

Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar

Narratives on planned home birth after hospital birth

Narraciones sobre parto domiciliario planificado después de un parto hospitalario

Recebido: 07/06/2017
Aprovado: 05/12/2017
Publicado: 30/03/2018

Cláudia Medeiros de Castro¹
Arlene Ferreira de Paula Azevedo²

Este estudo tem como objetivo conhecer as narrativas de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado, com história de parto hospitalar anterior. Trata-se de uma investigação qualitativa, com o uso de duas estratégias metodológicas: observação de grupo de apoio às gestantes e, entrevistas semi-estruturadas com quatro mulheres de um município do interior de São Paulo. As observações dos grupos permitiram a aproximação e contextualização do campo. A análise das entrevistas permitiu o delineamento das categorias temáticas: vulnerabilidade da mulher no hospital; as repercussões da separação precoce mãe e bebê; o parto em casa: informação e afirmação da autonomia e percepção corporal no parto.

Descritores: Saúde da mulher; Parto domiciliar; Autonomia pessoal.

This study aims to know the narratives of women who had Planned Home Birth after a history of previous hospital birth. This is a qualitative research using two methodological strategies: observations in a support group for pregnant women and semi-structured interviews with four women from a municipality in the countryside of São Paulo. The observations in the groups allowed the approximation and contextualization of the field. The analysis of the interviews allowed the delineation of the following thematic categories: vulnerability of women in the hospital; repercussions of early separation between mother and baby; home birth: information and affirmation of autonomy and body perception at childbirth.

Descriptors: Women's health; Home childbirth; Personal autonomy.

Este estudio tiene como objetivo conocer las narraciones de mujeres que tuvieron Parto Domiciliario Planificado, con historia de parto hospitalario anterior. Se trata de una investigación cualitativa, con el uso de dos estrategias metodológicas: observación de grupo de apoyo a las gestantes y, entrevistas semi-estructuradas con cuatro mujeres de un municipio del interior de São Paulo. Las observaciones de los grupos permitieron la aproximación y contextualización del campo. El análisis de las entrevistas permitió el delineamiento de las categorías temáticas: vulnerabilidad de la mujer en el hospital; las repercusiones de la separación precoz mamá y bebé; el parto en casa: información y afirmación de la autonomía y percepción corporal en el parto.

Descritores: Saúde de la mujer; Parto domiciliário; Autonomia personal.

¹ Psicóloga. Doutora em Ciências. Docente e pesquisadora do curso de Obstetrícia e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0002-5237-048X E-mail: claudia.medeiros@usp.br

² Discente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes e Humanidades da USP, São Paulo (SP), Brasil. ORCID: 0000-0002-0141-0189 E-mail: arlene.felizparto@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil dados sobre assistência obstétrica e estudos sobre o tema indicam que a universalização do parto hospitalar ocorreu em todo o território nacional, como demonstrado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, a PNDS-2006¹.

O fenômeno tem múltiplos aspectos e pode ser considerado como um exemplo do sucesso das políticas de saúde pautadas no princípio do direito universal à saúde, que possibilitou às mulheres residentes nas diferentes regiões assistência hospitalar por ocasião do parto. Entretanto o modelo de assistência obstétrica adotado é marcado pelo excesso de intervenções: o país figura entre os que mais realizam cesarianas no mundo, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda taxa de cesáreas de 15%. A pesquisa *Nascer no Brasil*, que trouxe importantes informações sobre a assistência obstétrica, abordou mulheres que durante a gravidez desejavam parto normal e verificou que o desfecho obstétrico foi cesárea para um número expressivo².

As mulheres que conseguem o parto normal são submetidas a procedimentos que não devem ser realizados rotineiramente, como lavagem intestinal, tricotomia e episiotomia. Já o direito ao acompanhante, que é garantido por lei em alguns estados e assegurado por lei específica para todas as usuárias dos serviços que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a pesquisa citada foi garantido para apenas 18,8% das mulheres durante todo o período de internação⁴.

