

# Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado

*Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth*

*Informaciones que des(motivan) la toma de decisión de las mujeres por el Parto Domiciliario Planeado*

**Franciele Volpato<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-2235-6513

**Roberta Costa<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-6816-2047

**Odaléa Maria Brüggemann<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1210-6040

**Juliana Jacques da Costa Monguilhott<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-4229-3940

**Iris Elizabete Messa Gomes<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0462-5892

**Leticia Colossi<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0003-4062-6406

<sup>I</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>II</sup>Instituto Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>III</sup>Waterford Birth Centre, Hamilton Birth and Post Natal Care. Hamilton, Waikato, Nova Zelândia.

## Como citar este artigo:

Volpato F, Costa R, Brüggemann OM, Monguilhott JJC, Gomes IEM, Colossi L. Information that (de)motivate women's decision-making for Planned Home Birth. Rev Bras Enferm. 2021; 74(4):e20200404. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>

## Autor Correspondente:

Franciele Volpato  
E-mail: franparteira@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

Submissão: 21-07-2020    Aprovação: 13-11-2020

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender como as informações sobre o Parto Domiciliar Planejado motivam ou desmotivam a tomada de decisão das mulheres por esse local de parto. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, abordagem qualitativa. Coleta de dados realizada de fevereiro a abril de 2019, mediante entrevista semiestruturada com 14 mulheres e fontes documentais. Os dados foram analisados usando-se processo de análise de conteúdo de Bardin, com auxílio do ATLAS.ti 8.0. **Resultados:** As motivações para escolha pelo Parto Domiciliar Planejado são: respeito à autonomia e processo natural do parto e nascimento, apoio do companheiro e confiança nos profissionais. Aspectos que desmotivam essa escolha são medo de intercorrências, necessidade de estrutura médico-hospitalar, opiniões que valorizam o risco. **Conclusão:** A escolha da mulher não se baseia apenas em informação, mas também no modo de processar essa informação. Este estudo demonstrou que a percepção acerca da segurança do Parto Domiciliar Planejado é essencial para a tomada dessa decisão.

**Descritores:** Parto Domiciliar; Parto Humanizado; Tomada de Decisões; Influência dos Pares; Enfermagem Obstétrica.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand how information about Planned Home Birth motivates or discourages women's decisions on this location of birth. **Method:** Descriptive exploratory study, qualitative approach. Data collection carried out from February to April 2019, through semi-structured interviews with 14 women and documentary sources. The data were analyzed using Bardin's content analysis process, with the help of ATLAS.ti 8.0. **Results:** The motivations for choosing Planned Home Birth are: respect for the autonomy and natural process of childbirth and delivery, support from a partner and trust in professionals. Aspects that discourage this choice are fear of complications, the need for a hospital medical structure, opinions that value risk. **Conclusion:** Women's choices are based not only on information, but also on how that information is processed. This study demonstrated that the perception pertaining to the safety of Planned Home Birth is essential for making this decision.

**Descriptors:** Home Birth; Humanized Childbirth; Obstetric; Decision making; Peer Influence; Obstetric Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender como informaciones sobre Parto Domiciliario Planeado motivan o desmotivam la toma de decisión de mujeres por ese local de parto. **Método:** Estudio descriptivo-exploratorio, abordaje cualitativo. Recogida de datos realizada de febrero a abril de 2019, mediante entrevista semiestruturada con 14 mujeres y fuentes documentales. Datos analizados utilizándose proceso de análisis de contenido de Bardin, con auxilio del ATLAS.ti 8.0. **Resultados:** Las motivaciones para selección por Parto Domiciliario Planeado son: respecto a la autonomía y proceso natural del parto y nacimiento, apoyo del compañero y confianza en los profesionales. Aspectos que desmotivam esa elección son miedo de intercorrências, necesidad de estructura médico-hospitalario, opiniones que valoran el riesgo. **Conclusión:** Elección de la mujer no se basa solo en información, pero también en el modo de procesar esa información. Este estudio demostró que la percepción acerca de la seguridad del Parto Domiciliario Planeado es esencial para la toma de esa decisión.

**Descritores:** Parto Domiciliario; Parto Humanizado; Toma de Decisiones; Influencia de las Parejas; Enfermería Obstétrica.

## INTRODUÇÃO

O cuidado que a mulher recebe durante o parto e nascimento é parte relevante da sua experiência feminina. Uma experiência positiva de parto é aquela que atende ou supera as expectativas da mulher, e isso inclui o nascimento de um bebê saudável, em ambiente seguro, com apoio técnico e emocional contínuos. Tal experiência é capaz de gerar mulheres realizadas com o próprio parto e envolvidas com a tomada de decisão acerca do nascimento<sup>(1)</sup>.

