



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso Saúde Coletiva

RAISSA GOULART FARIAS VICTÓRIO ALMEIDA

**Fatores que influenciam a escolha da gestante
pelo parto domiciliar: uma revisão integrativa**

**Brasília
2018**

RAISSA GOULART FARIAS VICTÓRIO ALMEIDA

**Fatores que influenciam a escolha da gestante
pelo parto domiciliar: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Saúde Coletiva,
como parte dos requisitos necessários
à obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva

Orientadora: Daphne Rattner

Brasília

2018

RAISSA GOULART FARIAS VICTÓRIO ALMEIDA

Fatores que influenciam a escolha da gestante pelo parto domiciliar: uma revisão integrativa/ RAISSA GOULART FARIAS VICTÓRIO ALMEIDA. – Brasília, 2018-
52 p.: il.; 30 cm.

Orientadora: Daphne Rattner

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso Saúde Coletiva, 2018.

RAISSA GOULART FARIAS VICTÓRIO ALMEIDA

**Fatores que influenciam a escolha da gestante pelo parto domiciliar:
uma revisão integrativa**

Trabalho aprovado. Brasília, 26/02/2018:

Professora Doutora Daphne Rattner
Orientadora

Professor Doutor Natan Monsores de Sá
Convidado

Brasília
2018

Dedico à minha filha e ao meu marido, que me proporcionaram o momento mais sublime da minha vida e razão da escolha do tema deste trabalho: o meu parto; à minha mãe e ao meu pai por serem à base de tudo; às mães na minha vida que pude ajudar nessa ainda difícil caminhada pelo parto como o desejamos.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente e com muita força, aos meus Pais: Maiara e Antônio Carlos. Sem o esforço, abdicção e amor dedicado a nós nada disso seria possível. Pelo grande exemplo de força e amor, pelos seres humanos incríveis que são como pais e avôs, definitivamente, nós somos privilegiados em ter vocês. Espero poder orgulha-los.

Ao meu marido, Marcelo Almeida, por toda parceria na minha caminhada acadêmica e na vida. Por me substituir como mãe quantas vezes foi preciso. Por tanto e todo amor e paciência. Seu apoio e dedicação integral a mim e a nossa Luna Maria foi essencial, enfim, obrigada pela partilha.

À minha filha, Luna Maria, que suportou minha ausência e por tudo que sua existência me ensina.

Aos meus primeiros amigos, aqueles que são tão dedicados a mim e à minha filha quanto meus Pais, meus irmãos, Larissa e C. Tiago.

À minha sogra, Gilda Almeida, por todo suporte indispensável à nossa Luna Maria e todo carinho comigo.

Agradeço também às minhas amigas amadas e prima por toda preocupação, incentivo e apoio. Por torcerem por mim tão fielmente e me verem de um modo tão bonito.

Aos meus colegas e amigos da Turma VII do curso de Saúde Coletiva por cada risada, pela união e por me aguentarem por tanto tempo. Em especial, Ariadine Rodrigues, você foi essencial nessa trajetória, não saberia contabilizar quantas foram as vezes que seu socorro não me faltou.

Aos grandes exemplos de pessoa que tive o prazer de ter como Professores e incentivadores, o corpo docente do Departamento de Saúde Coletiva. Aprender a ver o mundo através da lente de vocês renovou minhas esperanças. Entre eles, Professor Doutor Natan Mansores de Sá, quem deu toda estrutura para não desistir do curso diante das dificuldades e mudanças que a maternidade traz.

Agradeço a minha querida Orientadora, Professora Doutora Daphne Rattner, primeiramente, por ter sido a minha maior fonte de informação e confiança para conquista do meu parto como sonhei. A hora de conversa uma semana antes da chegada da Luna foi essencial para minha ida à Casa de Parto de São Sebastião. Em segundo, por sua capacidade de orientar de fato. Por todo suporte, tempo, férias, paciência e, sobretudo, toda compreensão. Na ausência de palavras para expressar minha gratidão, gostaria de afirmar o privilégio de ser sua aluna e orientanda.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Carl Jung

Resumo

Assim como outras práticas, o modo de parir, de nascer e os cuidados dispensados nessas situações influenciam a opinião das mulheres sobre a forma de nascimento do bebê; entre várias decisões, o local de parto é extremamente importante. A ambiência influencia os processos de parir e de nascer. É um aspecto fundamental para a mulher, uma vez que sua autonomia e protagonismo na escolha do local de parto fazem parte dos direitos reprodutivos. Nesse contexto, realizou-se este trabalho objetivando entender os fatores que influenciam as mulheres a optar pelo domicílio como local de parto. Buscou-se compreender como o local de parto, domiciliar ou hospitalar, pode facilitar ou dificultar a vivência do parto e por quais motivos elas preferem o parto em casa ao invés do parto no hospital. A intenção de alinhar o conhecimento à prática em saúde e subsidiar a construção do cuidado de saúde baseado em evidência levou à definição da metodologia desta pesquisa como revisão integrativa (RI). Os resultados mostram quatro categorias principais, as quais abrangem fatores secundários detalhados: experiências prévias da mulher ou de pessoas de suas relações, informação, confiança e autonomia da parturiente. Concluiu-se que o modelo obstétrico atuante no ambiente hospitalar não é capaz de satisfazer todas as mulheres. A grande maioria das mulheres que escolhem o parto domiciliar o fazem por alguma experiência negativa sua ou de pessoas conhecidas relacionada ao ambiente hospitalar e suas práticas.

Descritores: Parto; Parto Domiciliar; Motivação.

Abstract

As other practices, the way of giving birth and the care given in these events influence the opinion of women on how to deliver their babies. Among several decisions, the place of birth is extremely important - it influences the process of giving birth and being born, which is a fundamental aspect for the woman - autonomy and protagonism in the choice of place of birth are part of the reproductive rights. In this context, the objective of this study was to understand the factors that influence women's choice for home as place of birth. We sought to understand how the place of birth, whether at home or in the hospital, can facilitate or hinder the birth experience, and for which reasons they prefer to give birth at home instead of giving birth at the hospital. The intention of aligning knowledge with health practice and subsidizing the construction of evidence-based health care led to the definition of the research methodology as an integrative review (IR). The results show four main categories which cover detailed secondary factors: experiences, information, confidence, and the autonomy of the parturient. It was concluded that the obstetric model in the hospital environment cannot satisfy all women. The vast majority who choose to give birth at home do so because of some negative experience related to the hospital environment and their practices.

Descriptors: Parturition; Home Birth; Motivation;

Lista de quadros

Quadro 1 – Autores, País, Título e Revista de publicação dos artigos, por ano de publicação. Revisão sobre parto domiciliar planejado, Medline e Lillacs, 2008 a 201730

Quadro 2 – Resumo dos resultados, Motivação parto domiciliar, Motivação parto hospitalar Parto domiciliar planejado, Medline e Lilacs, 2008 a 2017 34

Lista de tabelas

Tabela 1 – Resultados da busca de acordo com descritores utilizados, referências recuperadas e pré-selecionadas segundo descritor. Revisão sobre parto domiciliar planejado, Medline e Lilacs, 2008 a 2017	28
---	----

Lista de figuras

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos. Parto domiciliar planejado, Medline e Lilacs, 2008 a 2017	29
---	----

Sumário

1	Introdução.....	15
2	Método	24
2.1	Primeira etapa: Delimitar tema de pesquisa	25
2.2	Segunda etapa: Busca no banco de dados	25
2.3	Terceira etapa: Avaliar a qualidade dos estudos pré-selecionados	26
2.3.1	Critérios de inclusão.....	26
2.3.2	Critérios de exclusão	26
2.4	Quarta etapa: Extração de dados	27
2.5	Quinta etapa: Síntese - Interpretação dos resultados	27
2.6	Sexta etapa: Escrita do texto	27
3	Resultados.....	28
4	Discussão	38
4.1	Experiências	40
4.2	Informação.....	42
4.3	Autonomia	44
4.4	Confiança.....	46
5	Considerações finais	47
6	Referência Bibliográficas	50

1 Introdução

Assim como outras práticas, o modo de parir, de nascer e os cuidados dispensados nessas situações são influenciados pela forma de organização da sociedade, as mudanças que nela ocorrem e pela sua cultura, sendo as práticas dependentes de cada contexto social onde a mulher está inserida. Conseqüentemente, antes de ser um evento médico, o parto e o nascimento são eventos biopsicossociais, traduzidos em atos culturais conforme cada sociedade os organiza em determinado período histórico (PLANE, 1999).

O local de parto influencia os processos de parir e de nascer. É um aspecto fundamental para a mulher, uma vez que sua autonomia e protagonismo na escolha do local de parto fazem parte dos direitos reprodutivos. Nesta situação, a utilização da Medicina Baseada em Evidências (MBE) pelos profissionais seria adequada, por ser conceituada como 'a integração equilibrada da experiência clínica individual do prestador de cuidado com as particularidades e expectativas da gestante'. Ou seja, a tomada de decisão não deve ser exclusivamente baseada nas opiniões ou práticas do profissional de saúde. (AMORIM, 2012). Assim, deve-se proporcionar uma escolha cautelosa da gestante, de maneira informada e apoiada pelo conhecimento dos prestadores de cuidados. Nesse sentido, o local do parto não deve ser uma imposição.

A assistência ao parto tem o papel de entender as capacidades e necessidades da gestante e do bebê, como as condições de saúde e os anseios particulares, aliando-as ao conhecimento científico para garantir a qualidade da saúde física e mental da mãe, filhos e familiares. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o objetivo da assistência é ter como resultado uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo de intervenções possível compatíveis com a segurança. Por exemplo, no parto normal, deve existir um motivo válido para interferir no processo natural, sendo essa intervenção um risco que se espera que tenha o menor custo em termos de consequências, como a utilização de ocitocina ou a perfuração da placenta, intervenções em alguns casos são necessárias na existência de risco efetivo maior caso não haja a intervenção (WHO, 1996). Nesse contexto, a decisão pela intervenção é suportada por ser a opção de menor dano possível existente entre intervir ou não intervir.

A forma de nascer e a assistência ao parto vêm sofrendo diversas transformações. A história dos cuidados ao parto e a da medicina nem sempre andaram juntas. Tradicionalmente o parto ocorria entre mulheres no lar, cuidadas por obstetizes, comadres ou aparadeiras (a denominação divergia conforme a cultura) (SANFELICE *et al.*, 2014). Elas as assistiam durante a gestação, o parto e o puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Até o século XVIII, as técnicas eram ordenadas segundo os preceitos religiosos católicos.

Nesse contexto, a igreja católica descrevia a dor do parto como castigo do pecado na concepção do filho. Por isso, não podia haver ação para alívio da dor (SANFELICE *et al.*, 2014). E a medicina era praticada apenas por homens, os físicos, que desenvolviam suas técnicas por empirismo e observação, buscando entender e solucionar as enfermidades/dores do corpo. Sendo o processo do parto e da menstruação de mais fácil observação, tornaram-se objetos de estudo dos físicos da época (DINIZ, 1997).

