



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Franciele Volpato

**Informações que contribuem na tomada de decisão da mulher pelo Parto Domiciliar
Planejado**

Florianópolis
2020

Franciele Volpato

**Informações que contribuem na tomada de decisão da mulher pelo Parto Domiciliar
Planejado**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Roberta Costa, Dra.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Volpato, Franciele

Informações que contribuem na tomada de decisão da
mulher pelo Parto Domiciliar Planejado / Franciele Volpato
; orientadora, Roberta Costa, 2020.
116 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Parto domiciliar. 3. Tomada de
decisões. 4. Enfermagem obstétrica. 5. Saúde da mulher. I.
Costa, Roberta. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Titulo.

Franciele Volpato

**Informações que contribuem na tomada de decisão da mulher pelo Parto Domiciliar
Planejado**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Roberta Costa, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Odaléa Maria Bruggemann, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Prof.^a Jussara Gue Martini, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof.^a Roberta Costa, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2020

Nossas escolhas vão dizer para onde iremos...

(Chorão)

AGRADECIMENTOS

A quem dirijo meus agradecimentos de uma forma ou de outra, nesse tempo ou noutro foi importante pra que esse estudo acontecesse.

Sou grata ao universo pelas oportunidades de escolha que tive e tenho!

Agradeço à minha amada orientadora, professora Roberta Costa, pela sua sensibilidade, compreensão e liberdade nesse processo de orientação. Sua presença e estímulo foram essenciais para eu me manter seguindo...

Aos demais membros da banca: prof. Odaléa, prof. Marta e minha colega Iris pela disponibilidade em contribuir e agregar conhecimento. Aqui também cabe um agradecimento especial a disciplina de Bioética, oferecida pelo Departamento de Saúde Pública, que foi inspiração para muitas leituras e a cada encontro me transformava.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, aos professores e ao apoio financeiro da CAPES por meio da bolsa de mestrado. Ao GRUPESMUR e ao LAIPISON pelo acolhimento e troca de conhecimento.

Aos meus pais, por terem me permitido estudar e além disso, por terem respeitado minhas decisões sobre o que estudar. Amo muito vocês!

Ao meu companheiro de vida, amigo, cúmplice, Marcellus, pelo incentivo diário, por compreender minha ausência e por acreditar em mim todas as vezes que eu duvidei. Amo muito você! E prometo que não tenho planos para o doutorado!

Meu filho Matheus, amor da minha vida, sou muito agradecida por todos os sorrisos e todos os abraços que me enchem de energia para seguir escrevendo quando no fundo eu queria estar brincando!! O mestrado acabou e agora podemos pensar no hamster com mais calma. Combinado?

Mulheres! Muitas delas merecem ser agradecidas: a começar por àquelas que me possibilitaram parir em casa e depois me acolheram como colega para atender parto domiciliar na Equipe Hanami. Minha sincera admiração e carinho por cada profissional que dedica sua vida ao PDP.

Agradeço a minha amiga de alma, Sol, que me incentivou, revisou projeto, que me ajudou a ver que eu poderia dar conta dessa jornada! Amo você! Ju, minha amiga, minha enfermeira obstetra, pela inspiração diária e pela partilha da vida! Lê, amada amiga, mesmo longe, você sempre esteve presente, inclusive fortaleceu a escolha do tema dessa pesquisa em várias das nossas conversas! Amo vocês!

A minha irmã, Josi, pelo cuidado que tem com nossa família, por ter acolhido Matheus inúmeras vezes para que eu conseguisse “me concentrar”. Amo você!

Agradeço a cada mulher que acreditou na sua capacidade de parir e aceitou compartilhar sua história para esse estudo se tornar realidade.

RESUMO

No percurso de tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento a mulher busca e tem acesso a diferentes informações. Uma das opções em construção é o Parto Domiciliar Planejado, compreendido como a assistência à mulher durante a gestação, parto e pós-parto em ambiente domiciliar, realizada por profissional habilitado e de escolha da mulher. O objetivo deste estudo é identificar as informações recebidas pelas mulheres que buscaram o Parto Domiciliar Planejado como opção na gestação e analisar como essas informações contribuem na tomada de decisão das mulheres por esse novo modelo de cuidado ao parto e nascimento. Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, no qual foram entrevistadas 14 mulheres no pós-parto, de fevereiro a abril/2019. Além das entrevistas foram utilizados documentos fornecidos pelas participantes sobre parto domiciliar. O material coletado foi inserido no programa ATLAS.ti – versão 8.0 e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. São apresentados em dois manuscritos. O manuscrito 1 identifica as informações recebidas pelas mulheres que, durante a gestação, buscaram sobre o Parto Domiciliar Planejado. Dizem respeito aos critérios de elegibilidade para o Parto Domiciliar Planejado, entre os quais a idade gestacional, condições que aumentam o risco obstétrico e neonatal, histórico obstétrico, apresentação fetal, acompanhamento pré-natal sem intercorrências. Além disso, a mulher precisa dispor de investimento financeiro próprio para contar com o acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto caracterizado pelo respeito à fisiologia do parto e vínculo com os profissionais que oferecem essa assistência (em sua maioria enfermeiras obstetras). Quanto ao manejo das intercorrências em domicílio, as mulheres relataram confiança na equipe, no entanto em necessidade de transferência, evidenciou-se uma lacuna acerca das implicações do Parto Domiciliar Planejado não estar integrado à rede de assistência especializada. Entre as diferentes fontes de informações, a internet foi a principal delas. O manuscrito 2 analisa como as informações sobre o Parto Domiciliar Planejado influenciam na tomada de decisão das mulheres por esse novo modelo de cuidado ao parto e nascimento em duas categorias: 1) informações que motivam a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado, entre as quais respeito ao processo natural do parto e nascimento; experiências negativas anteriores; apoio do companheiro e; confiança nos profissionais e 2) informações que desmotivam a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado, como o medo das intercorrências; incertezas quanto à transferência; necessidade do aparato médico-hospitalar; opiniões contra o Parto Domiciliar Planejado e o alto investimento financeiro. As informações identificadas sobre o Parto Domiciliar Planejado são relevantes e merecem ser exploradas para auxiliar a mulher na tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento, visto que essas informações contribuem como influências motivadoras ou desmotivadoras à escolha pelo Parto Domiciliar Planejado. Esse estudo mostrou que a segurança do bebê e o respeito à mulher são pontos chave na tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Parto domiciliar. Tomada de decisões. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

ABSTRACT

During the process of decision-making by the *maternity model of care*, women seek and have access to different information. One of the models options under construction is Planned Home Birth, understood as the assistance to women during pregnancy, childbirth and postpartum in a home environment, performed by a qualified professional and chosen by the woman. The objective of this study is to identify the information received by women who sought Planned Home Birth as an option during pregnancy and to analyze how these informations contributes to women's decision-making for this new model of care during childbirth and birth. Descriptive-exploratory study with a qualitative approach, in which 14 women were interviewed in the postpartum period, from February to April/2019. In addition to the interviews, documents provided by the participants on home birth were used. The collected material was inserted in the ATLAS.ti program - version 8.0 and analyzed using the Content Analysis technique. They are presented in two manuscripts. Manuscript 1 identifies the information received by women who, during pregnancy, sought about Planned Home Childbirth. They concern the eligibility criteria for Planned Home Birth, including gestational age, conditions that increase obstetric and neonatal risk, obstetric history, fetal presentation, prenatal care without complications. In addition, women need to have their own financial investment in order to have prenatal, childbirth and postpartum care, characterized by respect for the physiology of childbirth and bonding with the professionals who offer this assistance (mostly obstetric nurses). As for the management of complications that may appear at home, women reported confidence in the team, however in need of transfer, there was a concern about the implications of Planned Home Birth not being integrated into the specialized care network. Among the different sources of information, the internet was the main one. Manuscript 2 analyzes how information about Planned Home Birth influences women's decision-making for this new model of care for childbirth in two categories: 1) information that motivates the choice for Planned Home Birth, among which regarding the natural delivery and birth process; previous negative experiences; companion support and; trust in professionals and 2) information that discourages the choice for Planned Home Birth, such as fear of complications; uncertainties regarding the transfer; need for the medical-hospital apparatus; opinions against Planned Home Birth and high financial investment. The information identified about Planned Home Birth is relevant and deserves to be explored to assist women in decision making by the current model of care during childbirth, since this information contributes to motivate or discourage influencing the choice of Planned Home Birth. This study showed that baby safety and respect for women choices are key points in decisions-making by the model of care during childbirth.

Keywords: Home birth. Decision-making. Obstetric nursing. Women's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Influências que motivam a tomada de decisão da mulher pelo PDP.....	48
Figura 2 - Influências que desmotivam a tomada de decisão da mulher pelo PDP.....	48
Figura 3 - Informações relativas ao PDP: critérios de inclusão.....	48
Figura 4 - Informações relativas ao PDP: acompanhamento.....	48
Figura 5 - Informações relativas ao PDP: equipe.....	48
Figura 6 - Informações relativas ao PDP: experiências.....	49
Figura 7 - Informações relativas ao PDP: intercorrências.....	50
Figura 8 - Informações relativas ao PDP: investimento.....	50
Figura 9 - Informações relativas ao PDP: materiais necessários.....	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin segundo as ferramentas do programa ATLAS.ti.....	48
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO/SC	Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras, Neonatais e Obstetizes do Estado de Santa Catarina
ACOG	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
BECG	<i>Birthplace in England Collaborative Group</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/SC	Conselho Regional de enfermagem/ Santa Catarina
CPN	Centro de Parto Normal
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia o Obstetrícia
FIGO	<i>International Federation of Obstetrics and Gynecology</i>
MADM	<i>Mothers Autonomy in Decision-Making</i>
MORi	<i>Mothers on Respect index</i>
OPHA	<i>Ontario Public Health Association</i>
PDP	Parto Domiciliar Planejado
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVOS.....	20
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CENÁRIO INTERNACIONAL.....	21
2.2 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CENÁRIO NACIONAL.....	25
2.3 ESCOLHA INFORMADA.....	29
3 MARCO CONCEITUAL.....	37
3.1 PRESSUPOSTOS BÁSICOS.....	37
3.2 CONCEITOS.....	38
4 MÉTODO.....	42
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	43
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
4.4 COLETA DE DADOS.....	45
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5 RESULTADOS.....	53
5.1 MANUSCRITO 1 – PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE VOCÊ PRECISA SABER?.....	53
5.2 MANUSCRITO 2 – INFORMAÇÕES QUE (DES)MOTIVAM A TOMADA DE DECISÃO DAS MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE A.....	106
APÊNDICE B.....	108
APÊNDICE C.....	111
ANEXO A.....	112

1 INTRODUÇÃO

O parto passou de um evento natural para ser um evento conquistado, que demanda preparação e escolha da mulher. Nesse percurso, ela busca e acessa orientações e informações diversas sobre os modelos de cuidado, as quais podem influenciar suas decisões, acerca de como e onde parir (LESSA *et al.*, 2014a; OLIVEIRA; PINTO, 2016). Dessa maneira, nesse estudo à luz da relevância da escolha informada no contexto obstétrico, foi dado foco às informações e influências relativas ao Parto Domiciliar Planejado¹ (PDP), a fim de contribuir com esse modelo de cuidado em construção.

Diferente do que ocorria antes das décadas de 1940/50, em que a maioria dos nascimentos aconteciam no domicílio, com a mulher rodeada por parentes e amigas (BRASIL, 2016), na realidade brasileira atual a maioria dos partos acontece em ambiente hospitalar. Em 2016, 98,36% dos nascimentos ocorreram no hospital, enquanto os partos em domicílio (independentemente do planejamento) corresponderam a apenas 0,66% (BRASIL, 2018). A assistência obstétrica nesses casos é prestada majoritariamente por médicos, sendo que apenas 15% dos nascimentos foram assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetritzas (BRASIL, 2012).

Esse cenário também é composto por altos índices de intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, evidenciadas pelas elevadas taxas de cesarianas - 55,4% do total de nascimentos no Brasil, mais prevalente no setor privado (85%) do que no público (40%) (BRASIL, 2016) e pelo fato de que apenas 5,6% das mulheres que tiveram parto vaginal relataram ausência de intervenção (LEAL *et al.*, 2014).

Em relação às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, a pesquisa Nacer no Brasil revelou que em mais de 70% das mulheres foi realizada punção venosa, cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia para aceleração do parto e 30% receberam analgesia. Quanto às intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia foi utilizada em 92% dos casos, a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos. A cascata de intervenções, que não se baseia em evidências científicas, foi considerada

¹ Neste contexto de pesquisa, o PDP será entendido como a assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato no ambiente domiciliar, sendo realizada por profissional habilitado e competente (enfermeira obstétrica, obstetritz, médico e médico obstetra), escolhido pela mulher (KOETTKER, 2010).

excessiva e responsável por desfechos desfavoráveis para o parto ou nascimento (LEAL *et al.*, 2014).

O modelo de cuidado hegemônico que normatiza a assistência obstétrica reforça a tecnocracia das práticas de cuidado, acentuando a medicalização do parto, cuja capacidade de escolha passa a ser de responsabilidade exclusiva do médico, enquanto o desejo da mulher e sua autonomia são desrespeitados (OLIVEIRA; PENNA, 2017). O modelo tecnocrático é dominante nas culturas em que a aplicação das descobertas científicas e tecnológicas e o exercício da autoridade médica recaem principalmente nas linhas patriarcais de organizações institucionais. Isso leva a práticas assistenciais que tendem a ser padronizadas e avaliadas com base no conceito de risco relacionado ao nascimento, o qual é atestado pela autoridade médica e protocolos hospitalares (PINTASSILGO; CARVALHO, 2017).

Por esse contexto, desde a década de 1980 o parto institucionalizado já era visto como uma vivência violenta (DINIZ *et al.*, 2015). Venturi, Bokany e Dias (2010), através da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado” mostraram que uma em cada quatro mulheres sofre alguma forma de violência durante o parto, seja pelo uso inadequado das tecnologias ou pela negligência, imprudência, omissão, presença de atos discriminatórios e desrespeitosos praticados pelo profissional da saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder e saber técnico-científico que naturalizam e banalizam sua manifestação no cenário obstétrico (JARDIM; MODENA, 2018).

Em outras palavras, o modelo de assistência hegemônica vigente visa controlar o tempo e impor a dinâmica do nascimento, sem respeitar a autonomia das mulheres no processo parturitivo. Um processo que se inicia no pré-natal, quando as informações sobre as boas práticas para o parto e os benefícios do parto normal não são compartilhadas com as mulheres, deixando-as à mercê de que os outros conduzam seu corpo (LEAL *et al.*, 2014; OLIVEIRA, PINTO, 2016; REIS *et al.*, 2017; SMITH *et al.*, 2018).

Considerando que os partos hospitalares e seu modelo de cuidado são a norma, as mulheres que desejam outro contexto para parir, como o domicílio, têm menos oportunidades de adquirir conhecimentos sobre essa possibilidade através dos profissionais, amigos ou da mídia (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; SMITH *et al.*, 2018). Além do que, escolha do modelo de cuidado ao parto e nascimento é mediada por associações culturais e históricas entre nascimento e segurança e também influenciada por narrativas contemporâneas que valorizam o risco, a culpa e a responsabilidade. Esse discurso restringe as decisões das mulheres e limita

efetivamente as oportunidades de planejar o parto em local ou modelo diferente do hospitalar (COXON; SANDALL; FULOP, 2013).

Assim, sinto-me instigada a conhecer como acontece a tomada de decisão pelas mulheres que se interessam pelo parto em domicílio. Apesar de não fazer parte oficialmente da política pública, o PDP tem sido a opção de algumas mulheres, principalmente nas grandes capitais do país, tendo em vista que vai ao encontro de um novo paradigma de cuidado em obstetrícia (BRASIL, 2014; 2016).

Dentre as razões que justificam essa opção, têm-se a diminuição das intervenções obstétricas, a menor medicalização da assistência ao parto e a assistência individualizada pautada no vínculo e confiança no profissional escolhido para o atendimento no domicílio. Outros fatores para a escolha do PDP são a possibilidade de realizar o contato pele-a-pele precoce e contínuo com o recém-nascido e de oportunizar a presença de quantos acompanhantes desejar no momento do parto (KOETTKER, 2010; LESSA *et al.*, 2014b; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; MURRAY-DAVIS *et al.*, 2012; SCARF *et al.*, 2018; SMITH *et al.*, 2018). Ainda, o parto em domicílio difere do hospitalar, por favorecer a liberdade de escolha da posição de parto e a oportunidade de realizar o parto normal, mesmo após cesariana prévia (KOETTKER *et al.*, 2018).

Dessa maneira, essas questões caracterizam o PDP como um novo modelo de cuidado ao parto e nascimento. Haja vista, o modelo de cuidado se refere a como o serviço de saúde está organizado, como as práticas são realizadas, quais valores e direitos às orientam (FERTONANI *et al.*, 2015). Então, embora aspectos do PDP estejam presentes também em alguns partos hospitalares, o que torna o PDP diferenciado é a organização da assistência centrada na mulher. Por isso, em geral, a mulher busca o parto em domicílio para ter poder de decisão nas condutas realizadas no trabalho de parto e parto (KOETTKER, 2016) e assumir o protagonismo do processo de nascimento.

Apesar da expansão da Atenção Domiciliar no país e ampliação do acesso aos serviços domiciliares com o Programa Melhor em Casa (2013), o PDP está ausente dessa modalidade de cuidado e também de outras políticas públicas que amparam a saúde da mulher no Brasil (BRASIL, 2013). Na contramão das evidências científicas e da experiência de países com sistemas de saúde semelhantes ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil que demonstram o quanto a possibilidade da escolha do local de parto favorece a humanização da assistência, a realização de partos domiciliares por meio do sistema público está distante de ser uma realidade

no cenário nacional (SEIBERT *et al.*, 2014; BRASIL, 2014). Os motivos para tanto vão ao encontro das razões que dificultam a humanização do parto e nascimento em ambientes hospitalares: as relações de poder ancoradas no modelo biomédico que influenciam o atual quadro da assistência obstétrica no país (BRASIL, 2014).

É nesse contexto que mulher decidirá como e onde parir. Assim, quando se apropria do processo decisório, a mulher entra em contato com informações acerca do PDP que circulam entre os dois modelos de cuidado (hospitalar – norma/hegemônico e domiciliar – em construção/contra hegemônico). Além disso, as informações estão envolvidas por cientificismo, experiências empíricas, saberes filosóficos e regras morais, as quais irão influenciar a escolha da mulher bem como ancorar sua decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento. Diante disso, nota-se que a tomada de decisão não é pontual, mas um processo construído que vai agregando informações, valores e crenças para se efetivar uma escolha informada.

Para tanto, a *World Health Organization* (WHO) (2018) recomenda que a escolha informada constitua o cuidado oferecido às mulheres durante o trabalho de parto e parto. No Brasil há menção da importância de práticas assistenciais na atenção obstétrica e neonatais baseadas em direitos: direito a autonomia feminina, incluindo o direito a escolha informada e consentida no parto (como, com quem e onde ter o parto), todavia há não há incentivo do Ministério da Saúde para que as mulheres façam escolhas informadas relativas ao local de parto efetivamente (BRASIL, 2014; CASTRO, 2015). Já, em Ontário, no Canadá, a escolha informada é o foco da obstetrícia centrada na mulher. Para que a decisão da mulher seja aceita institucionalmente como uma escolha informada, a *midwife*² deve primeiro garantir que ela receba adequadamente a informação. Dessa forma, o controle da ação passa da *midwife* para a mulher. As *midwives*, portanto, são desafiadas a oferecer apoio e orientações para que a mulher faça sua escolha pelo local de nascimento (MCKENZIE, 2009).

Contudo, no Reino Unido identificaram-se lacunas no conhecimento das mulheres sobre o parto domiciliar, sugerindo que muitas ainda não recebem informações consistentes e abrangentes para tomar essa decisão (SMITH *et al.*, 2018). Dessa forma, é importante que os profissionais que atendem parto sejam capazes de explicar os riscos e benefícios de diferentes contextos para o parto, a fim de ajudar as mulheres a decidirem qual o ambiente que melhor

² Nas publicações internacionais o termo *midwife* designa parteira profissional, de nível superior, sendo essa responsável pela assistência à mulher de gestação de risco obstétrico habitual durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

atende às suas necessidades e preferências individuais (COXON *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2018).

Lessa e colaboradores (2014a) constataram através da experiência de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar no Brasil que a fonte de informação se deu de forma direta, ou seja, de pessoa a pessoa, através de grupos de gestantes e ainda por outros meios de comunicação, como Internet e livros. Além disso, a informação foi obtida através da vivência de outras mulheres que traziam experiências negativas de partos hospitalares, positivas de partos domiciliares e, também, através do profissional de saúde. À medida que entram em contato com as informações oferecidas pelos estudos e evidências científicas atuais, apropriam-se desse saber e têm condições de questionar as práticas atuais. Os grupos de preparação para o parto são fontes dessas informações, todavia, também é responsabilidade do profissional de saúde oferecer informações cientificamente embasadas e não tendenciosas sobre o parto domiciliar (SANFELICE; SHIMO, 2015; MEREDITH; HUGILL, 2017).

Quanto ao tipo de informação que é disponibilizada à mulher que opta pelo PDP, apenas um estudo foi encontrado em busca nas bases de dados: MEDLINE, *Cinahl Scopus*, Cochrane, *Web of Science* e Scielo, que inclui as pesquisas publicadas até o ano de 2018, por palavras-chave correspondentes, com as respectivas traduções para o espanhol e inglês: “parto domiciliar”, “parto em casa”, “parto planejado no domicílio”, “parto natural domiciliar”, “parto domiciliar planejado”, “diretriz”, “guia”, “protocolo”, “norma”, “manual”, “orientações”, “informações”, “escolha informada”, “escolha”, “tomada de decisão”, “lugar de nascimento”, “local de nascimento”.

Trata-se de um estudo australiano que aponta que as informações discutidas durante o pré-natal pela mulher e sua *midwife* eram relativas a possibilidade de uma transferência para o hospital de referência, e previam situações durante o trabalho de parto que impedissem a permanência no domicílio. Além disso, era oferecida à mulher a possibilidade de mudar o cenário de nascimento (domicílio para o Centro de Nascimento), antes ou durante o trabalho de parto (CATLING; DAHLEN; HOMER, 2014).

Sendo assim, compreende-se como justificativas para esse estudo, o fato de que o PDP, apesar do acesso restrito, é uma opção crescente. Isso porque muitas mulheres optam pelo PDP por se sentirem mais seguras nesse contexto e terem a possibilidade de desmedicalização do processo parturitivo. Assim, gerar informações sobre o PDP é gerar possibilidades de escolha,

especialmente na realidade brasileira em que há escassez de literatura relativa aos aspectos do processo de tomada de decisão pelo PDP.

O PDP surgiu na minha vida quando gestante eu pesquisava um jeito de parir diferente da maioria das mulheres que conviviam comigo (enfermeiras piauienses que agendavam a cesariana pra se verem “livres” da violência dos partos vaginais daquele contexto). Através da experiência de uma amiga paulista, mãe jovem, curiosa, inquieta com as coisas da vida e do mundo, descobri que o parto poderia ser “meu”, desde que eu me “protegesse” do sistema. Mas como fazer isso? Naquela ocasião, em 2012, enviei e-mail para a REHUNA solicitando indicação de local, profissionais que atendessem parto humanizado. Pra minha decepção, a resposta da apoiadora da Rede Cegonha no Piauí foi que estavam em processo inicial de implantação dessas práticas no município de Parnaíba (PI), onde eu morava, e infelizmente não tinha recomendação. Foi então que decidi abandonar amigos, família, sonhos e dois concursos públicos para retornar a Florianópolis para parir em casa!

Enquanto organizava a mudança, mantive contato com a Equipe Hanami – o florescer da vida³ que esclarecia dúvidas e anseios sobre o PDP. Aqui, cabe citar a participação do meu companheiro e pai do meu filhote nesse processo, já que aceitou o desapego, mas à medida que conhecia o PDP menos aceitava essa possibilidade. Assim, apostei nessa ideia apenas com o apoio da equipe! Muitas vezes coagida, com medo de possíveis intercorrências, pelas quais eu sabia que seria responsabilizada. A confiança na minha capacidade de parir e nos profissionais da equipe eram muito fortalecedoras! O meu PDP aconteceu em 06 de novembro de 2013 com um desfecho maravilhoso e, para minha surpresa, participação do pai que virou defensor do parto em casa.

Em 2015, recebi o convite para acompanhar a Equipe Hanami com a possibilidade de integrá-la como enfermeira assistencial. Aceitei o desafio e comecei a cursar a especialização em enfermagem obstétrica. Aprendi muito fazendo, observando, estudando e vivenciando. Aprendi o que é um parto fisiológico! Aprendi que o atendimento ao PDP é para algumas mulheres e para alguns profissionais, pois nem todos estão dispostos a viver na contramão do sistema, a arcar com as consequências de trabalhar em um modelo que não está integrado à

³ Formada por enfermeiras obstétricas, atende parto domiciliar de mulheres de risco obstétrico habitual, em Florianópolis – SC, desde 2003.

Rede de cuidados obstétricos e neonatais. Assim, minha disponibilidade para o PDP terminou em 2018, quando iniciei o mestrado, no mesmo período em que tive a consciência que a responsabilidade para esse cuidado estava grande demais para eu suportar.

Dessa maneira, como enfermeira obstetra, que acompanhou e atendeu parto domiciliar junto à Equipe Hanami por aproximadamente três anos, observo que as mulheres almejam o parto ideal, em que a violência obstétrica não tem vez e a mulher é quem tem voz. Em geral, estão encantadas e esperançosas com as cenas romantizadas de partos domiciliares publicizados, ou por depoimentos de amigas, conhecidas, viventes da experiência. Essas mulheres buscam protagonismo no trabalho de parto e parto, inclusão do seu companheiro ou família, ou seja, um nascimento com respeito. O custo para garantir essas premissas e fugir do hospital é, em muitos casos, encarar a falta de apoio dos familiares, amigos e profissionais e suportar a responsabilidade dessa decisão sozinha.

A equipe, todavia, trabalha desde o primeiro contato para fortalecer essa escolha, com a ressalva de desconstruir o cenário idealizado e juntas, construir o cenário possível. Dessa forma, durante as consultas de pré-natal que são realizadas pela equipe constroem-se diferentes planos para o parto, a fim de contribuir na visualização das diferentes possibilidades que o PDP encerra. Além disso, discute-se com a mulher um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em que constam brevemente os procedimentos e situações que podem envolver um parto domiciliar. Em concordância, esse documento é assinado em duas vias (uma para mulher e outra para equipe) (KOETTKER *et al.*, 2012).

