



ARTIGO DE PESQUISA

A VISÃO MÉDICA DO PARTO DOMICILIAR: FACTÍVEL OU UTÓPICO?

THE MEDICAL VIEW OF HOME BIRTH: FEASIBLE OR UTOPIAN?

LA VISIÓN MÉDICA DEL PARTO EN CASA: FACTIBLE O UTOPIA?

Maria Eliane Liégio Matão¹, Denismar Borges De Miranda², Bárbara Paula Costa³, Taise Pires Borges³

RESUMO

Objetivo: conhecer o que médicos atuantes na área obstétrica pensam a respeito da prática do parto domiciliar. **Método:** trata-se de estudo descritivo, abordagem qualitativa direcionada a médico com experiência na área obstétrica, em uma maternidade pública da cidade de Goiânia, referência para parto humanizado. Utilizou entrevista aberta em profundidade para coleta de dados com posterior análise fenomenológica. **Resultados:** foram entrevistados 14 médicos obstetras. Estes, em sua maioria, relatam que o parto domiciliar não possui força cultural e profissional para ser realizado. Apresentaram diversos pontos negativos, como falta de estrutura e tecnologia apropriada, falta de preparo da equipe médica e considerou este método ultrapassado, tendo em vista o avanço da medicina. **Conclusão:** os resultados evidenciaram que o despreparo médico vem se arrastando por décadas quando o assunto é parto humanizado, tudo devido à institucionalização do parto e a posse do parto como ato médico e não mais da mulher. **Descritores:** Parto Domiciliar; Parto Normal; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to know what doctors working in obstetrics think about home birth practice. **Method:** It is descriptive, qualitative approach aimed at physician experienced in obstetrics, in a public hospital in Goiânia, reference to humanized delivery. Used open in-depth interview for data collection with subsequent phenomenological analysis. **Results:** We interviewed 14 obstetricians. These, mostly report that home birth does not have cultural and professional strength to perform. Had many negative points as lack of infrastructure and appropriate technology, lack of training of medical staff and considered this outdated method in view of the advancement of medicine. **Conclusion:** The results showed that the medical unpreparedness has been going on for decades when it comes to humanized delivery, all due to the institutionalization of delivery and possession of childbirth as a medical act and not the woman. **Descriptors:** Home childbirth; Natural childbirth; Humanizing delivery.

RESUMEN

Objetivo: Conocer lo que los médicos que trabajan en obstetricia piensan en práctica el parto en casa. **Método:** Es enfoque descriptivo, cualitativo dirigido a médico con experiencia en obstetricia, en un hospital público en Goiânia, la referencia al parto humanizado. Abierto entrevista Usado en profundidad para la recopilación de datos con el análisis fenomenológico posterior. **Resultados:** Entrevistamos a 14 obstetras. Estos, en su mayoría informar que el parto en casa no tiene la fuerza cultural y profesional para llevar a cabo. Tenía muchos puntos negativos como la falta de infraestructura y tecnología adecuada, la falta de capacitación del personal médico y considerado este método anticuado en vista del avance de la medicina. **Conclusión:** Los resultados mostraron que la falta de preparación médica ha estado sucediendo desde hace décadas, cuando se trata de parto humanizado, todo debido a la institucionalización de la entrega y posesión de parto como un acto médico y no a la mujer. **Descritores:** Parto domiciliário; Parto normal; Parto humanizado.

¹Graduada em Enfermagem. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da PUC/GO. ²Graduado em Enfermagem. Doutorando em Medicina Tropical e Saúde Pública pela Universidade Federal de Goiás. ³Graduada em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O parto e nascimento são eventos desencadeadores de lembranças/emoções que marcam, definitivamente, a vida da mulher e dos familiares. Mais do que um evento biológico, representa a transição do “ser mulher” para o “ser mãe”⁽¹⁾.

Com o parto cada vez mais institucionalizado, a mulher passou a ter menos autonomia sobre seu corpo e sobre esse processo que é seu por natureza. A ideia de

gestação como algo absolutamente fisiológico passou a ser visto como um estado iminente de patologia e que necessitava de intervenção por parte de equipe treinada. A parturiente, cada vez mais incapaz de realizar a sua tarefa como mulher, passou a não decidir a posição mais confortável para parir, ter companhia de parentes e/ou do parceiro e, então, passou a ser privada de condições que lhe tragam confiança e segurança. Desde 1920, os índices de partos realizados em instituição hospitalar superaram os realizados em domicílio⁽²⁾.

