o que pode ser confirmado por uma renda salarial superior à da grande parcela populacional do Brasil.

Quanto ao local de parto, é necessário que se tenha em mente o que o MS diz a respeito às diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, ou seja, uma atualização onde diz que cabe ao profissional de saúde informar a gestante quanto ao melhor local de parto e seus respectivos benefícios e riscos, não cabendo a ele realizar a escolha pela gestante. Além disso, informá-la que o parto domiciliar não faz parte das políticas atuais de saúde no país, sendo ele não disponível no SUS, contudo, não a desencorajando no planejamento dessa prática, que possui evidências científicas extremamente satisfatórias e baixos índices de mortalidade perinatal (BRASIL, 2017).

Contudo, não somente a fuga do modelo hospitalocêntrico explanou-se como motivadores, mas também a ligação com o histórico familiar de cada mulher e o seu círculo de vivência, o que cabe salientar que o poder de decisão dessa mulher se tornou mais aflorado devido a seu núcleo de convivência. Ademais, a influência por uma experiência pessoal traumática em um parto anterior, assim como uma experiência positiva tem o poder de determinar uma influência ao vivenciar uma nova gravidez.

[...] eu já queria natural desde o começo por que minha mãe teve e a família inteira teve, é menos invasivo e a única coisa que eu sabia era que eu queria ter natural [...]. (M9)

[...] é, eu tinha uma amiga que acompanhei [...] pra conseguir ter um parto humanizado e ela não conseguiu [...]. Logo que eu descobri que eu estava grávida, eu lembrei dela e já me conscientizei que eu ia ter que começar desde já a batalhar um parto do jeito que eu queria [...]. (M6).

[...] deu mais vontade de ter o parto em casa, exatamente pela questão do pós-parto [...] ficamos no hospital por cinco dias [...] e esse momento foi traumático [...]. (M3)

[...] então eu tinha muita confiança nelas [enfermeiras obstetras e doula], então partiu desse princípio também, porque elas acompanharam a minha primeira gestação, que foi o parto do meu filho e diante disso eu tinha muito mais confiança por conta disso, então minha vontade ela ficou mais... assim, eu fiquei com mais vontade de ter mesmo em casa, diante disso, né? (M2)

Essa construção sobre a ideia do parto em casa, tem um vínculo de simbolizações e significados com o ciclo de vida na fase reprodutiva. Essa decisão por permanecer na sua casa, assume uma postura que tem uma relação com o autocuidado, com a preparação, planejamento, que parte das práticas culturais ligadas a essa família, cabendo assim o respeito (FEYER, et al., 2013).

De acordo com os depoimentos, é possível afirmar que essa prática incube uma correlação de empoderamento e força, no qual a mulher acredita no potencial do seu corpo. Uma cultura que foi transmitida por toda uma geração familiar, fazendo com que as gerações seguintes acreditassem que são capazes de passar pela mesma experiência. Sobre o cunho de convivência, a rede de amizades femininas mostrou que tem um papel influente sobre a escolha do tipo de parto, de acordo com os relatos de experiências que as amigas passaram, reforçando com que as mulheres ligadas nessa rede lutassem pela humanização, o que fora refletido por um parto diferenciado.

Quanto as experiências negativas e positivas, Medeiros, Santos e Silva (2008), dizem que, vivenciar uma história de caráter negativo na experiência da maternagem, proporciona uma necessidade e desejo de querer proporcionar aos filhos posteriores um nascimento pautado na segurança e contato físico, na tentativa de suprir de algum modo o que faltou no parto anterior. Além de que, uma experiência positiva, acompanhada por bons profissionais, ajudam a determinar esse momento marcante e especial em um novo processo.

Em vista disso, é inegável que a vivência, seja ela de cunho positivo ou negativo, influencia a maneira na qual a mulher vai escolher para parir. Não é pertinente dizer que somente as experiências negativas modificam esse olhar sobre o parto, porque a positividade carrega consigo um grau de confiabilidade no potencial feminino.

## **5.2. As visões diante do parto domiciliar**

Esta categoria teve por finalidade explorar os diferentes olhares maternos por trás do parto domiciliar. Todas as depoentes explanaram suas visões sobre a prática do parto domiciliar, evidenciando por algumas vezes um senso comum e os aspectos positivos que essa prática tem a oferecer para cada mulher. Abaixo, encontramos fragmentos que discorrem sobre a positividade dessa visão, sustentada pelo pré-natal, experiência com o pós-parto e a exaltação do ser mulher e seu instinto materno:

[...] minha visão já era bem positiva, em relação, eu acho que só tem benefícios, acho que numa gestação em que a gente sabe que é uma gestação segura, e essa questão da segurança dá pra gente prever durante todo o pré natal, né? [...] não tem por que não ser assim, em casa [...]. (M1)

[...] acho que se eu tivesse um outro filho eu queria ter esse preparo pra ter em casa mesmo [...] o teu pós parto é um pós parto totalmente diferente, eu comparando o meu pós parto do meu primeiro filho com o da [filha], eu não senti nenhum mal estar [...]. (M2)