O principal recurso usado na relação de aproximação e esclarecimento é o diálogo, que se estabelece nas consultas, nos grupos para Maternidade e Paternidade Conscientes ou nos Encontros Abertos realizados pela equipe. Abordam-se aspectos relativos ao PDP, como benefícios, dificuldades, segurança e estatísticas. Além disso, nas consultas entre enfermeira e família, no domicílio, exploramos com mais detalhes as dúvidas singulares de cada mulher, seus medos e anseios com relação ao PDP.

Tendo em vista o significado desse evento na vida dessas mulheres e a frustração que carregam quando os caminhos não levam às suas expectativas, entendo que quanto mais recursos estiverem disponíveis para direcionarem suas opções, mais seguras e corresponsáveis serão essas escolhas.

Assim, este estudo busca responder a seguinte **pergunta de pesquisa**: Como as informações acerca do PDP contribuem na tomada de decisão das mulheres por esse novo modelo de cuidado em Santa Catarina (SC)?

Nesse sentido, este estudo pretende contribuir com o cenário obstétrico atual, gerando informações acerca do PDP a partir da vivência das mulheres que desejaram/planejaram essa experiência. Além disso, à medida que se desvela o contexto do PDP, surgem informações que podem contribuir para a efetivação da escolha informada, seja na relação profissional/mulher ou autonomamente pela mulher. Haja vista, para que a mulher possa fazer uma escolha consciente, a informação disponível é fator bastante relevante (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

1.1 OBJETIVOS

Deste modo, foram definidos os objetivos desta investigação:

- Identificar as informações recebidas pelas mulheres que buscaram o PDP como opção na gestação.;
- Analisar como as informações sobre o PDP contribuem na tomada de decisão das mulheres por esse novo modelo de cuidado ao parto e nascimento.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, buscando fundamentar teoricamente a investigação, farei uma abordagem acerca do cenário do PDP em outros países e no Brasil, incluindo a caracterização das mulheres, recomendações, benefícios e inquietações sobre o PDP, além de uma breve síntese acerca dos estudos que sustentam essa temática. Também, como pano de fundo para o estudo farei uma breve explanação sobre escolha informada.

O capítulo surgiu a partir de diversas “conversas” com os autores que publicaram estudos que versam sobre a temática parto domiciliar, parto em casa, escolha informada, tomada de decisão, local de parto e local de nascimento nas bibliotecas e bases de dados PubMed, Scielo, *Web of Science* e Google Acadêmico.

2.1 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CENÁRIO INTERNACIONAL

O parto em domicílio é uma opção para a mulher em vários países desenvolvidos, dentre os quais destacam-se a Holanda (DE JONGE *et al.*, 2014), a Nova Zelândia (DAVIS *et al.*, 2011), o Reino Unido (COXON *et al.*, 2017), a Suécia (LINDGREN *et al.*, 2008), a Noruega (BLIX *et al.*, 2012), o Japão (KATAOKA; ETO; LIDA, 2013), a Austrália (CODDINGTON; CATLING; HOMER, 2017) e o Canadá (COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2013).

Nesses países, as mulheres que optam por esse tipo de atendimento apresentam maior idade, escolaridade ou poder aquisitivo quando comparadas às que optam pela assistência no hospital (DE JONGE *et al.*, 2009; CHEYNEY *et al.*, 2014; HOMER *et al.*, 2014). Em sua maioria, as mulheres que escolhem o PDP são casadas (91%), brancas (87%) e com formação universitária (62%) (WALKER, 2017).

A WHO (2004), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 1992) e Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG, 2017) recomendam respeitar o direito de escolha da mulher quanto ao local do parto e nascimento. Porém, a ACOG (2017) considera centros de parto normal e hospitais mais seguros, orientando que as mulheres interessadas em PDP devem ser informadas sobre seus riscos e benefícios com base em evidências recentes. A recomendação é que o parto domiciliar seja atendido por profissionais qualificados para assistência ao parto (enfermeiros obstetras, obstetrizes e médicos).

Na maioria dos países, o parto domiciliar é assistido por *midwife*. Na Holanda, essa profissional presta assistência às mulheres de risco habitual no pré-natal, no parto e no pós-parto, as quais podem escolher o local do parto: domicílio, Centro de Parto Normal (CPN) ou hospital. Se algum fator de risco é constatado durante o acompanhamento, a mulher é transferida para o setor secundário, sob a responsabilidade de um médico obstetra (DE JONGE *et al.*, 2014). O atendimento prestado por *midwife* nos diferentes locais parturitivos é associado a menor taxa de intervenções e a maior satisfação da mulher, assim, a Revisão Cochrane conclui, que o cuidado prestado por essa profissional deva ser oferecido a todas as mulheres (SANDALL *et al.*, 2015).

Além disso, recomenda-se que as mulheres que optam pelo parto no contexto domiciliar sejam gestantes de risco obstétrico habitual, e que tenham fácil acesso a uma unidade hospitalar na necessidade de transferência (ACOG, 2017; WHO, 1996).

Para Walker (2017) os riscos de ocorrência de eventos adversos em domicílio não são maiores, mas a forma como são tratados que aumenta o risco. Aponta como fatores que contribuem no aumento do risco – três atrasos: uma decisão tardia em busca de atendimento, a chegada tardia a uma unidade de saúde e o atraso na prestação de cuidado no ambiente hospitalar. Nesse sentido, o parto domiciliar precisa fazer parte de uma rede de serviços integrada, que inclua treinamento, conscientização, comunicação, transporte e resposta rápida, a fim de favorecer o encaminhamento e o desfecho materno e neonatal.

Alguns estudos tentaram responder à pergunta sobre a segurança do PDP e apontaram piores resultados no domicílio quando comparados aos resultados da assistência hospitalar (KENNARE *et al.*, 2009; WAX *et al.*, 2010); outra investigação refere que os resultados são piores quando se trata do atendimento de primíparas (BECG, 2011) e outra relata que em situações específicas, que surgem no momento do nascimento, como por exemplo se o recém-nascido é classificado como pequeno para a idade gestacional ou quando recebe baixo escore de Apgar (<7 no 5º. minuto de vida), podem aumentar a mortalidade neonatal (VAN DER KOOY *et al.*, 2011). Entretanto, estas pesquisas apresentam viés metodológico e populações pequenas, tornando a qualidade do estudo inadequada para avaliar morbidade ou mortalidade (ELDER; ALIO; FISCHER, 2016; WALKER, 2017). Dessa forma, a segurança do atendimento ao PDP divide profissionais e famílias, sendo ainda controversa, gerando dúvidas (ACOG, 2017; KOETTKER, 2016; WALKER, 2017).

Em contrapartida, os estudos revelam que no PDP há menos intervenções e indicação de cesarianas, corionmionite, líquido meconial, necessidade de ventilação e admissão de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN (CHEYNEY *et al.*, 2014; DE JONGE *et al.*, 2014; HOMER *et al.*, 2014; JANSSEN *et al.*, 2009; DE JONGE *et al.*, 2009; JONHSON, DAVISS, 2005; MCINTYRE, 2012). Ademais, destaca-se nos estudos a satisfação das mulheres com a experiência do parto em domicílio, sendo que nesse local sentem-se empoderadas, no controle do seu processo parturitivo e satisfeitas com a qualidade do serviço prestado, especialmente quando foram atendidas no parto pela *midwife* que acompanhava o pré-natal (DAHLEN *et al.*, 2010; JOUHKI, 2012; LEON-LARIOS *et al.*, 2018).

Tendo em vista a influência da organização da rede de atenção obstétrica nos desfechos neonatais ou maternos (WALKER, 2017), é relevante o estudo de coorte, realizado nos Países Baixos, que teve como objetivo comparar a segurança do parto em domicílio e no hospital. A amostra abrangeu 529.688 mulheres de gestação de risco habitual, acompanhadas por sete anos, das quais 60,7% planejaram o parto em casa, 30,8% planejaram o parto no hospital, e 8,5% delas não haviam escolhido o local do parto. O estudo revelou que o parto domiciliar não eleva os riscos de mortalidade e morbidade perinatal (morte intraparto, morte neonatal intraparto ou nas primeiras 24 horas ou em até 7 dias após o nascimento) e de encaminhamento de recém-nascido para a UTIN. Os autores afirmam que o PDP é uma opção segura, desde que assistido por profissional bem treinado e com acesso rápido e integrado na necessidade de transferência (DE JONGE *et al.*, 2009).

Em 2014, a mesma equipe realizou nova pesquisa, ampliando o período de coleta de dados para 10 anos e o acompanhamento dos recém-nascidos até 28º dia de vida, totalizando 743.070 mulheres. Reafirmaram que não há aumento de risco adverso nos recém-nascidos, independente da paridade, tampouco nas mulheres que planejam o parto no domicílio comparado com os do hospital. Entretanto, comentam que esses resultados podem representar a boa assistência integrada que é praticada na Holanda (DE JONGE *et al.*, 2014).

Em geral, a taxa de transferência do recém-nascido, identificada em diferentes estudos, é baixa, variando entre 0,7% a 1,5% (CHEYNEY *et al.*, 2014; JOHNSON; DAVISS, 2005; WAX *et al.*, 2010), assim como a taxa de recém-nascidos que internaram em UTIN que foi de 0,6 a 3,0% (CATLING *et al.*, 2013; CHENG *et al.*, 2013). Entretanto, em estudo conduzido na Islândia encontrou maior taxa de internação em UTIN, atingindo 7,2% dos neonatos nascidos no domicílio (HALFDANSDOTTIR *et al.*, 2015).

O maior estudo que retrata os resultados maternos e neonatais com o acompanhamento dos recém-nascidos até 28 dias após o nascimento, encontrou taxa de internação em UTIN de 1,36% para as multíparas e de 3,41% para as primíparas (DE JONGE *et al.*, 2014). Entretanto, outro estudo apresentou uma porcentagem mais elevada, sendo que 3,4% dos recém-nascidos precisaram de cuidados especializados, não especificando se em todos os casos houve a necessidade de transferência ou se os cuidados especializados foram realizados no próprio domicílio (KENNARE *et al.*, 2009).

A diferença pouco significativa no prognóstico perinatal foi corroborada na revisão sistemática publicada em 2012, envolvendo 22 grandes estudos observacionais que compararam os desfechos maternos e perinatais de partos extra-hospitalares (domiciliares ou em casas de parto) assistidos por obstetizes, com partos intra-hospitalares assistidos por médicos. A conclusão dessa revisão sistemática é que mulheres de risco obstétrico habitual, atendidas em casas de parto ou domicílio por obstetizes certificadas, passam por menor número de intervenções obstétricas e têm maior chance de ter partos normais do que mulheres de risco habitual recebendo o atendimento obstétrico padrão em hospitais. Nenhuma diferença na mortalidade perinatal foi encontrada. Reforça-se a importância do treinamento adequado das obstetizes para a identificação e o pronto tratamento de eventuais complicações intraparto (MCINTYRE, 2012).

Outra metanálise, publicada em 2018, envolvendo 28 estudos que compararam nove desfechos relevantes de partos hospitalares planejados com partos planejados em casa e em centros de parto, concluiu que para mulheres com gestações de risco habitual em países de alta renda, o local de nascimento tem um impacto pouco significativo sobre os resultados perinatais adversos. Além disso, as mulheres que planejavam o parto em um centro de parto ou no domicílio tinham menos chance de intervenção e morbidade no parto e nascimento, além de maiores chances de parto vaginal. Esses resultados ajudam a ampliar o conhecimento existente sobre os riscos e possíveis resultados em diferentes locais de nascimento, bem como as circunstâncias necessárias para otimizar a segurança e o bem-estar das mães e dos recém-nascidos (SCARF *et al.*, 2018).

Tendo em vista os aspectos positivos e negativos que envolvem o PDP, é ético disponibilizar às mulheres e famílias informações sobre riscos e benefícios baseadas em evidências científicas de forma clara e precisa. Afinal, as mulheres buscam o parto no ambiente domiciliar para terem sua autonomia respeitada e poder de decisão nas condutas realizadas no

trabalho de parto e parto (KOETTKER, 2016). Essa mesma autonomia, possibilitará a decisão pelo parto domiciliar, a ser construída através do diálogo e de recíproca troca de conhecimento entre a mulher e o profissional, a fim de que essa escolha seja consciente.

2.2 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CENÁRIO NACIONAL

No modelo de assistência atual, no Brasil, o parto domiciliar está relacionado às práticas culturais de comunidades isoladas, com parteiras tradicionais e à dificuldade de acesso das mulheres/usuárias aos hospitais. Porém, nos grandes centros urbanos, o parto em domicílio relaciona-se com a questão de escolha da mulher, indicativo da mudança de valores, comportamentos e sentimentos quanto à maneira de dar à luz (MEDEIROS *et al.*, 2008; SOUZA, 2005).

No cenário nacional mulheres em sua maioria primíparas, com alta escolaridade, idade geralmente superior a 30 anos, casadas ou que viviam com parceiros, que exerciam atividade remunerada, principalmente nas grandes capitais do país, têm optado pelo parto no domicílio (KOETTKER *et al.*, 2012; 2015; 2018; SANTOS *et al.*, 2018). Essas características sugerem que as mulheres têm acesso fácil à informação de qualidade o que pode ter influenciado a opção por outro contexto (COLLAÇO *et al.*, 2017; FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013). Além disso, poder aquisitivo elevado, visto que a contratação desse tipo de serviço se restringe ao sistema privado (exceção à Belo Horizonte, que tem uma iniciativa de atendimento ao PDP via SUS), impossibilitando o acesso ao PDP à maioria da população com condições sociais menos favorecidas (SANTOS *et al.*, 2018).

Em geral, são assistidas por enfermeiras obstétricas e eventualmente por médicos que atuam de forma autônoma, principalmente em equipes, desenvolvendo boas práticas na assistência ao parto (BRASIL, 2016; KOETTKER *et al.*, 2018). A enfermeira obstétrica tem maior autonomia na atuação em PDP em relação ao hospitalar e respaldo científico pelo emprego das Práticas Baseadas em Evidências de forma integral (SANFELICE *et al.*, 2014). A enfermeira obstétrica, portanto, pode favorecer a redução de procedimentos desnecessários, aumentando a satisfação da mulher e a qualidade na assistência (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014; SANDALL *et al.*, 2015; SOUZA, 2005).

A predominância das enfermeiras no cenário do PDP, está associada também ao fato do Conselho Federal de Medicina (CFM) desaconselhar, desde 2012, o parto fora do ambiente

hospitalar, baseando sua recomendação em estudos científicos que apontam mais segurança no ambiente hospitalar (CFM, 2012). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) afirma que o parto domiciliar é um direito de escolha da mulher, entretanto, considera que o ambiente hospitalar seja mais seguro (FEBRASGO, 2018). Já, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), reconhece a competência científica, técnica e legal do enfermeiro para a condução do parto domiciliar: sem distócia, gravidez de risco habitual, com pré-natal e preparo psicológico (COFEN, 2012).

O Ministério da Saúde, no entanto, orienta que as mulheres, nulíparas de risco habitual, sejam informadas de que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado, tendo em vista o maior risco de complicações para a criança. Além disso, sugere não desencorajar às múltiparas de risco habitual que planejam o parto em domicílio, desde que tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência. Cabe destacar que as evidências que fundamentam essas recomendações são oriundas de outros países e não necessariamente aplicáveis ao Brasil (BRASIL, 2016).

Apesar de identificadas 36 equipes de atendimento ao PDP (seis da Região Nordeste, cinco da Centro-Oeste, 14 da Sudeste e 11 da Região Sul do Brasil) (KOETTKER, 2016), no Brasil, não existe uma diretriz nacional destinada ao PDP. Assim, cada profissional ou equipe de saúde, presta assistência domiciliar conforme os critérios que define; situação que permite autonomia profissional, mas por outro lado ausência de parâmetros (KOETTKER, 2016). A fim de estabelecer normas para o acompanhamento do PDP, portanto, o Conselho Regional de Enfermagem/ Santa Catarina (COREN/SC), publicou em 2017 um Parecer Técnico, elaborado pela comissão de PDP da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras, Neonatais e Obstetizes do Estado de Santa Catarina (ABENFO/SC) (COREN, 2017). O documento apresenta critérios para o atendimento ao PDP, equipamento e equipe mínima para o atendimento ao parto domiciliar, entre outros assuntos relativos ao PDP. Entre os critérios de inclusão, cita “casal estar de acordo segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”:

[...] ao escolher um parto domiciliar, estamos cientes dos possíveis riscos envolvidos e nós conscientemente aceitamos esses riscos e responsabilidades decorrentes desta escolha, tanto para nós quanto para nosso bebê. [...] Entendemos que não importa quão cuidadosamente nosso risco é avaliado, emergências ou outros imprevistos podem surgir com resultados negativos. Fomos informados que as emergências obstétricas e complicações possíveis incluem descolamento de placenta, hemorragia pós-parto, placenta retida ou aderente, sofrimento fetal, prolapso de cordão umbilical, distócia

de ombros, anóxia perinatal, morte fetal, desconforto respiratório, infecção neonatal, infecção puerperal (COREN, 2017, pg. 22).

Esse recorte exemplifica o teor informativo do documento, o qual deverá ser assinado pelas famílias. A equipe Hanami, por exemplo, utiliza um TCLE, que é entregue às mulheres, para informá-las sobre o protocolo de inserção de mulheres para o PDP (COLLAÇO, 2013). Supõe-se que as equipes que fazem uso desse instrumento, discutam os termos com a família, os possíveis encaminhamentos para cada dificuldade apresentada e façam esclarecimentos a fim de que a família esteja consciente e comprometida com a escolha realizada (BOCCACIO, 2013).

No mesmo sentido, Colossi (2017) apresentou 34 critérios de elegibilidade para o PDP, que foram validados por profissionais habilitados para atender parto domiciliar, entre eles: o desejo da mulher pelo parto domiciliar e a concordância e assinatura do TCLE pela mulher e seu (sua) companheiro(a). Ou seja, os profissionais compreendem a importância da decisão pelo local de nascimento partir da mulher, bem como entendem que essa escolha deva ser informada e compartilhada.

Quanto aos critérios gerais de inclusão, Colossi (2017) sugere que a gestante seja classificada como risco obstétrico habitual, gestação única, apresentação cefálica e gestação a termo. Nesse sentido, a Equipe Hanami, corrobora com os critérios de inserção, sendo o acompanhamento realizado desde o pré-natal até o 10º dia de pós-parto (KOETTKER *et al.*, 2012). Nessas consultas realizam-se a avaliação obstétrica e o “pré-natal sensível”, com o intuito de avaliar o ambiente/contexto em que essa mulher/família está inserida, bem como gerar informações sobre a possibilidade de transferência (FEYER; MONTICELLI.; KNOBEL, 2013).

Os indicadores brasileiros de transferência intraparto, apesar de escassos, são similares aos internacionais, variando entre 11% transferência materna (KOETTKER *et al.*, 2012) e 21,1% (SANTOS *et al.*, 2018), enquanto a transferência neonatal foi de 1,8% (COLACIOPPO *et al.*, 2010) e 1,2% (SANTOS *et al.*, 2018). As principais causas de encaminhamento materno foram a parada de progressão fetal, da dilatação cervical e a desproporção cefalopélvica, além de encaminhamento por solicitação da mulher e/ou da família (KOETTKER, 2012; KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013; SANTOS *et al.*, 2018). Quanto aos recém-nascidos, as causas da transferência foram arritmia cardíaca e Síndrome de Down, ambas para avaliação pediátrica (COLACIOPPO *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2018).

As repercussões de uma transferência para a vida da mulher/família, se referem a quebra do sonho de parir em casa e envolvem emoções como a frustração, o desânimo, a culpa, a revolta e o inconformismo. Ainda, vivenciam a difícil burocracia na chegada ao hospital, assim como o mau atendimento de alguns profissionais (que incluem o desrespeito, o preconceito e o autoritarismo) (BURIGO, 2013). Estas questões são vivenciadas, especialmente porque no país não há uma regulamentação específica para o PDP, nem um sistema integrado na atenção básica e na atenção hospitalar que estabeleça um fluxo de referência e contra referência, pelos profissionais que prestam esta assistência (KOETTER, 2018; RATTNER, 2009). Neste caso, quando um encaminhamento para o hospital é necessário, o apoio do profissional que acompanhou a evolução do processo e dos familiares é fundamental para trazer segurança, compreensão e repadronização da experiência (COLLAÇO, 2013). Essa fragilidade, contudo, pode ser superada através de uma melhor preparação no pré-natal para a transferência, com foco nas orientações, para que essa ação inesperada seja vivenciada de forma menos negativa (BURIGO, 2013).

O parto domiciliar, para tanto, apesar da possibilidade do encaminhamento para uma instituição de saúde, é considerado por algumas mulheres que pariram em domicílio como preferível ao hospitalar. Isso porque resgata a autonomia da mulher, oportuniza ao pai e à família a participação ativa no processo, com mais liberdade e responsabilidade (COLLAÇO, 2013). Além disso, é uma alternativa concreta para alcançar as suas expectativas (SANFELICE; SHIMO, 2015), pela possibilidade de experienciar sensações que incluem integralidade, subjetividade, segurança física e emocional, que estão intimamente ligadas à confiança que possuem em suas capacidades femininas de parir.

Dentre outras razões para essa opção, têm-se a diminuição das intervenções obstétricas, a menor medicalização da assistência ao parto e a assistência individualizada pautada na confiança no profissional escolhido para o atendimento no domicílio (FEYER *et al.*, 2013; LESSA *et al.*, 2014b). Além disso, menor percepção dolorosa, respeito ao contato e vínculo mãe e filho, melhor recuperação no pós-parto e adaptação à maternidade (FRANK, 2011).

Ainda, outra razão da escolha dessas mulheres pelo parto em domicílio é a tentativa de evitar uma cesariana desnecessária. A elevada incidência de cesarianas no Brasil (45,5%) entre mulheres de risco obstétrico habitual (LEAL *et al.*, 2014) é superior ao recomendado pela OMS para o contexto brasileiro (entre 25 e 30%) (BRASIL, 2015). Convém destacar, que no setor privado a situação é ainda mais grave, pois 89,9% das mulheres de alta escolaridade são

submetidas a cesariana independentemente do diagnóstico de complicações (DOMINGUES *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2014). Ou seja, no setor privado, a cesariana tornou-se o meio mais frequente de nascimento no Brasil. Assim, partindo do pressuposto que a decisão pela via de parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e, especialmente, pela forma de pagamento do parto (público ou privado) (DOMINGUES *et al.*, 2014), empoderar as mulheres e promover o cuidado baseado em evidências são estratégias para cultivar o parto humanizado, independentemente do cenário (LEAL *et al.*, 2014).

Quando a escolha é o parto em domicílio, portanto, Koettker e colaboradores (2018) concluíram que as mulheres brasileiras vivenciam altas taxas de parto normal, com livre escolha da posição de parir e poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto, bem como reduzida taxa de transferência pré- e pós-parto. Essa assistência está de acordo com as evidências e com os principais achados de estudos internacionais produzidos em países onde o parto domiciliar é amparado por políticas públicas (HUTTON *et al.*, 2019).

2.3 ESCOLHA INFORMADA

O cenário do PDP que se desenhou na descrição dos contextos apresenta características que podem ser compartilhadas com as mulheres no processo de tomada de decisão pelo local de nascimento, ou mais que isso, pelo modelo de cuidado que a mulher busca.

Falando em modelo, o modelo biomédico tradicional seja na obstetrícia ou em outras áreas, apesar da contribuição para o conhecimento científico e avanços tecnológicos, tem uma abordagem incapaz de compreender o cuidado de uma perspectiva mais ampla e holística. Nesse sentido, o sistema de saúde do séc. XXI exige o uso racional de evidências científicas e tecnologias, incorporado a um sistema de cuidado que trate as pessoas como seres integrais, contextualizados em seu ambiente e dotados da capacidade de decidir pelos seus cuidados (WHO, 2018).

Para tanto, o cuidado centrado no indivíduo/mulher tornou-se um foco importante na melhoria dos sistemas ocidentais de assistência à maternidade (PETIT-STEEGHS *et al.*, 2019). A essência do sistema de saúde e cuidados centrados nas pessoas envolve considerar equilibradamente valores, necessidades, expectativas, preferências, capacidades, saúde e bem-estar de todas as partes interessadas. Mudar o sistema atual, portanto, para o sistema centrado nas pessoas requer mudanças políticas que abarquem os indivíduos, famílias e comunidades;

profissionais de saúde e cuidados de saúde. Os cuidados equitativos que surgem do modelo centrado na pessoa promovem o empoderamento, fornece cuidados efetivos, baseado em evidências, é empático, eficiente e ético (WHO, 2007). Relativo à maternidade, WHO (2018) define cuidados respeitosos como cuidados que mantêm a dignidade, a privacidade e a confidencialidade da mulher, os quais garantem liberdade de danos e maus-tratos e permitem a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.

Como princípio do cuidado centrado na pessoa e estratégia essencial para mudança do modelo de cuidado têm-se a **escolha informada** (OPHA, 2018). Essa por sua vez, se refere ao **processo** que prevê o fornecimento de informações para as mulheres decidirem sobre seus cuidados, incluindo os benefícios, riscos e efeitos colaterais esperados, bem como as opções alternativas e as consequências da não realização do procedimento/cuidado em questão (COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2018). Em outras palavras, a escolha informada é compreendida como um processo interativo e dinâmico, influenciado pelo contexto e experiências vividas, no qual informações e conhecimento especializado são **compartilhados e compreendidos** na relação entre a mulher e o cuidador/profissional escolhido (O'BRIEN; BUTLER; CASEY, 2017).

À medida que a mudança nos cuidados de saúde acontece e se torna mais centrado no indivíduo, o consentimento informado, usado para cumprir as obrigações éticas de beneficência e autonomia, passa a receber a crítica de paternalista e ser insuficiente para apoiar a autonomia e a escolha. Isso porque, o modelo de consentimento informado muitas vezes distorce as decisões do indivíduo para àquelas enfatizadas pelo profissional, com base em suas preferências, valores, opções de tratamento e níveis de aversão ao risco do profissional. Assim, a autoridade e competência do profissional são preferíveis aos valores da mulher e a sua experiência vivida (HANDA; SHARPE, 2015). Além do que, a proteção do cliente e do profissional é uma de suas principais funções (MACDONALD, 2017).