Uma importante e complexa decisão está relacionada ao local que oferece tal cuidado e sua associação com distintos aspectos relativos ao parto<sup>(2)</sup>, os quais dizem respeito à organização da assistência em cada local. Enquanto o parto em ambiente hospitalar é organizado para atender às necessidades do sistema obstétrico e está predominantemente assistido por médicos, o parto em ambiente domiciliar, entretanto, organiza sua assistência a fim de respeitar as necessidades da mulher e do recém-nascido, além de ser atendido em sua maioria por enfermeiras obstetras/obstetrias<sup>(3)</sup>. Nesse sentido, o domicílio deixa de ser apenas um local diferente para o parto, mas passa a ser visto neste estudo como um contra-hegemônico modelo de cuidado ao parto e nascimento.

Na realidade brasileira, as opções públicas para parir limitam-se aos hospitais e, em poucos locais, também a centros de parto normal, sendo os partos hospitalares responsáveis por 98,36% dos nascimentos<sup>(4)</sup>. Todavia, algumas mulheres insatisfeitas com a assistência do modelo de cuidado hospitalar, também caracterizado pelo excesso de intervenções desnecessárias, têm optado pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP). Este, por sua vez, apresenta resultados maternos e neonatais positivos, que dizem respeito a menos intervenções e morbidade no parto e nascimento, além da maior probabilidade de parto vaginal. Ademais, destaca-se a satisfação das mulheres com a experiência do parto em domicílio, visto que, nesse local, sentem-se empoderadas, no controle do seu processo parturitivo e satisfeitas com a qualidade da assistência oferecida<sup>(5-7)</sup>.

Considerando que os partos hospitalares são a norma, as mulheres que desejam outro local para parir têm menos oportunidade de acessar informações de qualidade, baseadas em evidências, seja por meio dos profissionais, amigos ou da mídia<sup>(8-9)</sup>. No contexto do pré-natal, essa lacuna fere um princípio fundamental do cuidado centrado na mulher, a escolha informada pelo local de parto, que está ancorado no direito da mulher de receber informações e se envolver no processo de tomada de decisão durante toda a assistência obstétrica, independentemente do seu perfil sociodemográfico<sup>(10-13)</sup>.

Dessa forma, não bastasse essa limitação, no percurso de escolha pelo local de parto, a mulher também é afetada individual e coletivamente por associações culturais e históricas entre nascimento e segurança, bem como influenciada por narrativas que valorizam o risco, a culpa e a responsabilidade. Esse discurso, inclusive, fortemente relacionado ao modelo tradicional de cuidado, que por sua vez é ancorado em valores patriarcais, restringe as decisões das mulheres e limita efetivamente as oportunidades de planejar o parto em locais que não sejam o hospital<sup>(14)</sup>.

Nesse sentido, são múltiplos os aspectos que podem contribuir para que a mulher obtenha a confiança necessária para planejar e escolher onde e como parir<sup>(2)</sup>. Dessa maneira, este estudo justifica-se já que, embora as pesquisas identifiquem as razões pelas quais as mulheres escolhem o PDP, os motivos e

informações para essa escolha são pouco explorados<sup>(15-17)</sup> e até mesmo desconhecidos no contexto brasileiro.

## OBJETIVO

Compreender como as informações sobre o PDP motivam ou desmotivam a tomada de decisão das mulheres por esse local de parto.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Após a concordância em participar do estudo, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previsto na Resolução CNS-466/2012<sup>(18)</sup>, assegurando-se o anonimato e o sigilo das informações, pela utilização de um código alfanumérico (E1 a E14).

O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), quanto aos seus aspectos éticos e legais.

### Tipo de estudo

A metodologia escolhida para este estudo é de natureza descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. Sendo que a descrição do processo investigativo tomou por base os Critérios Consolidados de Comunicação de Estudos Qualitativos (COREQ).

### Cenário do estudo

O contexto deste estudo foi a assistência prestada pelas equipes que atendem o PDP no estado de Santa Catarina, uma vez que este foi o ponto de partida para captação das mulheres com interesse em obter mais informações sobre essa opção de local de parto.

As equipes que atendem o PDP encontram apoio na Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras, Neonatais e Obstetrias do Estado de Santa Catarina (ABENFO), que, por meio da Comissão de PDP, tem atuado em prol dessa opção. Em 2016, com o COREN, formulou nacionalmente o primeiro Parecer Técnico (nº 23), a fim de orientar a enfermagem obstétrica quanto a alguns critérios e condutas sobre PDP.

O PDP no estado é uma opção de financiamento privada, que pouco é discutida com as mulheres como alternativa e carece de uma articulação com a rede de assistência à saúde da mulher e neonato. Apesar disso, a quantidade de profissionais que atendem o PDP cresce e, dessa forma, se ampliam as possibilidades de escolha para algumas mulheres.

### Fonte de dados

A seleção das participantes ocorreu pelo contato com profissionais que atendem o PDP, trabalham com a humanização do parto e nascimento, bem como pela rede pessoal de uma das pesquisadoras que atuou neste cenário. Os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a indicar mulheres que atendessem aos critérios de inclusão, quais sejam: mulheres a partir do 30º dia de pós-parto, que demonstram

interesse pelo PDP durante o pré-natal, independentemente do desfecho do local de parto, residentes em Santa Catarina. Ainda, foram excluídas as mulheres menores de 18 anos e/ou que tiveram seus filhos em período superior a um ano, a contar do dia da entrevista, a fim de minimizar os prejuízos das falhas de memória pelo tempo decorrido da experiência vivida.