Eu vejo o parto de uma maneira muito positiva, foi a coisa mais bonita que já aconteceu na minha vida, foi esse parto e antes eu tinha aquela visão que todo mundo tem, né? Que dói, que é perigoso, né? As pessoas não veem o parto como saúde, veem como doença. (M6)

[...] você se vê como uma mamífera, né? Como um ser mamífero [...] então eu acho que a gente esqueceu muito dessa nossa, nosso instinto materno, instinto de mulher, de mamífera [...]. (M8)

Sanfelice e Shimo (2014), afirmam uma falta da visão de naturalidade sobre o parto domiciliar, o que faz com que muitas mulheres não o vivenciem, frente ao sistema dominante hospitalar. Afirmam que parir em casa contribui para uma modificação do movimento institucional, tornando-a essa prática aos poucos despersonalizada.

Ressaltar positividade em parir em casa, confronta tudo que é passada para as mulheres atualmente. As depoentes discorrem plenamente sobre isso, sobressaltando que a segurança do pré-natal as ajudam a driblar essas adversidades. O pós-parto também foi ressaltando quanto a uma visão positiva a partir do momento comparativo com a de um parto anterior. É nítida a percepção de uma corrente compostas por integrantes que querem difundir os benefícios de parir em casa, além de exaltar o olhar individual, para que as mulheres voltem a se ver como ser mamífero, que faz parte da natureza e possuem instintos vivos, porém desestimulados devido ao não encorajamento e desconhecimento.

Essas visões positivas sobre o processo de parir domiciliarmente e sua consequente adesão, não pode ser separada da condição sociocultural mais elevado, o que proporciona maiores esclarecimentos e confiança para que essa se veja como capaz até mesmo de difundir essas opiniões. Assim, a consciência sobre os benefícios está atrelada a melhores condições (MATÃO et al., 2017).

De certa forma, a propagação dessas visões, estão associadas por informações que são facilitadas devido suas condições socioculturais e econômicas, o que não somente sana dúvidas e as esclarecem. Essa mulher se torna um ser

reflexivo, que passa a entender a realidade que se mostra paralela e passa também a questioná-la. Os trechos de depoimentos a seguir, relatam isso:

[...] a gente começou a pesquisar sobre o nascimento [...] e o primeiro grande revelador da situação foi um documentário [renascimento do parto] [...] eu comecei a estudar [...] ficava pensando: “É verdade né, eu nunca parei pra pensar nisso” e comecei a ler sobre cunho científico e tal e eu nunca pensei e fui ver, pelo que eu estudei é um problema da América Latina. [...] e eu acho que a gente precisa dessas discussões [..]. (M3)

[...] não era uma teoria tão simples assim, em São Luís, no Brasil, o contexto que a gente vive ter um parto normal [...], aí eu comecei a ler, a estudar, no começo eu achei que era coisa de doidinha ter parto em casa e depois eu fui começar a ver que eu mudei e que coisa de doido é ter no hospital. (M6)

[...] eu pesquisei bastante, eu decidi o quê que seria feito e o quê que não seria feito [...]. (M1)

Eu já tinha antes, visto vários vídeos e estudado várias dessas questões mesmo, né? Dos riscos que poderiam ocorrer, o que não poderia ocorrer e tá me prevenindo contra isso, né? (M2)

Acessar fontes de informações diversificadas torna-as mais conscientes sobre o processo de parir em casa e é um influenciador de questionamentos, por assim, tomar consciência da situação. Aliado a condição educacional, clarifica a escolha pelo parto em casa, baseada no suporte do respeito (LESSA et al., 2014).

Ao tomarmos nota da afirmação anterior, confirma-se o elevado nível educacional relato durante as entrevistas, o que conseqüentemente reafirma a ligação do nível educacional, que proporciona um maior nível socioeconômico, tendo como resultante uma maior facilidade de acesso às informações disponíveis em sites, livros, revistas e demais meios de comunicações. Medeiros, Santos e Silva (2008) e Feyer, Knobel e Monticelli (2013), já haviam confirmado essa afirmação em pesquisas anteriores.

O querer discutir essa problemática no Brasil é almejar uma mudança de cenário e reforçar a garantia de acesso à informação de qualidade para todos. As depoentes mostram acreditar na necessidade de discussões, visto que creem ser um problema baseado na falta de diálogo e humanização do nascer. A informação para o parto, mostrou também a tomada de vozes das mulheres frente aos procedimentos que elas acreditavam ser necessários ou não para aquele momento, que foi abordado com a equipe, quando essa se mostrou presente, além de ser acatado, de forma a demonstrar respeito pelo conhecimento da mulher.