Nesse sentido, como o respeito a autonomia se tornou o princípio ético dominante da ética médica nas últimas décadas, o consentimento informado cede espaço para a valorização das preferências do indivíduo e o compartilhamento de informações para permitir que as decisões sejam tomadas com base em seu sistema, objetivos e crenças. Desse modo, as filosofias de cuidado em saúde passaram de consentimento informado para a noção mais complexa de escolha informada (HANDA; SHARPE, 2015). Diferente do consentimento, a

escolha informada é uma noção politizada que tomou forma fora da ciência nos espaços íntimos da obstetrícia e do movimento de saúde das mulheres (MACDONALD, 2017).

No entanto, escolha não existe como uma entidade independente, que não é influenciada ou construída pelo contexto e cultura circundantes (MCARA-COUPER; JONES; SMYTHE, 2011). As decisões das pessoas são tomadas em relação aos outros e com eles, envolvendo membros da família, amigos e outros (OSUJI, 2017). A responsabilidade que as mulheres sentem pela segurança e bem-estar do bebê, por exemplo, influencia as escolhas feitas no contexto da gravidez e parto, e sugere a necessidade de segurança emocional para realizarem tais escolhas (O'BRIEN; BUTLER; CASEY, 2017).

As mulheres estão singularmente situadas na sociedade e, portanto, influenciadas nas escolhas por papéis e dinâmicas de poder que são culturalmente incorporadas (O'BRIEN; CASEY; BUTLER, 2018). Assim, a escolha por si só não é suficiente, ela deve fazer parte de uma abordagem relacional da autonomia (MACDONALD, 2017). Esta relação procura diminuir as fronteiras hierárquicas entre mulher e o profissional e capacitar ativamente as mulheres para que possam fazer escolhas significativas (HANDA; SHARPE, 2015).

A autonomia relacional, portanto, está além da mulher: considera o contexto em que ela vive e os relacionamentos nos quais ela se envolve. Compreende que a sociedade molda as escolhas e valores das mulheres por meio da socialização, da mesma forma os relacionamentos podem influenciar decisões (CHARLES, 2017). No cenário obstétrico, por exemplo, o discurso hegemônico (risco, tecnologia e medicina) e as práticas sociais que privilegiam os interesses de um grupo em particular e não os interesses da mulher são fortes influências na tomada de decisão pelo local para parir (MCARA-COUPER; JONES; SMYTHE, 2011).

Nesse contexto, a mulher que está em processo de tomada de decisão tem sua identidade, interesses e crenças continuamente construídos e reconstruídos em processos dialógicos com outras pessoas. Nesses encontros, portanto, à medida que dialoga sobre suas possíveis escolhas, ela pode deixar sua autonomia florescer ou ser inibida.

A partir dessas definições, surgiu a necessidade de conhecer o contexto em que a escolha informada surgiu na obstetrícia. Dessa forma, MacDonald (2017) através de um estudo etnográfico com parteiras e mulheres que vivenciaram essa história, conta que no final da década de 1970, na América do Norte, os termos “tomada de decisão compartilhada”, “cuidados centrados na mulher” e “tomada de decisão informada” estavam em uso para descrever o novo modelo de cuidado obstétrico que surgia, contrapondo-se ao modelo vigente, hierárquico,

masculino e paternalista. Nesse estudo, optamos por utilizar o termo escolha informada devido à empatia pelo o modelo de cuidado canadense.

A escolha era apenas uma das várias características do movimento social da obstetria que surgia em Ontário para desmedicalizar a assistência à gravidez e ao parto, a fim de transformar a experiência de maternidade das mulheres. O movimento combinava informação biomédica com a experiência das mulheres, promovendo o empoderamento em relação aos cuidados de saúde e a inclusão de profissionais não médicos à assistência ao parto (resgate das parteiras/*midwives*) (MACDONALD, 2017).

As *midwives* praticavam o modelo de tomada de decisão informada e compartilhada. Para tanto, no final da década de 1970, um documento chamado Contrato de Escolha Informada, desenvolvido por *midwives* americanas, era utilizado pelas *midwives* de Ontário para informar às mulheres sobre as qualificações e a filosofia da *midwife* bem como a situação da profissão naquele momento, a qual não era reconhecida legalmente. O Contrato apresentava o tipo de cuidado que a *midwife* poderia oferecer e as expectativas que as *midwives* tinham da conduta e das responsabilidades das mulheres. Após a definição do seu trabalho no Contrato, as *midwives* o praticavam, apesar de não serem legalmente reconhecidas. O Contrato de Escolha Informada, porém, contribuiu para profissionalizar e formalizar o conhecimento e as práticas da obstetria comunitária e também os tornou legíveis para os órgãos reguladores do governo e outros profissionais de saúde. Naquela ocasião, o Contrato tinha mais um caráter político diferente do atual que serve como fonte de informações aos clientes sobre evidências científicas e opções clínicas (MACDONALD, 2017).

O processo de legalização das *midwives* foi desafiador, já que abalava o *status quo* da medicina, porém, foi embasado e sustentado no desejo de mudança e escolha das mulheres, ou seja, no desejo da “cliente”. Observa-se que as mulheres eram chamadas de clientes e não de pacientes, já que eram consideradas, capazes de compreender o seu próprio corpo e as suas opções clínicas e tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados (MACDONALD, 2017).

Portanto, a escolha informada tornou-se um dos três pilares no modelo de cuidado obstétrico canadense, juntamente com a escolha do local de nascimento e a continuidade dos cuidados. A escolha informada, junto ao movimento de mulheres, constituiu a mudança de modelo de atenção obstétrica em Ontário (MACDONALD, 2017). Ela representa a possibilidade do cuidado centrado na mulher, considerando suas decisões e necessidades, bem como a assistência ao parto por profissionais não médicos.

Com o Movimento feminista instigando a luta pelos direitos das mulheres na década de 1980, as políticas públicas de atenção à mulher foram ampliadas. Recomendações acerca do local de nascimento já previam as necessidades da mulher ao sugerir que elas deveriam dar à luz num local onde se sentissem seguras e que toda atenção e cuidados estivessem concentrados em **suas necessidades e segurança, o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura** (WHO, 1996). Porém, o resgate do papel central e ativo da mulher no processo de gestar e parir até hoje se mantém na pauta das lutas feministas. A maternidade segura, princípio básico dos direitos reprodutivos, bem como o respeito e apoio na tomada de decisão são premissas do novo modelo de cuidado.

Coerente a isso, países como, EUA, Holanda, Canadá, Austrália e Reino Unido, têm orientado decisões políticas centradas no indivíduo, sendo a tomada de decisão informada uma ferramenta para a mudança do modelo de cuidado (LÉGARÉ; THOMPSON-LEDUC, 2014). Esse último, desenvolveu o projeto *Birthplace Choices*, acerca da política sobre escolha em relação ao parto, e identificou que as mulheres valorizam o recebimento de informações das *midwives* e de outros profissionais de saúde e querem se sentir confiantes de que o profissional de saúde as apoiaria em suas escolhas. Dessa maneira, esses profissionais precisam trabalhar em um contexto que apoie a escolha do local de nascimento e disponibilize tempo suficiente para conhecer os pontos de vista e perspectivas das mulheres, além de compartilhar informações rotineiramente sobre as diferentes opções disponíveis e responder às perguntas das mulheres (COXON *et al.*, 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) tem a clínica ampliada como uma das diretrizes centrais para orientar a ação das equipes. Orienta que para que seja efetivada utilizem-se recursos que enriqueçam os diagnósticos para além do enfoque orgânico e qualifiquem o diálogo, de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2016).

No mesmo sentido, o Caderno HumanizaSUS, voltado para humanização do parto e nascimento, apresenta como princípio do modelo de assistência obstétrica e neonatal práticas assistenciais que assegurem segurança e humanização, baseadas em evidências científicas e em direitos: direito a autonomia feminina, incluindo o direito a **escolha informada** e consentida no parto (como, com quem e onde ter o parto) (BRASIL, 2014). Também, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal sugerem a inclusão das mulheres na tomada de decisão como uma postura de cuidado pontualmente no trabalho de parto:

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na **tomada de decisões**. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados (BRASIL, 2016, p. 16).

Nacionalmente, os estudos sobre a satisfação das mulheres são pontuais, relativos a apenas uma instituição no geral. Porém, o Inquérito Nacional Nascer no Brasil, 2011-2012, mostra que aproximadamente 33% das mulheres que pariram em instituição hospitalar avaliaram como “excelente” a clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e a participação nas decisões durante o trabalho de parto e parto. Quanto à participação nas decisões, ficaram mais satisfeitas as mulheres que tiveram acompanhante e fonte de pagamento privado. Essa distinção, portanto, fere o princípio da equidade na assistência parturitiva, relativizando a participação da mulher em seus cuidados (DOMINGUES *et al.*, 2014).

A importância de a mulher fazer escolhas e estar envolvida nos seus cuidados é fundamental para o cuidado centrado. Porém, estudo australiano identificou que aproximadamente um terço das participantes relatou que suas escolhas em relação ao pré-natal, nascimento ou pós-parto estavam comprometidas. Elas perceberam que suas escolhas eram prejudicadas pela falta de informação, acesso limitado a certas opções e relações interpessoais negativas com a equipe, deixando várias mulheres se sentindo coagidas e julgadas (MCKINNON; PROSSER; MILLER, 2014). Por outro lado, o envolvimento na tomada de decisão e a capacidade de exercer escolhas contribuem para a satisfação das mulheres quanto aos seus cuidados com a maternidade. Verificou-se que a autonomia e a sensação de controle durante o parto melhoram as experiências das mulheres (DAHLEN *et al.*, 2010; JOUHKI, 2012; MCKINNON; PROSSER; MILLER, 2014; LEON-LARIOS *et al.*, 2018).

Em se tratando do papel da mulher na tomada de decisão, estudo na Columbia Britânica com a participação de 3.400 mulheres utilizou duas escalas, *Mothers Autonomy in Decision-Making (MADM)* (VEDAM *et al.*, 2017a) e *Mothers on Respect index (MORi)* (VEDAM *et al.*, 2017b), explorou esse e outros aspectos. A maioria das mulheres canadenses (95,2%) preferiu ser a principal tomadora de decisão durante o atendimento. Outro resultado diz respeito ao prestador de cuidados, sendo que mulheres acompanhadas por médicos tiveram pontuações para expressão da autonomia mais baixas, assim como as mulheres que se sentiram pressionadas

a aceitarem uma intervenção. Também tiveram sua autonomia desrespeitada as mulheres que opinaram diferente do seu prestador de serviço e aquelas que se sentiram apressadas por eles. Os autores concluíram que o respeito à autonomia das mulheres é afetado pelo modelo de cuidado oferecido à maternidade, pela natureza das interações com os profissionais que oferecem a assistência e pela capacidade de autodeterminação das mulheres (VEDAM *et al.*, 2019).

Na Holanda, a fim de avaliar as experiências das mulheres relativas às componentes chaves da assistência de qualidade, ou seja, o respeito à maternidade e a autonomia das mulheres, os autores utilizaram as escalas citadas anteriormente com os ajustes para o contexto local (*MADM* e *MORi*). Participaram do estudo 557 mulheres, das quais 83% afirmaram ter experimentado um parto com muito respeito pelas suas decisões e 62% sentiram que sua autonomia foi respeitada. Outro resultado, congruente com o estudo canadense (VEDAM *et al.*, 2019) é em relação à prestação de cuidados, sendo que as mulheres holandesas se sentiram menos respeitadas quando atendidas por um obstetra. Os autores sugerem que isso pode estar atrelado ao modelo profissional para abordar a comunicação entre a mulher e profissional ou pelo fato de que os obstetras holandeses atendem apenas mulheres com complicações gestacionais ou no parto, fato que poderia vincular experiências negativas ao nascimento (JONG *et al.*, 2019).

Por essa e outras questões relativas às relações interpessoais no processo de escolha informada, orienta-se ao profissional que disponibilize à mulher tempo adequado para a tomada de decisão e compreensão por suas motivações de escolha, apoiando-a na aceitação ou negação do procedimento/cuidado. A mulher deve ter respeitado seu limite de envolvimento na decisão de seus cuidados, bem como garantido o fornecimento do procedimento/cuidado mediante consentimento informado e voluntário (COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTÁRIO, 2018).

A fim de contribuir com as mulheres e profissionais na construção dessa nova interação proposta, podem ser utilizados auxiliares de decisão, que nada mais são do que panfletos, vídeos ou conteúdo da internet. São ferramentas para ajudar a mulher identificar os benefícios e os riscos com detalhes e especificidade de todas as opções de cuidado que ela pode considerar. Dessa maneira, a mulher considera a evidência apresentada no auxílio à decisão e escolhe a opção de cuidado mais alinhada aos seus valores e preferências (OPHA, 2018; STACEY *et al.*, 2014). Uma Revisão da Cochrane aponta o valor dos auxiliares de decisão ao concluir que as

peessoas que os utilizam se sentem mais informadas, com mais clareza dos seus valores e provavelmente tem um papel mais ativo na tomada de decisões (STACEY *et al.*, 2014).

Porém, apesar de clara a importância da escolha informada, há algumas barreiras a serem superadas que podem incluir: a) incompleto, impreciso, tendencioso ou indisponível recursos de educação em saúde; b) aceitação social do trabalho de parto e nascimento como um evento perigoso que exige assistência médica; c) delegação dos direitos legais e éticos das mulheres para os profissionais pelo consentimento informado; d) obstáculos ao diálogo entre profissionais e mulheres sobre suas necessidades e preferências específicas; e) uso continuado de práticas não baseadas em evidências científicas voltadas à maternidade; f) políticas e práticas que levam a não adesão às decisões informadas; g) desafios relacionados à implementação de auxílios à decisão em prática (OPHA, 2018). Somado às barreiras, a crítica ao modelo de escolha informada sustenta que a desatenção às dinâmicas de poder inerentes aos cuidados de saúde e à sociedade podem influenciar a tomada de decisão (HANDA; SHARPE, 2015).

Em vista disso, diante dos desafios e possibilidades, considerando que as mulheres precisam ter a oportunidade de tomar decisões informadas e serem apoiadas nas suas escolhas, investir no processo de escolha informada pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos da mulher sobre o parto e nascimento, bem como aumentar a satisfação da mulher devido ao respeito à sua autonomia e preferências. Além disso, o desenvolvimento de habilidades para viabilizar a escolha informada pode contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde, reduzindo custos de maternidade e melhorando os resultados a longo prazo (OPHA, 2018).

3 MARCO CONCEITUAL

Apresento agora o marco conceitual, compreendendo-o como o conjunto de conceitos e pressupostos, construído a partir de princípios, crenças e valores, os quais refletem minhas suposições e visões acerca do fenômeno (POLIT; BECK, 2011; SCHMITZ *et al.*, 2016). Essa construção mental está organizada através de **pressupostos básicos** e **conceitos** componentes do marco, os quais definem o caminho do pensamento que orientará a pesquisa (COSTA, 2005).

3.1 PRESSUPOSTOS BÁSICOS

- O parto simboliza chegada: de um bebê, de uma mãe, de um pai, de uma família, de mudanças na vida de todos os seres envolvidos nesse evento;
- A mulher carrega expectativas e memórias pessoais sobre o parto, as quais serão resgatadas enquanto é planejado e no seu transcorrer. Nesse processo, manifestam-se as influências que permearão a tomada de decisão da mulher pelo modelo de cuidado no processo de parto e nascimento;
- A mulher tem o direito de decidir sobre seu corpo e deve ter prioridade na tomada de decisão sobre seus cuidados. Tem o direito de compartilhar suas crenças, valores, experiências, conhecimentos e desejos acerca do seu processo de gerar e parir uma vida;
- Quando essa mulher de direito é reconhecida e respeitada, ela encontra, nas suas relações com a família, amigos e profissionais, a possibilidade de refletir acerca das suas “verdades” e transformar àquelas que a impedem de protagonizar a sua história, de ser corresponsável pelas suas escolhas;
- O PDP é considerado um novo modelo de cuidado ao parto e nascimento, pois contempla uma série de características que destoam do modelo normativo, entre elas o resgate da conexão corpo-mente-espírito; compreende o corpo como um organismo capaz de gerar e parir; entende a mulher como um ser relacional; respeita os desejos e a autonomia da mulher; promove a informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhada entre a mulher e profissional; faz uso das tecnologias com racionalidade;

- As informações acerca do PDP devem ser fundamentadas em evidências científicas e discutidas na relação profissional/mulher, a fim de que ela tenha subsídios e apoio para optar conscientemente pelo melhor lugar e modelo **para ela** parir;
- O conhecimento é socialmente situado e, como tal, está embutido em estruturas socioculturais. Ou seja, não existe conhecimento universal e imparcial; ele sempre está enraizado em sociedades, valores e culturas particulares (CHARLES; WOLF, 2016).

3.2 CONCEITOS

Ser Humano

Nesta pesquisa o ser humano é um ser de relações, representado pelos diferentes atores que fornecem informações e/ou exercem influências no processo de escolhas e tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento. São eles: a mulher (figura central deste estudo), o recém-nascido, a família e o profissional que atende ao PDP.

Mulher

É um ser humano que está vivenciando um momento importante na sua vida, a geração de um filho, por isso busca informações para experienciar o parto e o nascimento da melhor forma.

A mulher tem preferências e crenças acerca do processo de nascimento, as quais são criadas a partir da sua história, da sociedade em que vive e das relações que estabelece. Haja vista, as suas escolhas sobre o parto estão situadas nesse contexto sociocultural e são influenciadas por ele (MCARA-COUPER; JONES; SMYTHE, 2011).

Nesse sentido, a mulher como um ser relacional, compartilha experiências, sentimentos e troca informações. Nessas relações que estabelece, encontra apoio e valorização das suas perspectivas e necessidades, respeito a sua autonomia, sendo que pode mudar sua compreensão e preferências em relação ao local de nascimento. Em contrapartida, também está exposta a relações e situações que podem dificultar a expressão da sua autonomia, que a impedem de escolher o que deseja, geralmente caracterizadas pela hierarquização.

Nesse cenário de diferentes relações e influências a mulher toma sua decisão quanto ao local de nascimento. Quando consciente dessas influências, pode permiti-las ou não. Essa

atitude de diferenciação, portanto, é a expressão da sua autonomia no processo decisório (CHARLES, 2017).

Recém-nascido

Ser tenro e único, que demanda inicialmente calor, afeto e sucção: colo materno. Constitui o binômio mãe-filho, que significa uma relação de vínculo interpessoal a qual surge pela dependência, nos aspectos nutricional e de higiene, bem como do envolvimento emocional e desenvolvimento do amor. O recém-nascido é sensível e tem necessidades que merecem ser respeitadas, a fim de permitir sua adaptação suave ao meio extra-uterino.

Família

Entendo família, as pessoas que se envolvem no processo gravídico-puerperal, unidas por laços sanguíneos ou afetividade, que vivenciam/compartilham a decisão pelo local de nascimento. A família possui crenças, conhecimentos e vivências particulares, as quais influenciam positivamente ou negativamente, encorajando ou amedrontando a mulher na tomada de decisão pelo PDP.

Profissional que atende PDP

O profissional que atende ao parto domiciliar é qualificado e tem registro em seu Conselho de Classe. Quanto à formação acadêmica, pode ser médico, médico obstetra, enfermeira obstetra ou obstetriz (KOETTKER, 2010).

Porém, independente da categoria profissional, são pessoas que compreendem o parto como um evento fisiológico a ser respeitado. Não se importam em assumir um papel coadjuvante, pois sabem que o parto é realizado pela mulher e a sua atuação técnica será útil apenas em casos de intercorrências ou quando o fluxo natural apresentar dificuldades.

São profissionais que disponibilizam informações para as mulheres a fim de ajudá-las a conhecer o PDP e tomar decisões autônomas. Porém, tem valores, crenças e interesses próprios, que estão presentes nas relações que constituem e podem influenciar decisões.

Iniciam o vínculo com a mulher no pré-natal, constroem uma relação de confiança e seguem esse cuidado até o pós-parto (KOETTKER, 2010). Têm liberdade nas condutas, porém, têm a coparticipação da mulher ativamente nas decisões a serem tomadas.

Ambiente

É o contexto físico, social, cultural, econômico e político no qual a mulher, sua família, os profissionais e a comunidade estão inseridos, se relacionam, vinculam (COSTA, 2005). O ambiente é o espaço em que as informações sobre as opções de local para parir são produzidas, seja através da interação pessoal, mídia e/ou literatura. Da mesma forma, no ambiente surgem as relações, crenças, que influenciarão nessa decisão. O ambiente é permeado por diferentes concepções – de um lado um modelo médico hegemônico onde predomina a cultura da cesariana, a imagem do hospital como sinônimo de redução de riscos e segurança, o descrédito da competência da mulher e, de outro lado, um novo modelo de cuidado onde se deseja a experiência do parto natural, o hospital é tido como sinônimo de intervenções desnecessárias e de violência obstétrica, há consciência das diferenças entre mulheres e homens, porém com confiança na mulher como capaz de decidir pelo que é melhor para si.

Nesse cenário heterogêneo, a mulher vive, percebe, apreende, vislumbra, não só o nascimento do seu filho, como também as possibilidades de transformação da sua realidade.

Parto Domiciliar Planejado

Parto domiciliar planejado é entendido como um novo modelo de cuidado ao parto e nascimento, que possibilita a assistência à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato no ambiente domiciliar, sendo realizada por profissional habilitado e competente, de escolha da mulher (KOETTKER *et al.*, 2012).

O modelo de cuidado obstétrico domiciliar é individualizado e caracteriza-se pelo envolvimento minucioso com o desenrolar do processo parturitivo. Ele é atento e cauteloso, responsável e compartilhado, científico e afetivo. Não se restringe ao binômio mãe/filho nem ao parto; ele se faz presente quando a mulher busca informações sobre o PDP, no compartilhamento de experiências, na organização do ambiente para o parto e no pós-parto, no acalento ao pai que procura respostas ou ainda no preparo de uma refeição para energizar o trabalho de parto. O cuidado é a essência da assistência ao parto em casa.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. [...] O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. [...] Sem cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestruturase, definha, perde sentido e morre (BOFF, 1999).

Compreendo o PDP como uma opção para mulheres que desejam além de um lugar para parir, mas sim um modelo de cuidado centrado na mulher, que valoriza suas escolhas, a ambiência e a participação dos familiares.

Processo de tomada de decisão e Escolha informada

Na assistência ao parto e nascimento há situações que podem apresentar mais de uma opção de cuidado, sendo que cada opção apresenta benefícios e riscos. O processo de tomada de decisão, portanto, objetiva apoiar a mulher a fazer escolhas informadas no contexto de seus próprios valores e preferências (OPHA, 2018).

Nesse sentido escolha informada é o princípio fundamental do cuidado centrado na mulher, ancorado no direito da mulher de receber informações e se envolver no processo de tomada de decisão durante toda a assistência obstétrica (ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES, 2016; COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTÁRIO, 2015; HANDA; SHARPE, 2015; MCARA-COUPER; JONES; SMYTHE, 2011). Assim, a escolha informada é vista como um processo no qual a mulher está na posição de especialista do próprio corpo e o profissional concede autoridade a outros tipos de conhecimento - sentimentos e experiências vividas pela mulher, bem como seu estilo de vida e orientação moral ou religiosa (MACDONALD, 2017).

A escolha informada é compreendida por mulheres que a vivenciaram como um processo interativo e dinâmico, influenciado pelo contexto e experiências vividas, no qual informações e conhecimento especializado são compartilhados e compreendidos na relação entre a mulher e o profissional escolhido (O'BRIEN; BUTLER; CASEY, 2017).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. A pesquisa qualitativa para Minayo (2017) é aquela que trabalha com os processos e fenômenos que não podem ser quantificáveis, como significados, motivos, valores e atitudes. Aborda os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano, através de dados coletados em um contexto natural, com sensibilidade às pessoas e ao lugar do estudo e analisados tanto indutiva quanto dedutivamente. Apresenta como resultado as vozes dos participantes, a reflexão do pesquisador, uma descrição e interpretação do problema e sua contribuição para a literatura ou para uma transformação no mundo (CRESWELL, 2014).

A abordagem qualitativa é apropriada para esse estudo, tendo em vista que temos uma questão de pesquisa que precisa ser explorada. Essa investigação possibilitará a compreensão complexa e detalhada da questão e dará voz aos indivíduos e as suas histórias (CRESWELL, 2014).

A pesquisa qualitativa do tipo exploratória pretende proporcionar maior familiaridade com o problema, explicitá-lo, possibilitando a construção de hipóteses relativas ao objetivo principal, o aperfeiçoamento de ideias ou a descoberta de intuições. Tal pesquisa é realizada quando o tema escolhido é pouco explorado e o produto final do processo de pesquisa é o esclarecimento do problema, passível de investigação sistemática. Já a pesquisa qualitativa do tipo descritiva pretende descrever as características referentes à uma determinada população ou fenômeno (GIL, 2008). Contribui, portanto para se obter novas visões sobre uma realidade já conhecida (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016).

Estudos exploratórios descritivos buscam familiarizar-se com um assunto pouco explorado e descrevê-lo (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016), como ocorre na temática do PDP no Brasil, principalmente em relação às informações que são fornecidas às mulheres sobre essa assistência, conforme evidenciado na busca de literatura apresentada na contextualização teórica dessa pesquisa.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto do estudo foi o estado de Santa Catarina, onde há profissionais que atendem PDP em diferentes municípios: Florianópolis, Joinville, Chapecó e recentemente em São Miguel do Oeste, Imbuia e Blumenau. As equipes encontram apoio na Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras, Neonatais e Obstetrias do Estado de Santa Catarina (ABENFO) SC, que através da Comissão de PDP tem atuado por essa temática. Em 2016, junto ao COREN, formulou o primeiro Parecer Técnico nº23 nacional a fim de orientar a enfermagem obstétrica quanto a alguns critérios e condutas em se tratando de PDP.

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

Foi neste cenário que realizamos a captação das participantes desta pesquisa. Especialmente, a partir do contato com as equipes Ama Nascer, Bem Querere, Árvore do Amor e Força da Vida que atendem o PDP no estado.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para êxito na escolha dos participantes, deve-se considerar que o cenário e o grupo sob estudo forneçam as experiências e percepções que se buscam na pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa valoriza a aproximação, abrangência e diversidade dos sujeitos definidos, os quais refletirão a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2014).

Os participantes desta pesquisa foram incluídos ou excluídos conforme os critérios definidos, a fim de contemplar o objetivo proposto. Foram incluídas as mulheres em pós-parto, que demonstraram interesse pelo PDP durante o pré-natal, independentemente do desfecho do local de parto, residentes em Santa Catarina. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos e/ou que tiveram seus filhos em período superior a um ano, a contar do dia da entrevista, a fim de minimizar os prejuízos das falhas de memória pelo tempo decorrido da experiência vivida.