Alguns profissionais que conheciam mulheres elegíveis enviaram seus contatos telefônicos por Whatsapp®. Outros enviaram para listas de e-mails e grupos de Whatsapp® um convite redigido pelas pesquisadoras, que continha os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão, a fim de que as mulheres interessadas em participar do estudo se manifestassem. Por meio desses convites, 7 mulheres entraram em contato manifestando seu interesse pela pesquisa e outras 17 foram contatadas por telefone e convidadas a participar da pesquisa. Dessas últimas, duas não retornaram o contato, e uma desistiu por motivos pessoais. A determinação do número de participantes deu-se mediante amostragem por saturação, ou seja, quando prevaleceu a certeza de que, mesmo provisoriamente, foi encontrada a lógica do objeto do estudo em todas as suas conexões e interconexões<sup>(19)</sup>. A amostra final, portanto, foi composta por 14 mulheres.

### Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi realizada por uma das pesquisadoras, de fevereiro a abril de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, audiogravadas, com duração de aproximadamente uma hora. A questão "Quais informações acerca do PDP você recebeu no percurso de tomada de decisão pelo local de parto?" norteou a entrevista. Além disso, documentos cedidos pelas entrevistadas também foram analisados (contrato de prestação de serviço com a equipe, termo de consentimento livre e esclarecido, orientações sobre o PDP). As entrevistas aconteceram no local de preferência das mulheres, conforme agendamento prévio. Assim, nove entrevistas foram realizadas presencialmente na residência das mulheres; e outras cinco, via chamadas de vídeo por Whatsapp®, com a presença dos bebês na maioria delas.

Antes do início da gravação, as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e responderam às perguntas referentes à caracterização sociodemográfica e obstétrica. Ao final das entrevistas, foi questionado às mulheres se elas receberam algum material com informações sobre o PDP; em caso afirmativo, lhes foi solicitada uma cópia dele. Todas as entrevistas foram transcritas e validadas pelas participantes, sendo que apenas uma entrevista sofreu ajuste no seu conteúdo.

### Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu por meio do processo de análise de conteúdo de Bardin, organizada em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(20)</sup>. Foi utilizado o software ATLAS.ti 8.0, para auxiliar na organização dos dados, que iniciou com a criação de um projeto constituído por 26 documentos: 14 entrevistas e 12 materiais disponibilizados pelas mulheres entrevistadas (contratos de prestação de serviço, termos de consentimento, orientações).

Em quatro etapas, realizou-se a organização dos dados: leitura flutuante; escolha dos elementos relevantes e representativos;

elaboração de hipóteses/objetivos e referenciação dos índices; e elaboração dos indicadores. Com auxílio do ATLAS.ti 8.0, fez-se a seleção dos trechos relevantes das entrevistas (citações), no intuito de atender ao objetivo do estudo. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, que consistiu essencialmente em operações de codificação, relacionando os depoimentos com mesmo sentido a fim de categorizá-los.

A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, de modo que eles se tornassem significativos e válidos. Após todo o processo de análise, os dados deram origem a duas categorias: Influências que motivam a escolha pelo PDP; e Influências que desmotivam a escolha pelo PDP.

## RESULTADOS

As participantes do estudo tinham entre 24 e 38 anos e estavam em um relacionamento estável quando fizeram a opção pelo local de parto. Uma delas tinha ensino médio, e as outras possuíam grau universitário, a maioria com pós-graduação. Eram residentes dos municípios de Florianópolis, Joinville e Chapecó, no estado de Santa Catarina. Apenas uma mulher realizou seu pré-natal exclusivamente na rede pública. Nove mulheres tiveram a assistência ao parto na rede particular; as demais, na rede pública. Em relação à história obstétrica, 11 eram primíparas, e 3 tinham uma cesariana prévia. Das 14 mulheres, 10 vivenciaram o parto vaginal, sendo 5 deles em domicílio, e as demais evoluíram para cesariana.

As mulheres relataram diversos motivos que afetam a escolha pelo PDP, dentre os quais aspectos pessoais referentes ao contexto sociocultural. Aqui, as informações foram categorizadas como motivações ou aspectos que desmotivam o PDP.