O país encontra dificuldades para a redução da mortalidade materna que permanece em altos patamares e, o Brasil figura entre os países que menos reduziram a mortalidade materna, em um grupo de 75 países, conforme relatório divulgado pela OMS³.

Em si, a hospitalização do parto não produziu os resultados esperados, ao contrário, produziu uma prática obstétrica baseada na coisificação das usuárias, no

atendimento mecanizado e no uso excessivo da tecnologia⁴.

O parto como um evento médico hospitalar trata-se de uma construção social, influenciada por vários fatores. Em décadas passadas o interesse do estado em tutelar a saúde da população para contar com indivíduos capazes de compor a mão-de-obra, contou com o apoio da medicina e com a construção do médico como o detentor do conhecimento científico sobre o corpo da mulher, uma vez que a sobrevivência ao parto e à infância sempre foi a condição necessária para a obtenção de adultos saudáveis.

O saber médico desqualificou o cuidado baseado na cultura tradicional provido pelas parteiras, que detinham conhecimentos transmitidos oralmente pelas mulheres e voltado para a atenção às mulheres. O cuidado tradicional pode também ser considerado como uma expressão da autonomia feminina que em épocas passadas era considerado como algo a ser controlado⁵.

O processo de transferência do parto da casa, lugar de intimidade e tradicionalmente território da mulher para o hospital, teve contornos claramente definidos já nas primeiras décadas do século XX, como indica estudo que demonstra como a combinação entre as maternidades que estavam sendo criadas, com a aquisição de equipamentos médicos, a introdução de novos medicamentos e uma adequação do ambiente, indicava a preparação para receber mulheres de diferentes extratos sociais. O hospital se preparava para receber todas as mulheres e não apenas as pobres, as mães solteiras, as indigentes, que eram as que comumente tinham seus filhos no hospital por falta de uma rede de proteção social.

Um levantamento⁶ sobre quantidade de leitos obstétricos em 1922 indicou a existência de 400 leitos no Brasil, distribuídos em 10 maternidades, destinados a uma população de 30 milhões de habitantes. O estado de São Paulo, no período entre 1935-1936, já tinha 710 leitos obstétricos.

A rápida mudança do local de parto considerando o tempo histórico mostra que em 1945, no município de São Paulo, a casa

era o local de parto para a maioria das mulheres com 70,4% partos domiciliares e 29,5% partos hospitalares⁶. Décadas depois, o lugar do parto no país passou a ser o hospital, como indicado na PNDS 2006¹.

Reações ao modelo de atenção obstétrica vigente nos hospitais, que reduziu a gravidez, parto e nascimento à dimensão biológica, surgiram já na década de setenta, descritas nas publicações da Antropologia que evidenciava a dimensão cultural do parto⁷.

Um repensar das práticas obstétricas, tem possibilitado que a OMS divulgasse o texto conhecido como “Recomendações da OMS”, publicado em 1996, que foi importante para a revisão das práticas obstétricas vigentes⁸.

No Brasil, o questionamento do modelo hegemônico de assistência ao parto resultou nas iniciativas conhecidas como *humanização do parto*, que propiciaram algumas conquistas como a publicação das recomendações do Ministério da Saúde (MS) para o funcionamento dos Centros de Parto Normal, por meio de Portaria criada em 1999 e atualizada em 2015⁹; a criação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Parto (PHPN) em 2000¹⁰, que estabeleceu um rol mínimo de ações para a atenção obstétrica e que foi ampliado em 2011, com a criação da Estratégia Rede Cegonha¹¹.

Alguns estados criaram leis estaduais que garantem o direito ao acompanhante e no âmbito federal foi aprovada a Lei Federal 11.108 de 2005 que assegura este direito para as usuárias SUS em todo o território nacional¹².

Tais conquistas, embora tenham acenado para uma mudança na assistência obstétrica, mantiveram a perspectiva do parto como um evento hospitalar.