Com vistas às novas exigências e à redução das altas taxas de intervenção, iniciou-se na metade do século XX o movimento de humanização do parto⁽²⁻⁵⁾. Este movimento busca apresentar novos paradigmas na atenção à saúde da mulher ao valorizá-la como ser integral. Com mesmo intuito, busca também inquietar os profissionais ao fazer com que repensem seu modelo de assistência. A crítica ao modelo de partejar vem de algumas décadas com movimentos como parto sem dor na Europa, parto sem medo, método Dick-Read, Lamaze e Leboyer com o parto sem violência e o parto natural com o movimento hippie⁽⁶⁾. Faz-se necessário atender aos anseios da parturiente, ao invés de privilegiar as necessidades das instituições e profissionais^(1,5).

O parto, antes visto como um acontecimento médico-cirúrgico, deve ser tratado como experiência pessoal, familiar e sexual. Para tanto, evita-se a medicalização no parto normal cujo cuidado requer o mínimo de intervenções. Assim, prima-se pelo respeito ao binômio mãe-filho e confirma a possibilidade do parto como evento fisiológico. Além disso, a humanização é também compreendida como política de reivindicação dos direitos da mulher, do bebê e da família. Deste modo, pode ser utilizada para exigir dos gestores treinamento adequado dos profissionais, bem como a criação de lugares que realizem uma assistência voltada plenamente à humanização⁽⁵⁻⁶⁾.

Humanizar a assistência ao parto ainda tem sido questão difícil de ser atendida, pois a concepção da forma mais segura de parto para a maioria das gestantes ainda é a cesareana, independente dos riscos aos quais estão submetidas, além do cenário ser totalmente inóspito e o processo de parturição totalmente centrado no cirurgião⁽⁷⁾.

No Brasil, os partos domiciliares se tornaram raros, concentrando-se nas áreas

rurais das regiões Norte e Nordeste^(8,10) por várias razões, dentre estas pela dificuldade de acesso aos serviços em decorrência da distância. Em outras localidades, o parto domiciliar ocorre por opção, uma vez que há aqueles que acreditam na importância de dar à luz do modo mais natural possível. Pode-se considerar tais casos como reflexos dos movimentos feministas para marcar o papel da mulher na sociedade. Alguns estudos nacionais, considerados precursores do modelo de assistência ao parto humanizado no país, têm destaque por incentivar o parto de cócoras e as casas de parto⁽¹¹⁾.

Em nossa sociedade, o ambiente hospitalar ainda é visto como local de excelência para o nascimento. Esse pensamento superestima a segurança e conforto que o mesmo proporciona. No parto institucionalizado, a mulher é retirada de um ambiente que lhe é familiar e aconchegante. Em casa, a parturiente conhece todo cenário do nascimento de seu filho e tudo é organizado conforme sua vontade. Dentre alguns fatores que influenciam na escolha pelo parto domiciliar, pode-se observar: boa qualidade do pré-natal, segurança que o profissional demonstra à gestante, o contato com a família durante o trabalho de parto, a permanência do recém-nascido junto à mãe após o nascimento e a disposição física e mental da mulher ao término da parturição. A reestruturação do ensino acadêmico na área obstétrica é importante para que todo este processo se concretize e o êxito no parto domiciliar seja alcançado⁽¹¹⁾.

Com base no exposto, este estudo objetivou conhecer o que os médicos atuantes na área obstétrica pensam a respeito da prática do parto domiciliar.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo. Participaram da pesquisa médicos que atuam na área obstétrica por

tempo mínimo de cinco anos, com ou sem especialização na área.