A visão da necessidade de informações e discussões, também foi crucial para a quebra de preconceitos com os estereótipos das mulheres que desejavam o parto domiciliar. Porém, ainda encontramos relatos que transcendem a ocorrência de uma visão intensa de dor e de irresponsabilidade antes do conhecimento dessa prática. Abaixo:

Então a visão que eu tinha do parto domiciliar, do parto natural, enfim, era que tinha dor, e eu tinha muito medo da dor e quando eu tava com 38 semanas de [referindo-se a filha] eu tinha certeza de que eu ia sentir dor, e os últimos relatos que eu tinha de parto só confirmavam isso [...]. (M5)

Logo no comecinho eu achava que era loucura, que era irresponsabilidade, que eu tava colocando o meu filho e a mim em risco, daí depois [...] eu pude desconstruir essa ideia que eu tinha e ver que o parto em casa era uma coisa saudável [...] o risco seria tanto quanto o mesmo ou até menor que se eu tivesse no hospital [...]. (M6)

[...] esse negócio de parto domiciliar assim [...] olha, era coisa de gente hippie, gente muito alternativa e tal [...]. (M7)

Para Souza, Soares e Quitete (2014), ter um parto no domicílio é aceitar que ele possui constituições e características próprias, de acordo com cada mulher, sem o seguimento de uma padronização. É um momento natural, individualizado para cada uma e que pode diferir do que esperamos. Romantizar ou esperar uma sistematização, vai além do que se deve ser aguardado.

Sobre a questão da dor, podemos extrair a partir do depoimento que ela é uma cultura difundida sobre o trabalho de parto. O que porventura, passou a ser sinônimos. Ou seja, se uma mulher está passando pelo processo gestacional, ela automaticamente vai passar pelo processo da dor, que conseqüentemente é vista como ruim e não como parte desse processo fisiológico que a aproxima cada vez mais do seu filho. A conotação da dor como malefício, infelizmente transcorre difusamente a sociedade, prejudicando o entendimento do parto.

Para a discussão dos dois últimos depoimentos, Sanfelice e Shimo (2015), dizem que parir em casa não está relacionado ao modismo e que as justificativas envolvidas estão aquém do senso comum que é propagado. São apenas mulheres que possuem o desejo de poder resgatar o protagonismo, objetivando uma vivência plena, prazerosa e bela (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Não é difícil ouvir que o parto domiciliar está associado a um seguimento de moda, ou como um ato impensado, irresponsável e de risco, no qual a mulher não está nenhum pouco preocupada com a saúde do seu filho. O que nos leva a refletir

no quão incômodo e necessário é essa discussão, até porque essa era a visão até mesmo de algumas depoentes antes de passar por essa experiência, e que requer leituras científicas para sanar tais questionamentos.

Além disso, foi possível perceber que a visão sobre o parto domiciliar, perpassa o direito de escolha e a importância de dividir esse momento com pessoas que as apoiem e incentivem, as tornaram mais confiantes e seguras. Escolher as pessoas que fariam ou não parte do trabalho de parto também se mostrou favorável, por estar relacionado a ligação íntima entre esses. O apoio familiar demonstrou-se gratificante para essas mulheres. Porém, esse apoio não foi comum para todas as depoentes. Abaixo:

[...] eu escolhi as pessoas que estavam lá comigo, é, eu escolhi as que não deveriam estar, né? [...] a mãe escolhe o que ela quer, não cabe aos outros opinar [...] o pai é super a favor, sempre foi, mais do que eu, antes do que eu ele já era, e a minha mãe, e todo mundo assim apoiou. (M1)

[...] estar próximo da família, acho que isso é mais gratificante impossível, porque tá toda a tua família ali e no hospital a gente não tem isso, né? Você tem que escolher uma pessoa da família [...]. (M2)

[...] estavam na minha casa de visita a minha mãe e a minha sogra e a gente já tinha combinado que elas não estariam, justamente por elas não terem passado por essa educação e minha mãe muito dramática, poderia fazer comentários indesejados [...]. (M3)

[...] não tinha o apoio da minha família [...] minha mãe não me apoiava, então ela, eu menti pra ela o dia que ele ia nascer [...]. (M6)

Para Kruno, Silva e Trindade (2017), de antemão, a família demonstrar um certo temor diante da opção do parto que é relatado a eles, é visto como normal, ou seja, comum por ser um processo novo. Já são esperados questionamentos e dúvidas sobre essa decisão.

Além disso, a importância da família nesse momento é evidente de modo a configurar um núcleo de tranquilidade e segurança. A presença do pai e consequentemente seu apoio, é imprescindível, por emergir uma positividade e a partir daí, criar laços de envolvimento e reponsabilidade com o bebê que está a nascer (FRANK; PELLOSO, 2013).

Foi perceptível que essas depoentes fizeram valer seu direito de escolha e não almejavam a presença de familiares que as confrontaram diante suas escolhas pessoais de vivenciar o parto domiciliar. Por mais que se tenha uma ligação de mãe-filha, o mais plausível foi retirá-las desse momento, permanecendo essas mulheres

donas de suas escolhas, optando por passá-las ao lado de quem realmente as apoiassem e transpassavam segurança.