Nessa brecha entre as regras rígidas religiosas e a busca por conhecimento da medicina sobre a parturição, entre os séculos XVII e XVIII nasce a Arte da Obstetrícia, ramo da medicina que estuda o parto e posteriormente alcança a gestação (BRENES, 1991). A obstetrícia como ciência renova o entendimento do parto. Entende o parto como uma forma de violência intrínseca às mulheres, um fenômeno “fisiologicamente patogênico”, capaz de provocar danos, riscos e sofrimentos, análogo à doença. Ou seja, patológico (DINIZ, 2005).

Assim, desenvolveu novas práticas tecnológicas a favor do conforto das mulheres, aliviando as dores e acelerando a saída do bebê, assim como intervenções e ferramentas para prevenir tais danos e riscos causados pelo nascimento. Deste modo, o modelo de assistência obstétrica superou o modelo religioso de assistência. Esse foi o início do atual modelo tecnocrático de atenção obstétrica e neonatal, no qual o processo do parto e do nascimento é habitualmente percebido como um processo patológico (RATTNER *et al.*, 2014).

Por ser considerado patológico, criaram-se práticas para evitar potenciais desfechos danosos à saúde da mãe e/ou do bebê, as quais foram incorporadas

às rotinas de atenção. As ações interventivas, que deveriam ser exceções, tornaram-se regra geral, sem amparo científico confirmando sua eficiência: “este passou a ser o método “normal” de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida”, (RATTNER *et al*, 2014).

Posteriormente, entre os séculos de XVII e XIX, a revolução industrial ocasionou grande expansão da produção e acesso à tecnologia na área de saúde e consolidou a medicalização da assistência ao parto e nascimento. Segundo Milles, “medicalizar” é o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (MILLES apud VIEIRA,1999). A medicalização do parto transformou o hospital em local predominante para a atenção ao parto na maioria dos países no mundo.

Os hospitais tornaram-se o local considerado o mais seguro para o parto por ter-se entendido que eram ambientes assépticos e tecnologicamente abastecidos para evitar qualquer complicação. Atualmente os hospitais contam com equipamentos de monitoramento, anestésias, ferramentas facilitadoras do parto e o profissional que é considerado o detentor do conhecimento de obstetrícia: o médico. Até o final do segundo milênio – ainda no século XX – o número de nascimentos domiciliares era maior do que os hospitalares.

O aumento do parto institucionalizado é paralelo ao aumento do número de instituições de saúde. Os sistemas de informação sobre nascimentos são recentes, o que dificulta encontrar dados relacionados aos nascimentos em casa à época. Entretanto, os dados das ofertas de serviços de saúde mostram o crescimento no número de hospitais no Brasil neste período. Segundo o IBGE, em 1908 existiam 296 estabelecimentos hospitalares, em 1930 já eram 915 e em 1935, eram 1.258 estabelecimentos de saúde no Brasil. (IBGE, 2003).

No decorrer do século XX, a partir dos anos 1940, o número foi crescendo e, nos anos 1990, mais de 90% dos nascimentos ocorriam no hospital (RATTNER, 2009). Grantly Dick-Read (2011, p. 14-15), observando a mudança do local de parto do domicílio para o hospital na Inglaterra, já em 1942 advertia sobre essas mudanças na doutrina da atenção e seus possíveis danos: “crueldade das rotinas de eficiência institucional existente em alguns hospitais” (apud RATTNER *et al*, 2014).

Nesse cenário, o número de instituições não parou de crescer. Na década de 1950, os dados começaram a ser separados para estabelecimentos públicos ou privados, o que possibilitou verificar a existência de 2.617 públicos (chamados de oficiais) e 2.555 particulares em 1951, totalizando 5.172 estabelecimentos de saúde no Brasil. Em 2002, eram 53.825 estabelecimentos: 37.674 públicos e 16.151 privados (BRASIL, 2002).

Já a atenção hospitalar ao parto, segundo o mesmo relatório, desde 1994 é maior que 95% no Brasil, chegando a 97,9%, em 2006 (RATTNER *et al*, 2014). Isto é, menos de 2,1%, considerando que nesta porcentagem contabilizam-se os partos domiciliares não planejados e os ocorridos no percurso, são partos em casa planejados. No Canadá, em 2009, cerca de 1% das mulheres deram à luz em casa, segundo dados da Agência de Saúde Pública do Canadá. Existem países onde a prática é mais prevalente, como Nova Zelândia, com 10% (WASTNEY, 2013) e Holanda com 25% (VAN DER KOOY *et al*, 2011).

A institucionalização do nascimento moldou o processo de atenção ao parto e sua percepção segundo a lógica de produção mecânica ou industrial racionalista que visa a maior produção. Assim, a assistência ao parto foi organizada como uma linha de produção (RATTNER, 2009).

[...] nós vivemos em uma sociedade industrializada onde se elaborou um homem tecnológico, inteiramente dominado pela tecnologia toda poderosa – uma nova natureza – que chega para impor sua própria lei, tomando o lugar da Mãe-Natureza, uma sociedade onde domina o prestígio da insensibilidade e onde o desapego, a reserva, a frieza e a atração pelo cerebral são comportamentos exemplares (RATTO, 2001, p. 16).

No Brasil e em muitos países, a era industrial conduziu o parto domiciliar à quase extinção no presente século XXI, difundindo a cultura do parto em casa como um retrocesso perigoso (SANFELICE *et al*, 2015). Tal afirmativa associa o parto no lar com altas taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal. Segundo relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, 523 mil mulheres no mundo foram a óbito devido a complicações no parto e na gestação (OMS, 2015).

O número diminuiu para 289 mil em 2013, valor que, no entanto, ainda é considerado alto para a OMS. São 33 mortes maternas a cada hora, aproximadamente 800 por dia (OMS, 2015). Mesmo que boa parte dos avanços científicos e tecnológicos existentes no hospital pareça ter condições de prevenir a morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, segundo Sodré e Lacerda (2007), a incoerência que se percebe é que as complicações não vêm diminuindo na mesma proporção. Ao contrário, por muitas vezes, são causadas justamente pelas intervenções, pela generalização de sua prescrição e pelo uso abusivo de técnicas, procedimentos e medicamentos.

Tal configuração é denominada “paradoxo perinatal” por Roseblatt (1989), no seu texto “O paradoxo perinatal: fazendo mais e conseguindo menos”. Social e profissionalmente, afirmar a existência deste paradoxo é complicado, afinal, os procedimentos são feitos por especialistas que objetivam a integridade do usuário, o que leva ao autoengano e impede a percepção dos danos e de suas reais causas (apud DINIZ, 2009). O uso inadequado das intervenções no parto conduziu ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbidade e mortalidade materna e perinatal (BARROS, 2005; COSTELLO *et al*, 2005; DINIZ, 2009).

Em razão das práticas intervencionistas do atual modelo obstétrico hegemônico, as quais provocam mais danos que benefícios, há mais de 30 anos iniciaram-se um movimento internacional visando eleger práticas apropriadas e realmente necessárias considerando a singularidade de cada parto, priorizando a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores e a desincorporação de tecnologias danosas, resultando numa publicação da Organização Mundial de Saúde em revista de reconhecimento internacional, ‘*Appropriate technology for birth*’, de 1985, (WHO, 1985).

Percebem-se vieses ao redor do parto, como a superestimação dos benefícios da tecnologia e a subestimação ou invisibilidade dos efeitos adversos das intervenções (DINIZ, 2009). Esse movimento possui diferentes denominações nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de humanização do parto e nascimento (DINIZ *et al*, 2005).

O termo tem diversas interpretações e conceituações. Quando relacionada à assistência, a humanização da assistência ao parto incentiva o entendimento do nascimento e parto como experiência humana e, para quem o assiste, é a mudança no “como agir” em relação ao processo de parturição sofrimento do outro.

A forma violenta com que o processo de parturição vem sendo tratado é mostrada pelos relatos mundo a fora. Esse movimento é a busca pela mudança da forma violenta como as gestantes e os nascimentos estão sendo tratados no modelo atual, por meio da legitimação da autonomia da mulher e mudança no entendimento do parto como um processo natural do corpo.

Nesse sentido, Organização Mundial de Saúde em 1996, publicou novas Recomendações (WHO, 1996), uma grande coletânea de revisão das publicações científicas sobre o tema, existindo ainda uma versão popular para profissionais e usuárias, coordenada pelo canadense Murray Enkin (ENKIN *et al*, 1995). Dissertam sobre a assistência ao parto e a redescritção deste segundo a Medicina Baseada em Evidências – MBE, restabelecendo a visão da naturalidade fisiológica do parto, da capacidade do corpo feminino de parir.

A mulher é fisiologicamente preparada para dar à luz, na grande maioria das vezes sem a necessidade de intervenções. Assim como, em ordem geral, o nascimento também é um processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extrauterina do bebê, o nascimento como perigo à sua vida é exceção. O excesso de intervenções foi sendo incorporado com base na crença cultural de que o corpo da mulher “é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto necessitado de correção e tutela, expressas nas intervenções” (DINIZ, 2009).

Ressalte-se a importância de o parto passar a ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar”, diferente de um evento médico cirúrgico de risco (WHO, 1996). Nessa lógica, Paciornik faz o seguinte questionamento:

“Se não houvesse médicos, o que aconteceria com os partos? Não nasceriam crianças? Haveria muita complicação materno-fetal? Menos do que se pensa. Deixados à natureza, mais de

noventa por cento dos partos dar-se-iam espontaneamente, sem necessidade de auxílio nenhum” (PACIORNIK apud COELHO, 2003, p.8).

Os profissionais de saúde e parte da sociedade demonstram resistência à mudança, no contexto de luta contra as práticas intervencionistas do modelo obstétrico atual e em favor melhoria da qualidade de vida, bem-estar e bem nascer, por uma vida mais humana, digna e saudável, como é traduzido no depoimento pessoal de uma das fundadoras do ReHuNa em citação de 1994 (RATTNER *et al*, 2014):

*“Não vejo perspectivas de mudanças: os médicos só querem fazer cesáreas, estão em sua zona de conforto e não pretendem mudar; as enfermeiras obstetras têm sido desviadas para atividades administrativas, estão em sua zona de conforto e não vão brigar com os médicos para assistir partos; as mulheres estão sendo conduzidas a desejar e fazer uma cesárea, estão sem informação e não têm escolhas; e o governo não está nem aí com isso” (RATTNER *et al*, p. 115, 2014).*

Na prática, esta situação exemplificada na fala acima se refletiu na vida de inúmeras mulheres. Aquelas que viveram traumas na primeira gestação e decidem não viver outro nas seguintes, como mostra uma pesquisa de opinião publicada em 2012, em São Paulo - Brasil, em que 25% das mulheres que tiveram “parto normal” – vaginal - declararam ter sofrido algum tipo de maltrato ou violência obstétrica (VENTURI *et al*, 2011).