O parto domiciliar é abordado pelo Ministério da Saúde como resultado da falta de acesso das mulheres aos serviços hospitalares, que é mais comum em locais geograficamente isolados e pobres; como algo “acidental”, quando a mulher dos grandes centros urbanos não consegue chegar a tempo no hospital; como algo vivido por mulheres pertencentes a povos indígenas ou comunidades quilombolas, que são assistidas

nas próprias casas por parteiras tradicionais. Tal perspectiva resultou em publicação e treinamento voltado para parteiras indígenas e quilombolas¹³.

Diferentemente do Brasil, em países como o Reino Unido e Canadá, o Parto Domiciliar Planejado (PDP) conta com retaguarda do sistema público de saúde e as mulheres podem fazer a escolha pelo parto domiciliar com garantia de assistência por profissionais de saúde capacitados, como enfermeiras obstetras e obstetrites¹⁴. Nas raras situações em que é necessário transferir a mulher ou o recém-nascido para um hospital, há serviços de referência e profissionais capacitados para a remoção.

A segurança do parto domiciliar indica que o PDP, assistido por uma equipe de saúde adequadamente preparada, é tão seguro quanto um parto hospitalar sendo acrescido ainda do benefício da diminuição do número de intervenções desnecessárias¹⁵.

É observado no PDP a diminuição de lacerações, menor ocorrência de hemorragia pós-parto e maior satisfação da mulher e, os benefícios neonatais são considerados variáveis, embora não haja maior risco de mortalidade ou apgar baixo, quando comparados aos recém-nascidos por PDP e no hospital¹⁶.

No Brasil, as mulheres que escolhem o parto domiciliar o fazem fora do sistema de saúde, pois tanto o SUS, quanto o sistema de saúde suplementar não admitem a escolha do local de parto. Vale destacar que a única exceção ocorre em Belo Horizonte, onde um hospital filantrópico garante o PDP assistido por profissionais de saúde para as usuárias do SUS¹⁷.

Assim, como a escolha pelo PDP ocorre à margem do sistema de saúde, são poucos os estudos sobre o tema. Os poucos existentes indicam que as mulheres que o escolheram tem como característica comum a escolaridade: a maioria das mulheres tem ensino superior¹⁸⁻²⁰.

Estudo com mulheres atendidas por um serviço privado de São Paulo que oferece assistência obstétrica realizada por enfermeiras obstetras encontrou 71% das mulheres com ensino superior¹⁸; enquanto

pesquisa com mulheres que tiveram PDP no Rio de Janeiro e Porto Alegre, encontrou 85% com ensino superior¹⁹; em Florianópolis mostrou-se também que a maioria das mulheres apresentou nível superior completo²⁰.

A capacidade de buscar e acessar informações está relacionada a um maior *capital cultural*, o que possibilita fazer escolhas informadas²¹.

Este estudo tem como objetivo conhecer as narrativas de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado, com história de parto hospitalar anterior.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa qualitativa, com a adoção da perspectiva teórica construcionista, o que implica entre outros aspectos, considerar que o mundo social é construído nas relações que permitem significá-lo e dar sentido ao mundo²².

Adotar a postura construcionista, significa assumir que:

“O caráter político da ação social é inseparável da produção de afetos, das relações de poder e de sua dimensão ética”²³.

Como estratégias metodológicas foram realizados dois procedimentos: observações de encontros de um grupo de apoio e entrevistas semi-estruturadas. As observações dos grupos tinham como propósito a aproximação do campo e a identificação de mulheres que poderiam colaborar com a pesquisa.

As entrevistas com as mulheres buscavam conhecer as narrativas que deram sentido à escolha pelo PDP. As narrativas foram escolhidas por serem diferentes das descrições, pois, enquanto as primeiras tem um caráter mais formal e objetivo, as narrativas tem maior profundidade e permitem evidenciar os sentidos e a dimensão subjetiva dos eventos narrados²⁴. Os encontros foram registrados por escrito e as entrevistas foram gravadas.

A pesquisa contou com atividade de iniciação científica e foi realizada no município de São José dos Campos,

distante 97 km da Capital e, localizado no Vale do Paraíba.