A coleta de dados se deu nas dependências da instituição pública de referência para o parto humanizado, localizada no município de Goiânia. Com o início da coleta de dados, os potenciais participantes foram abordados pelos pesquisadores no ambiente de trabalho, momento no qual foi realizada a apresentação inicial da pesquisa. Ressalta-se que este estudo respeita às exigências da Resolução 466/12⁽¹²⁾ cuja proposta foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sob Protocolo nº 3966.0.000.168-09.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista aberta em profundidade, gravada em formato MP3, e se iniciou com as seguintes questões norteadoras: Pode nos contar sobre a sua experiência profissional no que se refere ao parto domiciliar? Na sua perspectiva, quais os pontos positivos e negativos para sua implementação em Goiânia? Em países como Holanda e Japão, o parto domiciliar ocorre de modo cotidiano. A que pode ser atribuído essa diferença? Para dar continuidade à mesma, quando necessário, foram feitas perguntas do tipo: como assim? Pode detalhar melhor? Pode falar mais sobre isso? Ao término da entrevista, houve o preenchimento do questionário com dados socioculturais.

O critério para encerramento da pesquisa se deu após o oferecimento da pesquisa a 30% dos profissionais lotados na maternidade e efetivada a participação de no mínimo dois profissionais por turno de trabalho (matutino, vespertino e noturno).

Após transcrições das entrevistas na íntegra, as gravações foram apagadas. Utilizou-se leitura individual do conteúdo transcrito e depois de todo o *corpus*. Após essa etapa, foram identificadas as semelhanças e recorrências percebidas, bem como as categorias temáticas que emergiram.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 14 médicos, a maioria do sexo masculino, casados, com idade mínima 31 e máxima de 50 anos. No grupo, todos são pós-graduados na área obstétrica, com tempo de atuação entre os extremos de 25 anos no máximo e seis anos o mínimo, média de 11 anos e meio. Cada médico atua em uma média de três maternidades e realiza a maior soma de partos normais do que cesariana, com atendimento pelo SUS.

No que se refere ao parto domiciliar, observou-se que a quase totalidade dos entrevistados não apresenta experiência com tal prática: “Não tive nenhum, nenhuma experiência nesse sentido (P3). Nenhuma, né (P4). Não, nunca tive experiência com parto domiciliar (P12)”.

Observou-se que a maioria dos entrevistados relata não possuir experiência com o parto domiciliar e, além disso, não expressa pretensão em realizá-lo. Os resultados encontrados refletem o perfil nacional na assistência obstétrica, pois demonstra, na maioria das vezes, a falta de experiência e de conhecimento dos médicos com relação à prática do parto domiciliar.

Desde que a medicina tomou para si a assistência ao parto, a atuação se tornou intervencionista. Desde então, se acredita que o nascimento por via alta, a cesareana é mais seguro e digno de maior confiança. Ultimamente, o nascimento está afastado da família, do componente humano e afetivo e cercado por procedimentos técnicos desenvolvidos para aumentar a dita segurança do parto⁽¹³⁾. O parto passou de uma atividade empírica, realizada por pessoas leigas, a uma prática institucional, realizada dentro dos hospitais pelos médicos. Assim, deixou de ser evento familiar para se tornar profissional. Com vistas às mudanças incontestáveis, uma situação que deve estar em consonância com o enfrentamento do parto pela mulher. Há

necessidade de se melhorar a assistência ao parto e nascimento para que ocorram de maneira a diminuir o impacto negativo desse processo na vida da mulher e seu bebê^(7,14).

Muitos, embora não tenham prática, expressam conhecimento indireto através de leituras, assim como por pacientes que já chegam à maternidade após dar à luz: “Já fiz muito em garagem de hospital, ambulância, mas em casa mesmo nunca tive oportunidade de fazer parto (P5). A experiência que eu tenho é mais de ler, de ouvir falar, né (P3). Só das pacientes que chegam aqui na maternidade com o neném no colo né, e já chegam com, só pra cortar praticamente o cordão (P7). A experiência que eu tenho seria de pacientes que ganham no domicílio e vem pra gente fazer uma revisão final né (P10)”.

A sociedade dispõe de regras que regulam a vida das pessoas, entre elas citamos as relacionadas ao nascimento. Tais regras especificam o local apropriado para a ocorrência do parto, determinam as pessoas que podem assisti-lo, indicam o comportamento mais apropriado à mulher no decorrer do processo e até a forma de reagir ao nascimento⁽²⁾.