As mulheres em sua primeira gravidez expressam o desejo de vivenciar o parto sem sofrer preconceito e com respeito as suas escolhas e decisões. Essas mulheres, que buscam um parto conforme a natureza do seu corpo propõe que buscam informações, conhecem histórias de outras mulheres em que ocorreu tal vivência e decidem ir contra o modelo intervencionista centrado no médico acabam fugindo do sistema. A consequência é encontrar um novo caminho nas antigas práticas tradicionais: o parto em casa.

Nessa conjuntura, nota-se crescente busca da escolha pela vivência da experiência do parto em ambiente domiciliar. Apesar de ser uma prática legitimada em diversos países, entre eles o Canadá, a Holanda, a Inglaterra e a Austrália (WALSH *et al*, 2012; GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2007), no Brasil a

prática do parto em casa ainda é uma modalidade de atenção ao parto em aprimoramento, no contexto de assistência consolidado de hoje.

Para tanto, ainda é difícil constatar a mudança nos sistemas de dados de nascidos vivos do Brasil. Segundo Amorim (2012), apesar da posição favorável de organismos internacionais como Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO), que respeitam o direito de escolha do local de parto pelas mulheres, a posição de alguns conselhos regionais de Medicina e da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) é contrária, desaconselhando o parto em casa. A OMS e a FIGO também reconhecem que, quando assistido por profissionais habilitados, existem benefícios significativos para as mulheres que querem e podem parir no seu lar (AMORIM, 2012).

É válido destacar que se recomenda a escolha do parto em casa para aquelas que têm gestações de baixo-risco, munidas de planos de contingência com meios de transferência para uma unidade de saúde devidamente equipada caso necessário e com o nível apropriado de cuidado desenvolvido por profissionais habilitados. Segundo a OMS, profissionais habilitados são médicos, enfermeiras-obstetras e obstetras para prestar assistência ao parto (OMS, 2015).

Por sua vez, a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) em uma tradução livre, sugere que “uma mulher deve dar à luz num local onde se sinta segura, e no nível mais periférico onde a assistência adequada for viável e segura” (FIGO, 1992). Segundo Amorim (2012), algumas instituições em outros países como o American College of Nurse Midwives, a American Public Health Association, o Royal College of Midwives (RCM) e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) também são favoráveis ao parto domiciliar para mulheres com gestações sem complicações. As diretrizes do RCM e do RCOG estabelecem que “não há motivos para que o parto domiciliar não seja oferecido a mulheres de baixo risco, uma vez que pode conferir consideráveis benefícios para elas e suas famílias”.

Nesse contexto, realizou-se este trabalho objetivando entender os fatores que influenciam as mulheres a optar pelo domicílio como local de parto. Buscou-se compreender como o local de parto, domiciliar ou hospitalar, pode facilitar ou

dificultar a vivência do parto e por quais motivos elas preferem o parto em casa ao invés do parto no hospital.

2 Método

A intenção de alinhar o conhecimento à prática em saúde e subsidiar a construção do cuidado de saúde baseado em evidência levou à definição da metodologia desta pesquisa como revisão integrativa (RI). A revisão integrativa é uma abordagem comum nos Estados Unidos, oriunda das áreas da educação e da psicologia (DAL *et al*, 2008).

A RI é um método que tem como objetivo agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema ou questão delimitada, de forma sistemática, ordenada e abrangente, para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema selecionado. Diferentemente da revisão sistemática, a RI pode ser elaborada por apenas um pesquisador e, quando houver mais de um, os documentos da busca podem ser divididos entre eles, para leitura e análise, contanto que isso seja evidenciado na metodologia (FERENHOF *et al*, 2016).

É uma metodologia de síntese, análise e agrupamento de resultados de fontes primárias de produções científicas diversas – sem restrição de iguais tipos metodológicos para obtenção dos dados – de determinado assunto ou problemática.

Tal estratégia de pesquisa traz inferências importantes para validade do conhecimento comportamental encontrado nas pesquisas primárias (DAL *et al*, 2008), possibilitando a compreensão das divergências e convergências dentro de cada contexto das inferências encontradas nas publicações dentro do tema, assim como, proporciona uma visão mais geral e sólida das ideias e opiniões encontradas.

Deste modo, poderá subsidiar a criação de ações ou tomadas de decisões mais assertivas em relação às práticas em saúde. A literatura contém alguns autores que propõem um ordenamento diferente para produção de uma RI; entretanto, uma de suas características convergentes é a liberdade de montar ferramentas operacionais de didática próprias a cada trabalho que proporcionem maior esclarecimento do conteúdo de todo o tipo de produção (seja qualitativa ou quantitativa).

Sendo assim, foram utilizados como suporte norteador alguns dos conceitos e ordenamentos desenvolvidos no trabalho “Revisão integrativa:

conceitos e métodos utilizados na enfermagem” de Baldini (2014), outros de Harris M. Cooper em “Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews” (COOPER apud DAL *et al*, 2008) e de Ferenhof *et al* em ‘Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF’.

O presente trabalho é uma Revisão Integrativa empírica por síntese, a qual seguiu o modelo de seis etapas do método Systematic Search Flow (SSF) de Ferenhof *et al* (2016): (1) Mapeamento do campo mediante uma revisão de escopo delimitar tema de pesquisa; (2) Pesquisa exaustiva – busca no banco de dados, neste trabalho por uma única pesquisadora; (3) Avaliação da qualidade, que compreende a leitura e seleção dos trabalhos e a inclusão ou exclusão segundo critérios específicos; (4) Extração de dados, que se refere à coleta e captura de dados relevantes em uma planilha de pré-concebida; (5) Síntese, que compreende a síntese dos dados extraídos para mostrar o que é conhecido e fornece a base para estabelecer o desconhecido; (6) Escrita do texto. (BALDINI *et al*, 2014; FERENHOF *et al*, 2016).

2.1 Primeira etapa: Delimitar tema de pesquisa

A questão adotada para esta pesquisa foi “O que impulsiona as mulheres a escolherem o parto domiciliar planejado ao invés de um parto no ambiente hospitalar?”, cuja hipótese seria que o ambiente hospitalar não é acolhedor e os profissionais não são empáticos aos desejos e necessidades da mulher no processo do parto, negligenciando o seu protagonismo e capacidade de parir, assim como o fato de que os procedimentos e o ambiente estéril não lhes proporcionam um local íntimo e acolhedor onde a mulher possa reconhecer-se e encontrar a confiança necessária para o momento.

2.2 Segunda etapa: Busca no banco de dados

A seleção dos estudos primários foi feita através do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) seguindo os seguintes filtros: formato artigo; texto completo disponível; publicações dos últimos 10 anos (2008 até 2018); idiomas inglês, português e espanhol; banco de dados LILACS e MEDLINE. As buscas foram feitas segundo o método integrado e utilizando o operador booleano “aspas”, AND

e parênteses como recursos de pesquisa disponíveis na BVS. Na biblioteca de descritores da BVS há apenas o descritor “parto domiciliar” catalogado, isso significou buscar as palavras que pudessem traduzir melhor o tema. Assim, foram escolhidas as seguintes combinações de descritores: “escolha AND (parto domiciliar)”, “opção AND (parto domiciliar)” e “motivo AND (parto domiciliar).

2.3 Terceira etapa: Avaliar a qualidade dos estudos pré-selecionados

Depois da busca exaustiva nos bancos de dados e obtenção dos artigos originais encontrados, foi refeita a leitura dos resumos, palavras-chave, e títulos das publicações para avaliar a conformidade com o tema. Os artigos encontrados foram organizados em tabelas e quadros e identificados segundo sua metodologia e resultados para fácil acesso. Aqueles artigos os quais a leitura das descrições iniciais não foi suficiente foram lidos novamente na íntegra para inclusão ou exclusão definitiva

2.3.1 Critérios de inclusão

Para inclusão, foram considerados os seguintes critérios: artigos publicados dentro do período de 2008 até 2018, nos idiomas inglês, português e espanhol; e artigos científicos, de pesquisa original, encontrados segundo os descritores; limitados aos bancos de dados MEDLINE e LILACS.

2.3.2 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão, foram considerados: artigos duplicados; os que não abordavam a escolha/preferência/motivo da mulher gestante (abordava a visão dos profissionais de saúde ou de algum familiar, por exemplo); aqueles cuja população é considerada isolada, como a população rural ou indígena (o tema pressupõe que a mulher tem mais de uma opção de local de parto, a mulher poderia optar pelo parto hospitalar ou o domiciliar, sendo assim, os casos de populações isoladas que não têm acesso ao atendimento hospitalar por conta do isolamento não se enquadram dentro do tema); e aqueles artigos abordando casos de nascimentos não planejados em casa ou ocorridos no trajeto para do hospital, para delimitar o tema ao parto domiciliar planejado. Ou seja, a mulher teve a intenção e programou-se para o parto no seu domicílio.

2.4 Quarta etapa: Extração de dados

Refere-se à coleta e captura de dados relevantes em uma planilha elaborada pela própria autora. A planilha continha um resumo de cada parte de cada artigo: objetivo, método, características das entrevistadas, resultados por tópicos, discussão, considerações finais e características do local do artigo relevantes pesquisadas pelo autor.

2.5 Quinta etapa: Síntese - Interpretação dos resultados

Compreende a síntese dos dados extraídos para mostrar o que é conhecido e fornece a base para estabelecer o desconhecido. Nesta etapa foram elaborados resumos críticos do que foi encontrado nos artigos como resposta à pergunta tema do presente trabalho, assim como um apanhado do modelo das assistências de saúde dos locais onde os estudos foram realizados (MATTOS, 2015). Com esse material pronto, preparou-se e analisaram-se os principais tópicos encontrados por meio de categorização.

2.6 Sexta etapa: Escrita do texto

Essa etapa constitui-se da elaboração do documento que deve atentar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e resultados apresentados na análise dos artigos incluídos. É um trabalho que resulta na condensação do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

Seguindo a escrita dentro da estratégia qualitativa exploratória deste estudo, pretendeu-se expor os fatos e fenômenos encontrados, retratar as características do objeto estudado para estabelecer a natureza das relações entre as variáveis delimitadas no tema. Ou seja, relacionar o que moveu a busca e planejamento do parto domiciliar nas mulheres gestantes, assim proporcionando, por meio da apresentação dos dados, a geração de novos conhecimentos, baseados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores selecionadas (BALDINI *et al*, 2014).