A demonstração de satisfação pela vivência do seu direito de escolha em um ambiente acolhedor e familiar, cercado por pessoas especiais para essa mulher, é um modo de obter autonomia e libertação sobre tudo que lhe é dito para fazer em suas vidas (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Essas mulheres reestabelecem boas bases de vínculos sociais e familiares, o que fortalece o relacionamento interrelacional. Através desse empoderamento de escolhas, seu potencial é maximizado e consolidado por sua opção e decisão (LESSA, et al., 2014).

### **5.3. A emersão de sentimentos com a vivência do parto em casa**

A última categoria temática deste estudo visa descrever todos os sentimentos vivenciados pela mulher no parto domiciliar. A eclosão de sentimentos e sensações, demonstram a forma visceral e límpida de como esse parto foi sentido por cada uma das depoentes. Sentimentos que perpassam o se sentir ativa, a grandiosidade do parir, realização, a libertação com todas as imposições, o alívio, amor e felicidade, foram alguns dos sentimentos percorridos por elas. Veja abaixo:

A gente vivencia, a gente é ativo não é passivo, não são os profissionais que vão fazer o bebê nascer, é a gente que faz, né? [...] foram os melhores sentimentos assim, com certeza é uma experiência que se eu pudesse escolher, eu passaria várias vezes na minha vida, porque é maravilhoso. (M1)

Gente, é um sentimento que só mesmo acho que quem é mãe pra saber [...] é um sentimento assim grandioso [...] é o melhor sentimento que acontece na vida de uma mulher [...] uma realização, inexplicável mesmo, sabe? É um sentimento muito bom. (M2)

[..] momento de libertação, que eu tinha que aceitar aquela situação, tinha que resolver e aceitar, gerenciar tudo. (M4)

Eu fiquei muito feliz de ter dado tudo certo no final, porque a gente não tinha se organizado pra isso [...] alívio, fora a felicidade que a gente ficou, foi o alívio [...]. (M7)

Amor, conforto, conforto não é um sentimento, mas eu digo que é amor, amor, segurança, acho que foi o ambiente mais seguro [...]. (M8)

A mulher supera-se, demonstra que é ativa e capaz de conquistar todo esse protagonismo. Sente que rompe com a ideia de fragilidade, submissão e incapacidade, transfigurando assim seu apogeu feminino. Tem um sentimento de prazer com todo o ocorrido no seu parto, ficando fortalecida para enfrentar outras situações parecidas (CASTRO, 2014).

Para as depoentes, essa vivencia foi única e seu entendimento é facilitado por quem passou por algo similar. A significância da grandiosidade do ser mãe e libertação com todas as burocracias hospitalares, mostrou ser resultado dessa quebra da hegemonia hospitalocêntrica. Além disso, os sentimentos de alívio, amor e felicidade esteve presente na vivencia dessas depoentes durante o parto domiciliar. Um alívio que pode ser interpretado tanto pelo nascimento do filho, quanto por permanecer no conforto do seu lar. Os sentimentos de amor e felicidade estão relacionados ao momento que essas mulheres puderam ter em seus braços aquele bebê tão sonhado, podendo assim, ter a certeza da concretização desse instante.

Além disso, foi observado o sentimento de empoderamento, exaltado por algumas mulheres, por acreditarem estar incumbindo empoderamento aos filhos, facilitando a aceitação para com o irmão e a empoderação quando está constituição fora formado por uma prole feminina, além do sentimento de reconhecimento com o bebê que está em seu braço. Abaixo:

[...] a minha filha sabe que o bebê veio da barriga [...] ela nunca vai cair em história [...] isso de saber a verdade já empodera ela, de saber que foi a minha mãe e não médico que me deu a minha irmã. (M3).

[...] aí a minha filhinha pegou na minha perna e disse: “Mamãe não chora, vai passar”, [...] e aí ela viu o neném que tinha acabado de nascer, viu que ele não tava na minha barriga [...]. (M4)

[...] o [referindo-se ao filho] viu o irmão nascer [...] não é todo irmão que vê o irmão nascer [...] acolher esse irmão foi muito mais fácil do que eu acho que se eu tivesse ido pro hospital e chegado aqui, né? “Opa! Mamãe foi e voltou com esse bebezinho no colo”, então acho que até pro entendimento dele foi assim, bem melhor ter nascido em casa. (M8)

[...] um sentimento de espanto, você não acredita que fez aquele ser humano e ela mexe e ela pisca e ela chora e a gente se reconhece naquele momento, eu como mãe e ela como filha [...]. (M5)

Para Castro (2014), compartilhar esse sentimento de empoderamento reforça a força da figura feminina. É sentir-se capaz e orgulhosa por cuidar dos filhos e ao mesmo tempo de si. Ao mesmo tempo que a palavra representa tanta força e vitalidade, ela revela uma simplicidade, por emergir de uma vivência tão natural, de natureza e manifestação própria do seu corpo.

Em relação ao nascimento e empoderamento, Odent (2002) diz que, essa informação entre mãe e filho é valiosa, pois é uma experiência e conhecimento eficazes para a vida, contudo que está em decadência devido as intervenções no parto.