### Categoria I – Motivações para a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado

As mulheres relacionaram o parto em domicílio com autonomia, protagonismo e liberdade. O parto no domicílio é entendido por elas como aquele sem intervenções desnecessárias e com respeito ao processo natural:

*[...] achava que a mulher se entregava mais em casa, que ela tava mais bem amparada, que a natureza se expressa melhor e que sem intervenções o parto pode seguir seu rumo de uma maneira melhor. (E12)*

Além disso, em casa podem ser acompanhadas pelas pessoas de sua escolha e experienciar um parto com atenção individual, exclusiva. Esses e outros aspectos foram responsáveis pela segurança que as mulheres manifestaram sentir em relação ao ambiente domiciliar:

*Então, o parto domiciliar me deixa segura por isso, porque eu tô no meu cantinho, com as pessoas que gostaria que estivessem e que eu teria um pouco mais de intimidade para falar é "não, isso agora não, espera mais um pouquinho", sabe? É isso que eu acho que é a segurança. (E11)*

*[...] o respeito do meu ritmo, ou seja, o respeito do processo orgânico do parto, isso para mim é segurança. (E9)*

Todas as mulheres receberam apoio dos seus companheiros na tomada de decisão do local de parto. Esse apoio caracterizou-se pela decisão compartilhada, engajando-se no processo decisório, ou pelo respeito à escolha da mulher:

*[...] o meu companheiro, sempre me apoiou muito. Ele realmente deixou comigo essa decisão. Ele falava para mim, para eu escolher onde eu me sentisse melhor. Que ele ia me apoiar da mesma maneira, se fosse no hospital, se fosse em casa. Que era uma decisão para mim, pelos meus sentimentos, pelos meus pensamentos. (E4)*

Outra importante motivação foram as mulheres que já tiveram experiências exitosas com o parto:

*[...] minha mãe [...] e toda a minha família, por mais que eles não conhecessem o parto [domiciliar], eles têm essa memória muito bonita do parto [...] mandei um vídeo para minha mãe, ela viu e ela não duvidou mais daquilo. (E4)*

As mulheres também relacionaram a experiência dos profissionais que atenderiam o parto em casa, com segurança para o processo de acompanhamento:

*A experiência da equipe foi um fator bem forte [...] elas relatam muitas experiências e isso me deu bastante segurança pra, inclusive para não me preocupar tanto com os itens de segurança que elas tinham, porque eu sabia que tava, tava na mão delas, tava bem, bem guardado, assim, tava bem assistido. (E10)*

Dessa forma, as informações compartilhadas com os profissionais acerca do manejo de intercorrências em domicílio e da habilidade em identificar a necessidade de transferência para o hospital tranquilizaram as mulheres:

*Então essa segurança assim que a equipe me passou né, de que dá tempo de chegar, até acontecer isso a gente vai perceber, vai ter o feeling da coisa, vai identificar que não tá dando certo e vai pro hospital [...]. Eu sabia que caso tivesse algo que não desse pra resolver aqui, dava tempo de chegar no hospital e eu não ia morrer em 20 minutos, assim, sangrando, tipo assim. (E14)*

*[...] ela traria alguns equipamentos, tipo, oxigênio, ela teria, e no caso do bebê nascer com algum problema ela teria alguns equipamentos que ela conseguiria resolver em casa [...] pra algumas outras questões, a gente teria que se deslocar até o hospital [...]. (E6)*

Outra questão que motiva as mulheres na decisão pelo local de parto numa segunda gestação é a vivência anterior de um nascimento hospitalar traumático, que foi marcado por violência obstétrica. Dessa maneira, elas relatam o desejo de viver uma experiência diferente em domicílio como uma superação:

*Porque a questão do parto sempre tava presente, né, porque de alguma forma era algo que eu buscava, uma cura, né, dessa experiência que eu tive com o primeiro parto [...] o meu único medo era ter que ir pro hospital. (E9)*

*[...] então foi na verdade uma realização e uma superação também em relação ao parto anterior [...] veio de fazer algo completamente diferente do que tinha sido minha experiência anterior e... era isso que me atraía mais assim. (E10)*

## **Categoria II - Aspectos que desmotivam a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado**

As mulheres expressam medo de intercorrências em domicílio, especialmente relacionadas ao bebê:

*[...] são as coisas que mais preocupam a mãe, pelo menos era o que me preocupava: se o bebê nascer e precisar de algum aparato, alguma ferramenta que aqui em casa não tem? (E14)*

Ainda, a incerteza da chegada em tempo oportuno ao ambiente hospitalar em caso de intercorrência surge na fala das mulheres quando se trata da possibilidade de transferência:

*[...] tinha receio de como eu seria encaminhada para uma maternidade, se porventura precisasse [...] se a equipe tinha suporte para isso e daí como seria esse acompanhamento. (E10)*

*[...] só o pensamento que podia não dar tempo de salvar o [filho] ou a mim [...] alguma intercorrência acontecer e a gente precisar ir e não dar tempo. Eu tinha medo disso [...]. (E14)*

Outra questão relacionada aos cuidados em domicílio durante o parto e nascimento é relativa à necessidade de equipamentos que só estariam disponíveis em hospitais/maternidades. No mesmo sentido, está a necessidade do profissional médico no contexto do nascimento, o que se associa à sensação de segurança:

*[...] se der alguma coisa, eu tô em casa e não tenho médico. É um medo. Acho que o primeiro sentimento que vem. (E2)*

*[...] caso haja uma complicação ou emergência, existem menos possibilidades terapêuticas disponíveis em domicílio do que haveria em um ambiente hospitalar, incluindo alguns que podem salvar vidas, como banco de sangue e cirurgia imediata. (TCLE equipe X)*