No censo do IBGE - 2010 a população registrada foi 629.921 mil habitantes²⁵. Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que em 2011 ocorreram 10.308 partos hospitalares e oito partos domiciliares²⁶.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, número CAAE 28258214.1.0000.5390, aprovado em 2014.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em local de escolha das mulheres, após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado um roteiro que comportou informações iniciais sobre idade, escolaridade, profissão e número de filhos.

Em seguida pediu-se que a mulher falasse sobre a experiência do parto hospitalar e posteriormente sobre as motivações para o parto domiciliar e, que contasse sobre a experiência do parto domiciliar. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A leitura do conteúdo possibilitou a identificação de *categorias temáticas*, não hierarquizadas e organizadas em um Mapa, como proposto por Spink²². No Mapa foram inseridos trechos das entrevistas que evidenciaram os sentidos das experiências narradas pelas entrevistadas.

RESULTADOS

Realizou-se dois encontros grupais, sendo o produto das observações registrado por escrito. A aproximação do campo realizada por meio da participação nos encontros dos grupos de apoio às gestantes e seus companheiros permitiu conhecer os assuntos tratados nas discussões grupais e conhecer as mulheres que poderiam ser entrevistadas.

Em cada encontro se apresenta a pesquisa e pediu-se permissão para as/os integrantes do estudo participassem. Em uma folha de observação, registrou-se: data, número de participantes, característica das/os participantes, temas discutidos, interesse em participar da pesquisa.

Os encontros grupais eram abertos, gratuitos e divulgados em uma página da internet. No primeiro encontro a facilitadora foi uma enfermeira obstétrica e estavam presentes outras profissionais de saúde: uma *sage femme* (obstetriz formada na França) e outra enfermeira obstétrica.

O grupo teve seis participantes, sendo dois casais. Duas mulheres levaram seus bebês. As discussões foram sobre a insatisfação com a atenção obstétrica oferecida nos hospitais de São José dos Campos, bem como, sobre violência obstétrica, sobre a insatisfação com cobrança de taxas hospitalares como taxa para reserva de UTI-Neonatal.

Foi dito que um hospital da região adota o que foi definido pelas/os participantes como "*humanizado camuflado*" que consiste em permitir a entrada de acompanhante, colocar uma música suave de fundo, mas manter os mesmos procedimentos inadequados na assistência à mulher e ao bebê.

Abordou-se ainda que o parto domiciliar é desqualificado por muitas pessoas por ser considerado inferior quando comparado ao hospitalar, que dispõe de tecnologia moderna, o que foi apontado como valorização da tecnologia e desvalorização da capacidade da mulher para parir.

Falou-se sobre a necessidade da mulher voltar-se para si mesma no final da gestação, para preparar-se para o parto. Ao final do encontro uma participante aceitou participar da pesquisa.

O segundo grupo observado teve sete participantes, sendo três casais e uma mulher gestante, havia também uma enfermeira obstétrica e um terapeuta corporal, que foi o

facilitador do grupo. Neste encontro, os participantes já haviam escolhido o parto domiciliar.

Foram realizadas técnicas corporais e a discussão foi voltada para a percepção do corpo e o afeto entre os casais que vão acolher o bebê que está por vir. Ao final do encontro chegou uma mulher que se encontrava no pós-parto e contou sobre a experiência do parto domiciliar.

Considerou-se nos encontros grupais que as discussões evidenciaram a insatisfação das/os participantes com a assistência hospitalar local e a busca de informações para que pudessem encontrar alternativas para viabilizar escolhas que consideravam mais adequadas.

Como no segundo encontro a escolha do parto já havia sido feita, as/os participantes, embora mantivessem a insatisfação com a assistência hospitalar, enfatizaram a necessidade de se preparar física e emocionalmente para o parto. O apoio recebido no grupo foi citado pelas mulheres nas entrevistas

As mulheres identificadas como potenciais entrevistadas foram convidadas à participar dos estudos. Foram entrevistadas quatro mulheres que tiveram parto domiciliar planejado com história de parto hospitalar anterior, na cidade de São José dos Campos.