É notório que essa relação de empoderamento acaba por gerar uma facilitação da aceitação entre irmãos, sobressaltando a figura materna como responsável por tudo aquilo que é visto naquele momento. Não excluindo o empoderamento dos filhos que vislumbram esse acontecimento com naturalidade e com o poder de propagar essa natureza para a vida adulta, podendo torná-los além de empoderados, seres humanos cientes dos processos fisiológicos humanos.

Por fim, foi relatado o sentimento de conexão. Não somente conexão para com o filho que estava nascendo, mas uma conexão além de tudo aquilo que se é esperado. Os relatos abaixo perpassam uma conexão com o mundo, uma divindade e o próprio “eu” interior. Veja:

[...] é uma conexão com o mundo [...] foi revigorante, dá esperança e vontade de parir de novo. (M3)

[...] conexão com o divino, daquilo que a gente não entende, né? [...] eu achava que eu conhecia o mundo. Com certeza ali tinha Deus, alguma coisa parecida, né? [...] o parto em si, me fez acreditar no bem, nas pessoas, no milagre, na natureza, no meu corpo [...]. (M6)

[...] a sensação foi de conexão, eu senti que eu tinha uma família a partir dali [...] parece que eu me tornei uma pessoa mais competente depois do parto. (M9)

Esses relatos de sentimento de conexão, podem ser interpretados como o momento do nascimento do filho, a ligação ainda com o cordão umbilical e o estar aconchegado ao seio materno. Sentir-se conectada ao mundo, ao universo, exprime uma sentimentalização primitiva, despida de qualquer artifício ou facilitador para o parto. É a vivência límpida da natureza do mundo, do ser mulher, do protagonismo do papel que lhe foi incumbindo pela natureza. Além de que, é a formação de novos laços e prosseguimentos familiares, uma conexão que perpassa o entendimento humano.

Para Oliveira, Zampieri e Bruggman (2001 apud ODENT, 2000), conhecer os efeitos dos hormônios no corpo, como por exemplo, a ocitocina, também conhecida como hormônio do amor, ajuda a interpretar os sentimentos discorridos por cada mulher, assim como a interação e conexão entre a mãe e seu bebê.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou todos os objetivos propostos. Foi possível observar que fatores como, idade, renda familiar e grau de escolaridade, foram pontos decisivos para a escolha pelo parto domiciliar, visto que, essas mulheres detinham uma maior maturidade e um nível de formação que sustentava a sua renda familiar, que a priori, é superior à da média populacional. Além disso, tiveram acesso as consultas de pré-natal, o que possibilitou ter um respaldo para que fundamentassem suas escolhas.

Aos aspectos motivacionais pela escolha do parto domiciliar, foi perceptível que, a estimação pela humanização do nascimento, a ambiência acolhedora de casa, a preocupação com filhos anteriores, a confiança para com os profissionais, o não acreditar no parto como evento institucionalizado e as experiências de mulheres com vínculos próximos, foram exaltadas como motivadores para essa vivência, fazendo disso, o alicerce sustentador desse desejo por parir em casa, da vivência visceral e límpida da fisiologia do parir e de se sentirem ativas e protagonistas do seu parto.

Em meio aos sentimentos que surgiram no momento da vivência do parto domiciliar, ficou claro a emersão de sentimentos como o amor, alívio, felicidade, conexão, realização, libertação para com todas as imposições, o empoderamento dos filhos mais novos e reconhecimento para com o seu bebê, o que possibilitou mensurar a grandiosidade da satisfação pela autonomia da escolha por esse modo de parir. Esses sentimentos foram resultantes de uma experiência despida de controles, prevalecendo uma harmonia para com seu corpo e o momento do parto.

O poder vivenciar essa experiência, revelou um rompimento com a indústria hospitalocêntrica e um confronto com o que se é oferecido pelos sistemas de saúde, seja esse de âmbito público ou privado. A necessidade dessa vivência do parto em casa, trouxe para elas, uma maior confiabilidade em seus corpos e na sua capacidade de parir, tornando-as mulheres que têm a certeza que são as únicas responsáveis pelo seu protagonismo no parto.

Na área da saúde, o enfermeiro mostrou-se como figura presente e colaborativa durante o parto domiciliar, permanecendo durante o trabalho de parto, de forma a passar segurança para essas mulheres. E assim, evidenciando a sua capacidade profissional de fornecer um respaldo para passagem dessa experiência.