Cabe destacar, também, que algumas pessoas do convívio dessas mulheres (familiares, profissionais de saúde, amigos) consideram arriscada a escolha pelo PDP:

*[...] minha mãe, a minha sogra, minha avó, todos tinham muito medo do parto domiciliar. Achavam que eu tava fazendo uma loucura, que eu tava sendo inconsequente, tudo (E7). [...] o pediatra da minha filha [...] ele falou: "olha, vocês fazem o que vocês quiserem, mas eu não apoio". E aí, me mexeu muito quando ele me falou isso. Que ele... "ah, eu acho muito perigoso" [...]. (E2)*

*[...] As pessoas vinham "ah, que perigo" [...] É uma decisão minha e acho que muita gente deve desistir por isso [...] porque quando você faz uma decisão dessas, com uma família contra, é mais um fator que você tem que lidar, né. (E8)*

Por fim, também desmotiva a escolha das mulheres por um PDP a (im)possibilidade de pagar por esse serviço. Metade das entrevistadas consideraram esse investimento muito alto, fora da realidade financeira da maioria das famílias. Para essas mulheres, quanto ao PDP: ou deixa de ser uma opção ou endividam-se ou pedem ajuda para sua rede de apoio. O desconforto em ter de pagar por um serviço que poderia ser oferecido pelo SUS também é manifestado pelas mulheres:



[...] é caríssimo pra você fazer parto com a maior parte das equipes, isso é trágico. Porque boa parte das pessoas, a maioria não vai ter acesso mesmo. (E8)

[...] nós fizemos porque minha sogra se propôs de pagar [...] se não fosse dessa forma, eu não sei se conseguiria ter esse, o parto que eu sonhava [...]. (E10)

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram compreender como as informações influenciam a mulher na tomada de decisão pelo PDP. Isso porque elas não fazem escolhas isoladamente, mas num processo socialmente construído, influenciado pelas relações interpessoais e pelo contexto ou cenário em que estas ocorrem<sup>(21-22)</sup>. As participantes deste estudo têm em comum com as mulheres que optam pelo parto em domicílio o fato de serem casadas ou viverem com companheiros, residirem em grandes centros, terem idade superior a 30 anos e possuírem alta escolaridade<sup>(22-23)</sup>, características que sugerem acesso fácil, por parte delas, à informação de qualidade.

Pautando as motivações que levam à decisão pelo PDP, as participantes relataram motivos para optar pelo parto em casa que foram semelhantes a outros estudos: respeito ao processo fisiológico do parto, autonomia, protagonismo, confiança no processo de nascimento e participação de familiares<sup>(2,23-26)</sup>. Esses benefícios atrelados ao PDP, por vezes, surgiram na voz de mulheres que vivenciaram o parto de uma forma positiva e tornaram-se apoiadoras desse local de parto<sup>(7)</sup>.

Esse cenário familiar, íntimo e respeitoso torna-se sinônimo de segurança para as mulheres (E11 e E9), pois uma relação de confiança se constrói com a equipe que oferece a assistência. Em contrapartida, o hospital torna-se uma ameaça por apresentar altas taxas de intervenções — menos de 6% dos partos são naturais — e pelo desrespeito às boas práticas ao parto e nascimento<sup>(27)</sup>. O PDP vem sendo associado a taxas significativamente mais baixas de intervenções obstétricas, taxas mais altas de parto vaginal espontâneo, menores taxas de morbidade materna e altas taxas de satisfação relacionadas ao fato de o ambiente domiciliar ser mais confortável e oferecer mais participação na experiência parturitiva<sup>(2,28-29)</sup>.

Da mesma forma, aquelas participantes que tiveram experiências negativas em ambiente hospitalar (E9 e E10) têm justificativas suficientes para não quererem reviver esse modelo de cuidado. O PDP, então, passa a ser uma alternativa para evitar a violência obstétrica e as intervenções em cascata, características do modelo hegemônico. Corroborando esses achados, estudos internacionais realizados na Austrália<sup>(30)</sup> e no Reino Unido<sup>(31)</sup> acerca das motivações para escolha do PDP apontam que uma abordagem de cuidados medicalizados, com intervenções de rotina, contribuiu para a falta de satisfação das mulheres e para a busca de outras possibilidades de local de nascimento nas gestações subsequentes. Mais uma evidência, portanto, que convida o modelo tradicional a revisar suas práticas e sua filosofia de cuidado.

Nesse momento de decisão, o companheiro/pai do bebê assume uma posição importante enquanto motivador<sup>(6,32)</sup>, tendo um papel significativo na tomada de decisão, pois seu apoio permite que a mulher se sinta confiante para escolher o local

de parto, conforme relata E4. Como ser relacional, a decisão da mãe não será isolada ou independente. Isso porque, sua decisão é tomada em relação aos outros e com eles, seja familiar, amigo ou profissional<sup>(33)</sup>. Ou seja, quando a mulher opta pelo local de nascimento, vários fatores do contexto sociocultural em que ela vive estão influenciando essa decisão. Assim, dialogando sobre seus interesses, ela vai somando informações para que possa escolher assertivamente o local de parto<sup>(32)</sup>.