As mulheres entrevistadas tinham entre 28 e 35 anos. A mais velha tinha 35 anos e a mais nova 28 anos. Com relação aos filhos, duas entrevistadas tinham três filhos, uma tinha duas filhas e a terceira tinha dois filhos e estava grávida do terceiro. No Quadro 1 se apresenta um resumo das características das mulheres.

Quadro 1. Características das mulheres entrevistadas. São José dos Campos, 2014.

Nome*	Idade	Profissão	Filhos(as)	Parto hospitalar	Parto domiciliar
Carla	35	Esteticista	3	2	1
Laura	28	Dona de Casa e Artesã	3	1	2
Mariana	32	Instrutora	2	1	1
Paula	35	Técnica de enfermagem	2	1	1

*Os nomes são fictícios para preservar a identidade das entrevistadas.

A análise possibilitou a organização das narrativas em quatro categorias, sendo as primeiras sobre parto hospitalar: a *vulnerabilidade da mulher no hospital e as repercussões da separação precoce mãe e bebê*; já com relação ao parto em casa, foi enfatizado o *parto em casa: informação e afirmação da autonomia e a percepção corporal no parto*, como apresentado a seguir.

Vulnerabilidade da mulher no parto hospitalar

Carla e Paula, que tiveram parto hospitalar em dois hospitais de São José dos Campos, narraram o parto hospitalar como um evento cercado de procedimentos considerados aversivos, evento marcado pela ausência de informações e agravado pelo tratamento ríspido por parte da equipe médica e de enfermagem.

O atendimento é exemplificado nas palavras de Paula, que contou que ao queixar-se dos cortes em sua pele durante a tricotomia (raspagem dos pelos) obteve como resposta da profissional que realizava o procedimento “*você tá com dor agora, cê vai ver depois!*”

As entrevistadas contaram que se sentiram sozinhas, pois em alguns hospitais não foi permitido a presença de um acompanhante.

Carla avalia que no primeiro parto hospitalar em São José dos Campos o atendimento foi ruim, mas no parto do segundo filho, que foi realizado em hospital do município de Jacareí, definido por ela como o “*humanizado*”, foi respeitada pela equipe. Entretanto a mãe de Carla, que era a sua acompanhante, não conseguiu assistir ao parto, pois estava preenchendo as fichas para a admissão.

Já Mariana considera que foi muito bem tratada no hospital onde teve a primeira filha, no Paraná, mas como desejava parto normal, manifesta desconforto ao afirmar que:

“*Não foi um parto, foi uma cesariana*”.

Dois entrevistadas utilizaram as palavras *medo* e *vulnerável* para definir como se sentiram no hospital:

O que eu tenho medo de hospital é que a gente tá muito vulnerável. (Carla)

Mas a questão do parto em si, acho que a pior coisa mesmo, é... foi essa coisa de tudo muito inesperado sabe,

do medo, de estar ali, naquela sensação de desamparo; você, de estar vulnerável, completamente vulnerável. E o filho da puta me fez o ponto do marido. É... tipo, oito meses depois eu ainda sentia muita dor pra ter relação, muita, muita dor. (Paula)

Repercussões da separação precoce mãe e bebê

As intervenções no corpo das mulheres por ocasião do parto são também estendidas aos bebês, que após o nascimento são submetidos a vários procedimentos e em muitos casos são separados precocemente das mães, como narrado nas entrevistas.

Para Mariana, submeter-se à cesárea, seguida da separação do bebê resultou em uma dificuldade de entender que o bebê havia nascido e de reconhecer a criança como sua filha:

“*Eu fiquei meio fora do ar assim, sabe? Eu não me ligava o que, que era... o que, que tinha acontecido... isso não foi nem durante a cirurgia sabe, foi depois, sabe? Fiquei achando que, sei lá... demorou pra cair a ficha sabe? Que tinha nascido. Daí eu me irritava com a nenê porque chorava muito, eu... sabe, parece que eu não me ligava muito que era minha, sabe? Eu olhava e falava assim “nossa, que esquisito... não parece que é minha”.* (Mariana)