3 Resultados

A tabela 1 apresenta os resultados da busca segundo os seguintes descritores e banco de dados: para “escolha AND (parto domiciliar)” foram encontrados 59 artigos na base de dados MEDLINE e 6 na LILACS, “preferência AND (parto domiciliar)” obtiveram- se 43 na MEDLINE e 1 na LILACS, “motivo AND (parto domiciliar)” 9 na MEDLINE e 3 na LILACS. Esta estratégia alcançou um total de 121 artigos encontrados, dos quais 37 foram pré-selecionados após leitura de título e resumo.

Tabela 1 – Resultados da busca de acordo com descritores utilizados, referências recuperadas e pré-selecionadas segundo descritor. Revisão sobre parto domiciliar planejado, Medline e Lilacs, 2008 a 2017.

INFORMACIONAIS	DESCRIPTOR	ARTIGOS RECUPERADOS	ARTIGOS PRÉ-SELECIONADOS
MEDLINE	“escolha AND (parto domiciliar)”	59	17
	“preferência AND (parto domiciliar)”	43	12
	“motivo AND (parto domiciliar)”	9	3
LILACS	“escolha AND (parto domiciliar)”	6	4
	“preferência AND (parto domiciliar)”	1	1
	“motivo AND (parto domiciliar)”	3	0
TOTAL	-	121	37

Após reler os títulos e resumos, leu-se na íntegra os que foram considerados de interesse. Dos 37 artigos pré-selecionados foram excluídos 22 pelos critérios de exclusão estabelecidos: duplicidade, triplicidade, ser estudo secundário (ter metodologia de revisão integrativa), tratar-se de população isolada e por não abordar a opinião da mulher, ou seja, referir-se à opinião de outro ator envolvido no processo, conforme é apresentado na imagem 1.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos. Parto domiciliar planejado, Medline e Lilacs, 2008 a 2017.



Sendo assim, os artigos selecionados totalizaram 15, conforme exposto na imagem 1. Entre os artigos encontrados, 8 utilizaram entrevista semiestruturada e 1 entrevista dirigida, 4 questionários - sendo destes, 2 de autorrelato, 1 grupo focal.

As produções são dos seguintes países: Austrália (3), Brasil (4), Holanda (3), Suécia (1), Índia (1), EUA (1), Inglaterra (1) e Canadá (1). Os artigos têm publicações entre 2011 e 2017, a busca foi feita para o período de 2008 a 2017, entretanto, entre os anos 2008 e 2011 não foi encontrada nenhuma publicação de pesquisa. O maior número de publicações é do ano de 2014. O número de entrevistadas variou entre 5 a 824.

Quadro 1 – Autores, País, Título e Revista de publicação dos artigos, por ano de publicação. Revisão sobre parto domiciliar planejado, Medline e Lillacs, 2008 a 2017.

ANO	AUTOR	PAÍS	TÍTULO	MÉTODO N ENTREVISTADAS	REVISTA
2011	CATLING-PAULL, C., DAHLEN, H., HOMER, C. S. E.	Austrália	Multiparous women's confidence to have a publicly-funded homebirth: a qualitative study	Entrevista semi estruturada 10	Women and Birth , v. 24, n. 3, p. 122-128, 2011.
2012	HAAREN-TEN, H. T., PAVLOVA, M., HENDRIX, M., NIEUWENHUIJZE, M., VRIES, R., NIJHUIS, J.	Holanda	Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands	Questionário autorrelato 554	Midwifery , v. 28, n. 5, p. 609-618, 2012.
2014	BERNHARD, C., ZIELINSKI, R., ACKERSON, K., ENGLISH, J.	Eua	Home birth after hospital birth: women's choices and reflections.	Grupo Focal 20	Journal of Midwifery & Women's Health , v. 59, n. 2, p. 160-166, 2014.
2014	CATLING, C., DAHLEN, H., HOMER, C. S. E.	Austrália	The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia	Entrevista semi estruturada 17	Midwifery , v. 30, n. 7, p. 892-898, 2014.
2014	DEVASENAPATHY, N., GEORGE, M. S., JERATH, S. G., SINGH, A., NEGANDHI, H., ALAGH, G., ZODPEY, S.	India	Why women choose to give birth at home: a situational analysis from urban slums of Delhi.	Questionário 824	BMJ open , v. 4, n. 5, p. e004401, 2014.
2014	HAAREN-TEN, H. T., PAVLOVA, M., HENDRIX, M., NIEUWENHUIJZE, M., VRIES, R., NIJHUIS, J.	Holanda	Eliciting preferences for key attributes of intrapartum care in the Netherlands	Questionário de autorrelato 554	Birth , v. 41, n. 2, p. 185-194, 2014.
2014	LESSA, H. F., TYRRELL, M. A. R., ALVES, V. H., RODRIGUES, D. P.	Brasil	Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres	Entrevista semi estruturada 17	Texto & Contexto Enfermagem , v. 23, n. 3, p. 665-672, 2014.
2014	MURRAY-DAVIS, B., MC DONALD, H., RIETSMA, A., COUBROUGH, M., HUTTON, E.	Canadá	Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey	Entrevista semi estruturada 209	Midwifery , v. 30, n. 7, p. 869-876, 2014.

2014	SOUZA, R. M., SOARES, L. S., QUITETE, J. B.	Brasil	Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica	Entrevista semi estruturada 5	Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online) , v. 6, n. 1, p. 118-131, 2014.
2015	CASTRO, C. M.	Brasil	Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo	Entrevista aberta 20	Cadernos Saúde Coletiva , v. 23, n. 1, 2015.
2015	COXON, K., SANDALL, J., FULOP, N. J. H	Inglaterra	How do pregnancy and birth experiences influence planned place of birth in future pregnancies? Findings from a longitudinal, narrative study	Entrevista semi estruturada 41	Birth , v. 42, n. 2, p. 141-148, 2015.
2015	KEEDLE, H., SCHMIED, V., BURNS, E., DAHLEN, H. G.	Austrália	Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section.	Entrevista semi estruturada 12	BMC pregnancy and childbirth , v. 15, n. 1, p. 206, 2015.
2015	SANFELICE, C. F. O., AKK, S.	Brasil	Parto domiciliar compreendendo os motivos dessa escolha	Entrevista semi estruturada 14	Texto Contexto Enferm , v. 24, n. 3, p. 875-82, 2015.
2015	SLUIJS, A., CLEIREN, M. P., SCHERJON, S. A., WIJMA, K.	Holanda	Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home-or hospital birth?	Questionário 104	Midwifery , v. 31, n. 12, p. 1143-1148, 2015.
2017	LINDGREN, H. E., NÄSSÉN, K., LUNDGREN, I.	Suécia	Taking the matter into one's own hands - Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden	Entrevista dirigida 8	Sexual & Reproductive Healthcare , v. 11, p. 31-35, 2017.

Referente aos resultados, sumarizados no quadro 3, todos os artigos abordam temas semelhantes. Existem temas que se relacionam como a questão da confiança e a informacional, a informação é exposta como sendo a chave principal da conquista da confiança, por isso, percebe-se a relação estreita entre a informação e a construção da confiança. Esses dois temas foram encontrados em todos os artigos: a confiança relacionada ao conhecimento da fisiologia do parto, da “natureza”, portanto a confiança na sua capacidade de parir e na do seu bebê de nascer, que também se relaciona com o empoderamento nas escolhas durante o parto. Ou seja, as mulheres querem ser ouvidas, querem ter autonomia. E para isto buscam o conhecimento científico e o experienciado. O apoio de pessoas próximas é outro aspecto da confiança muito encontrado e relevante em alguns artigos.

No que se refere ao acesso à informação, o tema é um ponto chave para a tomada de decisão das mulheres e é descrito de várias formas na maior parte dos artigos da amostra. A informação é o meio pelo qual a mulheres preenchem-se de força e constroem a certeza da sua escolha. Buscam-na através de estudos sobre o processo do parto: vídeos de partos domiciliares, conversas com pessoas que já viveram o parto em casa e apoiam-se em profissionais especializados (na grande maioria, obstetras) entendedores dessa configuração de parto.

Sendo assim, segundo o que os estudos mostram, aquelas mulheres com maior nível de escolaridade, muitas vezes com maior poder aquisitivo, têm maior acesso à informação e são as que se sentem mais capazes de parir em casa. Também aparece como motivação a fuga do ambiente hospitalar considerado como hostil (local onde a doença é evidenciada) e onde as intervenções desnecessárias podem acontecer; em um único artigo - Haaren-Ten *et al*, 2012 - percebeu-se que este não era um motivo importante para a escolha do parto em casa.

Outra razão semelhante é a relação de profissionais de saúde com as gestantes no momento do parto: desrespeito, humilhação e rejeição pelos profissionais envolvidos são apresentados como vivência de algumas múltiparas no primeiro parto, motivando a escolha de um

local de parto diferente do hospital.

Ambos os temas acima se relacionam com a desumanização da assistência que ocorre no parto em ambiente hospitalar, assunto abordado diretamente em apenas um artigo, Souza *et al*, (2014). A casa, o lar como ambiente agradável onde se reconhece e que proporciona tranquilidade, maior “conexão”, maior ligação no momento do parto entre as pessoas essenciais nesta hora - bebê e parceiros, por exemplo - é uma razão encontrada.

Há algumas constatações inerentes à cultura e à formatação do sistema de saúde do país as quais são casos particulares que divergem da maioria dos países. Por exemplo, as tradições religiosas de que o parto deve ser no lar e quando todas as configurações de parto são financiadas pelo sistema de saúde. No primeiro exemplo e no segundo enquadra-se a Índia, onde é tradicional, pela cultura da religião, o parto em casa e que apesar de parir no hospital ser um direito garantido pelo sistema de saúde pública, os gastos indiretos com alimentação e o dia não trabalhado pelo acompanhante tornam a escolha cara, sendo esse um dos motivos da popularidade do parto domiciliar no país.

No último exemplo existem os casos da Austrália e da Holanda onde o parto domiciliar é financiado pelo sistema de saúde; nesses percebe-se que o fato do parto em casa ser mais oneroso não é relevante. Já em países onde não ocorre o financiamento do governo, e/ou a prática não é bem vista, como EUA, Brasil e Índia, existem relatos da influência do investimento na escolha do local de parto. No Brasil e EUA, o gasto maior para ter o parto domiciliar é um fator importante, podendo ser o motivo de não prosseguir com o desejo do parto em casa.

Quadro 2 – Resumo dos resultados, Motivação parto domiciliar e Motivação parto hospitalar . Parto domiciliar planejado, Medline e Lilacs, 2008 a 2017.