Esse estudo apresenta limitações, como o fato de ter um público participante reduzido de apenas 9 mulheres, o fato de não ter consigo encontrar mulheres de dois municípios listados nos objetivos dessa pesquisa e talvez pela escolha da técnica para que se chegasse a essas mulheres, visto que o ciclo social pode ter influência, deixando a parte, mulheres de classes econômicas menos favorecidas. É visto a necessidade de sugerir outros estudos, em outros estados e municípios brasileiros, para confrontação dos resultados e melhor compreensão desse movimento que busca pela humanização do parto.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M. **AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMOSTRAGEM “RESPONDENT-DRIVEN SAMPLING” NA ESTIMAÇÃO DE PREVALÊNCIAS DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÕES ORGANIZADAS EM REDES COMPLEXAS.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, Dissertação de Mestrado. 99p. 2009. Disponível em <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/pdf/Albuquerqueemm.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

ANDRADE, A. C. P. A.; SILVA, L. T. **OS BENEFÍCIOS DO PARTO DOMICILIAR: resgate de uma prática naturalista.** Revista Presença, [S.l.], v. 1, n. 4, p. 58-65, apr. 2016. ISSN 2447-1534. Disponível em: <<http://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/72>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BARDIN, L. **ANÁLISE DE CONTEÚDO.** Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS. HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.** V.4. 467p. Universidade Estadual do Ceará. Brasília-DF, 2014. Disponível em <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana.** 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 51p, 2017. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em 19 nov. 2017.

CASTRO, M. R. **RESSIGNIFICANDO-SE COMO MULHER NA EXPERIÊNCIA DO PARTO: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto**. [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 174p, São Paulo, 2014. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-103526/pt-br.php>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

COFEN. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1986. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html) >. Acesso em: 30 out. 2017.

COFEN. **Resolução Cofen nº 477/2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília; 2015. Disponível em <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html)>. Acesso em: 30 out. 2017.

COLACIOPPO, P. M.; KOIFFMAN, M. D.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; OSAVA, R. H. **PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: resultados maternos e neonatais**. Revista de Enfermagem Referência. v.3, n.2, p. 81-90, dez. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a09.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

CRIZÓSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; LUZ, M.H.B. **A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR E HOSPITALAR.** Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.98-104, mar. 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

FEYER, I. S. S.; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. **PERFIL DE CASAIS QUE OPTAM PELO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS.** Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.298-305, 2013. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200014)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

FEYER, I. S. S.; MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E.; SANTOS, E. K. A. **RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS NA PREPARAÇÃO PARA A VIVÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.** Rev Bras Enferm. v. 66, n. 6, p. 879-886, nov-dez, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600011)>. Acesso em: 19 nov. 2017

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. **A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 34, n.1, p.22-29, 2013. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22441>>. Acesso em: 13 out. 2017.

KRUNO, R. B.; SILVA, T. O.; TRINDADE, P. T. O. **A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.** Santa Maria, v. 43, n.1, p. 22-30, jan./abr. 2017. Disponível em < <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/viewFile/17736/pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M.; KNOBEL, R.; MONTICELLI, M. **RESULTADO DE PARTOS DOMICILIARES ATENDIDOS POR ENFERMEIRAS DE 2005 A 2009 EM FLORIANÓPOLIS, SC.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.46, n.4, p. 747-750, 2012. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/48345/52204>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LESSA, H. F.; TYRRELL, M. A. R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D. P. **INFORMAÇÃO PARA A OPÇÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: um direito de escolha das mulheres.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.23, n.3, p.665-672, jul-set. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2016.

MATÃO, M. E. L.; MIRANDA, D. B.; COSTA, B. P.; BORGES, T. P. **A VISÃO MÉDICA DO PARTO DOMICILIAR: factível ou utópico?** Revista. Enfermagem. Cent. Oeste. Min. V.6, n.2, p. 2147-2155, mai/ago. 2016. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/983>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. **A ESCOLHA PELO PARTO DOMICILIAR: história de vida das mulheres que vivenciaram esta experiência.** Esc. Anna Nery. Revista Enfermagem. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.765-772, dez. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>> Acesso em: 30 out. 2017.

MENEZES, P. F. A.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. **A SITUAÇÃO DO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL.** Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, v. 1, n.1, p.3-43. dez. 2012. Disponível em <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38/38>>. Acesso em: 26 out. 2017.

NUNES, J. H.; SILVA, M. F. G. D. **O TRABALHO DE ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA A NASCIMENTOS E PARTOS: profissionalização e tensões identitárias.** Revista da ABET, v. 15, n.2, p. 165-181 Jul-dez, 2016. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/view/32913>>. Acesso em 30 out. 2017.

ODENT, M. **O RENASCIMENTO DO PARTO.** [Tradutor Roland B. Calheiros]. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 134p.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A MELODIA DA HUMANIZAÇÃO:** reflexões sobre o cuidado do processo de nascimento. Florianópolis: Cidade futura, 2001. 144p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** 2015. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. **PARTO DOMICILIAR: avanço ou retrocesso?** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 157-160, mar. 2014. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41356>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. **PARTO DOMICILIAR: compreendendo os motivos dessa escolha.** Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 24, n.3, p.

875-882, jul-set, 2015. Disponível em < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. **DO PARTO INSTITUCIONALIZADO AO PARTO DOMICILIAR**. Rev Rene. v. 15, n. 2, p. 362-70. mar-abr. 2014. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017.

SOUZA, R. M.; SOARES, L. S.; QUITETE, J. B. **PARTO NATURAL DOMICILIAR: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica**. Revista de pesquisa Cuidado é fundamental on line. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 118-131, jan-mar. 2014. Disponível em <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-118.php>>. Acesso em: 25 out. 2017.