Sabemos que o médico exerce grande influência na decisão das gestantes. Em geral, ele segue determinada prática e apoia um específico tipo de parto, fator que motivará a mulher, mesmo que indiretamente, à realização do parto o qual ele apoia e apresenta maior segurança e habilidade. O Ministério da Saúde tem apoiado e incentivado o parto normal como forma de impulsionar sua realização e conscientizar tanto a sociedade quanto aos médicos da importância de haver mudanças na assistência ao parto.

Há citações também sobre a falta de tradição na realização do parto domiciliar no Brasil: “Na verdade aqui no Brasil a gente não tem essa tradição na obstetrícia (P9)”.

É preciso reconhecer e valorizar os aspectos fisiológicos do parto, estes fundamentais para iniciar conceito acerca da

humanização do parto nascimento. Esse reconhecimento, pode-se respeitar a mulher como a pessoa mais indicada para escolher a forma e os locais mais adequados para ganhar seu bebê, sem intervenções desnecessárias.

Embora não realize o parto domiciliar, há quem o defenda e expresse a importância que o mesmo tem para a sociedade: “Na verdade, minha experiência se dá basicamente com algumas pacientes com consultório, na verdade, nenhuma delas nasceu em casa. Eu tive duas pacientes que se interessaram em fazer o parto em casa, mas que de última hora desistiu e, a outra não deu tempo. Então, apesar de concordar, estimular, eu ainda não pratiquei nenhum parto domiciliar. Eu acredito muito no parto domiciliar, acho que a sociedade e as mulheres têm que investir mais nisso (P2)”.

Como minoria, há quem demonstre experiência na realização do parto domiciliar: “Bom, eu tive apenas 3 partos domiciliares, foram de iniciativa das pacientes que pediram muito... . Todos os três, graças a Deus, com muito sucesso, não teve nenhuma emergência (P1)”.

Apesar de não ter tradição em nossa sociedade, assim como não ser realizado pela maioria dos médicos obstetras, houve relatos de experiências indiretas destes profissionais com os partos domiciliares. Estes ocorreram de maneira não planejada no domicílio, sendo mãe e filho encaminhados ao hospital, depois do processo terminado, para uma avaliação final do obstetra⁽¹⁰⁾.

Algumas opiniões foram levantadas em relação à implementação do parto domiciliar em Goiânia, nas quais se observa a prevalência dos pontos negativos. No que se refere ao Conselho de Medicina: “É, na, talvez “ceis vão”, talvez a gente vai esbarrar numa oposição grande do conselho de medicina, eles acreditam que é mais perigoso, né, não conta com as tecnologias atuais, e seria de certa forma até atuar contra o bebê, que não

teria como opinar né, e seria colocado num ambiente com menos recurso (P1)”.

Quanto a sua implementação em Goiânia, notamos que são grandes os obstáculos expressos pelos participantes, a começar pelo Conselho que rege sua prática profissional. Foi declarado que o parto domiciliar não tem apoio do Conselho, pois é realizado de forma simples, sem o auxílio das tecnologias atuais, sendo considerado de risco tanto para a mãe quanto para o bebê. Tendo em vista esta declaração, observa-se que a forma inicial de nascimento é considerada atualmente perigosa e com riscos desnecessários.

Ainda referente aos pontos negativos, destaca-se o receio dos profissionais quanto aos processos judiciais cabíveis devido a qualquer complicação: “Existe um medo muito grande do médico em ser processado, essa é uma realidade (P2). Aqui você vê que qualquer probleminha tem problema judicial, né. Problema processual (P3)”. Os riscos que se submetem a um parto normal domiciliar, pelas complicações, hoje as implicações legais, mesmo em um ambiente hospitalar já é grande, imagine isso em domicílio, né, a responsabilidade de quem assume uma assistência dessa é muito grande, então se der certo, ótimo, maravilhoso, lindo, mas se sair alguma coisinha errada, hoje, tem uma gama de advogados no pé de qualquer um (P5)”.

Foram levantados pela grande parte dos entrevistados alguns pontos negativos quanto à dificuldade e tempo de acesso em caso de emergência: “Por exemplo, em Goiânia se eu estou na maternidade e tem uma emergência, peço o anestesista, nessa maternidade não tem anestesista de plantão ele demora em torno de meia hora pra chegar. Eu, se eu tiver numa casa e ver qualquer indicio que vai complicar, provavelmente eu chego antes do anestesista na maternidade (P1). Lá no Canadá, é bunitim né, “es” tem uma UTI na porta, do lado, o hospital mais distante fica a 5 minutos, então, deu uma complicação, deu

uma emergência tá na porta... a questão é... dar um acesso de qualidade a essa pessoa (P4)”.