A seleção das mulheres foi realizada através do contato com os profissionais que atendem PDP, trabalham com a humanização do parto e nascimento e pelo conhecimento prévio de mulheres elegíveis, devido ao envolvimento da pesquisadora com o PDP no ano anterior ao

estudo. Os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a nomear as mulheres que atenderiam aos critérios de inclusão. Tiveram profissionais que conheciam mulheres elegíveis, assim enviaram seus contatos telefônicos por Whatsapp®. Outros, enviaram para listas de e-mail e grupos de Whatsapp® um convite redigido pela pesquisadora, que continha os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão a fim de que as mulheres interessadas em participar do estudo se manifestassem. Assim, sete mulheres que atenderam aos critérios de inclusão entraram em contato com a pesquisadora manifestando seu interesse pela pesquisa e as outras 17 mulheres foram contatadas via contato telefônico e convidadas formalmente para participarem da pesquisa. Dessas últimas, duas não retornaram à mensagem, uma desistiu por motivo de doença familiar e as outras se colocaram à disposição para agendamento da entrevista. A busca foi realizada de forma intencional, sendo contatadas cinco equipes que atendem PDP em SC, além de quatro profissionais envolvidos com o parto humanizado e todos deram retorno.

Assim, foram entrevistadas 14 mulheres, sendo 11 de Florianópolis, duas de Joinville e uma de Chapecó. Dentre elas, cinco optaram pelo parto hospitalar e nove optaram pelo PDP, contudo apenas cinco pariram em casa, pois três foram encaminhadas por indicação para o parto hospitalar na gestação e uma intraparto. Das mulheres encaminhadas, três tiveram parto vaginal e uma delas cesariana. Todas foram esclarecidas sobre os objetivos pessoais que instigavam a pesquisadora, bem como os objetivos do estudo.

Em se tratando do tamanho da amostra, Minayo (2017, p.10) afirma que “a amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”. Ressalta que a amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto (ou da pergunta), articulada com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados. Além disso, que a pesquisa qualitativa busca com mais ênfase as singularidades e o significado do fenômeno, em detrimento dos aspectos que se repetem.

Nesse sentido, as mulheres foram entrevistadas até a abrangência das interconexões necessárias para a compreensão do objeto. Consequente, foi encontrada a lógica interna do objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as conexões provisoriamente “saturadas” (MINAYO, 2017).

4.4 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas com as participantes elegíveis para a pesquisa de fevereiro a abril de 2019, utilizando-se um instrumento (APÊNDICE A), que continha dados sobre a caracterização sociodemográfica e obstétrica, além de uma entrevista semiestruturada com 17 perguntas abertas. Para o refinamento do roteiro, foi realizada uma entrevista pré-teste, a qual possibilitou alterações na ordem das perguntas e estrutura gramatical do roteiro. Além disso, importante elencar, que um dos questionamentos era se as mulheres haviam recebido orientações sobre o PDP de forma impressa e se poderiam disponibilizá-las. Dessa forma, três mulheres forneceram cópias digitalizadas, enviadas por e-mail, totalizando seis documentos: dois contratos, dois TCLE, uma descrição de informações sobre o acompanhamento e estágios do trabalho de parto e uma lista de materiais. Esses documentos também foram utilizados como fonte de dados para responder aos objetivos deste estudo e foram identificados pela denominação “equipe X” e “equipe Y”.

Justifica-se o uso da entrevista nessa pesquisa tendo em vista que é um importante instrumento de coleta de dados para o mapeamento de práticas, crenças e valores de universos sociais específicos, em que os conflitos e contradições não estão explícitos (DUARTE, 2004).

A entrevista na pesquisa qualitativa tem a pretensão de obter o significado, a compreensão e a visão de mundo dos entrevistados através da comunicação verbal e/ou não verbal. As respostas podem gerar informações subjetivas, como aquelas relacionadas às crenças, aos sentimentos, aos valores e às atitudes. Ou ainda, podem emergir dados objetivos, como informações sobre registros, documentos, entre outros. Para tanto, as entrevistas são guiadas pelo referencial teórico-metodológico e acompanhadas por empatia, flexibilidade, paciência e valorização da escuta (BONILHA; OLIVEIRA, 2016).

Por outro lado, a utilização de documentos propicia o alcance de informações objetivas no contexto subjetivo da pesquisa, possibilitando ampliar as informações obtidas e/ou confirmá-las. (PADILHA *et al.*, 2017).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal deste estudo, nove de forma presencial na residência da mulher e cinco por chamada de vídeo pelo aplicativo Whatsapp®. Foram agendadas por telefone, geralmente via Whatsapp® conforme a disponibilidade da participante, que foi quem escolheu o local e horário da entrevista. Sendo que as participantes eram mulheres em pós-parto, as entrevistas tiveram a presença dos bebês ou o apoio dos

companheiros para que pudessem contribuir com a pesquisa. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente uma hora, foram gravadas no aplicativo *Samsung Voice Recorder*® e transcritas integralmente logo após sua realização, lidas e revisadas pela própria pesquisadora. A transcrição das entrevistas foi enviada por e-mail para as participantes para validação das informações coletadas, sendo que houve apenas uma alteração do conteúdo relativa a interpretação do texto por ruídos no áudio.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O percurso analítico qualitativo possibilita a construção de conhecimento a partir de opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais, sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2014). Nessa etapa, objetiva-se organizar, estruturar, extrair e interpretar o significado dos dados qualitativos, através da interação e habilidade do pesquisador para identificar padrões que possibilitem a compreensão de um determinado fenômeno (POLIT; BECK, 2011).

A adoção de uma estratégia analítica é necessária para sistematizar, orientar e facilitar o processo de análise, de forma a responder as questões e objetivos da pesquisa (CRESWELL, 2014). Desse modo, a análise das informações foi realizada a partir da análise temática de conteúdo proposta por Lawrence Bardin (2011), que visa a identificação dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifique algo para o objetivo proposto. A análise foi organizada em torno de três polos: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na pré-análise - fase organizacional - foi realizada a leitura flutuante do material, para estabelecer contato com os dados; escolher os elementos relevantes e representativos que constituíram um corpus os quais foram submetidos aos procedimentos analíticos. Foram respeitadas as regras de exaustividade, não seletividade, homogeneidade e pertinência propostas por Bardin. Foi realizada a formulação provisória de hipóteses (suposição ou indagação do que o pesquisador deseja confirmar ou refutar), objetivos, indicadores que fundamentam a interpretação final (BARDIN, 2011).

Essa etapa foi realizada através do Atlas.ti 8.0, visto que o tratamento tecnológico é considerado como possibilidade de uso para auxílio na organização dos dados qualitativos por Bardin (2011). O programa Atlas.ti é um programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative*

Data Analysis Software) que facilita a análise dos dados qualitativos e possibilita a organização e codificação das informações coletadas (FRIESE, 2012), contribuindo para a qualidade das pesquisas qualitativas. A licença para uso do Atlas.ti 8.0 foi adquirida pela pesquisadora, com financiamento próprio e tem validade até abril de 2021.

A operacionalização iniciou com a construção de um Projeto através do Atlas.ti 8.0 versão português, nesse estudo constituído pelas entrevistas realizadas pelas participantes e pelos documentos (contrato de prestação de serviço e TCLE) disponibilizados por elas. Cada documento foi inserido no Atlas.ti 8.0 como um documento primário, totalizando 26 documentos (sendo 14 entrevistas e 12 fotos de documentos). Nessa etapa também foi feita a edição ou o recorte dos trechos relevantes das entrevistas (citações), segundo os objetivos do estudo, preparando-os para a etapa seguinte.

A exploração do material, que correspondeu a fase mais prolixa da análise de conteúdo, consistiu essencialmente em operações de codificação relacionando os depoimentos com mesmo sentido. As categorias são classes, que reúnem um conjunto de elementos, de ideias (as unidades de registro), sob um título genérico, agrupado em razão dos caracteres comuns destes elementos. O sentido das unidades de registro pode ultrapassar o significado semântico, ou, como é característico da análise de conteúdo, os temas. Dessa forma, fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação e assim significar algo para o objetivo escolhido (BARDIN, 2011).

Nessa etapa, a função do Atlas.ti 8.0 foi auxiliar na codificação (códigos) dos trechos dos depoimentos (citações) em unidades temáticas de significado semelhantes (grupos) (FRIESE, 2012). Os 26 documentos que constituem o Projeto criado no Atlas.ti deram origem a 652 citações temáticas, as quais foram agrupadas com o auxílio de 92 códigos que, por sua vez, fundamentaram a construção de três grupos de códigos, a saber: identificação das participantes; influências na tomada de decisão pelo PDP e informações/fontes acerca do PDP. O processo de análise dos dados que conjugou as etapas preconizadas por Bardin (2011) com as ferramentas do programa ATLAS.ti 8.0, estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin segundo as ferramentas do programa ATLAS.ti.

Pré-análise - fase organizacional	ATLAS.ti: 26 documentos (sendo 14 entrevistas e 12 fotos de documentos); edição dos trechos relevantes das entrevistas (citações).
Exploração do material – codificação	Construção de três grupos de códigos: ⇒ identificação das participantes ⇒ influências na tomada de decisão pelo PDP ⇒ informações/fontes acerca do PDP
Tratamento dos resultados - inferência e interpretação	Organizados em 2 manuscritos.

Fonte: a autora.

Do grupo **influências na tomada de decisão pelo PDP** surgem duas categorias preliminares: influências que motivam a tomada de decisão pelo PDP (Figura 1) e influências que desmotivam a tomada de decisão pelo PDP (Figura 2). A categoria influências que motivam a tomada de decisão pelo PDP foi construída a partir de sete subcategorias, a saber: benefícios relacionados ao PDP; apoio; confiança nos profissionais; experiência anterior negativa; experiências exitosas; decisão interna; informação; pré-natal de risco habitual. A categoria influências que desmotivam a tomada de decisão pelo PDP surgiu a partir de quatro subcategorias, as quais: crença sobre risco e segurança; opinião das pessoas; disponibilidade financeira; história obstétrica.

Figura 1 - Influências que motivam a tomada de decisão da mulher pelo PDP.

Nome	Magnitude
◇ Influência que encoraja a TD pelo PDP: benefícios	31
◇ Influência que encoraja a TD pelo PDP: apoio	23
◇ Influência de encoraja TD pelo PDP: informações acerca do processo de parir em casa	17
◇ Influência que encoraja a TD pelo PDP: confiança nos profissionais que atenderão o parto	17
◇ Influência que encorajava a TD pelo PDP: experiência anterior negativa	11
◇ Influência que encoraja a TD pelo PDP: valores pessoais	7
◇ Influência que encoraja a TD pelo PDP: pré-natal de risco habitual	3

Fonte: a autora.

Figura 2 - Influências que desmotivam a tomada de decisão da mulher pelo PDP.

Nome	Magnitude
◇ Influência que desencoraja a TD pelo PDP: crença sobre risco e segurança	25
◇ Influência que desencoraja a TD pelo PDP: opinião das pessoas	19
◇ Influência que desencoraja a TD pelo PDP: disponibilidade financeira	12
◇ Influência que desencoraja a TD pelo PDP: histórico obstétrico	7

Fonte: a autora.

Já, do grupo **informações/fontes** emergem sete categorias divididas de acordo com o que trata a informação: critérios de inclusão (Figura 3), acompanhamento (Figura 4); equipe (Figura 5); experiências (Figura 6); fontes (Figura 7); intercorrências (Figura 8); investimento (Figura 9). Quanto ao grupo que **identifica as mulheres**, esse foi organizado de acordo com idade; estado civil; tipo de nascimento; tempo entre a entrevista e o nascimento; profissional que atendeu ao parto domiciliar; paridade; município de nascimento; local de nascimento; tipo de assistência no pré-natal e nascimento (pública ou privada).

Figura 3 - Informações relativas ao PDP: critérios de inclusão.

Nome	Magnitude	
◇ Critérios para o PDP		19
◇ Experiências anteriores		14

Fonte: a autora.

Figura 4 - Informações relativas ao PDP: acompanhamento.

Nome	Magnitude	
◇ Acompanhamento: pré-natal, parto e pós-parto		34
◇ Informações acerca do processo de parto		7
◇ Segurança: características do ambiente domiciliar		6
◇ Acompanhamento: termo de consentimento		4
◇ Liberdade de escolha		4
◇ Descrição do procedimento: PDP		2
◇ Acompanhamento: participação da família nas consultas		1

Fonte: a autora.

Figura 5 - Informações relativas ao PDP: equipe.

Nome	Magnitude	
◇ Acompanhamento: composição e qualificação da equipe		25
◇ Segurança: confiança nos profissionais que atendem PD		14
◇ Segurança: profissional habilitado pra atender PD		7
◇ Segurança: incentivo de alguém experiente		1

Fonte: a autora.

Figura 6 - Informações relativas ao PDP: experiências.

Nome	Magnitude	
◇ Experiência com o PDP: pontos positivos		8
◇ Experiência com o PDP: pontos negativos		8

Fonte: a autora.

Figura 7 - Informações relativas ao PDP: intercorrências.

Nome	Magnitude
◇ Transferência: intraparto	35
◇ Questionamentos sobre PDP: intercorrências	17
◇ Manejo das intercorrências	14
◇ Intercorrências no PD	10
◇ Transferência: indicações	9
◇ Questionamentos sobre o PD: transferência	8
◇ Segrança: acesso aos serviços hospitalares	2
◇ Transferência: pré-parto	1

Fonte: a autora.

Figura 8 - Informações relativas ao PDP: investimento.

Nome	Magnitude
◇ Questionamentos sobre PDP: pagamento	7
◇ Financiamento do PD	7

Fonte: a autora.

Figura 9 - Informações relativas ao PDP: materiais necessários

Nome	Magnitude
◇ Materiais necessários para o PDP	17
◇ Materiais para o PD: responsabilidade da equipe	15

Fonte: a autora.

A partir deste processo analítico, a pesquisadora selecionou as categorias que seriam trabalhadas e aprofundadas, para responder à questão desta pesquisa. Estas categorias serão apresentadas em forma de manuscrito nos resultados desse estudo, a partir de critérios pessoais, literários e pela magnitude de citações.

Assim, partiu-se para a etapa de tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, consistiram no tratamento dos dados de modo que os mesmos se tornassem significativos e válidos, permitindo a construção de quadros de resultados, figuras e modelos que destacam as informações fornecidas pela análise, no sentido de fazer inferências e interpretações (BARDIN, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

As questões éticas em pesquisa qualitativa podem surgir nas diversas fases do processo de pesquisa, à medida que o pesquisador se torna mais sensível às necessidades dos participantes, dos locais, das partes interessadas (CRESWELL, 2014).

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através da Plataforma Brasil, que é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep (Comitês de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa). O projeto foi aprovado sob o parecer nº 3.090.383 (Anexo A).

As participantes selecionadas foram esclarecidas individualmente acerca das etapas da pesquisa, como: justificativa para realização do estudo, objetivo, coleta e divulgação dos dados, estratégias para proteção da confidencialidade, possíveis riscos/desconfortos e manejo dos mesmos, além dos benefícios que pode resultar a pesquisa (BONILHA; OLIVEIRA, 2016).

As participantes foram informadas de que os dados coletados permanecerão em sigilo e armazenados no computador particular da pesquisadora principal por até 5 anos após a realização da entrevista. O risco da quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, existe, e foi informado a participante. Também foram informadas de que seu anonimato será preservado através do uso de codinomes no relatório da pesquisa (E1 a E14). Outros prováveis riscos em participar desse estudo foram informados, como constrangimento, desconforto, alterações de humor e comportamento, bem como mobilização de emoções durante as entrevistas. Outrossim, foram informados sobre a livre participação e a opção de desistência em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa. Quanto aos possíveis benefícios de participarem da pesquisa, foram informados de que não há benefícios diretos pela sua participação, porém, se tratou de uma oportunidade para refletirem acerca da sua realidade e contribuírem com outras pessoas.

Para tanto, todos os esclarecimentos foram realizados e a solicitação de autorização as participantes foi formalizada perante a assinatura do TCLE (Apêndice B) enviado previamente aos participantes, discutido e assinado em encontro presencial com a pesquisadora ou digitalizado via e-mail. Após a validação da transcrição da entrevista, as participantes também

assinaram o Termo de Cessão de Entrevista que autorizava também o uso de documentos/materiais que pudessem contribuir com a pesquisa (Apêndice C), o qual foi enviado por e-mail para a pesquisadora. Uma via do TCLE ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa sob a forma de dois manuscritos científicos, conforme a resolução estabelecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (normas da ABNT), em consonância com a Instrução Normativa 01/PEN/2016, que dispõe sobre a apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem. Posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

MANUSCRITO 1 – Parto Domiciliar Planejado: o que você precisa saber?

MANUSCRITO 2 – Informações na tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado.

5.1 MANUSCRITO 1 – PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE VOCÊ PRECISA SABER?

RESUMO

Objetivo: Identificar as informações recebidas pelas mulheres que buscaram o Parto Domiciliar Planejado como opção na gestação. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa de natureza descritivo-exploratória, com 14 mulheres puérperas que se interessaram pelo parto domiciliar em Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistadas semiestruturadas e seis documentos informativos fornecidos pelas mulheres, no período de fevereiro a abril de 2019. A análise foi baseada na análise de conteúdo com o auxílio do software ATLAS.ti, versão 8.0. **Resultados:** A principal fonte de informações referida pelas mulheres foi a internet, sendo que os dados apontados foram organizados em quatro categorias: “quais as mulheres que podem optar pelo Parto Domiciliar Planejado?”; “quem realiza o atendimento e o custo do serviço?”; “como acontece o acompanhamento do Parto Domiciliar Planejado?”; “o que é feito em caso de intercorrências?”. **Conclusão:** Foram geradas informações sobre o acesso, atendimento e benefícios do Parto Domiciliar Planejado, bem como o desvelamento de fragilidades do Parto Domiciliar Planejado relativas à sua conexão com a rede de Atenção à Saúde da Mulher e Recém-nascido.

Descritores: Parto domiciliar. Parto humanizado. Tomada de Decisões. Enfermagem Obstétrica. Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

O modelo de cuidado obstétrico hegemônico no Brasil, caracteriza-se por partos hospitalares (98,36%), atendidos quase na totalidade por médicos (85%) e altas taxas de

cesariana (40% setor público e 85% no setor privado) (BRASIL, 2012; 2016). Além disso, em se tratando do parto vaginal, no Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2011-2012) apenas 5,6% das mulheres relatam um parto natural, ou seja, ausente de intervenções como uso ocitocina, episiotomia, Manobra de Kristeller, entre outras (LEAL *et al.*, 2014).

Esse modelo de cuidado que normatiza a assistência obstétrica reforça a tecnocracia das práticas de cuidado, enfatizando a medicalização do parto. Dessa forma, a capacidade de escolha passa a ser de responsabilidade prioritária ou exclusiva do médico, enquanto a mulher tem sua autonomia desrespeitada e vivencia rotineiramente a violência obstétrica (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Em vista disso, algumas mulheres têm optado por outros modelos de cuidado ao parto e nascimento que ofereçam menos intervenções e respeito à autonomia, como o Parto Domiciliar Planejado (PDP) (VEDAM *et al.*, 2017). Elas buscam um parto natural, num ambiente acolhedor, com profissionais que confiam na fisiologia do parto e respeitam as boas práticas ao parto e nascimento (GRIGG *et al.*, 2015; KOETTEKER *et al.*, 2018; WALKER, 2017). O PDP atende a essas premissas de cuidado e surge como uma opção àquelas mulheres que podem acessá-lo.

É recomendação da OMS que as mulheres façam a escolha pelo local de nascimento baseadas em seu sentimento de segurança, seja em casa, casa de parto ou hospital (WHO, 1996; 2018). Porém, para decidir ela precisa ter acesso à informações sobre o PDP, bem como sobre outros modelos para parir, para que possa conhecê-los e incluí-los em seu processo decisório (NICE, 2014). As informações, todavia, devem ser buscadas ou recebidas preferencialmente ao longo do pré-natal, a fim de apoiar a escolha informada da mulher, ou seja, o processo dinâmico e interativo de troca de informações e conhecimento especializado entre a mulher e cuidador, influenciado pelo contexto e pelas experiências vividas (O'BRIEN; BUTLER; CASEY, 2017).

Em países como, Nova Zelândia, Holanda, Canadá e Reino Unido, a escolha informada tem orientado decisões políticas centradas no indivíduo, servindo como uma ferramenta para a mudança do modelo de cuidado (CATLING; DAHLEN; HOMER, 2014; LÉGARÉ; THOMPSON-LEDUC, 2014). Esse último desenvolveu o projeto *Birthplace Choices*, acerca da política sobre escolha em relação ao parto, e identificou que as mulheres valorizam o recebimento de informações dos profissionais e querem se sentir confiantes de que o profissional de saúde as apoiaria em suas escolhas (COXON *et al.*, 2017). No sistema de cuidados canadense, a escolha informada representa a possibilidade do cuidado centrado na

mulher, considerando suas decisões e necessidades, bem como a assistência ao parto por profissionais não médicos (MACDONALD, 2017).

No Brasil, o Caderno HumanizaSUS, apresenta como princípio do modelo de assistência obstétrica e neonatal práticas assistenciais que assegurem segurança e humanização, baseadas em evidências científicas e em direitos: direito a autonomia feminina, incluindo o **direito a escolha informada e consentida no parto** (como, com quem e onde ter o parto) (BRASIL, 2014). Apesar de pontuado na política pública, não há incentivo do Ministério da Saúde para que as mulheres façam escolhas informadas relativas ao local de parto. Essa questão resulta na falta de diretrizes para os profissionais e na falta de informação e orientações para as mulheres (CASTRO, 2015). Também, há poucos estudos relatando quais as informações fornecidas às mulheres sobre o PDP (CATHING; DAHLEN; HOMER, 2014), sugerindo que muitas ainda não recebem informações consistentes e abrangentes para tomar essa decisão (SMITH *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a fim de contribuir com essa temática o estudo questionou como as informações acerca do PDP são produzidas no processo de decisão das mulheres por esse modelo de assistência ao parto e nascimento em Santa Catarina. Tendo em vista que as informações sobre a organização do PDP são pouco disseminadas, tem-se como objetivo dessa pesquisa identificar as informações recebidas pelas mulheres que buscaram o PDP como opção na gestação.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva exploratória, realizada no contexto do PDP no estado de Santa Catarina, que conta com equipes nos municípios de Florianópolis, Joinville, Chapecó e recentemente em São Miguel do Oeste, Imbuia e Blumenau, as quais atendem com a opção de financiamento privado. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e abril de 2019, através de um instrumento que continha dados sobre a caracterização sociodemográfica e obstétrica, além de uma entrevista semiestruturada com 17 perguntas abertas. Para o refinamento do instrumento, foi realizada uma entrevista pré-teste, a qual possibilitou alterações na ordem das perguntas e estrutura gramatical do roteiro. As entrevistas foram agendadas via Whatsapp®, gravadas em áudio e brevemente transcritas ambas pela própria pesquisadora e posteriormente foram validadas pelas participantes. Tiveram duração média de uma hora e foram realizadas nove no domicílio das mulheres presencialmente e cinco

via chamada de vídeo pelo aplicativo Whatsapp® após apresentação dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Outra fonte de dados foram documentos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contrato de prestação de serviço, informativos) fornecidos por três das mulheres entrevistadas.

As participantes foram selecionadas mediante contato com profissionais que atendem PDP, trabalham com a humanização do parto e nascimento e pela rede pessoal da pesquisadora principal que atuou neste cenário. Os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a indicar mulheres que atendessem aos critérios de inclusão. Alguns profissionais que conheciam mulheres elegíveis enviaram seus contatos telefônicos por Whatsapp®. Outros, enviaram para listas de e-mail e grupos de Whatsapp® um convite redigido pela pesquisadora, que continha os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão a fim de que as mulheres interessadas em participar do estudo se manifestassem. Com isso, sete mulheres entraram em contato com a pesquisadora manifestando seu interesse pela pesquisa e outras 17 mulheres foram contatadas via contato telefônico e convidadas formalmente para participarem da pesquisa. Dessas últimas, duas não retornaram ao contato e uma desistiu por motivos pessoais. Os critérios de inclusão foram, mulheres que estavam em pós-parto, que demonstraram interesse pelo PDP durante o pré-natal, independente do desfecho do local de parto, residentes em Santa Catarina, maiores de 18 anos. A determinação do número de participantes deu-se através da amostragem por saturação, ou seja, quando prevaleceu a certeza de que, mesmo provisoriamente, foi encontrada a lógica do objeto do estudo em todas as suas conexões e interconexões (MINAYO, 2017). A amostra final foi composta por 14 mulheres.

A análise dos dados aconteceu por meio do processo de análise de conteúdo de Bardin, organizada em por três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material ou codificação e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). O software ATLAS.ti 8.0, licenciado para a pesquisadora principal, auxiliou na organização dos dados a fim de torná-los operacionais. Esse processo organizacional iniciou com a criação de um Projeto constituído por 26 documentos, sendo 14 entrevistas e seis materiais disponibilizados pelas mulheres entrevistadas (contrato de prestação de serviço, termos de consentimento, orientações). Esse processo de organização realizou-se por meio de quatro etapas: 1) leitura flutuante; 2) escolha dos elementos relevantes e representativos; 3) elaboração de hipóteses e objetivos; e 4) referenciação dos índices e elaboração dos indicadores. Com auxílio do ATLAS.ti 8.0 foi feita

a edição dos trechos relevantes das entrevistas (citações), segundo os objetivos do estudo, preparando-os para a etapa seguinte.

Na sequência, procedeu-se à exploração do material, que correspondeu a fase mais prolixa da análise de conteúdo e consistiu essencialmente em operações de codificação, relacionando os depoimentos com mesmo sentido a fim de categorizá-los. Nessa etapa, a função do ATLAS.ti 8.0 foi auxiliar na codificação (códigos) dos trechos dos depoimentos (citações) em unidades temáticas de significado semelhantes (grupos) (FRIESE, 2012). A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, de modo que os mesmos se tornassem significativos e válidos.

Após todo o processo de análise, os dados deram origem a quatro categorias: quais as mulheres que podem optar pelo PDP? (critérios de inclusão/permanência); quem realiza o atendimento e o custo do serviço?; como acontece o acompanhamento do PDP – (Pré-natal – trabalho de parto e parto – pós-parto)?; o que é feito em caso de intercorrências? A pesquisa foi desenvolvida conforme as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cuja aprovação se encontra no parecer de n. 3.090.383. Com o intuito de garantir o sigilo e a confidencialidade dos relatos, as participantes foram identificadas por letras maiúsculas seguidas de números (E1 a E14). Da mesma forma, as fontes dos documentos fornecidos pelas mulheres foram identificadas pelo tipo de documento e uma letra, por exemplo, TCLE equipe X.