Outro elemento que motiva a escolha pelo PDP é a confiança construída na relação com os profissionais que atenderão o parto em domicílio. No presente estudo, essa confiança estrutura-se na competência profissional e partilha de informações. Cabe destacar que, no Brasil, o PDP é em geral assistido por enfermeiras obstetras/obstetrizes<sup>(4,23)</sup>, as quais atuam para favorecer a redução de procedimentos desnecessários, promovendo a qualidade da assistência e consequente satisfação da mulher<sup>(34)</sup>.

Nessa esteira, as evidências demonstram que mulheres acompanhadas por suas *midwives* sentiram-se apoiadas por elas, em uma relação de confiança<sup>(30,35-36)</sup>, o que destoa do modelo hegemônico de atendimento hospitalar, uma vez que este é realizado por profissionais desconhecidos daquela mulher. As mulheres querem uma experiência de parto com profissionais gentis, sensíveis, que compreendam suas crenças, valores e rituais de cuidado, bem como ofereçam segurança e competência técnica<sup>(22,26)</sup>.

Desse modo, informações que motivam a tomada de decisão pelo PDP são relativas aos benefícios que as mulheres reconhecem nesse modelo de cuidado, como também ao apoio que encontram nos seus companheiros e à confiança construída na relação com os profissionais que atendem esse tipo de local de parto. Diante disso, o desenvolvimento de uma relação de confiança entre a mulher e o profissional é capaz de gerar responsabilidade mútua na tomada de decisão. Ou seja, ambos passam a ser ativos no processo de escolha informada, minimizando a hierarquia na relação e respeitando a autonomia da mulher<sup>(11,37)</sup>.

Por outro lado, há informações que desmotivam a opção pelo PDP, sendo estas fortemente marcadas pelo modelo de cuidado hegemônico vigente, centrado no risco e na mecanização do parto. Nesse cenário, em que o foco está em desfechos desfavoráveis, o medo que a intercorrência aconteça, especialmente com o bebê, é um fator limitante para parir em casa. Isso porque as percepções das mulheres sobre a natureza do processo de nascimento são importantes para determinar as escolhas em relação ao parto<sup>(38)</sup>.

Assim, o profissional, novamente, desempenha um papel importante durante o pré-natal ao informar a mulher sobre as intercorrências mais prevalentes no parto e nascimento em domicílio<sup>(39)</sup>. No entanto, também deve disponibilizar e discutir evidências científicas que apontem a frequência e o manejo dessas intercorrências, preferencialmente comparando-as ao ambiente hospitalar e relativizando-as com uso de dados do país em que acontecerá o nascimento.

No cenário brasileiro, contudo, os poucos estudos acerca dos resultados neonatais dos PDP<sup>(3,5,40)</sup> sugerem que o respeito à fisiologia do parto e o uso restrito de intervenções nesse tipo de parto podem ter sido responsáveis pela ausência de intercorrências em trabalho de parto e parto em domicílio<sup>(41)</sup>. Tal questão está de acordo com importante metanálise de estudos internacionais, na qual foram incluídos estudos referentes a países que têm o

parto domiciliar bem integrado e pouco integrado à rede de atenção obstétrica, sendo que o risco de mortalidade perinatal ou neonatal não foi diferente quando o parto foi planejado em casa ou no hospital<sup>(42)</sup>. Todos os estudos incluíram apenas mulheres com gravidez de risco habitual.

Apesar de o Ministério da Saúde brasileiro reconhecer o domicílio como um possível local para o parto/nascimento<sup>(4)</sup>, o PDP não dispõe de um fluxo formalizado de referência, sendo considerado pouco integrado à rede<sup>(23)</sup>. Essa informação é relevante no processo de tomada de decisão das mulheres, pois diferentes estudos mostram que os resultados perinatais e neonatais de partos realizados em domicílio estão relacionados às condições de transferência<sup>(6,28,38)</sup>. Inclusive, taxas mais altas de transferência são observadas em locais onde o PDP é mais integrado ao sistema de saúde, sugerindo que uma boa integração pode estar associada ao acesso oportuno e melhor cuidado em caso de complicação intraparto<sup>(42)</sup>.

No entanto, a escolha da mulher não se baseia apenas em informação, mas também no modo como processa essa informação. Isso está atrelado à sua vivência, ao contexto sociocultural e político, à concepção acerca de segurança<sup>(22)</sup>. Nesse contexto, considera-se que a segurança do bebê e da própria mulher é ponto-chave na tomada de decisão pelo local de nascimento<sup>(25,35)</sup>.

A segurança, no entanto, está ligada à construção de risco que é relacionada ao nascimento. Neste estudo, as mulheres e os documentos oferecidos pelas equipes que atendem PDP (TCLE equipe X) apontam a possível necessidade de equipamentos e do profissional médico atrelada ao ambiente hospitalar e à garantia de segurança. O modelo biomédico de cuidado, da mesma forma, cultivou a ideia de que aparelhos, médicos e instituições oferecem a melhor assistência ao parto. Assim, conceber que o parto hospitalar também carrega seu conjunto de riscos significa contrapor-se à norma, ao que está arraigado na cultura atual.