AUTOR	MOTIVAÇÃO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	MOTIVAÇÃO PARTO HOSPITALAR
CATLING-PAULL <i>et al</i> , 2011.	"O tema dominante foi confiança, presente em todas entrevistas. Os temas dos dados eram ' confiança no meu próprio corpo, ' ter confiança nas parteiras', ter confiança no sistema de saúde', e 'processar confiança e risco' " (p.124).	Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.
HAAREN-TEN, H. T. <i>et al</i> ,2012.	"Eu preferia esperar o nascimento no meu próprio ambiente "(67,1%)," Em casa, posso fazer minhas próprias coisas e fazer o que eu quiser muito mais do que eu poderia fazer no hospital "(64,5%) e" Eu gostaria de dar à luz em um ambiente doméstico "(64,1%). [...] nós descobrimos que elas atribuíam pouca importância aos fatos de que elas não precisavam pagar uma cobrança extra em casa ("não importante" 80,1%) e que é menos provável que elas encontrem uma intervenção médica desnecessária ou adquiriram uma infecção hospitalar em casa ("não é importante", respectivamente 40,7% e 39,8%) " (p. 613).	Aspectos de segurança: "Se necessário, todo o equipamento médico estará sempre prontamente disponível "(75,9%)," Os problemas surgirão, o hospital é o lugar certo '(67,1%) e' se eu apresentar problemas de ventilação (respiração), o obstetra pode ser chamado rapidamente "(45,9%) " (p. 614).
BERNHARD, C. <i>et al</i> ,2014.	"Tema 1: escolhas e capacitação [...] controle de seus corpos e nascimentos. [...] Tema 2: Intervenções e Interrupções. [...] intervenções no hospital que sentiram que eram desnecessárias e / ou perturbadoras para o processo de nascimento. [...] Tema 3: Desrespeito e rejeição. As mulheres sentiam-se desrespeitadas e tratadas como objetos [...] o hospital os provedores de nascimento se concentraram em seus úteros e não neles como pessoas inteiras [...] Tema 4: Espaço de nascimento. Dar a luz em seu próprio espaço criou um ambiente pacífico e calmo para essas mulheres [...] Tema 5: Conexão. Sentir que elas tiveram um relacionamento com seu prestador de assistência independentemente do local de nascimento foi uma parte importante da criação de uma experiência de nascimento positiva "(p. 162 e 163).	"Muitas das mulheres descreveram sua decisão anterior de dar à luz em um hospital não como um reflexo de uma escolha consciente, mas sim que o nascimento em um hospital era sua única escolha. Essas mulheres comentaram que tinham originalmente escolhido o hospital como local de nascimento, porque a informação sobre os centros de parto e o parto em casa não estava disponível, e a principal preocupação para as mulheres que pariram nos Estados Unidos foi dar à luz no hospital "(pág. 162).
CATLING, C. <i>et al</i> ,2014.	" Sentir-se independente, forte e confiante; fazendo do meu jeito; proteção contra atividades relacionadas ao hospital; ter uma rede de segurança; ouvir e contar seletivamente e apoiar o envolvimento. [...] Os comentários das mulheres sobre o que elas queriam evitar incluía as interações negativas com profissionais, estranhos que	Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.

	<p>entram em sua sala, horários de visita hospitalares que restringem o acesso do parceiro, viajar para o hospital, não tendo acesso a um nascimento na água, aplicação de epidurail e outras intervenções médicas, protocolos restritivos, sua incapacidade de resistir à medicação para alívio da dor, a "cascata de intervenções", infecção e separação de seus bebês" (p. 3 a 6).</p>	
<p>DEVAZENAP ATHY, N. et al.(2014).</p>	<p>"O medo e constrangimento associados ao parto hospitalar foram relatados como os motivos mais importantes para o parto em casa (35%) [...] Sua experiência, de amigos, de vizinhos ou de um membro da família desempenharam um papel importante na escolha do parto domiciliar ou hospitalar. Sendo em um bairro desconhecido, a ausência de família extensa para ajudar com a assistência à infância e a falta tradicional de envolvimento de homens na assistência à infância tornou as mulheres relutantes em deixar as crianças em casa e serem internadas no hospital. [...] Embora a maioria dos serviços hospitalares tenham sido fornecidos gratuitamente, os custos de não trabalhar, salários perdidos, e o gasto com alimentação do acompanhante e as viagens para o hospital, faz com que algumas mulheres escolhem o lar" (p. 6 e 7).</p>	<p>Trinta e seis (48%) foram ao hospital devido ao início de dores de parto, 32% devido ao desenvolvimento de complicações e 6,7% relataram o motivo de terem atravessado o data esperada de entrega" (p. 6).</p>
<p>HAAREN-TEN, H. T. et al. (2014)</p>	<p>"as mulheres com um parto previsão de domiciliar preferiram a assistência de uma parteira, um cenário de nascimento caseiro, a possibilidade de influenciar a tomada de decisão, a possibilidade de obter tratamento de alívio da dor, transporte em caso de complicações e nenhum co-pagamento para o parto [...] Para as mulheres com o parto domiciliar por escolha, o tipo de ambiente de nascimento (como "caseiro") e o lugar de nascimento (como "lar") foram os atributos que mais contribuíram para a sua utilidade em comparação aos outros atributos (Figura 2)." (p. 188).</p>	<p>"pela possibilidade de influenciar a tomada de decisões, a possibilidade de obter um tratamento para alívio da dor e, como esperado, um nascimento hospitalar" [...] Os atributos "tipo do ambiente de nascimento", "transporte em caso de complicações" e "co-pagamento" para o parto "não eram significativos".</p>
<p>LESSA, H. F. et al,2014.</p>	<p>Os dados demonstraram uma predominância de mulheres que conheciam alguém que tinha a vivência do parto domiciliar; [...] algumas afirmaram que experiências negativas hospitalares anteriores, próprias ou de terceiros, foram importantes para a opção. [...] A internet como fonte de informação [...] acerca de parto natural; [...] A leitura e os novos conceitos científicos aparecem como fonte de segurança. [...] Informação a partir de profissionais da saúde [...] que não os responsáveis pelo atendimento pré-natal, informações positivas a respeito do parto domiciliar planejado [...] A troca de informações entre as mulheres [...] as mulheres afirmam que</p>	<p>Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.</p>

	necessitam buscar ativamente informações diferenciadas para chegarem a optar pelo parto domiciliar " (p. 668 a 671).	
MURRAY-DAVIS, B. et al. (2014)	"[...] o nascimento como um processo natural (65,7%); para evitar intervenções (46%) [...] me sinto mais confortável na minha própria casa (88,4%) Se eu estiver mais relaxado em minha própria casa (87,2%), quero poder me mover livremente no trabalho de parto (85,9%) e quero evitar intervenções (79,5%). Mais de 90% das mulheres também "concordaram fortemente" ou "concordou" com [...] eu quero o meu parceiro envolvido no nascimento, eu quero estar envolvido na tomada de decisões, eu quero poder comer e beber livremente no trabalho de parto, eu quero controlar meu meio ambiente, e eu quero evitar uma epidural. [...] Mais de 80% das mulheres "concordaram fortemente" ou "concordaram" que o nascimento no hospital era muito médico. [...] Todos concordaram fortemente ou concordaram que tinham confiança nas habilidades da parteira. Eles também concordaram esmagadoramente que se sentiam seguros em casa (96,1%) e que o nascimento em casa era seguro para mães e bebês (94,8%) "(p. 870 e 871).	"[...] mais seguros no hospital (74,7%). [...] acesso a medicação para dor (38,2%) e sensação mais confortável (35,7%). [...] história de um nascimento complicado como fator na tomada de decisões (19,5%)[...] maioria das mulheres que escolhem o nascimento hospitalar: "Quero que meu parceiro seja envolvido no nascimento "(65,6%) [...] 70%" concordaram "que seu parceiro queria um parto hospitalar [...] sentiam-se mais confortáveis no hospital (78,7%), queriam uma epidural (64%) e queriam controlar o ambiente (63,1%) ". "Concordou" que eles queriam evitar bagunça do parto em casa (60%) ideia de internação interessante (53%) [...] mais seguro para essas mulheres (89,2%) [...] escolha segura tanto para mulheres quanto para bebês (78,4%, 81,7%). [...] nascimento em casa era arriscado (40,8%) " (p. 870 a 872).
SOUZA, R. M. et al, 2014.	" atenção para a história de seus próprios nascimentos [...] em que a construção da escolha pelo parto domiciliar é direcionada pelas experiências de parto de seus antecedentes [...] o acesso à informação acerca do parto domiciliar, bem como a desumanização da assistência no parto hospitalar, por vezes relacionada com o modelo biomédico hegemônico " (p.125 e 126).	Este estudo não abordou a motivação para parto hospitalar.
CASTRO, C. M. ,2015.	"A casa como alternativa ao modelo de atenção obstétrica vigente; Hospital, um lugar a ser evitado; "Louca não, informada!": repercussões da escolha à margem do sistema de saúde; Parto em casa como facilitador do protagonismo das mulheres; " (p.72 a74).	Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.
COXON, K. et al. (2015)	" No geral, as mulheres nulíparas planejaram nascer em ambientes não hospitalares mais frequentemente do que mulheres multíparas, mas foram menos propensas a alcançar o nascimento não-obstétricas [...] a experiência anterior de cuidados das mulheres no eventual local de nascimento foi mais importante do que a intenção durante a gravidez de dar a luz em um determinado ambiente e que isso proporcionou uma lógica subjacente às decisões no (hipotético) das próximas gestações, também"	"Experimentar um nascimento difícil levou as [...] tornou-se difícil imaginar "ser capaz" de dar à luz sem assistência. [...] Significou que a unidade obstétrica do hospital se tornou a opção preferida para o futuro, em parte porque o atendimento na unidade obstétrica era melhor do que as mulheres tinham previsto, mas também porque o nascimento em unidade obstétrica levava as mulheres a associar

	(p. 145).	nascimento seguro com o ambiente de cuidados intensivos. Nesses casos, as mulheres nulíparas que deram à luz na unidade obstétrica hospitalar não planejaram futuros nascimentos em ambientes fora da unidade obstétrica;" (p.145).
KEEDLE, H. <i>et al.</i> (2015)	"Isso [cesariana] nunca mais vai acontecer "[...] "Por que nunca mais vai acontecer: ser tratada como um pedaço de carne; fiquei traumatizada por isso por anos; você pode sentir o cheiro do medo no quarto; re-traumatizada pelo sistema". [...] "Como nunca mais vai acontecer: se informar e ganhar confiança, evitar o julgamento através de uma leitura seletiva, preparando-se para o nascimento". "Recolher apoio "Tudo sobre segurança, mas eu venho primeiro"; O impacto do "parto em casa pós uma cesariana"; "Eu me senti como super mulher"; não há comparação" (p. 6 a 9).	Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.
SANFELICE, C. F. O. <i>et al.</i> (2015)	"Informar-se para fazer uma escolha consciente; [...] Ser contra o modelo de atendimento hospitalar; [...] as participantes questionam procedimentos e rotinas impostas pela instituição, não se identificam com a logística do atendimento oferecido e fazem forte associação do ambiente hospitalar com o conceito de doença, o que parece não combinar com o evento do parto, na ótica dessas mulheres " (p. 877 a 879)	Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.
SLUIJS, A. <i>et al.</i> (2015)	"Os motivos mais comuns para preferir um parto em casa foram: 'Casa é um ambiente conhecido e confiável' (54%) e 'sentir-se confortável em casa' (8%). 'Não há necessidade de viajar para o hospital; muitas pessoas ao redor, no hospital; a situação não é suficientemente pessoal; o medo do hospital, boas experiências ao entregar em casa no nascimento anterior'" (p.3).	" Os motivos mais comuns para preferir o nascimento hospitalar foram: "sentir-se mais seguro no hospital" (33%) e "ambiente com ajuda adequada em caso de problemas" (19%). Os motivos menos frequentemente mencionados para o nascimento hospitalar foram: "Complicações (menores) durante o nascimento anterior (casa ou hospital), mais paz (sem telefonemas, sem filhos), a situação doméstica não é adequada para o nascimento em casa (muitas escadas)" (p.3).
LINDGREN, H. E. <i>et al.</i> (2017)	"[...] Assumir a responsabilidade por si próprio e não delegar qualquer responsabilidade no sistema de saúde. [...] Manter o poder e não ser perturbado do exterior (profissionais de saúde e os protocolos)". [...] Manter o controle e não poder confiar em outra pessoa (profissionais de saúde)" (p. 32 a 34)	Este estudo não abordou a motivação para o parto hospitalar.