RESULTADOS

As mulheres que concederam entrevista para esse estudo tinham entre 24 e 38 anos, sendo que 11 delas tinham mais de 30 anos. Em relação ao grau de escolaridade, seis eram pós-graduadas, sete graduadas e apenas uma limitada ao ensino médio. Das 14 participantes do estudo, todas estavam em um relacionamento, seja por vínculo de união estável (sete) ou casamento (sete). Quanto ao histórico obstétrico, 11 eram primíparas e três tiveram uma cesariana anteriormente. Com relação à história da última gestação, dentre as 14 entrevistadas, cinco optaram pelo parto hospitalar e nove optaram pelo PDP, porém apenas cinco pariram em casa, pois três foram encaminhadas por indicação para o parto hospitalar ainda na gestação e uma durante o trabalho de parto. Em domicílio, três foram atendidas por equipe de profissionais

de saúde, uma por enfermeira obstetra solo e outra por médica pediatra atuando como parteira tradicional.

Os resultados desse estudo dizem respeito às informações sobre o PDP que as mulheres gestantes adquiriram no decorrer do percurso de tomada de decisão pelo modelo de cuidado para seu parto. Independente da motivação, seguiram em busca de informações que pudessem ampliar os conhecimentos sobre um cenário de nascimento pouco conhecido e divulgado. Haja vista, o primeiro contato com o PDP aconteceu através do acesso ao relato de experiência de outras mulheres que já teriam vivenciado o parto em casa de uma maneira positiva:

Dessa maneira, depois do interesse despertado, as mulheres buscaram informações sobre o PDP em diferentes cenários, sendo a internet a principal fonte (vídeos de parto em casa, Facebook®, blog de profissionais): “[...] lia muitos relatos de parto, os relatos de parto me deram um apoio e uma segurança muito grande [...] facebook [...]”, (E10). “[...] na internet eu vi o relato escrito, vi vídeo, no grupo teve tanto a experiência de mulheres que tiveram parto domiciliar, que foram lá contar”, (E4). Contudo, elas também sentiram falta de fontes de informação não tendenciosas para ajudá-las na tomada de decisão: “[...] cada um defende o seu lado [...] pessoas que tem profissões diferentes e elas tem linhas diferentes, cada um puxar pra um lado, você não vai conseguir ter um contexto integrado pra você evoluir [...] isso eu acho que a gente tem que ter muita atenção, assim aqui no Brasil”, (E13). “[...] se é uma enfermeira que atende o parto domiciliar, ela vai florear o parto domiciliar e vai fazer propaganda do parto domiciliar no site, se é um médico que é contra, ele vai detonar o parto domiciliar”, (E1).

À medida que se questionava as mulheres sobre as informações que as mesmas buscaram e/ou receberam ao longo da tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento, tanto para elas, quanto para o seu bebê, muitas perguntas surgiram mostrando quais eram as dúvidas que as mulheres vivenciavam. Dessa forma, nesse estudo, optamos por apresentar as categorias em forma de interrogação e as informações resultantes compiladas como respostas para as mesmas. Contudo, em virtude da diversidade dessas fontes, bem como do momento em que foram acessadas, não foi possível identificar as diferentes fontes para cada informação, sendo que a informação pode ter origem científica ou fruto de experiências.

Categoria 1: Quais as mulheres que podem optar pelo PDP?

As mulheres que pretendem um parto em casa precisam atender a alguns critérios de inclusão e de permanência. Eles dizem respeito a idade gestacional, condições que aumentam

o risco obstétrico e neonatal, histórico obstétrico, apresentação fetal, acompanhamento pré-natal sem intercorrências. Assim, é importante que as mulheres sejam esclarecidas sobre estes critérios, como ficou evidenciado nos relatos das entrevistadas: “[...] estourou a bolsa no dia que eu fiz 36 semanas [...]. Eu já sabia [...] que a partir de 37 que é o domiciliar e aí eu já sabia que teria que ir pro hospital”, (E12).

Estas informações também ficam evidentes nos contratos das equipes que atendem o PDP. A prestação de serviços para as mulheres que decidem pelo PDP formaliza-se através de um contrato. Durante as entrevistas, as mulheres forneceram uma cópia dos documentos que haviam recebido. Assim, destacamos algumas informações sobre os critérios de inclusão da mulher para o PD: “[...] gravidez única, de baixo risco [...], estar sob acompanhamento pré-natal com profissional médico especializado até a data do parto [...] disponibilizar para a equipe de enfermagem o cartão pré-natal, todos os exames pré-natais”, (Contrato Equipe X).

Além disso, as mulheres recebem para ciência e assinatura o TCLE referente ao atendimento e teve quem recebeu um termo específico para parto vaginal pós-cesariana, por exemplo:

[...] a gente tinha o contrato também assinado com a equipe que traziam essas informações; e [...] teve um documento que eu assinei específico de parto [...] normal pós-cesariana [...] nesses documentos tinham algumas orientações, na verdade esse de parto vaginal pós-cesária ele era bem assustador [...]. (E10).

Mesmo depois de optar pelo PDP, algumas situações podem fazer com que os planos mudem: “[...] minha parteira [...] disse que a partir de 41 semanas ela não poderia fazer o parto, por questões legais e tal [...]”, (E7). “[...] nós passamos tudo do protocolo! [...] passou o tempo de bolsa estourada [...]”, (E9).

Categoria 2: Quem realiza o atendimento e o custo do serviço?

Na assistência ao PDP, as entrevistas mencionaram receber orientações sobre diferentes categorias profissionais envolvidas no processo, sendo que a presença da enfermeira obstetra destacou-se entre elas. Em geral, pelo menos um profissional habilitado para atendimento ao parto está presente, sendo enfermeira obstetra, médica pediatra ou médica obstetra. A possibilidade do acompanhamento ser realizado por parteira também foi citada: “[...] o parto pode ser feito com uma doula e uma enfermeira obstetra, ou só uma enfermeira obstetra, agindo como uma doula [...] não necessariamente precisa da obstetra [...] e tem partos que são só com

a parteira e com a doula”, (E12). Outras mulheres, como doula e amiga, também fazem parte desse cenário de cuidado.

Informações sobre o investimento financeiro, o custo para acessar a um PDP, também foram destacadas pelas mulheres. Uma vez que, o mesmo, não faz parte dos serviços públicos disponíveis, e é considerado alto pelas mulheres (R\$ 5.000,00 a 7.500,00, em 2018). Este fato implica em difícil acesso e gera preocupação: “[...] a gente parcelaria sei lá, em 10 vezes o parto [...] algo que eu acho que deveria ser de graça [...] acho isso muito absurdo [...] o parto domiciliar não tem na rede pública, só privada”, (E11). “[...] veio a questão do valor, né, uma coisa que nos preocupava”, (E5).

Categoria 3: Como acontece o acompanhamento do PDP? Pré-natal – trabalho de parto e parto – pós-parto

Em relação ao processo de acompanhamento do PDP as mulheres recebem informações sobre as diferentes etapas que vivenciam ao longo da gestação e nascimento.

O acompanhamento pré-natal acontece paralelo ao pré-natal realizado com obstetra ou equipe da Atenção Básica. O pré-natal voltado para o PDP integra a troca de informações, o fortalecimento do vínculo entre equipe e mulher, bem como possibilita à mulher olhar para si, identificar suas vontades, potencialidades e medos, e se conectar com o bebê: “[...] elas iriam na verdade na minha casa, me ajudar a montar esse ambiente, me dar sugestões de como poderia ser [...]”, (E4). “[...] vir em casa, conversar com a família [...] por que que a gente quer, quem foi que falou, o que que a gente sabe, quais são nossos medos [...], (E12).

Além disso, nas consultas o profissional irá investigar o histórico obstétrico e de doenças prévias da mulher, analisar os exames laboratoriais e realizar a avaliação obstétrica: “[...] o pré-natal ele é específico [...] pra ouvir os batimentos, sentir o bebê, saber as posições, sem a necessidade do ultrassom, vê a quantidade de líquido [...]”, (E12). “[...] acompanhamento do bebê, pra ver se ele tava bem encaixado, pra ver se ele não tinha nenhum problema de pré-eclâmpsia, se é. se a mulher não tinha pressão alta [...], (E3).

No trabalho de parto é oferecido apoio emocional e conforto para mulher (massagens, posições), bem como cuidados técnicos. A mulher é respeitada em seu tempo e tem liberdade para se expressar e ainda contar com a participação do companheiro nesse processo: “No trabalho de parto em si e eu sabia que ia ser respeitado o meu tempo... que eu ligar pra elas e podia que elas ficassem em casa ou não, dependendo do tempo que tivesse de TP”, (E1). “Elas

faziam os exames, tudo bem comigo, tudo bem com ela [bebê], seguimos [...] elas conduziam, e eu fazia tudo que podia fazer na teoria do parto e dançávamos, e caminhávamos, cantávamos [...] tudo que no parto dá pra fazer, eu fiz!”, (E9).

Após o nascimento, as profissionais informaram que permaneceriam no domicílio o tempo necessário para oferecer apoio à mulher e recém-nascido, além de monitorarem o bem-estar de ambos: “[...] depois que o bebê nascesse ela [enfermeira obstetra] permaneceria por ainda mais quatro horas [...] pra checar o bebê, se eu tava conseguindo amamentar e dar essa assistência também depois que o bebê nascesse”, (E6).

As consultas posteriores têm foco na amamentação e cuidados com o bebê, como a avaliação do peso e desenvolvimento: “Os primeiros encontros foram assim [...] seguidos, por causa da questão da amamentação, do peso, do desenvolvimento dela, do meu também. Tive uma laceração também, pra ver como tava [...]”, (E5). “Ela me disse também que [...] me ajudaria fazendo a certidão de nascimento [...], o teste do pezinho também [...]”, (E6).

Categoria 4: Em caso de intercorrências, o que é feito?

Independente do local de nascimento, o parto está sujeito a intercorrências tanto com a mãe quanto com o recém-nascido. A principal preocupação das mulheres que cogitaram um parto em casa é com relação ao bebê: “[...] o bebê nascer parado, uma hemorragia [...]”, (E11). “[...] se o bebê nascer e precisar de algum aparato, alguma ferramenta que aqui em casa não tem [...] quando ele nascesse se tivesse alguma dificuldade [...]”, (E14). “[...] se acontecesse algum problema como o bebê, o tempo de transferência de casa até o hospital seria viável [...]”, (E6).

As mulheres reconhecem o risco de intercorrências, e descrevem que foram informadas sobre como serão manejadas em domicílio: “Com relação a sangramento também me tranquilizaram que isso aí conseguia tranquilamente resolver aqui”, (E14). “[...] várias coisas dá pra ser feito em casa [...] com os materiais delas, basicamente é a mesma coisa, não teria uma UTI neonatal, e não teria como fazer uma cesária, né, mas no mais [...]”, (E12). “[...] ele perguntou [marido], se tivesse que dá ponto, se ela dava. Dava, né, tem todo o kit e tudo”, (E8). O TCLE de uma das equipes, no entanto, é mais abrangente quando explicita outras intercorrências e pontua que: “Apesar desses eventos serem bastante raros em partos de baixo risco, alguns deles podem ser fatais, qualquer que seja o ambiente onde venham a ocorrer”, (TCLE Equipe X).

Já, em se tratando de necessidade da transferência para uma unidade hospitalar, as mulheres receberam informações de que os profissionais responsáveis pela assistência providenciam o deslocamento em tempo oportuno, em transporte próprio ou serviço de atendimento de urgência e emergência: “[...] elas davam esse suporte pra transferência e que os riscos é, e que, elas não deixariam pra que eu fosse transferida num momento em que fosse de urgência tão alta assim né”, (E10). “[...] se acontecer alguma coisa com o bebê, a gente iria direto pro hospital e esse tempo seria suficiente”, (E6). “[...] falaram que tinha um carrinho do oxigênio, e que elas estariam sempre atentas, se precisasse iria pra maternidade. Que não era pra gente se preocupar, elas iriam estar observando”, (E2). “[...] poderia ser chamado o SAMU ou carro particular, o nosso carro, se houvesse a necessidade”, (E5).

Contudo, uma das entrevistadas sinalizou a ausência de integração entre o PDP à rede de saúde local: “[...] não existe uma rede de atendimento [...] eu percebi que o parto domiciliar ele é feito sem ter uma relação de ser abraçado pela rede de saúde [...] não existe essa conexão de saúde das iniciativas de parto domiciliar [...] com algo maior que possa dar um suporte”, (E13). Corrobora com essa informação a falta de garantia da continuidade da assistência, já que na instituição de saúde a mulher está sujeita aos cuidados da equipe hospitalar: “[...] a maioria dos hospitais e estabelecimentos não dão apoio ao parto domiciliar e podem ser bastante hostis e acusatórios em situações em que há necessidade de intervenções médico-hospitalares em um parto ou pós-parto oriundos do domicílio”, (TCLE Equipe X).

DISCUSSÃO

As informações das participantes do estudo corroboram com estudos nacionais a respeito da variável idade e escolaridade, ou seja, entre 30-35 anos e aproximadamente 68% com ensino superior (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKER *et al.*, 2018). Sendo que a alta escolaridade mostra que se trata de um público singular, que têm acesso à informação, questiona o modelo vigente e busca um local para o parto que atenda às suas expectativas (KOETTKER *et al.*, 2018).

Quanto à internet ser a principal fonte de informações das mulheres, percebe-se que atualmente a internet é uma fonte relevante de informações em saúde e com relação ao parto, ela confirma a experiência da outra mulher, demonstrando não ser algo excepcional, pessoal ou pontual. Seja uma experiência positiva de parto em casa ou uma violência obstétrica sofrida, a internet evidencia essas questões e permite que a mulher as problematize, refletindo sobre seu

poder de decisão e mudando a consciência sobre seu corpo. Dessa maneira, passa a questionar modelos de cuidado, reivindica mudanças no sistema, amplia seu poder de escolha, além de construir redes de apoio (LESSA *et al.*, 2014; OLIVEIRA; PINTO, 2016).

No entanto, outro aspecto relativo à internet é a quantidade de conteúdo disponibilizado na rede sem qualidade científica, incluindo muitas vezes informações errôneas ou distorcidas sobre o PDP. Assim, essas também farão parte do repertório de fatores que compreendem a escolha dessa mulher pelo modelo de cuidado ao parto. Portanto, possibilitar que as mulheres também tenham acesso às informações baseadas em evidência sobre o PDP contribui para ela possa identificar os benefícios e os riscos das diferentes opções de cuidado que ela pode considerar a fim de decidir alinhada aos seus valores e preferências.

Aqui, a importância do profissional de saúde pré-natalista no tocante ao fornecimento dessas informações, seja através de panfletos, vídeos, tabelas, é de fundamental importância para contribuir com a tomada de decisão da mulher. Constitui-se uma barreira a essa proposta o fornecimento de informações incompletas, imprecisas, tendenciosas, como por exemplo o profissional utilizar valores pessoais, experiências específicas, para amedrontar a mulher acerca do parto em casa. Ou, por outro lado, utilizar evidências relativas à segurança do PDP proveniente de países que têm o parto domiciliar integrado ao sistema de saúde a fim de sinalizar essa mesma segurança na realidade brasileira na qual o parto em casa está desintegrado da rede, inclusive sendo hostilizado por muitos profissionais.

Para garantir uma tomada de decisão consciente, portanto, posturas como essas são desaconselhadas. Já, a construção de uma relação de confiança entre a mulher e o profissional, que prevaleça o interesse de gerar uma escolha informada, de esclarecer dúvidas e oferecer suporte para a decisão são premissas que reforçam a autonomia feminina.

A fim de contribuir no quesito informações, o ponto de partida desse estudo foi identificar quais mulheres poderiam optar por um PDP. Uma vez que as mulheres que desejam um parto domiciliar precisam atender a alguns critérios clínicos de elegibilidade. Porém, no Brasil, não há um protocolo de atenção ao PDP específico e consolidado como uma diretriz nacional para orientar os profissionais que prestam esse serviço (KOETTKER, 2016). De modo geral, é considerado critério de inclusão pelos profissionais que assistem ao PDP, as mulheres consideradas de risco obstétrico habitual, idade gestacional entre 37 a 42 semanas, com gestação única, feto em apresentação cefálica, além da concordância do casal manifestada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (COLOSSI, 2017; COREN, 2017).

Em contrapartida, a recomendação nacional que aborda a escolha do local de parto não apresenta critérios específicos, porém, considera a paridade como critério de inclusão. Aponta que para mulheres nulíparas de risco habitual não é recomendado o parto em domicílio, tendo em vista o maior risco de complicações para o recém-nascido e pontua, inclusive, que a mulher deve ser informada que as evidências que sustentam essa recomendação são oriundas de outros países e não são necessariamente aplicáveis ao Brasil. Já, para mulheres múltíparas de risco habitual o parto domiciliar não deve ser desencorajado, desde que a mulher tenha acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade em caso de necessidade de transferência (BRASIL, 2016). Mais adiante, na categoria que trata das intercorrências, outros dados acerca do RN e transferência serão discutidos, até mesmo embasados com literatura nacional e internacional mais recente.

Outro aspecto a ser considerado é que os critérios de inclusão precisam ser mantidos ao longo do ciclo de cuidados maternos. Assim, o profissional que acompanha essa mulher deve realizar a avaliação clínica e contínua de risco durante o pré-natal, trabalho de parto e parto. Em caso de identificar situações que contraindiquem o PDP cabe ao profissional fornecer informações baseadas em evidências científicas para a mulher, facilitar a tomada de decisão centrada na mulher e recomendar consultoria, referência ou colaboração do profissional especializado (HEALTH SERVICE EXECUTIVE, 2016; NYSALM, 2015).

Como já citado anteriormente como critério de inclusão, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é um instrumento utilizado com a finalidade de oficializar as informações que foram discutidas com a mulher. Inclusive, as mulheres dessa pesquisa forneceram o TCLE como um documento importante para se obter informações. São elementos que tradicionalmente constituem o TCLE a divulgação da informação, isto é, que a mulher seja totalmente informada; a compreensão, relativa a capacidade racional da mulher e a voluntariedade, que significa estar livre de coerção para consentir (ATKINS, 2006). Assim, é importante considerar a capacidade da mulher para consentir, que se configura em ser capaz de entender as informações relevantes para tomar uma decisão sobre o cuidado e compreender as consequências previsíveis de uma decisão ou a falta dela (COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2018).

Em Ontário, por exemplo, exige-se das *midwives* que reconheçam as mulheres como tomadoras de decisões primárias e forneçam opções informadas em todos os aspectos do atendimento. Para além disso, as *midwives* são legalmente obrigadas a obter consentimento

antes de fornecer o tratamento, a fim de respeitar a autonomia das mulheres bem como para se protegerem diante da responsabilidade de algum cuidado fornecido ou não fornecido (COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2018). Por esse aspecto, o TCLE visa efetivar a proteção do profissional diante de situações que por ventura configurem em desfecho desfavorável após a opção da mulher no contexto do cuidado. Ou seja, o fornecimento de informações, a defesa dos desejos expressos e implícitos da mulher e o cuidado em eliminar as possíveis influências externas no processo de tomada de decisão, que são requisitos para o profissional desempenhar seu papel na promoção da autonomia da mulher, dividem espaço com a insegurança profissional e falta de amparo e estrutura em rede, que assolam assistência ao parto em domicílio (ATKINS, 2006).

Outra questão apontada pelas mulheres, diz respeito ao profissional/equipe que atende ao PDP. Em se tratando do profissional habilitado para atender PDP, em âmbito nacional, recomenda-se que a assistência ao nascimento de risco obstétrico habitual seja realizada por médico obstetra, enfermeira obstetra e/ou obstetriz, qualificados e devidamente registrados em seu Conselho de Classe (BRASIL, 2016; KOTTEKER, 2016). Porém, a predominância de enfermeiras no cenário do PDP está associada ao fato do Conselho Federal de Medicina (CFM) desaconselhar, desde 2012, o parto fora do ambiente hospitalar (CFM, 2012). Em Santa Catarina, especificamente, os médicos foram proibidos de atender ao trabalho de parto, parto ou recém-nascido fora do ambiente hospitalar conforme a Resolução 193/2019 (CRM, 2019).

Já, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta a atuação da Enfermagem Obstétrica pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498 de junho de 1986. Através do parecer 003/2019, esclarece que cabe a enfermeira, como membro da equipe multidisciplinar, a realização de acompanhamento pré-natal, parto sem distócias e puerpério, mas somente às enfermeiras obstétricas ou obstetrizes poderão realizar anestesia local, episiotomia e episiorrafia se necessário, além de serem responsáveis pela identificação dos riscos obstétricos e perinatais e a tomada de decisão até a chegada médica. Uma vez que a lei não restringe o local de atuação dessas profissionais e que não há dispositivo que impeça essa opção pela mulher, os profissionais da enfermagem podem atuar no PDP (COFEN, 2012; 2019).

As participantes dessa pesquisa trouxeram a presença da assistência de parteiras no PDP, cabe observar que a atuação das parteiras tradicionais na assistência ao parto é regulamentada pelo COFEN apenas para áreas específicas como norte, nordeste e Minas Gerais, desde que seja

titular do certificado previsto pelo Decreto-lei nº 8.778 (1946) ou certificado validado no Brasil até 1988. Portanto, atuação de parteiras em Santa Catarina está em desacordo com tal regulamentação, fato que implica na ausência de fiscalização da prática dessa assistência e exercício ilegal da profissão (COREN, 2019).

Outrossim, cabe a observação que alguns enfermeiros que atendem PDP utilizam a designação de “parteiras” em sua apresentação, a fim de referenciar a tradição do parto em casa, como um ritual feminino e natural. Dessa forma, sua atuação está de acordo com o que as mulheres que se interessam pelo PDP buscam para esse momento: soma-se a oferta à procura. Então, seria incongruente dispensar à mulher a avaliação da competência do profissional para assistir ao parto, visto que tal habilidade é função dos órgãos reguladores. Porém, a mulher tem o direito de conhecer essas informações no curso do processo decisório, a fim de que possa agregá-las ao seu saber e vivência pessoal, a ponto de considerar essa informação, que poderá ou não influenciar na sua escolha. Da mesma forma, importante ser informada que se recomenda a promoção de modelos de assistência ao parto que incluam a enfermeira obstétrica e obstetritz por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação da mulher (BRASIL, 2016; MATTOS, VANDENBERGHE, MARTINS, 2014; SANDALL *et al.*, 2015).

Outra informação importante para mulher é a de que o PDP no Brasil não faz parte da política pública brasileira, ou seja, não está entre as opções oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), então esse serviço é financiado pela mulher (BRASIL, 2016). Essa ausência do estado diante desse local de parto e modo de parir faz com que o PDP seja uma possibilidade restritiva, uma vez que apenas as mulheres que podem pagar conseguem acessá-lo. Como fica o direito de escolha da mulher e o respeito a sua autonomia nesse cenário? Restrito a um grupo seleto de mulheres brancas, casadas, com elevada escolaridade e emprego fixo que podem disponibilizar a quantia de aproximadamente seis salários mínimos e, principalmente, têm a possibilidade de escolher ao questionar o modelo hegemônico (KOETTKER *et al.*, 2018).

Logo, além de informação de qualidade acerca do PDP é necessária a inclusão social e política desse modelo de cuidado que associa o parto em casa não apenas a mudança de endereço (hospital – casa), mas a uma mudança que envolve novos comportamentos, valores e sentimentos relacionados à maneira de parir e nascer (COLLAÇO *et al.*, 2017).

Assim, é esperado que a mulher busque informações sobre todo o processo de acompanhamento do PDP, sendo que as mulheres deste estudo apontam que o atendimento

difere em muito da nossa realidade brasileira. Isso porque no PDP o mesmo profissional ou equipe realiza o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto. Dessa forma, o vínculo se estabelece e se fortalece a cada encontro. A mulher se sente apoiada nas suas escolhas e confiante para vivenciar seu processo parturitivo com segurança, menos intervenções e maior satisfação (KOETTER *et al.*, 2015).

O parto domiciliar é planejado e construído ao longo da gestação com a mulher, acompanhante e profissional. Desde a seleção para o PDP como no decorrer do pré-natal, parto e pós-parto a mulher é reconhecida como “especialista” do seu corpo e envolvida na tomada de decisão. Neste sentido, um estudo nacional realizado com 667 mulheres que optaram pelo PDP, mostrou que 84,4% pariram em casa, sendo que 99,1% escolherem posições diferentes da litotômica e nenhuma foi submetida à episiotomia (KOETTKER *et al.*, 2018). Enquanto que em partos hospitalares dados do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2011-2012), 92% das mulheres paririam em litotomia e 56% delas foram submetidas à episiotomia. Resultados divergentes, que sugerem que os diferentes modelos de cuidado oferecem distintas possibilidades para mulheres se expressarem (LEAL *et al.*, 2014).

Ainda, cabe ênfase aos cuidados puerperais no acompanhamento domiciliar, que geralmente se estendem até o 10º dia pós-nascimento, pois seguem a oferta de boas práticas à mulher e bebê (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETEKER, 2016). O estímulo ao aleitamento materno começa com o contato pele a pele em mais de 90% dos bebês nascidos em casa e com a amamentação precoce. A mulher também contará com a disponibilidade do profissional para cuidados com a apojadura e adaptação a nova vida (KOETTER *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2018). Coerente à essa assistência, estudos demonstram que mulheres que têm rede de apoio no pós-parto e recebem apoio profissional, tem mais chance de amamentar exclusivamente e menos risco de problemas psicológicos (CASAL *et al.*, 2016; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2016).

Essas características positivas abordadas em relação ao acompanhamento do parto em casa, porém, dividem espaço com inquietações acerca da segurança do PDP, especialmente em se tratando do RN. Considerando que as escolhas no contexto da gravidez e parto são influenciadas pela responsabilidade que as mulheres sentem pela segurança e bem-estar do bebê, faz sentido que sejam contempladas com informações que lhes assegurem segurança emocional para decidirem pelo local de parto (O'BRIEN; BUTLER; CASEY, 2017).