Nesse contexto, cogitar o parto em domicílio e compartilhar essa possibilidade com a sociedade apresentou-se como uma influência que desmotiva a escolha pelo PDP. A necessidade que cada pessoa atrela ao momento do nascimento, ancorada em seus valores culturais, é ferramenta para julgar a mulher que entende que o domicílio oferece a segurança suficiente para ela e seu bebê. Dessa forma, a autonomia da mulher é minada por críticas pessoais, baseadas em experiências isoladas e pela dominância do modelo tecnocrático de atendimento ao parto. Assim, a mulher vivencia o antagonismo entre o que deseja e o que a sociedade considera correto e seguro<sup>(21)</sup>. Além dessas questões, estudo inglês atribuiu a falta de informação consistente e abrangente sobre as opções de local para parir, bem como a desinformação acerca das implicações de parir em casa, como possíveis razões para o parto em casa ser preterido<sup>(9)</sup>. Isso porque apenas 2,1% das mulheres do Reino Unido em 2018<sup>(43)</sup> decidiram pelo parto domiciliar, mesmo este sendo recomendado para mulheres de risco obstétrico habitual no decorrer da tomada de decisão.

Por fim, as participantes deste estudo reconhecem que ter de pagar por um parto em casa se torna oneroso e não acessível para todas. No contexto brasileiro, o PDP é uma possibilidade restrita, tendo em vista que não está inserido na política pública e é uma escolha bancada emocional e financeiramente pela mulher. Essa situação fragiliza a assistência à mulher, bem como os profissionais

que atendem em domicílio, já que essa opção não é pública nem faz parte do sistema de referência e contrarreferência, situação que pode prejudicar a garantia de continuidade do cuidado diante da necessidade de transferência. Dessa maneira, fere aspectos determinantes e condicionantes da qualidade de vida que atuam na dimensão social e se relacionam com a promoção e proteção à saúde<sup>(44)</sup>.

Portanto, para decidir pelo local de parto ativamente é importante que a mulher identifique as razões que lhe são apresentadas e de que modo elas afetam a sua escolha. Assim, será capaz de refletir acerca desses motivos, permitindo ou não que eles interfiram na sua decisão. Ela terá de olhar para si e acessar valores, definir segurança, identificar quais riscos está disposta a aceitar e de que maneira estes podem ser administrados<sup>(45)</sup>.

### Limitações do estudo

Como limitações do estudo, destacamos a dificuldade de encontrar as mulheres que intencionaram o PDP, mas desistiram dessa opção.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

No Brasil, há poucas opções de locais de parto fora do ambiente hospitalar que façam parte da rede pública de saúde, tão pouco uma política que incentive a escolha da mulher pelo local de parto. Assim, este estudo contribui para o cenário obstétrico desvelando informações sobre o PDP que podem ser problematizadas no percurso da tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto o depoimento das mulheres quanto os documentos analisados permitiram compreender que a tomada de decisão da mulher em favor do PDP é influenciada por informações que motivam ou desmotivam essa escolha. Entretanto, o desejo de um parto seguro tanto para a mulher quanto para o recém-nascido perpassa todas as influências. Destaca-se como motivação para escolha do PDP o cuidado obstétrico que respeita a fisiologia do parto e assegura informações de qualidade na relação mulher-profissional.

Em contrapartida, as informações que sustentam o medo de desfechos desfavoráveis, ancoradas no modelo centrado no risco e na mecanização do parto, sobressaem-se como razões que desmotivam a escolha do domicílio como local de parto. Somado a isso, há a restrição de acesso ao PDP, já que não está incluído na política pública de atenção materno-infantil brasileira e se torna oneroso para as mulheres. Além disso, a ausência do Estado em reconhecê-lo e disponibilizá-lo como possibilidade de escolha, torna o PDP desintegrado da rede de assistência ao parto e nascimento, fato que compromete as transferências (emergenciais ou não) seja pelo tempo oportuno de deslocamento e atendimento, seja pela falta de continuidade da assistência pelos mesmos profissionais.

Tendo em vista que a escolha da mulher pelo local de parto não é isolada, mas acontece mediante informações e influências

do contexto em que vivencia essa escolha, discutir a segurança do PDP no cenário brasileiro é essencial para otimizar a tomada de decisão. Dessa maneira, permite-se que a mulher alie os cuidados ofertados em domicílio às suas percepções e valores relativos ao nascimento e possa optar conscientemente pelo local de parto.