Em algumas entrevistas, os participantes se mostraram hostis e agressivos quando se referiam tema. Muitas vezes apresentaram tom irônico, censuraram as atitudes de colegas e direcionaram críticas medíocres e infantis. Demonstraram que mediante qualquer complicação judicial que o colega venha a sofrer, não estariam dispostos a apoiá-lo.

As condições de higiene foram destacadas por uma pequena parcela de participantes: “As pacientes tem um risco maior devido as condições precárias de saúde e de higiene, então isso ai ainda dificulta você ainda deixar o parto domiciliar (P7). É difícil você falar também de uma padronização de higiene (P8). O parto domiciliar tem assepsia inadequada, não é verdade? (P13)”.

Grande parte dos médicos mencionou como pontos negativos para a implementação do parto domiciliar as complicações que podem ocorrer durante a evolução do mesmo: “A miscigenação e tudo, o risco de, o risco da gente ter que instrumentalizar um parto (P8). O risco de dá alguma distócia de ombro, o risco de um sofrimento fetal agudo, e a paciente ter que ser submetida a uma cesárea de urgência (P12)”.

O aspecto cultural é um item bastante citado pelos participantes: “O parto domiciliar foi na antiguidade, onde tinha aquela grandes parteiras! ah, as mulheres tinham os partos na fazenda, né, que não tinham o acesso ao hospital (P12)”.

É igualmente notória esta dificuldade quando se tem em vista o receio que os profissionais têm na execução do parto neste ambiente. Este temor se dá devido ao maior esclarecimento das pessoas acerca dos direitos obstétricos, caso haja complicações relacionadas ao momento do parto e que não eram esperadas. Assim, os profissionais acreditam que estão mais expostos aos

processos judiciais, motivo pelo qual tentam ao máximo evitar situações estressantes. Os processos judiciais são desencadeados, principalmente, quando se tem emergências durante o parto e não se dispõe de recursos para encaminhar esta parturiente a um local de atendimento adequado em tempo hábil. No Brasil, este acontecimento é bastante comum devido às condições de circulação nas vias públicas e especialmente pela falta de recursos, em razão do investimento de recursos insuficientes na saúde, no caso aqui tratado, especificamente transporte.

Em oposição aos pontos negativos, uma pequena, porém considerável parte dos integrantes do estudo, menciona os pontos positivos da prática do parto domiciliar: “Os pontos positivos seria, pra mim, utópicos, né. A paciente fica em casa, perto da família, né. Não tem aquele estresse de hospital, né. O risco de infecção pro bebê é menor, porque já é um ambiente doméstico (P3)”. Bom, eu acho que os pontos positivos seriam assim uma, um grande incentivo à amamentação; o neném que nasce na casa, a pessoa mesmo que está ajudando no parto já põem pra mamar... a mulher está cercado dos seus familiares, as vezes até filhos que já tem, a recuperação por isso, pelo fator psicológico deve ser bem mais rápida (P10)”.

Tendo em vista o cenário internacional, em que o parto domiciliar ocorre cotidianamente, foram apresentados alguns pontos de destaque no que se refere às diferenças de atuação e facilitação do mesmo: “Pela consciência das pessoas e em segundo lugar, além da mentalidade, que lá eles têm essa mentalidade, eles estão preparados para normal, aqui nós não temos essa consciência de parto normal. Então, lá, eles têm, é... nos Estados Unidos, nos outros países, eles têm uma mentalidade que toda mulher tem que ter parto normal (P3). A Inglaterra, que adota mais ou menos uma assistência domiciliar no início, o parto em si acontece num ambiente um pouco mais preparado, mas com

acompanhantes; é, nos modos da maternidade, de um familiar de uma doula (P5)”.