Nesse sentido, estudo nacional com 100 participantes (2005 – 2009), apresentou elevada

frequência de escore de Apgar ≥ 7 no 5º minuto e apenas uma transferência de RN para UTIN. A autora do estudo destaca que essa transferência não esteve relacionada com a assistência realizada em domicílio (KOETTER *et al.*, 2015). Os dados corroboram com a revisão sistemática internacional que comparou resultados maternos e neonatais em diferentes locais de nascimento, identificando que há significativamente menos chances de bebês nascidos em casa serem admitidos em UTIN além de que a mortalidade perinatal não difere em partos hospitalares e domiciliares entre nulíparas e múltíparas (SCARF *et al.*, 2018). Estudo esse que diverge da já citada recomendação brasileira que aponta maiores complicações neonatais para nulíparas (BRASIL, 2016). Em vista dessa incoerência diante das informações, é imperioso que as evidências que constituem o escopo pra auxiliar as mulheres na tomada de decisão pelo local de parto sejam atualizadas constantemente bem como contextualizadas para o cenário em que serão utilizadas. Isso porque, as características que constituem a organização assistencial do PDP aqui no Brasil e na Holanda, por exemplo, são muito distintas (DE JONGE *et al.*, 2014). Seguindo esse assunto, mas agora com relação às intercorrências que afetam as mulheres no parto em casa, as mais frequentes foram a dequitação prolongada da placenta (33, 7%) e a hemorragia pós-parto (6,4%), sendo que ambas foram manejadas com sucesso em domicílio, sem necessidade de encaminhamento conforme o estudo com 187 mulheres, entre 2002 e 2012, no sul do Brasil (KOETTKER; BRÜGGEMANN; KNOBEL, 2017).

Relevante sinalizar que as intercorrências em domicílio contam com a assistência de profissionais periodicamente treinados e atualizados, bem como com equipamentos para intervir seja com a mulher ou com o RN (reanimador manual adulto e neonatal, cilindro de oxigênio, fluídos para reposição volêmica, medicamentos, sondas, fios para sutura) (FEYER *et al.*, 2009; KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013; KOETTKER *et al.*, 2012).

No entanto, as intercorrências são divididas entre àquelas que podem ser manejadas em domicílio, como a hemorragia pós-parto e àquelas menos frequentes que necessitam de encaminhamento ao serviço médico-hospitalar em tempo oportuno para um desfecho favorável. A saber, as principais causas de encaminhamento materno são a parada de progressão fetal, da dilatação cervical e a desproporção cefalopélvica, além de encaminhamento por solicitação da mulher e/ou da família (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013; KOETTKER *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2018). Porém, outras situações que necessitam de atendimento hospitalar emergencial podem ocorrer, apesar da baixa incidência mesmo em gestações de risco variado, como a ruptura uterina sem cicatriz prévia, 0,0045% (GIBBINS *et al.*, 2015), prolapso de

cordão, 0,16 % (BEHBEHANI; PATENAUDE; ABENHAIM, 2016) e parada cardiorrespiratória no RN, 0,01% (SBP, 2016).

Desse modo, da mesma forma que nos encaminhamentos corriqueiros, a transferência para o hospital nessas situações limítrofes, deve acontecer em condições oportunas, que incluem tempo de deslocamento, transporte adequado e equipe especializada receptiva. Aqui, parece que há uma lacuna no conhecimento das mulheres sobre a importância da organização da rede assistencial de suporte ao PDP em casos de encaminhamento, já que remetem confiança no tempo, seja para identificação da intercorrência ou para deslocamento. Nas falas das mulheres, fica explícito que o profissional garante uma transferência em tempo oportuno e que o mesmo tem condições de realizar os primeiros atendimentos quando necessário.

Contudo para Walker (2017) há fatores que contribuem para o aumento do risco de eventos adversos em domicílio e estão relacionados a três atrasos: uma decisão tardia do profissional para buscar atendimento hospitalar, a chegada tardia a uma unidade de saúde e o atraso na prestação de cuidado no ambiente hospitalar. Ou seja, atualmente no Brasil, a ausência de um sistema formalizado de suporte profissional e/ou hospitalar caso a mulher e/ou recém-nascido necessitem de transferência durante a assistência em casa fortalece pelo menos dois desses atrasos (chegada tardia e atraso na prestação do cuidado) (KOETTKER, 2016). Assim, o acesso rápido e integrado na necessidade de transferência que caracterizam o PDP como opção segura não é contemplado nessa realidade (DE JONGE *et al.*, 2009).

Dessa maneira, apesar das taxas de transferência nacionais, tanto para parturiente (15,6%), quanto para o recém-nascido (1,6%) e puérpera (1,9%) serem reduzidas, coerentes com estudos internacionais (KOETTKER *et al.*, 2018; WAX *et al.*, 2010; WOODCOCK *et al.*, 1994), a mulher precisa conhecer a fragilidade da sua rede de referência para poder considerá-la na sua escolha. Inclusive, aqui se pode inferir que a taxa de transferência seja baixa justamente pela dificuldade de acesso ao serviço especializado (HUTTON *et al.*, 2015).

Mesmo já existindo estudos sobre a relação entre a distância do serviço hospitalar e os resultados dos PDP (DARLING *et al.*, 2018; COMEAU *et al.*, 2018), este assunto ainda é pouco abordado na tomada de decisão pelo PDP. Em estudo de coorte canadense, Darling *et al.* (2018) encontraram que não há aumento de desfechos neonatais adversos para partos em casa que foram planejados a mais de 30 (trinta) minutos de um hospital com acesso a cesariana. Já, a recomendação brasileira relativa ao tempo de transferência está descrita apenas na Portaria nº 11 de 2015 relativa ao Centro de Parto Normal (CPN) peri-hospitalar, a qual limita o tempo de

deslocamento inferior a 20 (vinte) minutos do CPN ao hospital (BRASIL, 2015).

Dessa maneira, na ausência de definições quanto ao tempo de deslocamento, a distância percorrida entre a casa da mulher que pretende um PDP até o hospital de referência deve ser considerada no percurso da escolha e problematizada a partir da taxa de transferência dos partos domiciliares locais e dos riscos associados a possíveis atrasos no acesso ao serviço médico hospitalar (HOME BIRTH DEMONSTRATION PROJECT, 2008). Em vista do exposto, importante notar que, para desenhar o modelo de cuidado referente ao PDP, há que se considerar toda a organização da rede, garantir sistemas de referência robustos, infraestrutura, disponibilidade de transporte, profissionais capacitados em todos os níveis e financiamento para custeio (BRASIL, 2016). Porém, independente da formalização de um sistema adequado de rede de suporte assistencial para o PDP, destacamos que o acesso às informações que possibilitam a escolha informada pela mulher são fundamentais e denotam respeito a sua autonomia.

As informações compartilhadas pelas entrevistadas a respeito do PDP foram relevantes e suficientes para revelar aspectos a serem considerados no percurso decisório. Quando informada sobre quem pode, quem atende, qual o investimento, como acontece e o que é feito na assistência ao PDP a mulher adquire subsídios para se tornar mais ativa nas suas escolhas e conseqüentemente mais responsável por elas. Portanto, a escolha é da mulher, mas para efetivá-la com segurança e coerência com seus valores e preferências, ela precisa conhecer os atores, o roteiro, cenário e contexto que especificam a glória e o drama de parir em casa.

CONCLUSÃO

As mulheres que buscaram o PDP com opção durante a gestação receberam informações acerca desse modelo de cuidado de diferentes fontes, sendo a internet a principal delas. Essa situação chama atenção pelo aspecto positivo, por aproximar experiências que fortalecem mulheres, bem como pelo aspecto negativo que está atrelado à informações de qualidade científica questionável sobre o PDP. Destaca-se a importância do pré-natalista no fornecimento de informações baseadas em evidência científica através de instrumentos que permitam que a mulher faça uma escolha informada e não induzida.

Entre as diferentes informações, nesse estudo foram elencadas àquelas que caracterizam o PDP a iniciar pelos critérios de elegibilidade para acessá-lo: gestação de risco habitual, feto único, apresentação cefálica, concordância com o TCLE fornecido pelo

profissional/equipe. Não menos importante, porém também restritivo, é o investimento financeiro necessário para acessar ao PDP, visto que depende de recursos particulares, por não fazer parte da política pública materno-infantil brasileira. A organização do cuidado no PDP, desde o pré-natal ao pós-parto, foi abordada, sendo recorrente a referência ao vínculo e apoio dos profissionais que prestam essa assistência em todas as etapas.

As intercorrências inerentes ao parto e nascimento também foram discutidas, ressaltando-se a preocupação das mulheres com o recém-nascido, bem como a confiança adquirida nos profissionais para o manejo das intercorrências. Porém, em necessidade de transferência, evidenciou-se a falta de informações acerca das implicações da frágil integração do PDP na rede de assistência à saúde materno-infantil brasileira. Esse fato merece a atenção dos profissionais que se disponibilizam a auxiliar as mulheres na tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento, haja vista, a segurança do PDP está intimamente relacionada à efetiva articulação com a rede hospitalar.

Nesse sentido, a informação gerada sobre critérios de inclusão, acesso e acompanhamento, bem como o desvelamento de fragilidades do PDP cumprem os objetivos desse estudo. Como limitações da pesquisa, destacamos a dificuldade de encontrar às mulheres que intencionaram o PDP, mas desistiram dessa opção. Recomenda-se, por hora, novos estudos com outros atores envolvidos neste processo e que se abra o debate do tema para que o Estado promova uma política pública que favoreça a escolha informada pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ATKINS, K. Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach. **Nursing Philosophy**, v. 7, n. 4, p. 205-215, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Almedina, 2011.

BEHBEHANI, S.; PATENAUDE, V.; ABENHAIM, H.A. Maternal risk factors and outcomes of umbilical cord prolapse: a population-based study. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 38, n. 1, p. 23-28, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Coleção de Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 11 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Energéticos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Relatório de recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília, DF, 2016.

CASAL, C.S.; LEI, A.; YOUNG, S.L.; TUTHILL, E.L. A critical review of instruments measuring breastfeeding attitudes, knowledge, and social support. **Journal of Human Lactation**, v. 33, n. 1, p. 21-47, 2016.

CASTRO, C. M. de. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015.

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

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**. 2012. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3%3Aportal&Itemid=1. Acesso em: 18 dez. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota oficial nº 001/2012/ASCOM**. O enfermeiro tem competência científica, técnica e legal para a condução do parto domiciliar, sem distócia, desde que o ambiente apresente condições mínimas de higiene, a gravidez seja de baixo risco e a gestante tenha realizado pré-natal e preparo psicológico. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom_15533.html. Acesso em: 09 mai. 2018

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer técnico: 003**. Brasília: COFEN, 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html. Acesso em: 15 nov. 2019.

COLACIOPPO, P.M.; KOIFFMAN, M.D.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A.; OSAVA, R.H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, n. 2, p. 81-90, 2010.

COLLAÇO, V.S.; SANTOS, E.K.A.; SOUZA, K.V.; ALVES, H.V.; ZAMPIERI, M.F.; GREGÓRIO, V.R.P. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami team. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTÁRIO. **Guide to the Health Care Consent Act: Consent Act**. Ontário, 2018. Disponível em: <https://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2018/10/Guide-to-the-Health-Care-Consent-Act-final.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

COLOSSI, L. **Cr terios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado**: proposta de um protocolo. 2017. 233 f. Disserta o (Mestrado em Enfermagem) – Programa de P s-Gradua o em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florian polis, 2017. Dispon vel em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 fev. 2019.

COMEAU, A.; HUTTON, E.K.; SIMIONI, J.; ANVARI, E.; BOWEN, M.; KRUEGAR, S.; DARLING, E.K. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. **Birth**, v. 45, n. 3, p. 311-321, 2018.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Diretrizes para o atendimento do Parto Domiciliar Planejado em Santa Catarina**, 2017. Dispon vel em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2018.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Parecer COREN/SC n  004/CT/2019**. Atribui es, forma o e regula o necess rias para a realiza o de parto por Enfermeiras Obstetras, doulas e parteiras. Florian polis, SC, 2019.

COXON, K.; CHISHOLM, A.; MALOUF, R.; ROWE, R.; HOLLOWELL, J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a ‘best fit’ framework approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 103, 2017.

CRM. Conselho Regional de Medicina. **Resolu o 193**: resolu o CRM-SC n  193/2019. Florian polis: CRM, 2019. Dispon vel em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

DARLING, E.K.; LAWFORD, K.M.O.; WILSON, K.; KRYZANAUSKAS, M.; BOURGEOULT, I.L. Distance from home birth to emergency obstetric services and neonatal outcomes: a cohort study. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 64, n. 2, p. 170-178, 2018.

DE JONGE, A.; GEERTS, C.C.; VAN DER GOES, B.Y.; MOL, B.W.; BUITENDIJK, S.E.; NIJHUIS, J.G. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. **BJOG**, v. 722, n. 5, p. 720-728, 2014.

FEYER, I.S.S.; SILVA, J.; KOETTKER, J.G.; CALVETTE, M.F.; BURIGO, R.A.; COLLA O, V.S. **O florescer da vida**: parto domiciliar planejado, orienta es para gesta o, parto e p s-parto. Florian polis: Lagoa; 2009.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage, 2012.

GIBBINS, K.J.; WEBER, T.; HOLMGREN, C.M.; FLINT PORTER, T.; VARNER, M.W.; MANUCK, T.A. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 213, n. 3, p. 382e1-382e6, 2015.

GRIGG, C.P.; TRACY, S.K.; SCHMIED, V.; DAELLENBACH, R.; KENSINGTON, M. Women's birthplace decision-making, the role of confidence: part of the evaluating maternity units study, New Zealand. **Midwifery**, v. 31, n. 6, p. 597-605, 2015.

HEALTH SERVICE EXECUTIVE. **Midwifery Practice Guidelines: HSE Home Birth Service.** Dublin, 2016. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/new-home-birth-policies-and-procedures/hb004-midwifery-practice-guidelines-hse-home-birth-service.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

HOME BIRTH DEMONSTRATION PROJECT. **Home birth: handbook for midwifery.** 2008. Disponível em: <http://www.midwiferygroup.ca/downloads/labour/Home-Birth-Handbook-for-Clients.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

HUTTON, E.K.; CAPPELLETTI, A.; REITSMA, A.H.; SIMIONI, J.; HOME, J.; MCGREGOR, C.; AHMED, R.J. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. **Canadian Medical Association Journal**, v. 188, n. 5, p. E80-E90, 2015.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M.; KNOBELL, R.; MONTICELLI, M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M.; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e multíparas assistidas no domicílio. **Ciência y Enfermería**, v. XXI, n. 2, p. 113-125, 2015.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; FREITA, P.F.; RIESCO, M.L.G.; COSTA, R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03371, 2018.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; KNOBEL, R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the Hanami team in the South of Brazil, 2002 – 2012. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil.** 2016. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.N.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, sup. 1, p. S17–S32, 2014.

LÉGARÉ, F.; THOMPSON-LEDUC, P. Twelve myths about shared decision making. **Patient Education and Counseling**, v. 96, n. 3, p. 281-286, 2014.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 2, p. 239-249, 2014.

MACDONALD, M.E. The making of informed choice in midwifery: a feminist experiment in care. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 278-294, 2017.

MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 951-59, 2014.

MINAYO, M.C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence **Intrapartum care for healthy women and babies**. Londres: NICE Clinical Guidelines. 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>. Acesso em: 27 jul. 2018.

NYSALM. New York State Association of Licensed Midwives. **Guidelines for best practice: planned home birth in New York State**. 2015. Disponível em: <http://nysalm.org/wp-content/uploads/2016/10/HomeBirthGuidelines.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

O'BRIEN, D.; BUTLER, M.M.; CASEY, M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. **Midwifery**, v. 46, p. 1-7, 2017.

OLIVEIRA, R.S.; PINTO, G.R. Mães de suas decisões: o papel do ciberfeminismo no empoderamento da mulher e na reivindicação de direitos relativos ao parto a partir do acesso à informação. **Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília**, v. 10, n. 2, p. 378-405, 2016.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

SANDALL, J.; SOLTANI, H.; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing woman (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, p. 1-4, 2015.

SANTOS, S.S.; BOECKMANN, L.M.M.; BARALDI, A.C.P.; MELO, M.C. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129, 2018.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Reanimação Neonatal. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro: SBP, 2016.

SCARF, V.L.; ROSSITER, C.; VEDAM, S.; DAHLEN, H.G.; WOOD, D.E.; FORSTER, D.; FOUREUR, M.J.; MCLACHLAN, H.; OATS, J.; SIBBRITT, D.; THORNTON, C.; HOMER, C.S.E. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, v. 62, p. 240-255, 2018.

SMITH, J.N.; TAYLOR, B.; SHAW, K.; HEWISON, A.; KENYON, S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 105-116, 2018.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Primary care interventions to support breastfeeding. **JAMA**, v. 316, n. 16, p. 1694-1705, 2016.

VEDAM, S.; STOLL, K.; RUBASHKIN, N.; MARTIN, K.; MILLER-VEDAM, Z.; HAYES-KLEIN, H.; JOLICOEUR, G.; THE CCINBC STEERING COUNCIL. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. **SSM - Population Health**, v. 3, p. 201-210, 2017.

WALKER, J.J. Planned home birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 43, p. 76–86, 2017.

WAX, J.R.; PINETTE, M.G.; CARTIN, A.; BLACKSTONE, J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 202, n. 2, p. 152e1-152e5, 2010.

WHO. World Health Organization. Safe motherhood. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO, 1996.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations intrapartum: care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018.

WOODCOCK, H.C.; READ, A.W.; BOWER, C.; STANLEY, F.J.; MOORE, D.J. A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981–1987. **Midwifery**, v. 10, n. 3, p. 125-135, 1994.

5.2 MANUSCRITO 2 – INFORMAÇÕES QUE (DES)MOTIVAM A TOMADA DE DECISÃO DAS MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

RESUMO

Objetivo: analisar como as informações sobre o PDP contribuem na tomada de decisão das mulheres por esse modelo de cuidado ao parto e nascimento. **Método:** estudo de natureza descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada de fevereiro a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada com 14 mulheres no pós-parto e seis documentos informativos cedidos por elas. O software ATLAS.ti 8.0 auxiliou na organização dos dados em análise qualitativa. **Resultados:** Os dados deram origem a duas categorias de resultados: 1) informações que motivam a escolha pelo PDP, entre as quais respeito ao processo natural do parto e nascimento; apoio do companheiro e confiança nos profissionais e 2) informações que desmotivam a escolha pelo PDP, como o medo das intercorrências e o alto investimento financeiro. **Conclusão:** As informações que influenciam à tomada de decisão pelo PDP devem ser consideradas durante todo percurso desse processo, haja vista que são relevantes a ponto de motivar ou desmotivar essa escolha. No entanto, a escolha da mulher não se baseia apenas em informação, mas também no modo como processa essa informação. Este estudo mostrou que a segurança do bebê e o respeito à mulher são pontos chave na tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento

Descritores: Parto domiciliar. Parto humanizado. Tomada de decisões. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

O cuidado que a mulher recebe durante o parto e nascimento é parte relevante da sua experiência feminina. São diversas as informações que ela recebe neste período que a influencia na tomada de decisão em vários aspectos. Uma importante e complexa decisão está relacionada ao local que oferece tal cuidado e sua associação a distintos aspectos relativos ao parto (ZIELINSKI; ACKERSON; KANE-LOW, 2015).

Na realidade brasileira, as opções públicas para parir limitam-se aos hospitais e centros de parto normal, sendo que os partos hospitalares totalizam 98,36% dos nascimentos (BRASIL, 2016). Todavia, algumas mulheres insatisfeitas com a assistência do modelo hegemônico, caracterizado pelo excesso de intervenções desnecessárias, têm optado pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP). Esse, por sua vez, resgata a centralidade da mulher no processo parturitivo, bem como o respeito à sua autonomia e fisiologia (OLIVEIRA; PINTO 2016). Conseqüentemente, as mulheres vivenciam no PDP altas taxas de parto normal, com livre escolha da posição para parir, poucas intervenções durante o trabalho de parto e parto e reduzida taxa de transferência pré e pós-parto (KOETTKER *et al.*, 2018).

Considerando que os partos hospitalares são a norma, as mulheres que desejam outro modelo de cuidado para parir, como o domicílio, têm menos oportunidade de acessar informações de qualidade sobre o PDP, baseadas em evidências científicas, seja através dos profissionais, amigos ou da mídia (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; SMITH *et al.*, 2018). Isso tem associação com o fato de o PDP não constituir a rede pública de assistência ao parto e nascimento no Brasil, mesmo sendo uma opção assistencial que apresenta resultados maternos e neonatais de acordo com estudos internacionais produzidos em países onde o PDP é amparado pela política pública (KOETTKER *et al.*, 2018). Os resultados dizem respeito a menos intervenções e morbidade no parto e nascimento em domicílio, além da maior probabilidade de parto vaginal. Também, destaca-se nos estudos a satisfação das mulheres com a experiência do parto em domicílio, sendo que nesse local sentem-se empoderadas, no controle do seu processo parturitivo e satisfeitas com a qualidade da assistência oferecida (KOETTKER *et al.*, 2012; LEON-LARIOS *et al.*, 2019; SCARF *et al.*, 2018).

Além do mais, a escolha do local de nascimento é mediada por associações culturais e históricas entre nascimento e segurança e também influenciada por narrativas contemporâneas que valorizam o risco, a culpa e a responsabilidade. Discurso esse que restringe as decisões das mulheres e limita efetivamente as oportunidades de planejar o parto em modelos diferentes do

hegemônico (COXON; SANDALL; FULOP, 2013). No mesmo sentido, como o hospital ainda é percebido como a opção padrão, considerado seguro para dar à luz, com acesso público, o modelo de cuidado que inclui o PDP é acessado por um grupo seletivo de mulheres, geralmente dos grandes centros, brancas, com alta escolaridade (LESSA *et al.*, 2014; WALKER, 2017).

Porém, um princípio fundamental do cuidado centrado na mulher é a escolha informada, que está ancorado no direito da mulher de receber informações e se envolver no processo de tomada de decisão durante toda a assistência obstétrica, independente do seu perfil sócio demográfico (ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES, 2016; COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO, 2015; HANDA; SHARPE, 2015; MCARA-COUPER; JONES; SMYTHE, 2011). Dessa forma, apesar dos estudos identificarem as razões pelas quais as mulheres escolhem o PDP, as informações que influenciam essa escolha são pouco exploradas (CATLING *et al.*, 2013; COXON *et al.*, 2017; MEREDITH; HUGILL, 2017) e até mesmo desconhecidas no contexto brasileiro.

Assim, já que são múltiplos fatores que precisam convergir para que a mulher obtenha a confiança necessária para planejar e escolher onde e como parir (ZIELINSKI; ACKERSON; KANE-LOW, 2015), o **objetivo** dessa investigação foi analisar como as informações sobre o PDP influenciam na tomada de decisão das mulheres por esse modelo de cuidado ao parto e nascimento.

MÉTODO

A metodologia escolhida para esse estudo é de natureza descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa. O contexto deste estudo foi o atendimento prestado pelas equipes que atendem PDP no estado de Santa Catarina, uma vez que este foi o ponto de partida para captação das mulheres que demonstraram interesse em obter mais informações sobre o PDP. A seleção das participantes ocorreu a partir de contatos pessoais da pesquisadora principal (que tem experiência em PDP no estado) e em sua maioria pela indicação de profissionais que atendem PDP em SC, sendo solicitado contato de mulheres que atendessem aos critérios de inclusão, ou seja, com menos de um ano de pós-parto, que tenham demonstrado interesse pelo PDP durante o pré-natal, independente do desfecho do local de parto e maiores de 18 anos. Dessa forma, sete mulheres que atenderam aos critérios de inclusão entraram em contato com a pesquisadora manifestando seu interesse em participar da pesquisa e outras 17 mulheres foram contatadas via contato telefônico disponibilizado pelos profissionais e convidadas formalmente via mensagem

pelo Whatsapp®. Duas não retornaram e uma desistiu por motivos pessoais, no entanto, 14 fizeram parte da amostragem final, quando foi atingida a saturação dos dados. A amostra refletiu em quantidade e intensidade as múltiplas dimensões do fenômeno, sendo que as entrevistas foram realizadas até a abrangência das interconexões necessárias para sua compreensão. Consequente, foi encontrada a lógica interna do objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as conexões provisoriamente “saturadas” (MINAYO, 2017).

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

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora principal, de fevereiro a abril de 2019, através de entrevista semiestruturada, com 17 perguntas abertas, áudio-gravada, com duração de aproximadamente uma hora. Além disso, documentos cedidos pelas entrevistadas também foram utilizados como dados para este estudo (contrato de prestação de serviço com a equipe, termo de consentimento livre e esclarecido, orientações sobre o PDP). As entrevistas aconteceram no local de preferência das mulheres, conforme agendamento prévio. Assim, nove entrevistas foram realizadas na residência das mulheres presencialmente e as outras cinco via chamada de vídeo por Whatsapp®, com a presença dos bebês na maioria delas. Antes do início da gravação, foram informadas sobre os objetivos do estudo e respondiam às perguntas referentes à caracterização sociodemográfica e obstétrica. Ao final das entrevistas era questionado as mulheres se elas receberam algum material com informações sobre o PDP e solicitada cópia dos mesmos. Todas as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e validadas pelas participantes, sendo que apenas uma entrevista sofreu ajuste no seu conteúdo. As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos.

A análise dos dados ocorreu através do processo de análise de conteúdo de Bardin, organizada em por três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). Foi utilizado o software ATLAS.ti 8.0, licenciado para a pesquisadora, para auxiliar na organização dos dados, que iniciou com a criação de um Projeto constituído por 26 documentos: 14 entrevistas e 12 materiais disponibilizados pelas mulheres entrevistadas (contrato de prestação de serviço, termos de consentimento, orientações).

Através de quatro etapas realizou-se a organização do processo: leitura flutuante; escolha dos elementos relevantes e representativos; elaboração de hipóteses/objetivos e referenciação dos índices e elaboração dos indicadores. Com auxílio do ATLAS.ti 8.0 realizou-se a edição dos trechos relevantes das entrevistas (citações), a fim de atender ao objetivo do estudo.

Em seguida, procedeu-se à exploração do material, que consistiu essencialmente em operações de codificação, relacionando os depoimentos com mesmo sentido a fim de categorizá-los. Nessa etapa, a função do ATLAS.ti 8.0 foi auxiliar na codificação (códigos) dos trechos dos depoimentos (citações) em unidades temáticas de significado semelhantes (grupos) (FRIESE, 2012).

A última fase diz respeito ao tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, de modo que os mesmos se tornassem significativos e válidos. Após todo o processo de análise, os dados deram origem a duas categorias: 1) informações que motivam a escolha pelo PDP e 2) informações que desmotivam a escolha pelo PDP.