## FOMENTO

Este estudo recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de bolsa de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 13]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
2. Zielinski R, Ackerson K, Kane-Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Women's Health*. 2015;7:361-77. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S55561>
3. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Monticelli M, Knobel R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio. *Cienc Enferm*. 2015;21(2):113-25. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000200011>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Energéticos. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [Internet]. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [cited 2019 Jul 10]. Available from: [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)
5. Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Outcomes of planned home birth assisted by nurses, from 2005 to 2009, in Florianópolis, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):747-50. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000051>
6. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024>
7. Leon-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Escuriel R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery*. 2019;70:15-21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>
8. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2008 [cited 2020 Apr 26];12(4):765-72. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715323022>
9. Smith JN, Taylor B, Shaw K, Hewison A, Kenyon S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that': a qualitative study exploring women's perceptions of home birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):105-16. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1733-1>
10. Mcara-Couper J, Jones M, Smythe L. Caesarean-section, my body, my choice: the construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. *Fem Psychol*. 2011;22(1):81-97. <https://doi.org/10.1177/0959353511424369>
11. Handa M, Sharpe MD. Shifting paradigms in women's health care: from informed consent to informed choice. *Women Health Bull*. 2015;2(2):e60213. <https://doi.org/10.17795/whb-28194>
12. College of Midwives of Ontário. Place of birth handbook [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <https://www.cmcb.bc.ca/wp-content/uploads/2017/10/Place-of-Birth-Handbook.pdf>
13. Association of Ontário Midwives. Choice of birthplace. Guideline for discussing choice of birthplace with clients. Ontario [Internet] 2016 [cited 2020 Apr 26]. Available from: <http://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/AOM-Guideline-on-Choice-of-Birthplace.pdf>
14. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. To what extent are women free to choose where to give birth? how discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health Risk Soc*. 2013;16(1):51-67. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>
15. Catling-Paull C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CSE. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *Med J Australia*. 2013;198(11):616-20. <https://doi.org/10.5694/mja12.11665>
16. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rower R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):103. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>
17. Meredith D, Hugill K. Motivations and influences acting on women choosing a homebirth: seeking a 'cwttch' birth setting. *Br J Midwifery*. 2017;25(1):10-16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.1.10>
18. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2012 [cited 2019 Sep 08]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
19. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 26];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
20. Bardin L. Análise de conteúdo. 6. ed. São Paulo: Edições 70;2011. 229 p.
21. O'brien D, Casey M, Butler MM. Women's experiences of exercising informed choices as expressed through their sense of self and relationships with others in Ireland: a participatory action research study. *Midwifery*. 2018;65:58-66. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.006>

22. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gulmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
23. Koettker JG, Brüggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03371. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017034003371>
24. Walker JJ. Planned home birth. *Best Pract Res, Clin Obstetr Gynaecol*. 2017;43:76-86. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001>
25. Grigg CP, Tracy SK, Schmied V, Daellenbach R, Kensington M. Women's birthplace decision-making, the role of confidence: part of the evaluating maternity units study, New Zealand. *Midwifery*. 2015;31(6):597-605. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.006>
26. Collaço VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MF, Gregório VRP. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami team. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(2):e6030015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>
27. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(suppl 1):S1-S31. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
28. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Home J, Mcgregor C, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016;188(5):E80-E90. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150564>
29. Davies-Tuck ML, Wallace EM, Davey M, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(357):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1996-6>
30. Catling C, Dahlen H, Homer CS. The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia. *Midwifery*. 2014;30(7):892-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.003>
31. Feeley C, Thonsom G. Why do some women choose to freebirth in the UK? an interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(59). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
32. Martínez-Mollá T, Solano Ruiz C, Siles González J, Sánchez-Peralvo M, Méndez-Pérez G. The father's decision making in home birth. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(3):573-83. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a22>
33. Osuji PI. Relational autonomy in informed consent (RAIC) as an ethics of care approach to the concept of informed consent. *Med Health Care Philos*. 2017;21(1):101-11. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9789-7>
34. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing woman: review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
35. Murray-Davis B, McDonald H, Rietsma A, Coubrough M, Hutton E. Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*. 2014;30(7):869-76. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.01.008>
36. Forster DA, McKay H, Davey MA, Small R, Cullinane F, Newton M, et al. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: a cross-sectional survey. *Women Birth*. 2019;32(3):221-30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.019>
37. Charles S. Attunement and involvement: how expert nurses support patient autonomy. *Int J Fem Approach Bioeth*. 2017;10(1):175-93. <https://doi.org/10.3138/ijfab.10.1.175>
38. Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery*. 2018;63:46-51. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
39. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlstrom A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *BMJ Sexual Reproduct Healthcare*. 2019;21:33-38. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
40. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Ref [Internet]*. 2010 [cited 2020 Apr 26];SerIII(2):81-90. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII2/serIII2a09.pdf>
41. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the Hanami team in the South of Brazil, 2002 – 2012. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(1):e3110015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>
42. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Bruton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *Eclin Med*. 2019;14:59-70. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
43. Office for National Statistics. Birth characteristics in England and Wales: 2018 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 08]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/datasets/birthcharacteristicsinenglandandwales>
44. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(suppl 1):719-29. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700002>
45. Charles S, Wolf AB. Whose values? whose risk? exploring decision making about trial of labor after cesarean. *J Med Humanit*. 2018;39(2):151-64. <https://doi.org/10.1007/s10912-016-9410-8>