O panorama internacional, no que se refere ao parto domiciliar, diferencia-se sobremaneira do modelo adotado no Brasil. Em países como Holanda, Japão e Inglaterra, o governo investe recursos na saúde das mulheres, o que proporciona melhor assistência às gestantes durante o período gravídico puerperal. Investe-se no parto domiciliar por defender o ato fisiológico, acreditar e confiar na capacidade que a parturiente tem de realizá-lo. No Brasil, o modelo adotado é americano, o qual se caracteriza pela prática extremamente intervencionista e hospitalocêntrica que não atribui a importância devida à mulher e ao parto que é seu por natureza, na qual é extremamente capaz de realizar⁽⁵⁾.

Embora o parto domiciliar seja um aspecto notado com maior frequência em cenários distintos ao que vivenciamos no Brasil, percebe-se que mesmo aqui as mulheres que optam por essa alternativa são esclarecidas e/ou já tiveram experiências: “A orientação que as pacientes devem ter antes de se encontrarem nessa situação, a organização do país em si, é crucial (P10)”.

As mulheres que demonstram maior adesão ao parto domiciliar, em a nível internacional, em geral são as de um nível sociocultural mais elevado, de maior esclarecimento acerca do tema e/ou que tem experiências deste modelo de parto próximo a ela. Estes fatores contribuem para uma escolha mais consciente sobre os benefícios e riscos aos quais estão expostas. Este é outro ponto que diferencia o modelo americano, adotado pelo Brasil, do modelo europeu, centrado na parturiente.

Há quem acredite e incentive a prática e o aprendizado do parto domiciliar, evidenciando a sua importância para a sociedade e para a própria parturiente. É tendo em vista esse modelo europeu que

encontramos esse obstetra que tem atuado e lutado, mesmo que de forma sucinta, para resgatar a magia do parto normal e implantar aos poucos a assistência ao parto domiciliar em Goiânia. Algumas dificuldades têm esbarrado neste ideal, como a dificuldade de aceitação desde o Conselho de Medicina, a sociedade e até mesmo de colegas de profissão que o criticam de forma explícita, demonstram o desprezo que sentem pela atuação que o mesmo exerce e o idealismo que defende.

Embora no Brasil a realização de parto normal não esteja vinculada à enfermagem, este assunto tem despertado reflexão na capacidade das enfermeiras de realizarem o parto com sucesso, contribuindo para a humanização deste evento: “Durante o trabalho de parto, sem um acompanhamento de alguém experiente, eu digo uma enfermeira obstetra experiente, eu não aconselho (P3). Eu acho até que se isso fosse feito (parto domiciliar), seria a nível de enfermagem obstétrica, que poderia conduzir esse tipo de coisa (P11)”.

Para a maioria da população, o médico é visto como o único profissional capacitado para a assistência ao parto. Embora o governo tenha decretado leis que respaldam a enfermagem na área obstétrica e incentivado sua atuação na assistência ao parto fisiológico, ainda percebe-se pouca atuação nesta área. Conforme o Ministério da Saúde, o enfermeiro pode realizar parto normal sem distócia no âmbito do SUS⁽¹⁵⁾. Possivelmente, o modelo biomédico vigente em nossa sociedade tem contribuído com intensidade para a existência e manutenção de aspectos não muito favoráveis à enfermagem.

Ficou evidente no estudo que o caminho a ser percorrido para a implantação do parto domiciliar em Goiânia é extenso e repleto de obstáculos. Dentre eles, os que mais pesam são os aspectos socioculturais, o receio e a negação de grande parte dos profissionais médicos.

É preciso devolver à mulher a dignidade e a felicidade que lhe são devidas diante do processo do parto/nascimento. O parto feito no domicílio as torna competentes, hábeis e seguras para a transformação de mulher à mãe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou observar a dificuldade entre os profissionais médicos acerca da implementação do parto domiciliar e, assim, uma maneira a menos de uma possível estratégia de humanização. Ficou evidenciada também a recusa de muitos em colocar em prática tal exercício. Podemos ressaltar a falta de informação para as mulheres quanto a esse tipo de parto, pois infelizmente grande parte da população no nosso país não tem acesso a essa ciência, talvez por possuir condições socioeconômicas e/ou escolares de baixo nível e até mesmo pelo desinteresse dos profissionais de saúde em informar esse direito à mulher.