VINUTO, J. **AMOSTRAGEM EM BOLA DE NEVE NA PESQUISA QUALITATIVA: um debate aberto**. Temáticas, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>>. Acesso em: 15 out. 2017.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo denominado “**A MULHER COMO PROTAGONISTA DO PARTO DOMICILIAR: relatos de experiências**”, cujo objetivo é conhecer a experiência das mulheres que tiveram partos no âmbito domiciliar no município de São Luís, São José de Ribamar, Raposa e Paço do Lumiar, no estado do Maranhão.

A participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras durante a entrevista, no sentido de descrever a experiência de ter parido em casa, na qual será utilizada um gravador de voz. Após a entrevista, irá se ouvir a gravação, para avaliar o que foi falado, em seguida será feita a validação, preservando a identidade da entrevistada. Posteriormente, essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e até publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a identidade da voluntária resguardada em todas as etapas do estudo, ou seja, o nome ou qualquer outro dado elemento que possa, de qualquer forma, identificar a entrevistada, será mantido em sigilo.

Não haverá **GASTOS** de dinheiro com participação e também não receberá nenhum pagamento para participar. Os **RISCOS** na sua participação são mínimos como, por exemplo, alguma pergunta que lhe traga qualquer desconforto em respondê-la ou se a senhora apresentar uma indisposição. Caso aconteça, poderá comunicar as pesquisadoras que suspenderão a entrevista e as mesmas, que são enfermeira e estagiária de enfermagem, poderá verificar seus sinais vitais para uma avaliação. A pesquisa trará como **BENEFÍCIO DIRETO** o conhecimento sobre as práticas obstétricas atuais e o **BENEFÍCIO INDIRETO** com a contribuição que a análise dos dados obtidos poderá dar para a elaboração de estatísticas e a obtenção e organização de conhecimentos científicos relacionados à temática.

Fica claro que a senhora poderá se recusar em participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo. Além disso, é assegurada durante toda pesquisa, a garantia de livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que a voluntária queira saber antes, durante e depois da participação.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos da pesquisa “**A MULHER COMO PROTAGONISTA DO PARTO DOMICILIAR: relatos de experiências**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim desejar.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são os listados abaixo:

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Teresa Frias Rios

ENDEREÇO: Rua Quéops, ed. Gondim, apt<sup>o</sup> 401, Renascença II.

E-mail: ctfrios@hotmail.com

TELEFONE: (98) 3227-7138

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Danielle Carvalho Rocha

ENDEREÇO: Rua São Sebastião, nº 06, Vila Industrial, Bairro – Maracanã.

E-mail: daniellerocha.slz@gmail.com

TELEFONE: (98) 98171-1500

**Comitê de Ética em Pesquisa:**

ENDEREÇO: Avenida dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, MA. Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C, Sala 07.

E-mail: cepufma@ufma.br

TELEFONE: 3272-8708

São Luís, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura ou digital do sujeito da pesquisa (participante)

---

Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

**Caracterização das mulheres**

- 1- Idade: \_\_\_\_\_
- 2- Cidade onde mora: \_\_\_\_\_
- 3- Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Divorciada  
( ) Viúva
- 4- Renda familiar mensal: ( ) 1 Salário mínimo ( ) 1 a 2 Salários mínimos ( ) 2 a 3 Salários mínimos ( ) 3 a 4 salários mínimos ( ) Superior a 4 salários mínimos
- 5- Nível de escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior completo ou mais
- 6- Número de filhos: \_\_\_\_\_
- 7- Seu(s) parto(s) domiciliar(es) fora planejado: ( ) Sim ( ) Não
- 8- Cidade onde pariu em domicílio: \_\_\_\_\_
- 9- Realizou o pré-natal em sua (s) gravidez (es): ( ) Sim ( ) Não
- 10- Número de consultas de pré-natal: \_\_\_\_\_

**Questões norteadoras:**

- 11- Quais foram os principais motivadores para ter um parto domiciliar?
- 12- Qual era sua visão sobre o parto domiciliar?
- 13- E agora, qual sua visão sobre o parto domiciliar? Mudaram muitos aspectos?
- 14- Que sentimentos foram vivenciados durante esta experiência?

## ANEXO A – PARECER DO COLEGIADO DE ENFERMAGEM



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
 FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.  
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

**PROJETO DE MONOGRAFIA****PARECER**

1. **TÍTULO:** A mulher como protagonista do parto domiciliar: relato de experiências
2. **ALUNO(A):** Danielle Carvalho Rocha
3. **ORIENTADOR(A):** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Cláudia Teresa Frias Rios
4. **INTRODUÇÃO:** A aluna aborda a temática em questão fundamentada em referenciais atualizados. Mostra aspectos importantes da humanização do parto e a importância do parto domiciliar, de extrema importância para diminuir os índices de parto cesariano.
5. **JUSTIFICATIVA:** a aluna demonstra enfatiza seu interesse pessoal para desenvolvimento do estudo, porém é necessário fundamentar com dados da literatura.
6. **OBJETIVOS:** Passíveis de serem alcançados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** após os ajustes feitos pela aluna, a análise de dados e interpretação dos resultados ficou clara.
8. **CRONOGRAMA:** atualizado
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:**  
Atende as normas da Resolução vigente. Precisa saber se esse formato é o correto.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**  
Obedece a normatização pela ABNT.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** o projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvido, foram feitos os ajustes sugeridos na metodologia. Diante da relevância do estudo somos de parecer favorável à sua aprovação e desenvolvimento do projeto.