4 Discussão

Nos artigos incluídos neste estudo, a motivação para a busca pelo parto domiciliar são: a) experiências prévias (principalmente, traumas envolvendo o ambiente hospitalar e os profissionais), b) informação, c) confiança e d) autonomia. As divergências ocorrem por motivos culturais e estruturais dos sistemas de saúde, como a aceitação do parto em casa e o financiamento do parto em casa. Percebe-se que as mulheres, em regra, estão buscando uma alternativa para viver esse processo, alternativa essa que possibilite sentirem-se parte do momento desde o planejamento até a hora do nascimento e que esse processo seja o mais natural possível, com maior envolvimento e intimidade. Querem exercer o papel em que acreditam, o papel de parir, e querem fazê-lo do seu modo.

Segundo Polak (1996), o modelo obstétrico predominantemente de cuidado do parto coloca a mulher em um cenário onde seu corpo, durante o processo, não lhe pertence, ou seja, os responsáveis pelos protocolos que detém o conhecimento científico serão os responsáveis por ele e decidirão o que será feito e como será feito.

Em face disso, a maioria das mulheres sente-se confiantes e simplesmente segue no parto estabelecido por terceiros, mesmo não entendendo os motivos que as levou a fazer escolhas que deixarão sequelas, não há questionamentos. Sentem-se seguras por acreditarem que o hospital é o lugar adequado para o parto, por estar equipado com toda tecnologia capaz de solucionar quaisquer problemas que venham a acontecer e por participarem da mentalidade de que o obstetra é quem tem o conhecimento que ela não tem, e não consideram o reconhecimento dos sinais do seu corpo e intuição como conhecimento válido.

Segundo Santin (1995), esse raciocínio é reflexo do ser biopsicossocial que somos respondendo ao meio onde estamos, é resultante de todos os fatores culturais que estimulam as mulheres a pensar que o hospital é o local mais seguro para o parto porque o nascimento tem complicações, e o parto em casa como inadequado e irresponsável. O que também influencia é o modelo econômico capitalista

– ao tempo menor para uma cesariana é mais vantajoso aos profissionais. Assim como as crenças, ideologias, valores, informações disponíveis e outros (SANTIN *apud* CECHIN, 2002).

A cultura relacionada ao parto passa a mensagem às mães de que a forma mais segura para o nascimento é no hospital e com auxílio médico; essa mensagem é reproduzida por grande parte dos profissionais de saúde, pelos familiares e na sociedade, tornando tal alternativa naturalizada. As mulheres ignoram quais seriam seus desejos para o parto, por falta de informação e por falta de oportunidade de expressar o que consideram que lhes seria mais conveniente, ou seja, por não terem informação dessa possibilidade.

O artigo de Catling-Paull *et al* (2011), tenta explicar essa relação entre a concepção de maior segurança e o local de parto segundo a ascensão da “cultura de risco” da área da saúde da sociedade moderna. A cultura de risco seria a alta expectativa social com os cuidados de saúde em geral, ou seja, as pessoas esperam obter sempre o sucesso. Assim buscam, mesmo sem necessidade, ações para maior “segurança”. Os avanços tecnológicos contribuem com aumento da alta expectativa em relação aos resultados do cuidado e essa noção de risco afeta a construção da confiança.

A noção de risco, junto com a tendência de cuidados mais tecnológicos no parto tratarem o parto e o nascimento como doença, caracteriza o ambiente hospitalar como o local de parto mais seguro, ainda que o parto não seja um processo “defeituoso” ao corpo da mulher como as doenças o são (CATLING-PAULL *et al*, 2011).

Edwards e Murphy-Lawless (2006) também abordam a ascensão da tecnologia e da percepção expandida de risco da atual ciência e tratamentos em cuidados na maternidade. Eles concluem: isso levou a rotular de “imoral” as mulheres que contestam os médicos sobre definições de risco e segurança, apesar dos fatores de risco defendidos serem generalizações ou pouco mais que uma ‘lógica probabilística’.

Os achados dos artigos da revisão condizem com essa linha de

pensamento, que existem mulheres que estão dispostas a não se enquadrar nesse cenário. As pesquisas encontradas revelam que o parto domiciliar está sendo uma alternativa ao modelo de assistência ao parto e nascimento predominante e excessivamente tecnológico, e as mulheres e suas famílias optam por retornar às raízes culturais para humanizar o processo da gestação e do parto (CECHIN, 2002).

Para tanto, existem algumas razões marcantes que as impulsionam, proporcionam força às parturientes, para alcançar o desejo do parto extra hospitalar. Os temas e argumentos encontrados são expressos de formas diferentes, mas convergem no que forma o trajeto do desejo até a escolha, ou tomada de decisão. Deste modo, formaram-se grupos com os argumentos motivadores semelhantes para descrevê-los e exemplificá-los, como segue.

4.1 Experiências

O trauma vivenciado anteriormente no ambiente hospitalar é a experiência negativa expressa na maioria dos artigos como a mais importante motivação para escolha do parto domiciliar. Ou seja, o trauma com o parto no ambiente hospitalar e/ou com os profissionais que levam à busca pelo parto domiciliar planejado: “Por que nunca mais vai acontecer: ser tratada como um pedaço de carne, eu fiquei traumatizada com isso por anos”, como Keedle *et al* (2015). Ou como afirma a conclusão de Sluijs *et al* (2015), “mulheres com traumas prévios tentam tomar o controle do próximo nascimento de várias maneiras. A ausência do ambiente institucionalizado e do controle da equipe médica são algumas das explicações sobre a preferência das mulheres para dar à luz em casa”.

Outro motivo relatado em demasia é a violência na atenção obstétrica. Para alguns autores, a violência à parturiente abrange desde a negligência na assistência, passando pela violência verbal, discriminação social (grosserias, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), até a violência física (D’OLIVERA, 1996).

Para outros, a violência também se manifesta no uso inadequado da

tecnologia, com intervenções e procedimentos desnecessários (DINIZ *et al*, 2006). Nesse contexto, o motivo mais importante para a escolha do lar como local de parto, segundo Devasenapathy *et al* (2014), correspondeu ao medo e constrangimento associado ao parto hospitalar.

Outro relato revela o depoimento de australiana lembrando como ficou “marcada” pela falta de sensibilidade e cuidado dos profissionais de saúde do hospital no seu primeiro parto: “Eu me lembro dela dizendo quando eu estava tendo minhas contrações, ela disse ‘oh, isso não é nada, espere até começar a amamentar, então você verá como é a dor”. Ela, realmente, era negativa e eu estava meio chocada, para ser sincera. Traumatizada pela experiência [...]” (CATLING *et al*, 2014).

Ademais, encontram-se exposições de que os protocolos, inerentes à finalidade do hospital, causam diversos desconfortos com o excessivo controle para se evitar complicações ou os procedimentos para assepsia que ocasionam a invasão da privacidade. Tal qual descreve uma brasileira: “[...] então eu fui para a maternidade, e passei por todo aquele processo de retirada de roupa, de raspagem dos pelos a seco. Eu consigo lembrar o barulho da lâmina na minha pele. E tudo isso já em trabalho de parto, então, foi muito traumatizante para mim [...]” (LESSA *et al.*, p.670).

O processo de assepsia protocolar descrito acima, o não reconhecimento por parte dos profissionais das necessidades da parturiente e as dificuldades naturais como as dores e as expectativas, enfrentadas na vivência do parto tornaram o momento do parto absolutamente negativo para essa mulher.

Constata-se que experiência negativa anterior, quando grávida, ou de alguém do seu conhecimento pessoal, também exerce forte influência na busca por uma opção que respeite a mulher, que propicie um cuidado não estandardizado, padronizado e determinante da sua própria relação social.

Nota-se, em alguns artigos, a falta de informação sobre a possibilidade do local de parto ser o domicílio, pois assistência à saúde não

a informa. Não estando claro para as mulheres os seus direitos e como reivindicá-los, a possibilidade torna-se ainda mais distante. O desconhecimento dá sustentação aos mecanismos de controle e opressão vivenciados pelas mulheres no contexto hospitalar (REIS *et al*, 2017).

Quando ocorre o descobrimento da existência da possibilidade do parto em casa, as parturientes buscam todo tipo de fonte de informação para poder suprir a insegurança do “se der errado” fora do hospital e planejam seu parto.

A escolha do parto em casa também é mais facilmente feita por quem tem familiaridade com a opção, quando visto como natural: “[...] eu optei porque, primeiramente, conhecia pessoas que tinham tido o parto em casa [...] agora já é um caminho mais normal. Eu conheço várias pessoas que tiveram em casa [...]”, exemplos mencionados por LESSA *et al*, (2014).

4.2 Informação

A prática do parto domiciliar aparenta estar diretamente relacionada à conquista do conhecimento que envolve o modelo de assistência obstétrica do país, incluindo os aspectos técnico, científico e legal de todas as normas, procedimentos e rotinas impostos pelo atendimento institucionalizado. Quando as mulheres se envolvem nesse universo não mais como sujeitos passivos e receptores de informações, e sim, com uma postura ativa, indagadora, crítica e reflexiva sobre o que lhes é oferecido, muitos conceitos historicamente sólidos ganham outros sentidos, gerando comportamentos e atitudes diferenciadas por parte dessas mulheres (SOUZA *et al*,2014) .

Os resultados dos estudos enfatizam a importância do conhecimento como a ponte de ligação entre o desejo e a decisão pelo parto em casa, sendo esse o principal apoio para o planejamento do parto. Enfatizam também a forma como as mulheres encaram o parto domiciliar: para quem escolhe essa configuração de parto, o planejamento é extremamente importante e detalhado, baseado em

estudos científicos sobre o trabalho de parto e os processos do corpo envolvidos nele até o nascimento do bebê.