É importante destacar que o estudo foi realizado após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), quanto aos seus aspectos éticos e legais, sendo aprovado conforme protocolo nº. 3.090.383. Na apresentação de trechos dos documentos fornecidos pelas mulheres, optamos por não identificar as equipes, garantindo assim o sigilo e anonimato, sendo que os mesmos foram identificados pelo tipo de documento e uma letra, por exemplo, TCLE equipe X.

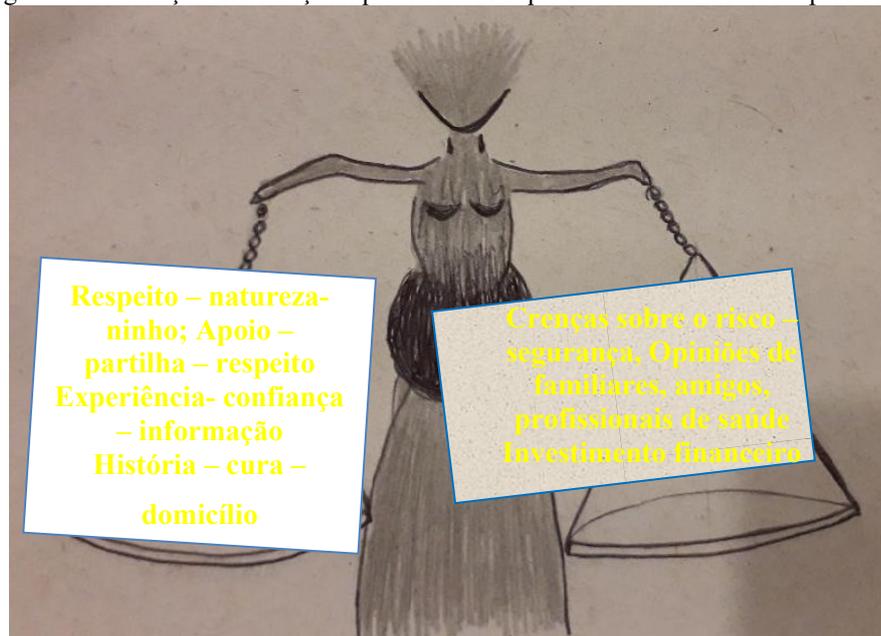
RESULTADOS

As participantes do estudo tinham entre 24 e 38 anos quando entrevistadas e estavam em um relacionamento estável ao realizar a opção pelo local de parto. Apenas uma delas tinha ensino médio e as outras possuíam grau universitário, mais da metade com pós-graduação. Eram residentes dos municípios de Florianópolis, Joinville e Chapecó. Apenas uma mulher realizou seu pré-natal exclusivamente na rede pública, nove delas tiveram a assistência ao parto na rede particular. Em relação a história obstétrica, 11 eram primíparas e três tiveram uma cesariana anteriormente. Das 14 mulheres, 10 vivenciaram o parto vaginal, sendo cinco deles em domicílio e as demais evoluíram para cesariana.

As mulheres relataram diversas informações que influenciam a escolha pelo PDP, entre as quais questões pessoais referentes ao contexto sociocultural. Aqui, as informações foram

categorizadas como motivadoras ou desmotivadoras do PDP. As expressões que possibilitaram organizar os dados nas duas categorias estão representadas na figura 11, através de uma imagem ilustrativa de uma balança onde as informações exercem diferentes pesos no processo de decisão da mulher pelo PDP.

Figura 11 - Balança - informações que motivam e que desmotivam a escolha pelo PDP.



Fonte: a autora.

Categoria I - Informações que motivam a escolha pelo PDP

As mulheres relacionaram o parto em domicílio com autonomia, protagonismo e liberdade. Elas encontram no domicílio um parto sem intervenções desnecessárias e com **respeito ao processo natural**: “[...] achava que a mulher se entregava mais em casa, que ela tava mais bem amparada, que a natureza se expressa melhor e que sem intervenções o parto pode seguir seu rumo de uma maneira melhor”, (E12).

Além disso, em casa podem ser **acompanhadas pelas pessoas de sua escolha** e vivenciam um parto com atenção individual, exclusiva. Esses e outros fatores foram responsáveis pela segurança que as mulheres manifestaram sentir em ambiente domiciliar: “Então, o parto domiciliar me deixa segura por isso, porque eu to no meu cantinho, com as pessoas que gostaria que tivessem e que eu teria um pouco mais de intimidade para falar é “não, isso agora não, espera mais um pouquinho”, sabe? É isso que eu acho que é a segurança”, (E11).

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

Todas as mulheres receberam apoio dos seus companheiros no processo de escolha pelo PDP. Esse apoio caracterizou-se pela **decisão compartilhada**, engajando-se no processo decisório ou através da liberdade e **respeito pela escolha** da mulher:

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

Outra importante influência positiva foram as informações acerca de **mulheres que já tiveram experiências exitosas com o parto**: “[...] minha mãe [...] e toda a minha família, por mais que eles não conhecessem o parto (domiciliar), eles têm essa memória muito bonita do parto [...] mandei um vídeo para minha mãe, ela viu e ela não duvidou mais daquilo”, (E4).

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

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

Dessa forma, as **informações compartilhadas** com os profissionais acerca do manejo de intercorrências em domicílio e da habilidade em identificar a necessidade de transferência para o hospital tranquilizaram as mulheres: “[...] ela traria alguns equipamentos, tipo, oxigênio, ela teria, e no caso do bebê nascer com algum problema ela teria alguns equipamentos que ela conseguiria resolver em casa [...] pra algumas outras questões a gente teria que se deslocar até o hospital [...], (E6).

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

Além de competência técnica as mulheres apontaram a sensibilidade dos profissionais que atenderiam o parto: “Além de conhecimento científico, né, ser uma profissional excelente, ela ter essa sensibilidade, essa conexão com a gente fez toda a diferença”, (E8).

Outra questão que influencia as mulheres na decisão pelo local de parto numa segunda gestação é a vivência anterior de um nascimento hospitalar traumático, que foi marcado por violência obstétrica. Dessa maneira, elas relatam o **desejo de viver uma experiência diferente** em domicílio como uma superação: “Porque a questão do parto sempre tava presente, né, porque de alguma forma era algo que eu buscava, uma cura, né, dessa experiência que eu tive com o primeiro parto [...] o meu único medo, era ter que ir pro hospital”, (E9). “[...] então foi na verdade uma realização e uma superação também em relação ao parto anterior [...] veio de fazer algo completamente diferente do que tinha sido minha experiência anterior e... era isso que me atraía mais assim”, (E10).

Categoria II - Informações que desmotivam a escolha pelo PDP

As mulheres expressam **medo de intercorrências** em domicílio, especialmente relacionadas ao bebê: “[...] são as coisas que mais preocupam a mãe, pelo menos era o que me preocupava: se o bebê nascer e precisar de algum aparato, alguma ferramenta que aqui em casa não tem?”, (E14).

Ainda, a **incerteza da chegada em tempo oportuno** ao ambiente hospitalar em caso de intercorrência surge na fala das mulheres quando se trata da possibilidade de transferência: “[...] tinha receio de como eu seria encaminhada para uma maternidade, se por ventura precisasse [...] se a equipe tinha suporte para isso e daí como seria esse acompanhamento”, (E10). “[...] só o pensamento que podia não dá tempo de salvar o (filho) ou a mim [...] alguma intercorrência acontecer e a gente precisar ir e não dar tempo. Eu tinha medo disso [...], (E14).

Outra questão relacionada aos cuidados em domicílio durante o parto e nascimento é relativa à **necessidade de equipamentos** que só estariam disponíveis em hospitais/maternidades. No mesmo sentido, a **necessidade do profissional médico** no contexto do nascimento associado a sensação de segurança: “[...] se der alguma coisa, eu tô em casa e não tenho médico. É um medo. Acho que, o primeiro sentimento que vem”, (E2). “[...] caso haja uma complicação ou emergência, existem menos possibilidades terapêuticas disponíveis em domicílio do que haveria em um ambiente hospitalar, incluindo alguns que podem salvar vidas, como banco de sangue e cirurgia imediata”, (TCLE equipe X).

Cabe destacar também, que a escolha pelo PDP é considerada por algumas pessoas do convívio dessas mulheres (familiares, profissionais de saúde, amigos) como uma **escolha inconsequente e perigosa**: “[...] minha mãe, a minha sogra, minha avó, todos tinham muito medo do parto domiciliar. Achavam que eu tava fazendo uma loucura, que eu tava sendo inconsequente, tudo”, [E7]. “[...] o pediatra da minha filha [...] ele falou: olha, vocês fazem o que vocês quiserem, mas eu não apoio. E aí, me mexeu muito quando ele me falou isso. Que ele... ah, eu acho muito perigoso [...]”, (E2).

Diante da falta de compreensão, as mulheres preferem não contar a decisão ou mentem sobre o local que planejam parir, apesar de sentirem outras responsabilidades nesse caso:

[...] no começo, quando eu falava que ia ter parto em casa, meu... era uma porrada! As pessoas vinham “ah, que perigo” [...] É uma decisão minha e acho que muita gente deve desistir por isso [...] porque quando você faz uma decisão dessas, com uma família contra, é mais um fator que você tem que lidar, né”. (E8).

Outra questão que influencia bastante na escolha das mulheres é o pré-requisito para acessar a um PDP que é ter condições de pagar por esse serviço. As mulheres consideraram esse **investimento muito alto**, fora da realidade financeira da maioria das famílias. Diante disso, a mulher que opta por essa possibilidade, endivida-se ou pede ajuda para sua rede de apoio. O desconforto em ter que pagar por um serviço que poderia ser oferecido pelo SUS também é manifestado pelas mulheres: “Então o fator preço [...] é caríssimo pra você fazer parto com a maior parte das equipes, isso é trágico. Porque boa parte das pessoas, a maioria não vai ter acesso mesmo”, (E8). “[...] nós fizemos porque minha sogra se propôs de pagar [...] se não fosse dessa forma, eu não sei se conseguiria ter esse, o parto que eu sonhava [...], (E10).

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo permitiram refletir sobre as informações que influenciam a mulher na tomada de decisão pelo PDP. Isso porque, as mulheres não fazem escolhas isoladamente, mas num processo socialmente construído, influenciado pelas relações interpessoais e pelo contexto ou cenário em que elas ocorrem (DOWNE *et al.*, 2018; O'BRIEN; CASEY; BUTLER, 2018).

Pautando as informações que motivam a decisão pelo PDP, as mulheres desse estudo relataram razões para optar pelo parto em casa que foram semelhantes a outros estudos: respeito ao processo fisiológico do parto, autonomia, protagonismo, confiança no processo de

nascimento e participação de familiares (COLLAÇO *et al.*, 2017; GRIGG *et al.*, 2015; KOETTKER *et al.*, 2018; WALKER, 2017; ZIELINSKI; ACKERSON; KANE-LOW, 2015). Esses benefícios atrelados ao PDP, por vezes, surgiram na voz de mulheres que vivenciaram o parto de uma forma positiva e tornaram-se apoiadoras (LEON-LARIOS *et al.*, 2019).

Esse cenário familiar, íntimo e respeitoso torna-se sinônimo de segurança para as mulheres (E11 e E9). Em contrapartida, o hospital torna-se uma ameaça por apresentar altas taxas de intervenções – menos de 6% dos partos são naturais – e pelo desrespeito às boas práticas ao parto e nascimento (LEAL *et al.*, 2014). O PDP vem sendo associado a taxas significativamente mais baixas de intervenções obstétricas, taxas mais altas de parto vaginal espontâneo, menores taxas de morbidade materna e altas taxas de satisfação relacionadas ao fato do ambiente domiciliar ser mais confortável e oferecer mais participação na experiência (DAVIES-TUCK *et al.*, 2018; HUTTON *et al.*, 2015; ZIELINSKI; ACKERSON; KANE-LOW, 2015).

Da mesma forma, àquelas mulheres que tiveram experiências negativas em ambiente hospitalar (E9 e E10), têm justificativas suficientes para não querer reviver esse modelo de cuidado. O PDP, então, passa a ser uma alternativa para evitar a violência obstétrica e as intervenções em cascata. Esses resultados corroboram com o estudo de Catling; Dahlen e Homer (2014) acerca das influências na escolha do PDP por mulheres australianas e Feeley e Thomson (2016) ao relatarem que uma abordagem de cuidados medicalizados, com intervenções de rotina, contribuiu para a falta de satisfação das mulheres e para a busca de outras possibilidades de local de nascimento nas gestações subsequentes.

Com relação a outra importante influência positiva, o pai do bebê, enquanto companheiro da mulher, também tem um papel significativo na tomada de decisão, pois seu apoio permite que a mulher se sinta confiante e livre para escolher, conforme relata E4 (LEON-LARIOS *et al.*, 2019; MARTÍNEZ-MOLLÁ *et al.*, 2015).

Porém, como ser relacional, a decisão da mulher não será isolada ou independente. Isso porque, sua decisão é tomada em relação aos outros e com eles, seja familiar, amigo ou profissional (OSUJI, 2017). Ou seja, quando a mulher opta pelo local de nascimento, vários fatores do contexto sociocultural em que ela vive estão influenciando nessa decisão. Assim, dialogando sobre seus interesses, a mulher vai somando informações e influências para que possa escolher assertivamente o local de parto (MARTÍNEZ-MOLLÁ *et al.*, 2015).

A rede de influências que motivam o PDP ainda tem outro elemento, que se constrói na relação com os profissionais que atenderão ao parto em domicílio: a confiança. Nesse estudo, essa confiança estrutura-se na competência profissional e partilha de informações. Em outros estudos as mulheres confiaram em suas *midwives* e sentiram-se apoiadas por elas (CATLING; DAHLEN; HOMER, 2014; FORSTER *et al.*, 2019; MURRAY-DAVIS *et al.*, 2014). As mulheres querem uma experiência de parto com profissionais gentis, sensíveis, que compreendam suas crenças, valores e rituais de cuidado, bem como que ofereçam segurança e competência técnica (COLLAÇO *et al.*, 2017; DOWNE *et al.*, 2018). Um estudo inglês identificou que as interações com as *midwives* influenciam positivamente as mulheres capacitando-as a tomar decisões baseadas naquilo que desejam para si (LAMBERT; JOMEEN; MCSHERRY, 2018). Logo, para assumir o seu papel técnico nessa relação, o profissional que atende parto em domicílio, precisa de habilidade para identificar situações de risco e encaminhamento oportuno, assim como treinamento atualizado e articulação com a rede hospitalar a fim de não afetar os resultados do PDP (COMEAU *et al.*, 2018; WALKER, 2017).

Desse modo, as informações que influenciam positivamente, ou seja, que motivam a tomada de decisão pelo PDP são relativas aos benefícios que as mulheres reconhecem nesse modelo de cuidado, bem como ao apoio que encontram nos seus companheiros e a confiança construída na relação com os profissionais que atendem ao PDP.

Diante disso, o desenvolvimento de uma relação de confiança entre a mulher e o profissional é capaz de gerar responsabilidade mútua na tomada de decisão. Ou seja, tanto o conhecimento especializado do profissional quanto o conhecimento que a mulher traz para relação são valorizados; ambos passam a ser ativos no processo de escolha informada, minimizando a hierarquia na relação e respeitando a autonomia da mulher (CHARLES, 2017; HANDA; SHARPE, 2015).

Por outro lado, há informações que desmotivam a opção pelo PDP, sendo essas fortemente marcadas pelo modelo de cuidado hegemônico vigente, centrado no risco e na mecanização do parto. Nesse contexto, em que o foco está em desfechos desfavoráveis, o medo que a intercorrência aconteça, especialmente com o bebê, é um fator limitante para parir em casa. Isso porque, as percepções das mulheres sobre a natureza do processo de nascimento são importantes para determinar as escolhas em relação ao parto (PREIS *et al.*, 2018).

Assim, o profissional novamente desempenha um papel importante durante o pré-natal ao informar à mulher sobre as intercorrências mais prevalentes no parto e nascimento em

domicílio (HILDINGSSON *et al.*, 2019). No entanto, também deve disponibilizar e discutir evidências que apontem a frequência e o manejo dessas intercorrências, preferencialmente comparando-as ao ambiente hospitalar e relativas ao país em que acontecerá o nascimento.

No cenário brasileiro, contudo, temos poucos estudos acerca dos resultados neonatais dos PDP. Porém, uma revisão sistemática nacional, que considerou dois estudos que tratavam da variável transferência (COLACIOPPO *et al.*, 2010; KOETTKER *et al.*, 2012) identificou que não houve transferência de RN por complicações no trabalho de parto ou parto e tão pouco houve internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (CURSINO; BENINCASA, 2018). Já, outro estudo que não foi incluído na revisão, identificou apenas uma transferência de RN para UTIN, sendo essa não relacionada com a assistência prestada conforme a autora (KOETTKER *et al.*, 2015). No mesmo sentido, a literatura sugere que o respeito a fisiologia do parto e o uso restrito de intervenções no PDP podem ter sido responsáveis pela ausência de intercorrências em trabalho de parto e parto em domicílio (KOETTKER *et al.*, 2017).

Tais resultados estão de acordo com importante metanálise de estudos internacionais, na qual foram incluídos estudos referentes a países que tem o parto domiciliar bem integrado e pouco integrado a rede de atenção obstétrica, sendo que o risco de mortalidade perinatal ou neonatal não foi diferente quando o parto foi planejado em casa ou no hospital (HUTTON *et al.*, 2019). Todos os estudos incluíram apenas mulheres com gravidez de risco habitual.

O PDP no cenário brasileiro, não dispõe de um fluxo formalizado de referência sendo considerado pouco integrado a rede (KOETTKER *et al.*, 2018). Essa informação é relevante no processo de tomada de decisão das mulheres, pois os resultados perinatais e neonatais de partos realizados em domicílio estão relacionados as condições de transferência em diferentes estudos (COMEAU *et al.*, 2018; HUTTON *et al.*, 2015; SCARF *et al.*, 2018). Inclusive, taxas mais altas de transferência são observadas em locais onde o PDP é mais integrado ao sistema de saúde, sugerindo que uma boa integração pode estar associada ao acesso oportuno e melhor cuidado em caso de complicação intraparto (HUTTON *et al.*, 2019).

No entanto, a escolha da mulher não se baseia apenas em informação, mas também no modo como processa essa informação. Isso está atrelado à sua vivência, ao contexto sociocultural e político, à concepção acerca de segurança (DOWNE *et al.*, 2018). Nesse contexto, considera-se que a segurança do bebê e da própria mulher é ponto chave na tomada de decisão pelo local de nascimento (GRIGG *et al.*, 2015; MURRAY-DAVIS *et al.*, 2014).

A segurança, no entanto, está ligada a construção de risco, que é relacionada ao nascimento. Neste estudo, muitas vezes as mulheres apontam a possível necessidade de equipamentos e do profissional médico atrelada ao ambiente hospitalar e a garantia da segurança do paciente (E2). O modelo biomédico de cuidado, da mesma forma, cultivou a ideia de que aparelhos, médicos e instituições oferecem a melhor assistência ao parto, em contrapartida, o corpo da mulher oferece riscos. Assim, conceber que o parto hospitalar também carrega seu conjunto de riscos significa contrapor-se a norma, ao que está arraigado na cultura atual.

Nesse contexto, cogitar o parto em domicílio e compartilhar informações acerca dessa possibilidade com a sociedade apresentou-se como uma influência que desmotiva a escolha pelo PDP. A necessidade que cada pessoa atrela ao momento do nascimento, ancorada em seus valores culturais, é ferramenta para julgar a mulher que entende que o domicílio oferece a segurança suficiente para ela e seu bebê. Dessa forma, a autonomia da mulher é minada por críticas pessoais, baseadas em experiências isoladas e pela dominância do modelo tecnocrático de atendimento ao parto. Assim, a mulher vivencia o antagonismo entre o que deseja e o que a sociedade considera correto e seguro (O'BRIEN; CASEY; BUTLER, 2018).

Por fim, as mulheres deste estudo reconhecem que ter que pagar por um parto em casa é caro e não é acessível para todas, corroborando com os resultados encontrados em estudo espanhol (LEON-LARIOS *et al.*, 2019). No contexto brasileiro, o PDP é uma possibilidade restrita, pois permanece como assistência privada, tendo em vista que não está inserido na política pública e é uma escolha bancada emocional e financeiramente pela mulher. Essa situação fragiliza a assistência à mulher, bem como os profissionais que atendem em domicílio, já que não existe como opção pública, nem faz parte do sistema de referência e contra-referência, situação que pode prejudicar a garantia de continuidade do cuidado diante da necessidade de transferência.

Nessa perspectiva, por ser uma contraposição ao modelo hegemônico, a opção pelo parto em domicílio é excludente; não é para todas, mas apenas para àquelas com maior poder econômico e acesso às informações sobre esse local (COLLAÇO *et al.*, 2017). Dessa maneira, fere aspectos determinantes e condicionantes da qualidade de vida que atuam na dimensão social e se relacionam com a promoção e proteção à saúde (PORTO; GARRAFA, 2011).

Portanto, para decidir pelo local de parto ativamente é importante que a mulher identifique as influências a que está exposta e de que modo elas afetam a sua escolha.

Assim será capaz de refletir acerca dessas influências, permitindo ou não que elas interfiram na sua decisão. Ela terá que olhar para si e acessar valores; definir segurança; identificar que riscos está disposta a aceitar e como esses riscos podem ser administrados (CHARLES; WOLF, 2016). Então, quando a mulher reconhece o que é importante para ela, conhece um profissional que domine evidências científicas e estabelece com ele uma relação que permita que seus pontos de vista sejam compartilhados, o processo de tomada de decisão informada acontece (OPHA, 2018).

CONCLUSÃO

A forma como as informações acerca do PDP influenciam a tomada de decisão das mulheres se dá através da motivação por esse modelo de cuidado ou por meio de questões que desmotivam essa escolha. De um lado da balança têm-se as informações motivadoras, como o respeito pela natureza do processo parturitivo, que associa o PDP ao ninho que acolhe, traz segurança para mulher e permite. Permite a participação de quem ela desejar e também permite que ela ressignifique sua história e se cure. Caracteriza-se pelo cuidado compartilhado, que respeita a autonomia da mulher e possibilita a troca de informações e sentimentos com os profissionais que oferecem essa assistência.

Assim cultiva-se, portanto, uma relação de confiança, na qual a experiência do profissional é relevante para a construção do acompanhamento, tendo em vista que há medos que pendem a balança para o outro lado. Nesse sentido, as crenças que as mulheres carregam acerca de risco e segurança influenciam a escolha pelo local de nascimento e desmotivam a escolha pelo PDP por estarem arraigadas no modelo biomédico hegemônico de cuidado. Nesse contexto, também convencidos da necessidade da estrutura institucional na assistência ao parto, familiares, amigos e profissionais emitem suas opiniões e abalam a escolha da mulher por um contexto “contracultural”.

Somado a isso, há a restrição de acesso ao PDP, já que não constitui a política pública de atenção materno-infantil brasileira e se torna oneroso para as mulheres. Além disso, a ausência do Estado em reconhecê-lo e disponibilizá-lo como possibilidade de escolha, torna o PDP desintegrado da rede de assistência ao parto e nascimento, fato que compromete as transferências (emergenciais ou não) seja pelo tempo oportuno de deslocamento e atendimento ou pela falta de continuidade da assistência pelos mesmos profissionais.

Dessa maneira, discutir a segurança do PDP no cenário brasileiro é essencial para otimizar o processo decisório para que a mulher possa aliar os cuidados ofertados em domicílio com as suas percepções de risco e segurança e optar conscientemente pelo local de parto.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES. **Choice of birthplace**. Guideline for discussing choice of birthplace with clients. Ontario, 2016. Disponível em: <http://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/AOM-Guideline-on-Choice-of-Birthplace.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Almedina, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Coleção de Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Energéticos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Relatório de recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Brasília, DF, 2016.
- CATLING, C.; CODDINGTON, R.L.; FOUREUR, M.J.; HOMER, C.S.E. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. **Medical Journal of Australia**, v. 198, n. 11, p. 616-620, 2013.
- CATLING, C.; DAHLEN, H.; HOMER, C.S. The influences on women who choose publicly-funded home birth in Australia. **Midwifery**, v. 30, n. 7, p. 892-898, 2014.
- CHARLES, S. Attunement and involvement: how expert nurses support patient autonomy. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, v. 10, n. 1, p. 175-193, 2017.
- CHARLES, S.; WOLF, A.B. Whose values? Whose risk? Exploring decision making about trial of labor after cesarean. **Journal of Medical Humanities**, v. 39, n. 2, p. 151-164, 2016.
- COLACIOPPO, P.M.; KOIFFMAN, M.D.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A.; OSAVA, R.H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, n. 2, p. 81-90, 2010.
- COLLAÇO, V.S.; SANTOS, E.K.A.; SOUZA, K.V.; ALVES, H.V.; ZAMPIERI, M.F.; GREGÓRIO, V.R.P. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami team. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.
- COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTÁRIO. **Place of birth handbook**. 2015. Disponível em: <https://www.cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/10/Place-of-Birth-Handbook.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.
- COMEAU, A.; HUTTON, E.K.; SIMIONI, J.; ANVARI, E.; BOWEN, M.; KRUEGAR, S.; DARLING, E.K. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. **Birth**, v. 45, n. 3, p. 311-321, 2018.

COXON, K.; CHISHOLM, A.; MALOUF, R.; ROWE, R.; HOLLOWELL, J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 103, 2017.

COXON, K.; SANDALL, J.; FULOP, N.J. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. **Health, Risk & Society**, v. 16, n. 1, p. 51-67, 2013.

CURSINO, T.P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/parto-domiciliar-planejado-no-brasil-uma-revisao-sistemica-nacional/16924?id=16924&id=16924>. Acesso em: 12 out. 2019.

DAVIES-TUCK, M.L.; WALLACE, E.M.; DAVEY, M.; VEITCH, V.; OATS, J. Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 357, 2018.

DOWNE, S.; FINLAYSON, K.; OLADAPO, O.T.; BONET, M. GÜLMEZOGLU, A.M. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. **Plos One**, v. 13, n. 5, p. e019779, 2018.

FEELEY, C.; THOMSON, G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 59, 2016.

FORSTER, D.A.; MCKAY, H.; DAVEY, M.A.; SMALL, R.; CULLINANE, F.; NEWTON, M.; POWELL, R.; MCLACHLAN, H.L. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: a cross-sectional survey. **Women and Birth**, v. 32, n. 3, p. 221-230, 2019.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

GRIGG, C.P.; TRACY, S.K.; SCHMIED, V.; DAELLENBACH, R.; KENSINGTON, M. Women's birthplace decision-making, the role of confidence: part of the evaluating maternity units study, New Zealand. **Midwifery**, v. 31, n. 6, p. 597-605, 2015.