São Luís, 31 de janeiro de 2017.

*Lena Barros Fonseca*  
 Professora relator

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em 31/01/2017
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

*Lena Barros Fonseca*  
 Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lena M<sup>ª</sup> Barros Fonseca  
 Coordenadora do Curso de Enfermagem  
 UFMA

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A MULHER COMO PROTAGONISTA DO PARTO DOMICILIAR: relatos de experiências

**Pesquisador:** Claudia Teresa Frias Rios

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66565117.0.0000.5087

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.249.369

**Apresentação do Projeto:**

O movimento pela humanização do parto e conseqüentemente do nascimento, advém da luta contra intervenções desnecessárias e promoção do cuidado no ciclo da gravidez, parto e nascimento, julgados como processos singulares, naturais e fisiológicos da natureza feminina, reforçando o protagonismo da mulher (BRASIL, 2014). E na busca de novos rumos à humanização, o parto domiciliar, também conhecido como não intervencionista, sobressaltou-se no espaço contemporâneo. Todavia, para que a prática do parto domiciliar seja vivenciada de forma plena e segura, é importante adotar medidas básicas e por sua vez, seguras. As consultas de pré-natal com o profissional de saúde são indispensáveis, seja o parto domiciliar ou hospitalar, pois é ela que pode levar segurança à mulher no processo gestacional e subsídio para uma maior autonomia na hora de escolha do parto. Senso assim, o projeto tem como consonância investigar as práticas do parto domiciliar, permitindo uma contribuição à literatura científica, trazendo assim, dados atualizados, visto a necessidade cada vez maior de se discutir alternativas viáveis e que contribuam para o ensinamento e aperfeiçoamento das mulheres e profissionais da saúde. Busca estimular o acompanhamento do enfermeiro em todo o processo gestacional, podendo proporcionar maior segurança à essas mulheres. Com o objetivo principal de conhecer a experiência das mulheres que

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.249.369

tiveram parto no âmbito domiciliar nos municípios de São Luís, São José de Ribamar, Raposa e Paço do lumiar, do estado do Maranhão. Trata-se de um estudo de natureza exploratório, descritiva, com abordagem qualitativa. A intenção é em descrever relatos de experiência do público participante da pesquisa. Será empregada a técnica metodológica de Snowball, conhecida como bola de neve. Albuquerque (2009), esclarece que essa técnica é uma amostra não probabilística, que é utilizada em pesquisas sociais, onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, também conhecidos como filhos, que consequentemente, indicam novos participantes, até que seja alcançado o objetivo proposto ou o ponto de saturação. A coleta de dados da pesquisa será realizada de forma voluntária, por mulheres que tiveram parto domiciliar, seja ele planejado ou não, onde poderão responder a uma entrevista semiestruturada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer a experiência das mulheres que tiveram parto no âmbito domiciliar no município de São Luís, São José de Ribamar, Raposa e Paço do lumiar, do estado do Maranhão.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar;

Identificar fatores motivadores para vivenciar o parto domiciliar;

Identificar os sentimentos vivenciados durante o parto domiciliar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos na participação são mínimos como, por exemplo, alguma pergunta que traga qualquer desconforto em respondê-la ou se a participante apresentar uma indisposição. Caso aconteça, poderá comunicar as pesquisadoras que suspenderão a entrevista e as mesmas, que são enfermeira e estagiária de enfermagem, poderá verificar os sinais vitais para uma avaliação.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefício direto o conhecimento sobre as práticas obstétricas atuais e o benefício indireto com a contribuição que a análise dos dados obtidos poderá dar para a elaboração de estatísticas e a obtenção e organização de conhecimentos científicos relacionados à temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.249.369

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_876811.pdf	19/06/2017 13:50:03		Aceito
Outros	Parecer_do_collegiado.pdf	19/06/2017 13:47:35	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso.pdf	19/06/2017 13:45:34	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_ao_parecer_pendente.doc	19/06/2017 13:43:59	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_monografia_PARTO_DOMICILIAR.pdf	19/06/2017 13:43:27	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_monografia_PARTO_DOMICILIAR.docx	19/06/2017 13:43:01	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	19/06/2017 13:42:30	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	26/03/2017 17:34:51	Claudia Teresa Frias Rios	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.249.369

SAO LUIS, 30 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética      **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA      **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708      **Fax:** (98)3272-8708      **E-mail:** cepufma@ufma.br