A primeira informação importante como motivo da escolha do parto em casa é a própria existência da possibilidade do parto em casa, que em alguns países não é clara - como mostram os estudos de Castro (2015) e o de Bernhard *et al*, (2014), no Brasil e no EUA, respectivamente. Tal afirmativa é exemplificada através da seguinte fala: “Você acaba fazendo cesárea, por uma questão que não tem outra opção. E no meu primeiro filho eu não tinha o conhecimento tão grande dos meios para realizar isso. [. . .]” (CASTRO *et al*, 2015).

Os artigos citados argumentam sobre a dificuldade de a população em geral aceitar o parto domiciliar planejado sem preconceitos e associam-no a escolha irresponsável da mãe que coloca a vida do filho em maior condição de risco.

Em contrapartida, na Holanda e Austrália, o sistema público de saúde oferece o suporte para o parto domiciliar planejado, seja por meio de financiamento ou por disponibilizar equipes preparadas para essa finalidade.

O artigo de Lessa *et al* (2014), por exemplo, aborda apenas o tema informação como um dos motivos relevantes para a escolha do parto domiciliar. Nele foi comum a todas as mulheres o relato da busca e do acesso à informação de qualidade como parte fundamental para a conquista do nascimento em casa. Nenhuma delas declarou ter feito essa escolha de repente; pelo contrário, vivenciaram um processo interno e externo nas relações sociais, até chegarem à certeza, assim constatando que a opção final é decorrente do convencimento através do conhecimento dos diferentes aspectos do parto, tendo este se estabelecido sobre dois pilares básicos: a) segurança para mãe e bebê; e b) desmedicalização do processo da parturição e do nascimento, como exemplifica a narrativa subsequente:

“[...] bem, eu comecei a me informar sobre o assunto, sobre a humanização do parto, sobre as opções, e comecei a me interessar bastante pelo parto domiciliar, mas não consegui levar à frente na primeira gravidez. Acabou sendo um parto hospitalar, que não foi muito como eu esperava, o que me levou a buscar com mais dedicação pelo parto domiciliar na segunda vez [...]” (LESSA et al.,2014; p.669).

Os artigos têm a mesma constatação sobre a força que o conhecimento traz para as mulheres. O tema ‘experiência’ demonstra que as gestantes acreditam que os cuidados predominantes (hospitalares) não proporcionaram a autonomia da gestante. Já o relato em relação à informação é de que estimula e favorece autonomia delas. Constrói uma nova mentalidade que se reflete na melhora da qualidade do parto, a futura mãe sente-se preparada, psicológica e fisiologicamente, ela acredita na sua capacidade de parir e na de seu bebê de nascer. A informação é facilitadora da comunicação entre as mulheres e os envolvidos (SOUZA *et al.*, 2014; CASTRO *et al.*, 2015; COXON *et al.*, 2015).

4.3 Autonomia

Encontrou-se, na maior parte dos artigos, frases expressando os desejos relacionados ao significado de autonomia, que etimologicamente seria “o poder de dar a si a própria lei, *autós* (por si mesmo) e *nomos* (lei)”.

Dar à luz em casa mostrou-se fundamental para as gestantes conseguirem seguir sua intuição durante o parto, realizar seus desejos e ampliar sua conexão com o bebê. Ou seja, o melhor caminho para viver o momento do parto de forma ativa, tomar o controle do que de fato pertence a ela: a capacidade natural do parto, como relata o artigo de Lindgren *et al* (2017): “Eu sabia que se eu podia fazer isso da maneira que eu queria, então eu não teria necessidade de levar qualquer outra

pessoa em consideração” (p.33).

A autonomia é a resposta às inquietações previamente experimentadas; as mulheres buscam sua própria responsabilidade em planejar quem irá auxiliá-las no momento do trabalho de parto, as práticas que desejam que sejam utilizadas, a posição que as conforta mais, qual vestimenta ou “amuleto” vai estar com elas, como o seu bebê será tratado ao chegar ao mundo e tantos outros fatores relacionados à suas vontades e necessidades.

O artigo holandês, de Haaren-Ten *et al* (2014), traz uma fala exemplificando essa colocação:

“Ela contava com a ‘obstetiz’ que acreditava no nascimento, que era uma vantagem, mas ela estava restringida pela política hospitalar, então... Suas crenças não eram importantes. Porque ela tinha um trabalho a fazer e, em primeiro lugar, era o hospital (Anne)” (HAAREN-TEN et al., 2014; p.9).

Em casa, quebra-se o silêncio dos questionamentos que não ocorreram nos hospitais. As falas encontradas associadas à autonomia traduzem os sentimentos de independência e força proporcionadas pelo parto domiciliar, expressas com certa ênfase, principalmente nas narrativas de mulheres multíparas que haviam vivido um parto hospitalar.

Nessa conjuntura, o artigo de Keedle *et al* (2015) aborda a seguinte questão: “Como você se sentiu - já tendo vivido um parto hospitalar - depois do seu parto natural em casa?” e elas descreveram por unanimidade sentimentos de empoderamento e alegria: “Maravilhoso, tão libertador, eu poderia fazer qualquer coisa, eu sabia como era que deveria ser feito, você sabe, foi maravilhoso (Amy)”.

Igualmente, afirma-se no artigo de Lindgren *et al* (2017) “mulheres com traumas prévios tentam tomar o controle do próximo parto de várias maneiras. A ausência do ambiente institucionalizado e do controle da equipe médica são algumas das explicações sobre a

preferência das mulheres para dar à luz em casa”. Isso quer dizer que o ambiente domiciliar causa nessas mulheres o reconhecimento necessário para expor suas vontades e lidar com suas dores.

Alguns estudos sobre o alívio da dor do parto e sobre o tempo de parto relatam que, quando a parturiente é exposta a um ambiente onde se sente relaxada, o trabalho de parto e as dores das contrações tendem a ser mais bem controlados, podendo chegar ao alívio total, não deixando de considerar que a sensação de dor é inerente a cada indivíduo.

O método do “Parto sem Dor” é um exemplo. Consiste em formas não medicamentosas de aliviar as dores do parto, por meio de informações a respeito da anatomia e da fisiologia do parto, e com um treinamento físico de técnicas respiratórias e de relaxamento ensina-se a parturiente a amenizar a dor do trabalho de parto (SOUZA, 2014).

O processo do nascimento, quando analisado, estudado e planejado detalhadamente pela mulher, direciona o foco ao seu próprio corpo, reconhecendo os sintomas e fases do parto, o que é crucial para lidar com as dores das contrações e da expulsão. A sensação de força que foi experimentada antes e durante o parto foi por vezes narrada pelas mulheres: “Elas entraram em contato com uma força interior que não tinham detectado antes” (HAAREN-TEN *et al*, 2014).

4.4 Confiança

A construção da confiança mostra-se como segundo motivo de maior importância e ficou atrás apenas dos traumas; entretanto, também foi uma resposta às experiências negativas prévias. Essa foi descrita como parte do processo de tomada de decisão para o parto domiciliar, o próprio convencimento de ser capaz, acreditar no seu corpo, na sua equipe e na alternativa que faz escolher pelo planejamento do parto.

O artigo de Catling-Paull *et al* (2011), produzido na Austrália, pesquisou quais os motivos relacionados à confiança que tinham levado as parturientes a escolherem o parto domiciliar, e de fato as categorias descritas foram encontradas na dissertação da maioria dos artigos desta

revisão. Destacou-se a confiança no seu próprio corpo, na força do bebê, confiança no parceiro, no profissional cuidador, confiança na tranquilidade da sua casa, no planejamento elaborado, confiança no processo natural e, principalmente, a confiança de que se estava fazendo o melhor e mais seguro para seu bebê.

A base da confiança inicia-se na busca por conhecimento através de toda fonte de informação ao seu alcance (livro, vídeos, rodas de conversa, artigos científicos, jornais). As gestantes aprofundam-se sobre a fisiologia do parto e sobre os meios alternativos de alívio da dor.

Na maioria dos estudos, disserta-se sobre a confiança no processo natural do parto e sobre como enfrentar o medo do parto natural - construído no seu íntimo, muitas vezes, por fatores culturais. A confiança no seu corpo e na sua capacidade de parir faz o senso de risco ser controlado, a visão da mulher quando confia no seu corpo não segue a lógica médica generalizada, a qual vê o parto como uma doença e atua para prevenir complicações que poderiam acontecer.

O fato do medo ser cultural pode ser percebido pela falta de importância dada a este por parte das mulheres indianas, quando questionadas em relação ao medo de um parto sem o apoio tecnológico do hospital e o conhecimento do médico obstétrico, pois na Índia o parto em casa é extremamente comum e culturalmente aceito (DEVASENAPATHY *et al.*, 2014).

Portanto, a confiança construída ao longo da gestação promove a certeza do desejo pelo parto em casa. Uma das pesquisas - Coxon, K. *et al* (2015) - fez entrevistas sobre as preferências de parto no início da gestação, no meio e no pós-parto e constataram que aquelas mulheres que finalizaram com um parto domiciliar e o planejaram desde o início da gestação, e demonstraram maior confiança na sua capacidade de parir. O estudo acrescenta sobre como as mulheres que escolhem o parto em casa importaram-se com a conexão, o envolvimento do parceiro e dos familiares no momento do parto e acabam repetindo essa decisão em seus partos posteriores (COXON *et al*, 2015).

5 Considerações finais

Conclui-se que os fatores que mais influenciam as mulheres na escolha do parto domiciliar são as experiências prévias, informação, confiança e autonomia, sendo que em cada um desses temas encontram-se outros subtemas agregados.

As experiências prévias referidas seriam as negativas envolvendo o ambiente hospitalar, sejam da parturiente ou de alguém próximo, que causam traumas e a rejeição dos protocolos e das práticas hospitalares; e as experiências positivas seriam as associadas ao parto em casa – seja próprio ou relato de outras mulheres que já vivenciaram esse evento.

O acesso à informação relaciona-se com o conhecimento sobre todos os aspectos do processo do parto: o trabalho de parto, a fisiologia do parto, as intervenções existentes, a formação do bebê, o trabalho do bebê no momento do nascimento, as posições de parto, artifícios para lidar com a dor. Ou seja, as mulheres buscam estudar e entender sobre o assunto para saber como agir e reformular suas crenças e quais os cuidados que desejam ou que são os mais indicados. A partir dos conhecimentos obstétricos e os naturais obtidos estruturam suas escolhas e limites de segurança durante o processo do parto, construindo sua força e confiança íntima.