Para Carla, a separação do bebê resultou em dificuldades na amamentação, ela teve mastite e considera que o bebê *perdeu os reflexos* para sugar porque foi para o berçário: *Mas, nasceu, ele examinou, falou que tava tudo bem, tal... só que me tiraram ela. Eu tava super bem. Já tinha tomado banho e perguntava pra enfermeira “Cadê minha filha?”. Só sei que ela foi subir depois de umas três horas, berrando lá no berçário. Eu tive problema depois de mastite, amamentação, porque ela perdeu os reflexos na hora que ela foi pro berçário.* (Carla)

Parto em casa: informação e afirmação da autonomia

A escolha pelo parto em casa teve diferentes sentidos para as mulheres entrevistadas. Mariana queria um parto normal após uma cesárea. Paula teve um parto hospitalar que considerou “*horrível*”, posteriormente trabalhou em um hospital e assistiu ao tratamento hostil dispensado às parturientes no Centro Obstétrico. Contou que:

“*Sentia uma compaixão por aquelas mulheres abandonadas lá, vulneráveis, sabe? Com tanta violência, agressão verbal.* (Mariana)

Quando engravidou do segundo filho sabia que podia ser diferente. Foi uma foto postada na internet por amiga que teve parto domiciliar que marcou a escolha.

Já Carla, que teve dois partos hospitalares, contou que no primeiro parto em hospital privado as enfermeiras eram: *frias*, ela foi tratada *como se fosse um número*. (Carla)

Após assistir a uma palestra com uma enfermeira obstetra decidiu *não quero médico mais*, porém teve o segundo bebê assistido por uma médica e por uma enfermeira obstetra conhecida em uma palestra. Conta que foi se preparando, buscou informações na internet participou de grupo de gestante e na terceira gravidez decidiu:

Eu vou fazer com parteira de novo, na minha casa... eu não vou ficar na mão deles; eu tenho medo mesmo, entendeu? Eu morro de medo. (Carla)

Por sua vez Laura contou o motivo de não querer outro parto hospitalar:

Medo... de passar de novo, por aquela... procedimentos com o bebê que eu não queria, ficar sozinha, de não poder comer. Então todas aquelas restrições eu não queria. Aquela burocracia de visita. (Laura)

Assim como as outras entrevistadas buscou informações na internet, conversou com uma doula e participou do grupo de gestantes:

Aí em casa é, você tá com as pessoas que você mais ama. Segurança, eu tava muito segura. Eu sabia o que eu queria, entendeu (Carla).

Então eu tinha tudo pra entregar minha vida nas mãos dele assim, sabe! Tomei o parto pra mim, principalmente o Valter [marido]! Tomou mesmo! (Paula).

Pra poder ser do meu jeito. Pra eu ser a dona do meu parto. (Laura)

Eu tinha um negócio de que tinha que ter um parto normal e eu ia dar um jeito de ter. (Mariana).

As falas enfatizam o exercício da autonomia na escolha pelo parto em casa. Como as mulheres não contam com informações sobre PDP providas pelos serviços de saúde, as informações que permitem o exercício da autonomia são encontradas por iniciativa própria.

A percepção corporal no parto

Nas narrativas sobre o parto em casa as mulheres detalharam as sensações e impressões sobre o que acontecia no corpo durante o trabalho de parto e o parto. Demonstraram percepção da proximidade do parto e embora tenham relatado dor, também foi falado em *sensação de conforto* por saber o que estava acontecendo, por não se sentir enganada.

A participação nos grupos de gestante e as informações obtidas durante a gestação

podem ter contribuído para a maior percepção corporal e para construir outros sentidos para a dor.