Compete às enfermeiras em um momento apropriado, no caso durante as consultas de pré-natal, dividir conhecimento a respeito da fisiologia, tipos e posições de parto, uso de técnicas não invasivas, o que possibilita assim a participação mais ativa da mulher no planejamento do parto. Seria significativa a formulação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais, no sentido de desenvolver este serviço e assim possibilitar uma experiência tão gratificante para a vida de mulheres tornando acessível a todas elas.

Esta proposta de estudo pode ser considerada como resposta pró-ativa para o contexto obstétrico nacional às estratégias e recomendações da OMS, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), Ministério da Saúde e outros organismos cujo foco de atenção é a saúde reprodutiva das mulheres, especificamente no que se refere à autonomia da mulher no processo parturitivo, inclusive na escolha do

tipo/condições de parto e nascimento, nos casos em que não há complicações que impossibilite tal execução.

Assim, como benefício direto imediato ao participante, acredita-se que o enfoque e a discussão acerca desta alternativa de parto possam desencadear importante reflexão referente à temática. Neste processo, os conceitos, argumentos e, de algum modo, a prática assistencial poderão ser relativizados entre os entrevistados. Com isto, progressivamente, poderão ser observadas mudanças no cenário obstétrico e este factível cenário/contexto em que o parto e nascimento se efetivam passe a ser considerado como opção entre o grupo de profissionais que atuam no âmbito desta assistência.

REFERÊNCIAS

1. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev. eletrônica enferm.* [internet]. 2008 [Acesso em: 10 nov 2014];10(2):337-46. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8032/5811>.
2. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para o opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto & contexto enferm.* [internet]. 2014 [Acesso em: 20 fev 2015];23(3):665-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf.
3. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *REME rev. min. enferm.* [internet]. 2014 [Acesso em: 20 fev 2015];18(2):505-12. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/942>.
4. Tertuliano MLP, Walty CMR, Lopes TC, Santos NCP, Azevedo VMGO, Carneiro Junior

JJ et al. A percepção do parto: vivência de estudantes inseridos no programa de educação pelo trabalho para a saúde. *Rev. méd. Minas Gerais.* [internet]. 2014 [Acesso em: 21 fev 2015];24(supl1):S13-9. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/546/v24s1a02.pdf>.

5. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa da literature. *Cad cultura ciência.* [internet]. 2015 [Acesso em: 22 fev 2015];13(2):76-89. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>.

6. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva.* [internet]. 2005 [Acesso em: 20 jan 2015];10(3):627-37. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>.

7. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstetras envolvidas com a assistência ao parto. *Rev. latinoam. Enferm.* [internet]. 2005 [Acesso em: 22 jan 2015];13(6):960-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>.

8. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros F, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev. saúde pública.* [internet]. 2008 [Acesso em: 10 jan 2015];42(5):957-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6786.pdf>.

9. Almeida MF, Alencar GP, Novaes MHD, Faça Junior I, Siqueira AA, Schoeps D et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do município de São Paulo. *Rev. saúde pública.* [internet]. 2005 [Acesso em: 22 jan 2015];39(3):366-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24789.pdf>.

10. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Moraes LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. Rev. científica enferm. [internet]. 2014 [Acesso em: 23 fev 2015];4(11):23-7. Disponível em: <http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/73>.

11. Kruno RB, Bonilha ALL. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. Rev. gaúch. enferm. [internet]. 2004 [Acesso em: 17 fev 2015];25(3):396-407. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23531/000504725.pdf?sequence=1>.

12. Brasil. Resolução no 466, de 12 de dezembro e 2012 [online]. Brasil; 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

13. Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Nascimento Junior HJ, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [internet]. 2009 [Acesso em: 10 fev 2015];13(2):319-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a12.pdf>.

14. Penna LHG, Carinhanha JI, Rodrigues RF. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [internet]. 2006 [Acesso em: 25 fev 2015];10(3):448-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a13>.

15. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [internet]. 2007 [Acesso em: 03 fev 2015];11(1):98-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>.

Recebido em: 22/03/2015
Versão final reapresentada em: 17/05/2016
Aprovado em: 19/05/2016

Endereço de correspondência

Maria Eliane Liégio Matão.

Rua: 234, nº 85, ap 403, Setor Universitário CEP: 74.605-050 Goiânia/ Goiás - Brasil.

E-mail: liegio@ih.com.br.