A informação é a base para os questionamentos dos cuidados e protocolos existentes no ambiente hospitalar e proporciona segurança em relação ao parto domiciliar, por permitir entender o parto como algo comum ao corpo e que, assim sendo, ele acontecerá com ou apesar dos aparatos tecnológicos; entendendo, também, a importância da tecnologia diante de casos de reais complicações. O conhecimento ensina a importância de cada etapa do processo e, entre essas, a do planejamento.

A confiança pode ser na fisiologia do parto, na natureza do nascimento, ou na sua capacidade de parir. Depois, nas pessoas envolvidas no evento, as quais a mulher, quando decide pelo parto

domiciliar, escolhe com muito cuidado, pois quer envolver pessoas que acreditem como ela no parto e com quem tenha maior intimidade. Ocorre o reconhecimento do seu lar como local seguro e de sentimentos bons para o momento da chegada de uma vida, trazendo segurança sobre o local a que pertence.

A confiança faz com que a mulher se entregue ao parto de modo a sentir a conexão com o parceiro e com a chegada do bebê. Vale destacar que, nos artigos onde o sistema de saúde público proporciona tal configuração de parto, as mulheres enfatizam a confiança no sistema de saúde como auxiliar, caso seja preciso.

A busca pela autonomia é para poder ser sujeito das decisões do seu parto, poder estar no conforto do seu lar, sentindo-se livre para escolher o modo como vivenciará o trabalho de parto ou o modo como aliviará a dor, por exemplo. É ter poder para seguir seus instintos e seu conhecimento diante de pessoas que vão escutá-la, e a necessidade de uma relação com respeito bilateral entre o cuidador e a pessoas sendo cuidada.

Na grande maioria dos artigos é descrita a necessidade de fuga do modelo de cuidados de parto predominante, reflexo das condutas hospitalares violentas e desrespeitosas. As mulheres enfatizam a falta de humanidade com sua dor, necessidade e desejos. Isto as impulsiona a querer algo diferente, para vencer o trauma vivido através de um parto construído a seu modo. O parto domiciliar continua sendo contestado pela obstetrícia e pela sociedade, embora muitos estudos tenham mostrado equívocos nas taxas de segurança. Tal contestação sem argumentos consistentes não pode ser decisivo no veto da prática do parto em casa.

Os resultados satisfatórios ocorrem quando o parto no lar é planejado, ou seja, existe um acompanhamento prévio e contínuo da gestante de baixo risco, assim como um cuidador treinado auxiliando a hora do nascimento, na forma como todo parto deveria ser conduzido, seja um parto hospitalar, domiciliar ou em um centro de parto normal.

Melhorar a satisfação das mulheres com o processo do parto

relaciona-se com o envolvimento desta nas decisões e com promover o respeito aos direitos das mulheres e de seus bebês. Assim, o local de parto, como mostram os estudos, é uma questão extremamente importante para as mulheres e para o tranquilo decorrer do parto.

O sistema pode atuar dentro do limite de segurança e ao mesmo tempo em que são abordadas as necessidades de mulheres e de suas famílias, lhes possibilita terem uma experiência positiva independentemente do ambiente de nascimento.

Logo, se nosso objetivo é promover um nascimento seguro, então as barreiras, tais como aquelas encontradas por essas mulheres quando tentam o nascimento no lar, devem ser removidas. Para mulheres atendidas no sistema hospitalar, as mudanças podem ser implementadas, o que tornará o parto uma experiência mais satisfatória, sem comprometer o cuidado primordial com a mulher ou com o recém-nascido.

Do mesmo modo, é importante incentivar os centros de parto normal, como as casas de parto, no Brasil. O empenho das políticas públicas, junto com a adoção da medicina baseada em evidências, pode adequar o cuidado às mudanças no modelo de cuidados do parto, na intenção de suprir a clara necessidade de empatia dos profissionais e informação das gestantes, para gerar nelas confiança na capacidade de parir, assim como para os profissionais de saúde.

O parto domiciliar, assim como a disponibilidade das Casas de Parto, é uma opção muito importante e pode ser uma saída menos onerosa aos sistemas públicos de saúde no enfrentamento dos altos indicadores de mortalidade materna e neonatal, com a redução dos elevados números de intervenções de cesarianas desnecessárias.

6 Referências Bibliográficas

AMORIM, M. M. R. Parto Domiciliar: direito reprodutivo e Evidências. **Guia do bebê** [revista online], ago. 2012.

BALDINI, C. S., KOMURA, H. L. A., PEDUZZI, M., SANGALETI, C., YONEKURA, T., AUDEBERT, D. R. D. S. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, 2014.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: **IMS/UERJ; CEPESq; ABRASCO**, 2005. p. 131-152.

BERNHARD, C., ZIELINSKI, R., ACKERSON, K., ENGLISH, J. Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 59, n. 2, p. 160-166, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002.

BRENES, A. S., A História da parturição do Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, 7: 135 – 49 1991.

CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, 2015.

CATLING, C., DAHLEN, H., HOMER, C. S. E. The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia. **Midwifery**, v. 30, n. 7, p. 892-898, 2014.

CATLING-PAULL, C., DAHLEN, H., HOMER, C. C.S.E. Multiparous women's confidence to have a publicly-funded homebirth: a qualitative study. **Women and Birth**, v. 24, n. 3, p. 122-128, 2011.

CECHIN, P. L. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 444-448, 2002.

COELHO, G. A ARQUITETURA E A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: Humanizando o Espaço. 2003. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado não publicada, **Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro**.

COSTELLO, A., OSRIN, D. Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 825-826, 2005.

COXON, K., SANDALL, J., FULOP, N. J. H. Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 206, 2015.

DAL, K. M. S., CAMPOS PEREIRA SILVEIRA, R., GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Tese de mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP**. São Paulo, 1996.

DEVASENAPATHY, N. GEORGE, M. S., JERATH, S. G., SINGH, A., NEGANDHI, H., ALAGH, G., ZODPEY, S. Why women choose to give birth at home: a situational analysis from urban slums of Delhi. **BMJ open**, v. 4, n. 5, p. e004401, 2014.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, C. S. G., SOUZA, C. M., PORTELLA, A P . Nunca como nossas mães!: Brasil escolhas reprodutivas e a emergência da cidadania entre trabalhadoras rurais, trabalhadoras domésticas e donas de casa domésticas e donas de casa no Brasil. R. Petchesky; K Judd. (Org.). *Negociando Direitos Reprodutivos: perspectivas das mulheres em diferentes países e culturas*. 1 ed. Recife: SOS Corpo - **Instituto Feminista para a Democracia**, 2005, v. 1, p. 53-92.

DINIZ, C. S. G., 1996. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social. Dissertação de Mestrado, São Paulo: **Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**.

DINIZ, S. G., CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2007.

EDWARDS, N. P., MURPHY-LAWLESS, J. The instability of risk: women’s perspectives on risk and safety in birth. **Risk and choice in maternity care: an international perspective**, p. 35-49, 2006.

ENKIN, Murray W. *et al*. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. **Birth**, v. 22, n. 2, p. 101-110, 1995.

FERENHOF, H. A., FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SFF. **Revista ACB**, v. 21, n. 3, p. 550-563, 2016.

GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA. Department of Health. **Planned birth at home: policy** [online]. Adelaide (AU): Government of South Australia, 2007.

HAAREN-TEN H. T., PAVLOVA, M., HENDRIX, M., NIEUWENHUIJZE, M., VRIES, R., NIJHUIS, J. Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 609-618, 2012.

HAAREN-TEN, H. T., PAVLOVA, M., HENDRIX, M., NIEUWENHUIJZE, M., VRIES, R., NIJHUIS, J. Eliciting preferences for key attributes of intrapartum care in the Netherlands. **Birth**, v. 41, n. 2, p. 185-194, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. RELATÓRIO, DE ESTATÍSTICAS DO SÉCULO XX. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. 2003.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND (FIGO). **Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, p. 79-80, 1992. Disponível em: <[http://www.ijgo.org/article/0020-7292\(92\)90037-J/pdf](http://www.ijgo.org/article/0020-7292(92)90037-J/pdf)>.

KEEDLE, H. SCHMIED, V., BURNS, E., DAHLEN, H. G. Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 206, 2015.

LESSA, H. F., TYRRELL, M. A. R., ALVES, V. H., RODRIGUES, D. P. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 665-672, 2014.

LINDGREN, H. E., NÄSSÉN, K., LUNDGREN, I. Taking the matter into one's own hands—Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 11, p. 31-35, 2017.

MATTOS, P.C. Tipos de revisão de literatura. **Faculdade de Ciências Agrônomicas UNIFESP**, 2015.

MURRAY-DAVIS, B., MC DONALD, H., RIETSMA, A., COUBROUGH, M., HUTTON, E. Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. **Midwifery**, v. 30, n. 7, p. 869-876, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15_02_por.pdf>.

PLANE, A. M. Childbirth practices among native American women of New England and Canadá, 1600-1800. In: **Women and health in America: historical readings**. The University of Wisconsin Press, Madison, 1999. p. 38-47.

POLAK, Y. N. S. A corporeidade como resgate do humano na enfermagem. 1996. **Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**, disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin> >.PR.

RATTNER, D. Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento no Brasil. **BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS 4: humanização do parto e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde/ Universidade Estadual do Ceará, p. 109-32, 2014.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RATTO, K. M. N., É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos na maternidade Leila Diniz. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, nº 21, p.115-135, 2001.

REIS, T. L. R., PADOIN S. M. M., TOEBE T. R. P., PAULA C. C., QUADROS J. S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, 2017.

SANFELICE, C. F. O., AKK, S. Parto domiciliar compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 875-82, 2015.

SLUIJS, A., CLEIREN, M. P., SCHERJON, S. A., WIJMA, K. Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home or hospital birth? **Midwifery**, v. 31, n. 12, p. 1143-1148, 2015.

SODRÉ, T. M., LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina -PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007.

SOUZA, R. M., SOARES, L. S., QUITETE, J. B. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 6, n. 1, p. 118-131, 2014.

VAN DER KOOY, J., POERAN, J., GRAAF, J. P., BIRNIE, E., ENKTAS, S., STEEGERS, E. A., BONSEL, G. J. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. **Obstetrics & gynecology**, v. 118, n. 5, p. 1037-1046, 2011.

VENTURI, G. J., AGUIAR, J. M., HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado–2010. In: **7o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras, 2011.

VIEIRA, E. M. A Medicalização do corpo Feminino. **Questões da Saúde Reprodutiva, Rio de Janeiro. Editora Fiocruz**, p. 67-78, 1999.

WALSH, S., BLIJDEN, J. Having a baby in the Netherlands. **Access guide. Netherlands: Bureau Kraamzorg Extra Rijswijk**, 2012.

WASTNEY, M. (Producer), 2013. New Zealand homebirth figures being addressed by Ministry. **NewsWire**. Disponível em: <<http://www.newswire.co.nz/2012/11/new-zealand-homebirth-figures-being-addressed-by-ministry/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Care in normal birth: a practical guide**. 1996.