Tipo assim, eu já sabia; tava aumentando a dor ela tava chegando mais perto. Então aquilo me dava assim, uma sensação de conforto, né. Eu sabia exatamente de tudo que ia acontecer. Ninguém ia me enganar. (Paula)

[...] Você não sente aqui atrás [apontou a lombar] assim, pesado, né, quando tá com contração. Ela é bem... uma delícia! (Carla)

Então foi um trabalho de parto muito mais consciente, eu tinha noção do meu corpo, das contrações, da bebê. Tipo, eu percebi quando ela estava encaixando, quando ela estava passando. (Laura)

Então assim, durante o parto eu sabia tudo o que eu estava sentindo, eu sabia cada fase que estava acontecendo... [pensava] ah, então agora a contração tá assim é porque tá acontecendo tal coisa. (Mariana)

DISCUSSÃO

O termo vulnerável, utilizado por Carla, é frequentemente usado na saúde para designar pessoas em risco de agravos e doenças. O conceito de vulnerabilidade, que foi evidenciado e ampliado nos estudos sobre pessoas vivendo HIV/AIDS passou a ser compreendido em três dimensões: individual, que envolve as características pessoais como idade e sexo, religião; programática, que diz respeito às políticas públicas traduzidas em ações e social que envolve a economia, cultura, ideologia e as desigualdades de gênero²⁷.

Esta definição mais ampla pode ser utilizada para a compreensão da condição de vulnerabilidade das mulheres no cenário da atenção obstétrica no Brasil, que adota um modelo intervencionista, com o uso de práticas que não são recomendadas pela OMS, como a tricotomia de rotina, procedimento descrito por nossa entrevistada.

As práticas adotadas são permeadas pela desigualdade de gênero, que trata o corpo da mulher como inferior, imperfeito, passível de correção pela medicina. É um corpo colocado a serviço do prazer masculino, como exemplificado com o procedimento da episiotomia, que consiste em corte do períneo, seguido pelo "ponto do marido".

As práticas percebidas pelas entrevistadas como ameaçadoras e aversivas nos partos hospitalares, se estendem aos seus bebês, que em muitos casos foram separados precocemente das mães.

O contato precoce pele-a-pele da mãe e bebê proporciona benefícios, facilita o desenvolvimento do apego, da amamentação e repercute até no choro do bebê²⁸, enquanto os procedimentos que levam à separação precoce podem impactar negativamente.

Outro evento que repercute na relação mãe e bebê é a violência contra a mulher no período perinatal, que está associada com dificuldades na amamentação e pode resultar na interrupção do aleitamento materno, no isolamento social, no desenvolvimento de sintomas depressivos e pode impactar negativamente na habilidade de relacionamento com o bebê²⁹.

Quando se considera que no Brasil muitas das práticas obstétricas resultam em violência e abuso contra a mulher, como foi demonstrado numa investigação³⁰ indicou que um quarto das mulheres sofreu algum tipo de violência ligada a assistência ao parto, é necessário indagar também sobre a magnitude do impacto da violência obstétrica na relação mãe e bebê.

Em estudo sobre parto domiciliar planejado, com 20 mulheres, elas contaram que para fazer sua escolha participaram de palestras, de grupos de apoio, buscaram informações na internet, uma delas contou que informou-se pela literatura científica e leu revisões Cochrane³¹. Como afirmado em pesquisa, as mulheres que contam com um maior *Capital Cultural*²¹ são aquelas que conseguem fazer escolhas relativas ao que consideram a melhor assistência.

Sobre o local de parto, o fato de estar na casa, em um ambiente conhecido, que historicamente foi construído como local do domínio das mulheres, talvez tenha oferecido a segurança necessária para a percepção do que estava acontecendo no corpo e para a avaliação positiva da experiência do trabalho de parto e parto.

Estudo que revisou a literatura sobre o tema coloca a maior satisfação da mulher como um dos desfechos benéficos do parto domiciliar¹⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a perspectivas das mulheres que escolheram realizar o parto

em casa, assistido por profissional de saúde, mesmo vivendo em um município que conta com rede hospitalar com leitos públicos e privados e com acesso à assistência obstétrica baseada no modelo hegemônico.

São mulheres que puderam fazer uma escolha informada e afirmaram sua autonomia para decidir o que consideraram melhor para si mesmas e para seus bebês.

O hospital ocupou um lugar importante nas narrativas das mulheres, associado ao medo, à vulnerabilidade, rispidez e rigidez e parece ter sido construído com o sentido de um local a ser evitado.

A casa foi narrada como o local onde a autonomia pode ser exercida e onde foi possível perceber o funcionamento do próprio corpo durante o parto de maneira prazerosa. Entretanto, a escolha só não foi solitária, porque puderam contar com os companheiros, familiares e as profissionais de saúde que as atenderam.

Mas foi uma escolha feita à margem das políticas públicas, excluída do SUS, sem o apoio das instâncias gestoras como o Ministério da Saúde e Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Assim, é necessário que o Ministério da Saúde entre no debate sobre o direito de escolha da mulher sobre o local de parto e que realize ações para que as mulheres possam fazer escolhas seguras, inseridas no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Leal MC, Torres JA, Domingues RMSM, Theme Filha, MM; Bittencourt S, Dias MAB et al, organizadores. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015 [acesso em 16 jan 2017]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

3. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 Report. Geneva: United Nations Children's Fund; 2014 [acesso em 3 mar 2017]. Disponível em: <http://bit.ly/1jCI5qj>.
4. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009; 19(2):313-26.
5. Brenes AC. História da parturição no Brasil: século XIX. *Cad Saúde Pública*. 1991; 7(2):135-49.
6. Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital: 1830-1960. *Proj Hist*. 2002; 25:197-219.
7. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):627-37.
8. World Health Organization, Maternal and Newborn Health, Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: SHO; 1996.
9. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 jan 2015 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
10. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no. Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 jun 2000 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
11. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui no sistema Único de Saúde a Rede Cegonha [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 27 jun 2011 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
12. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril 2005. Altera a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 abr 2005 [citado em 25 jan 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
14. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Can Med Assoc J*. 2009; 181(6-7):377-83.
15. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2012; 9(CD000352). DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2
16. Zielinski, L, Ackerson, K, Low, LK. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health*. 2015; 7:361-77.
17. Hospital Sofia Feldman. Sofia comemora um ano de parto domiciliar [Internet]. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman; 2015 [citado em 28 nov 2017]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/2015/01/05/sofia-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>.
18. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados materno e neonatais. *Rev Enferm*. 2010; 3(2):81-90.
19. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LL. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4):765-72.
20. Koeter JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de

2005 a 2009 em Florianópolis, SC. Rev Saúde Pública. 2012; 46(4):747-50.

21. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011. 341f.

22. Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 1999.

23. Cabruja T, Iñiguez-Vasquez L. Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. Análisis. 2000; 25:61-94.

24. Muylaert CJ, Júnior VS, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(Esp2):193-9.

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; [201-] [citado em 30 nov 2017]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>

26. Portal da Saúde (Br). Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, DF: DATASUS; [201-] [citado em 30 nov 2017]. Disponível em: www.datasus.gov.br.

27. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2008; [citado em 30 mar 2017]; 16(5):923-928. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf

28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2007; 3(CD003519). Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/epdf>. DOI:

10.1002/14651858.CD003519.pub2

29. Kendall-Tackett KA. Violence Against women and the perinatal period. the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. Trauma Violence Abuse. 2007; 8(3):344-53.

30. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: pesquisa de opinião pública [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [citado em 30 mar 2017]. Disponível em:

<http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

31. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. Cad Saúde Coletiva. 2015; 23(1):69-75. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>. DOI: 10.1590/1414-462X201500010012

CONTRIBUIÇÕES

Cláudia Medeiros de Castro participou da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação. **Arlene de Azevedo Ferreira Marques** participou da coleta e análise dos dados.

Como citar este artigo (Vancouver)

Castro CM, Marques AAF. Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. REFACS [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*];6(Supl. 1):XXX-XXX. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

CASTRO, C. M.; MARQUES, A. A. F. Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. REFACS, Uberaba, v. 6, p. XXX-XXX, 2018. Supl. 1. Disponível em: *<link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Castro, C. M. & Marques, A. A. F. (2018). Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. REFACS, 6(Supl 1), XXX-XXX. Recuperado: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*.