HANDA, M.; SHARPE, M.D. Shifting paradigms in women's health care: from informed consent to informed choice. **Women's Health Bulletin**, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2015.

HILDINGSSON, I.; RUBERTSSON, C.; KARLSTRÖM, A.; HAINES, H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 21, p. 33-38, 2019.

HUTTON, E.K.; CAPPELLETTI, A.; REITSMA, A.H.; SIMIONI, J.; HOME, J.; MCGREGOR, C.; AHMED, R.J. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. **Canadian Medical Association Journal**, v. 188, n. 5, p. E80-E90, 2015.

HUTTON, E.K.; REITSMA, A.; SIMIONI, J.; BRUNTON, G.; KAUFMAN, K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. **Eclinicalmedicine**, v. 14, p. 59-70, 2019.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M.; KNOBEL, R.; MONTICELLI, M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M.; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltiparas assistidas no domicílio. **Ciência y Enfermería**, v. XXI, n. 2, p. 113-125, 2015.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; FREITA, P.F.; RIESCO, M.L.G.; COSTA, R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03371, 2018.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; KNOBEL, R. Maternal results from planned home births assisted by nurses from the Hanami team in the South of Brazil, 2002 – 2012. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017.

LAMBERT, C.; JOMEEN, J.; MCSHERRY, W. Women's decision-making about birthplace choices: booking for birth center, hospital, or home birth in the North of England. **International Journal of Childbirth**, v. 8, n. 2, p. 115-134, 2018.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.N.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, sup. 1, p. S17-S32, 2014.

LEON-LARIOS, F.; NUNO-AGUILAR, C.; ROCCA-IHENACHO, L.; CASTRO-CARDONA, F.; ESCURIET, R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalusia, Spain. **Midwifery**, v. 70, p. 15-21, 2019.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 2, p. 239-249, 2014.

MARTINEZ-MOLLA, T.; SOLANO RUIZ, C.; SILES GONZÁLEZ, J.; SÁNCHEZ-PERALVO, M.; MÉNDEZ-PÉREZ, G. The father's decision making in home birth. **Investación y Educación en Enfermería**, v. 33, n. 3, p. 573-583, 2015.

MCARA-COUPER, J.; JONES, M.; SMYTHE, L. Caesarean-section, my body, my choice: the construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. **Feminism & Psychology**, v. 22, n. 1, p. 81-97, 2011.

MEDEIROS, R.M.K.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 765-772, 2008.

MEREDITH, D.; HUGILL, K. Motivations and influences acting on women choosing a homebirth: seeking a 'cwtch' birth setting. **British Journal of Midwifery**, v. 25, n. 1, p. 10-16, 2017.

MINAYO, M.C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

- MURRAY-DAVIS, B.; MCDONALD, H.; RIETSMA, A.; COUBROUGH, M.; HUTTON, E. Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario choice of birthplace survey. **Midwifery**, v. 30, n. 7, p. 869-876, 2014.
- O'BRIEN, D.; CASEY, M.; BUTLER, M.M. Women's experiences of exercising informed choices as expressed through their sense of self and relationships with others in Ireland: a participatory action research study. **Midwifery**, v. 65, p. 58-66, 2018.
- OLIVEIRA, R.S.; PINTO, G.R. Mães de suas decisões: o papel do ciberfeminismo no empoderamento da mulher e na reivindicação de direitos relativos ao parto a partir do acesso à informação. **Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília**, v. 10, n. 2, p. 378-405, 2016.
- OPHA. Ontario Public Health Association. **Informed decision-making for labour & birth**. 2. ed. Ontario: OPHA, 2018. 44 p. Disponível em: [https://opha.on.ca/getmedia/808e7d1d-9536-4075-8bd8-06bdb5f0f473/Informed-Decision-Making-for-Labour-and-Birth-Version-2-\(2018\)_1.pdf.aspx?ext=.pdf](https://opha.on.ca/getmedia/808e7d1d-9536-4075-8bd8-06bdb5f0f473/Informed-Decision-Making-for-Labour-and-Birth-Version-2-(2018)_1.pdf.aspx?ext=.pdf). Acesso em: 09 set. 2019.
- OSUJI, P.I. Relational autonomy in informed consent (RAIC) as an ethics of care approach to the concept of informed consent. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 21, n. 1, p. 101-111, 2017.
- PORTO, D.; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 719-729, 2011.
- PREIS, H.; GOZLAN, M.; DAN, U.; BENYAMINI, Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. **Midwifery**, v. 63, p. 46-51, 2018.
- SCARF, V.L.; ROSSITER, C.; VEDAM, S.; DAHLEN, H.G.; WOOD, D.E.; FORSTER, D.; FOUREUR, M.J.; MCLACHLAN, H.; OATS, J.; SIBBRITT, D.; THORNTON, C.; HOMER, C.S.E. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, v. 62, p. 240-255, 2018.
- SMITH, J.N.; TAYLOR, B.; SHAW, K.; HEWISON, A.; KENYON, S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 105-116, 2018.
- WALKER, J.J. Planned home birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 43, p. 76-86, 2017.
- ZIELINSKI, R.; ACKERSON, K.; KANE-LOW, L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. **International Journal of Women's Health**, v. 7, p. 361-377, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou a identificação das informações que as mulheres recebem sobre o PDP ao longo do percurso de tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento. São informações de diversas fontes, sendo a internet a principal delas, e dizem respeito aos critérios de elegibilidade para o ingresso ao PDP; destacam as enfermeiras obstetras como profissionais mais atuantes na assistência ao PDP; revelam a dificuldade de acesso ao PDP devido seu financiamento privado; apontam a continuidade do cuidado pelos mesmos profissionais desde o pré-natal ao pós-parto, assim como o vínculo e confiança provenientes dessa relação; além de revelarem que há intercorrências que podem ser manejadas em domicílio com êxito, bem como há àquelas que demandam encaminhamento hospitalar em tempo oportuno, o qual precisa ser conquistado em articulação com a rede de Atenção à Saúde da Mulher e recém-nascido.

Essas informações contribuem na tomada de decisão das mulheres influenciando-as de maneira a motivar ou desmotivar a escolha pelo PDP. O respeito ao processo natural do parto e nascimento; o apoio do companheiro e confiança nos profissionais são influências motivadoras, já o medo das intercorrências e o alto investimento financeiro são apontadas como influências desmotivadoras.

Dessa maneira, considerando a escolha informada uma premissa para o cuidado centrado na mulher, o reconhecimento de informações que podem afetar a tomada de decisão são pertinentes contribuições para o PDP brasileiro. Especialmente, em se tratando de um cenário em que o PDP é uma opção de financiamento privado crescente, com resultados satisfatórios para mãe e recém-nascido. Entretanto, é importante ressaltar que a escolha da mulher não se baseia apenas em informação, mas também no modo como processa essa informação. Este estudo mostrou que a segurança do bebê e o respeito à mulher são pontos chave na tomada de decisão pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento.

No mais, também possibilitou a construção de dois manuscritos que valorizaram a voz das mulheres ao reconhecer e validar as informações que elas relataram sobre o PDP, além das suas percepções e preferências no cuidado ao parto. Por essa perspectiva, foi possível inferir que o PDP está em construção como um modelo de cuidado, porém já carrega na sua organização características que contemplam o respeito a autonomia feminina e a fisiologia do parto.

Minha experiência como pesquisadora foi permeada por curiosidade, cautela e respeito por cada mulher que se dispôs a participar, bem como a cada informação que se apresentou no percurso. Tive a possibilidade de construir um marco conceitual para guiar a discussão e permitir que eu me mantivesse atenta aos objetivos do estudo. Enquanto dificuldade, a principal foi a pequena disponibilidade de estudos nacionais sobre o PDP, especialmente em se tratando de amostras representativas. Um desafio que ronda tanto o PDP quanto a escolha informada é relativo à formação de outros olhares diante do evento do nascimento que demanda desconstrução, quebra de paradigmas e espaço para o novo caminhar junto ao velho. Esse estudo apresentou como limitação a dificuldade para encontrar mulheres que tenham se interessado pelo PDP em algum momento da sua gestação, mas decidiram por outra opção.

Recomenda-se que o Estado assuma sua responsabilidade e fomente ações para que a escolha informada seja a finalidade dos processos decisórios relativos aos direitos sexuais e reprodutivos. Sugere-se estudos nacionais sobre a percepção das mulheres quanto as possibilidades de escolha pelo modelo de cuidado ao parto e nascimento. Recomenda-se que os profissionais que atendem gestantes considerem as opções para atendimento ao parto existentes na região e discutam essas opções a partir de evidências científicas com as mulheres a fim de apoiá-las com subsídios na tomada de decisão. Inclusive, que utilizem auxiliares de decisão para ajudar a mulher identificar os benefícios e os riscos detalhadamente das opções de cuidado que ela pode considerar. Por fim, simplesmente como uma das partes dessa construção coletiva, recomenda-se o uso do TCLE a fim de registrar e oficializar as decisões discutidas e compartilhadas ao longo do processo.

Para tanto, sugere-se que já na formação acadêmica desses profissionais a mulher seja vista como a principal conhecedora do seu corpo, como um organismo vivo e não uma máquina e que independente da condição socioeconômica toda mulher deve ter seus desejos, seus medos, suas experiências e seus significados respeitados.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. **Committee opinion no. 697**: planned home birth, v. 129, p. 117-122, 2017.

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES. **Choice of birthplace**. Guideline for discussing choice of birthplace with clients. Ontario, 2016. Disponível em: <http://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/AOM-Guideline-on-Choice-of-Birthplace.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Almedina, 2011.

BECG. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, v. 343, 2011.

BLIX, E.; HUITFELDT, A.S.; ØIAN, P.; STRAUME, B.; KUMLE, M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 3, n. 4, p. 147-53, 2012.

BOCCACIO, R. Do termo de consentimento informado em face da responsabilidade civil médica. **Revista Jus Navigandi**, v. 18, n. 3745, 2013.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

BONILHA, A.L.L.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias de pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Coleção de Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Energéticos. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Relatório de recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Energéticos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Relatório de recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em: 13 jan. 2018.

BURIGO, A.B. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significado da experiência para as mulheres**, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CASTRO, C. M. de. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 69-75, 2015.

CATLING, C.; CODDINGTON, R.L.; FOUREUR, M.J.; HOMER, C.S.E. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. **Medical Journal of Australia**, v. 198, n. 11, p. 616-620, 2013.

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

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**. 2012. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3%3Aportal&Itemid=1. Acesso em: 18 dez. 2019.

CHARLES, S. Attunement and involvement: how expert nurses support patient autonomy. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, v. 10, n. 1, p. 175-193, 2017.

CHARLES, S.; WOLF, A.B. Whose values? Whose risk? Exploring decision making about trial of labor after cesarean. **Journal of Medical Humanities**, v. 39, n. 2, p. 151-164, 2016.

CHENG, Y.W.; SNOWDEN, J.M.; KING, T.L.; CAUGHEY, A.B. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 209, n. 4, p. 1-8, 2013.

CHEYNEY, M.; BOVBJERG, M.; EVERSON, C.; GORDON, W.; HANNIBAL, D.; VEDAM, S. Outcomes of care for 16.924 planned home births in United States: the midwives alliance of North America statistic project, 2004 to 2009. **Journal of Midwifery & Womens Health**, v. 59, n. 1, p. 17-27, 2014.

CODDINGTON, R.; CATLING, C.; HOMER, C.S.E. From hospital to home: Australian midwives' experiences of transitioning into publicly-funded homebirth programs. **Women and Birth**, v. 30, n. 1, p. 70-76, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Nota oficial nº 001/2012/ASCOM**. O Enfermeiro tem competência científica, técnica e legal para a condução do parto domiciliar, sem distócia, desde que o ambiente apresente condições mínimas de higiene, a gravidez seja de baixo risco e a gestante tenha

realizado pré-natal e preparo psicológico. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom_15533.html. Acesso em: 09 mai. 2018.

COLACIOPPO, P.M.; KOIFFMAN, M.D.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A.; OSAVA, R.H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, n. 2, p. 81-90, 2010.

COLLAÇO, V.S. **Parir e nascer num novo tempo**: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. 2013. 365f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COLLAÇO, V.S.; SANTOS, E.K.A.; SOUZA, K.V.; ALVES, H.V.; ZAMPIERI, M.F.; GREGÓRIO, V.R.P. The meaning assigned by couples to planned home birth supported by nurse midwives of the Hanami team. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTÁRIO **Guide to the Health Care Consent Act**: Consent Act. 2018. Disponível em: <https://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2018/10/Guide-to-the-Health-Care-Consent-Act-final.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTARIO. Informed choice. **Standards of practice**, p. 1–2, 2013. Disponível em: <http://www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/07/Informed-Choice.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2018.

COLLEGE OF MIDWIVES OF ONTÁRIO. **Place of birth handbook**. 2015. Disponível em: <https://www.cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2017/10/Place-of-Birth-Handbook.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

COLOSSI, L. **Crítérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado**: proposta de um protocolo. 2017. 233 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 fev. 2019.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **Diretrizes para o atendimento do Parto Domiciliar Planejado em Santa Catarina**, 2017. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2018.

COSTA, R.C.; LOCKS, M.O.H.; GIRONDI, J.B. Pesquisa exploratória descritiva. *In*: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Editora Moria, 2016.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método Mãe Canguru em uma unidade de neonatologia**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102720/225984.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2019.

COXON, K.; CHISHOLM, A.; MALOUF, R.; ROWE, R.; HOLLOWELL, J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward

pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a ‘best fit’ framework approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 103, 2017.

COXON, K.; SANDALL, J.; FULOP, N.J. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. **Health, Risk & Society**, v. 16, n. 1, p.51-67, 2013.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. São Paulo: Penso Editora, 2014.

DAHLEN, H.G.; BARCLAY, L.M.; HOMER, C.S.E. The novice birthing: theorising first-time mothers’ experiences of birth at home and in hospital in Australia. **Midwifery**, v. 26, n. 1, p. 53-63, 2010.

DARLING, E.K.; LAWFORD, K.M.O.; WILSON, K.; KRYZANAUSKAS, M.; BOURGEAULT, I.L. Distance from home birth to emergency obstetric services and neonatal outcomes: a cohort study. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 64, n. 2, p. 170-178, 2018.

DAVIS, D.; BADDOCK, S.; PAIRMAN, S.; HUNTER, M.; BENN, C.; WILSON, D.; DIXON, L.; HERBISON, P. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? **Birth**, v. 38, n. 2, p. 111-119, 2011.

DE JONGE, A.; GEERTS, C.C.; VAN DER GOES, B.Y.; MOL, B.W.; BUITENDIJK, S.E.; NIJHUIS, J.G. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. **BJOG**, v. 722, n. 5, p. 720-728, 2014.

DE JONGE, A.; VAN DER GOES, B.Y.; RAVELLI, A.C.J.; AMELINK-VERBURG, M.P.; MOL, B.W.; NIJHUIS, J.G.; BENNEBROEK GRAVENHORST, J.; BUITENDIJK, S.E. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low risk planned home and hospital births. **BJOG**, v.116, n. 9, p. 1177-1184, 2009.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.; NIY, D.Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J.A.; D’ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E.; SCHILITZ, A.O.C.; LEAL, M.C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, p. 101-116, 2014.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

ELDER, H.R.; ALIO, A.P.; FISHER, S.G. Investigating the debate of home birth safety: a critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 13, n. 3, p. 297-308, 2016.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2018. Disponível em: <http://www.febasgo.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2018.

- FERTONANI, H.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FEYER, I.S.S; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 298-305, 2013.
- FIGO. International Federation of Obstetrics and Gynecology. Recommendations accepted by the General Assembly at the XIII World Congress of Gynecology and Obstetrics. **Obstetrics and Gynecology International Journal**, v. 38, p. 79-80, 1992.
- FRANK, T.C. **Parto domiciliar planejado acompanhado por enfermeira: a experiência da mulher, da família e do profissional**. 2011. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.
- FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage: 2012.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- HALFDANSDOTTIR, B.; SMARASON, A.K.; OLAFSDOTTIR, O.A.; HILDINGSSON, I.; SVEINSDOTTIR, H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. **Birth**, v. 42, n. 1, p. 16-26, 2015.
- HANDA, M.; SHARPE, M.D. Shifting paradigms in women's health care: from informed consent to informed choice. **Women's Health Bulletin**, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2015.
- HOMER, C.S.E; THORNTON, C.; SCARF, V.L.; ELLWOOD, D.A.; OATS, J.J.N.; FOUREUR, M.J.; SIBBRITT, D.; MCLACHLAN, H.L.; FORSTER, D.A.; DAHLEN, H.G. Birthplace in New South Wales, Australia: an analysis of perinatal outcomes using routinely collected data. **BioMed Central**, v. 14, n. 206, p. 1-12, 2014.
- HUTTON, E.K.; REITSMA, A.; SIMIONI, J.; BRUNTON, G.; KAUFMAN, K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. **EclinicalMedicine**, v. 14, p. 59-70, 2019.
- JANSSEN, P.A.; SAXELL, L.; PAGE, L.A.; KLEIN, M.C.; LISTON, R.M.; LEE, S.K. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**, v. 181, n. 6-7, p. 377-383, 2009.
- JARDIM, D.M.B.; MODENA, C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3069, 2018.
- JOHNSON, K.C.; DAVISS, B.A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. **BMJ**, v. 330 n. 7505, 2005.
- JONG, E.I.F.; PIJL, M.V.; VEDAM, S.; JANSEN, D.E.M.C.; PETERS, L.L. Measuring respect and autonomy in Dutch maternity care: applicability of two measures. **Women and Birth**, in press, 2019.
- JOUHKI, M.R. Choosing homebirth - the women's perspective. **Women Birth**, v. 25, n. 4, p. 56-61, 2012.

KATAOKA, Y.; ETO, H.; LIDA, M. Outcomes of independence midwifery births centres and home birth: a retrospective cohort study in Japan. **Midwifery**, v. 29, n. 8, p. 965-972, 2013.

KENNARE, R.M.; KEIRSE, M.J.N.C.; TUCKER, G.R.; CHAN, A.C. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. **The Medical Journal of Australia**, v. 192, n. 2, p. 76-80, 2009.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M.; KNOBELL, R.; MONTICELLI, M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M.; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e multíparas assistidas no domicílio. **Ciência y Enfermería**, v. XXI, n. 2, p. 113-125, 2015.

KOETTKER, J.G.; BRÜGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 15-21, 2013.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; FREITA, P.F.; RIESCO, M.L.G.; COSTA, R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03371, 2018.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010.135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KOETTKER, J.G. **Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil**. 2016. 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.N.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, sup. 1, p. S17–S32, 2014.

LÉGARÉ, F.; THOMPSON-LEDUC, P. Twelve myths about shared decision making. **Patient Education and Counseling**, v. 96, n. 3, p. 281-286, 2014.

LEON-LARIOS, F.; NUNO-AGUILAR, C.; ROCCA-IHENACHO, L.; CASTRO-CARDONA, F.; ESCURIET, R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. **Midwifery**, v. 70, p. 15-21, 2019.

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, 2014a.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 2, p. 239-249, 2014b.

- LINDGREN, H.E.; RADESTAD, I.; CHRISTENSSON, K.; HILDINGSSON, I.M. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004: a population-based register study. **Acta Obstetrica et Gynecologica**, v. 87 n. 7, p. 751-759, 2008.
- MACDONALD, M.E. The making of informed choice in midwifery: a feminist experiment in care. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 278-294, 2017.
- MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 951-59, 2014.
- MCARA-COUPER, J.; JONES, M.; SMYTHE, L. Caesarean-section, my body, my choice: the construction of 'informed choice' in relation to intervention in childbirth. **Feminism & Psychology**, v. 22, n. 1, p. 81-97, 2011.
- MCINTYRE, M. J. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Australian Health Review**, v. 36, n. 2, p. 140, 2012.
- MCKENZIE, P.J. Informing choice: the organization of institutional interaction in clinical midwifery care. **Library & Information Science Research**, v. 31, n. 3, p. 163-173, 2009.
- MCKINNON, L.C.; PROSSER, S.J.; MILLER, Y.D. What women want: qualitative analysis of consumer evaluations of maternity care in Queensland, Australia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 366, 2014.
- MEDEIROS, R.M.K.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 765-772, 2008.
- MEREDITH, D.; HUGILL, K. Motivations and influences acting on women choosing a homebirth: seeking a 'cwtch' birth setting. **British Journal of Midwifery**, v. 25, n. 1, p. 10-16, 2017.
- MINAYO, M.C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014
- MURRAY-DAVIS, B.; MCNIVEN, P.; MCDONALD, H.; MALOTT, A.; ELARAR, L.; HUTTON, E. Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. **Midwifery**, v. 28, n. 5, p. 576-581, 2012.
- O'BRIEN, D.; BUTLER, M.M.; CASEY, M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. **Midwifery**, v. 46, p.1-7, 2017.
- O'BRIEN, D.; CASEY, M.; BUTLER, M.M. Women's experiences of exercising informed choices as expressed through their sense of self and relationships with others in Ireland: a participatory action research study. **Midwifery**, v. 65, p. 58-66, 2018.
- OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, R.S.; PINTO, G.R. Mães de suas decisões: o papel do ciberfeminismo no empoderamento da mulher e na reivindicação de direitos relativos ao parto a partir do acesso à informação. **Revista do Mestrado em Direito da Universidade Católica de Brasília**, v. 10, n. 2, p. 378–405, 2016.

OPHA. Ontario Public Health Association. **Informed decision-making for labour & birth**. 2. ed. Ontario: OPHA, 2018. 44 p. Disponível em: [https://opha.on.ca/getmedia/808e7d1d-9536-4075-8bd8-06bdb5f0f473/Informed-Decision-Making-for-Labour-and-Birth-Version-2-\(2018\)_1.pdf.aspx?ext=.pdf](https://opha.on.ca/getmedia/808e7d1d-9536-4075-8bd8-06bdb5f0f473/Informed-Decision-Making-for-Labour-and-Birth-Version-2-(2018)_1.pdf.aspx?ext=.pdf). Acesso em: 09 set. 2019.

OSUJI, P.I. Relational autonomy in informed consent (RAIC) as an ethics of care approach to the concept of informed consent. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 21, n. 1, p. 101-111, 2017.

PADILHA, M.I.; BELLAGUARDA, M.L.R.; NELSON, S.; MAIA, A.R.C.; COSTA, R. O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, e2760017, 2017.

PETIT-STEEGHS, V.; LIPS, S.R.; SCHUITMAKER-WARNAAR, T.J.; BROERSE, J.E.W. Client-centred maternity care from women's perspectives: need for responsiveness. **Midwifery**, v. 74, p. 76-83, 2019.

PINTASSILGO, S.; CARVALHO, H. Trends and consequences of the technocratic paradigm of childbirth in Portugal: a population-based analysis of birth conditions and social characteristics of parents. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 13, p. 58-67, 2017.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Delineamento de pesquisa em enfermagem. *In*: POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v. 13, p. 759-768, 2009.

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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

SANDALL, J.; SOLTANI, H.; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing woman (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 9, p. 1-4, 2015.

SANFELICE, C.F.O.; ABBUD, F.S.F.; PREGNOLATTO, O.S.; SILVA, M.G.; SHIMO, A.K.K. From institutionalized birth to home birth. **Revista Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Home birth: understanding the reason for this choice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 875-882, 2015.

SANTOS, S.S.; BOECKMANN, L.M.M.; BARALDI, A.C.P.; MELO, M.C. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, p. 129, 2018.

SCARF, V.L.; ROSSITER, C.; VEDAM, S.; DAHLEN, H.G.; WOOD, D.E.; FORSTER, D.; FOUREUR, M.J.; MCLACHLAN, H.; OATS, J.; SIBBRITT, D.; THORNTON, C.; HOMER, C.S.E.

Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, v. 62, p. 240-255, 2018.

SCHMITZ, E.L.; GELBCKE, F.L.; BRUGGMANN, M.S.; LUZ, S.C.L. Filosofia e marco conceitual: estruturando coletivamente a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. 1-9, 2016.

SEIBERT, S.L.R.; LESSA, H.F.; GOMES, M.L.; FILARDI, J.; SILVA, G.E.O. Movimento pelo parto domiciliar planejado na cidade do Rio de Janeiro em: ações do Coren-RJ. **Revista Enfermagem Profissional**, v. 1, p. 282-296, 2014.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SMITH, J.N.; TAYLOR, B.; SHAW, K.; HEWISON, A.; KENYON, S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 105-116, 2018.

SOUZA, H.R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo**. 2005. 156f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SOUSA, R.P.; ASSIS, A.M.S.T.; BEZERRA, Y.C.P.; NEVES, F.P.B.; OLIVEIRA, G.F. A Desinstitucionalização do parto: uma revisão integrativa da literatura. **Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 39, p. 891-903, 2018.

STACEY, D.; LÉGARÉ, F.; COL, N.F.; BENNETT, C.L.; BARRY, M.J.; EDEN, K.B.; HOLMES-ROVNER, M.; LLEWELLYN-THOMAS, H.; LYDDIATT, A.; THOMSON, R.; TREVENA, L.; WU, J.H.C. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2014.

VAN DER KOOY, J.; POERAN, J.; DE GRAAF, J.P.; BIRNIE, E.; DENKTASS, S.; STEEGERS, E.A.; BONSEL, G.J. Planned home compared with planned hospital births in The Netherlands. **Obstetrics and Gynecology**, v. 118, n. 5, p. 1037-1046, 2011.

VEDAM, S.; STOLL, K.; MARTIN, K.; RUBASHKIN, N.; PARTRIDGE, S.; THORDARSON, D.; JOLICOEUR, G.; THE CCINBC STEERING COUNCIL. The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. **Plos One**, v. 12, n. 2, p. e0171804, 2017a.

VEDAM, S.; STOLL, K.; MCRAE, D.N.; KORCHINSKI, M.; VELASQUEZ, R.; WANG, J.; PARTRIDGE, S.; MCRAE, L.; MARTIN, R.E.; JOLICOEUR, G. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 3, p. 586-594, 2019.

VEDAM, S.; STOLL, K.; RUBASHKIN, N.; MARTIN, K.; MILLER-VEDAM, Z.; HAYES-KLEIN, H.; JOLICOEUR, G.; THE CCINBC STEERING COUNCIL. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. **SSM - Population Health**, v. 3, p. 201-210, 2017b.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos**

espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC, 2010.

WALKER, J.J. Planned home birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 43, p. 76–86, 2017.

WAX, J.R.; PINETTE, M.G.; CARTIN, A.; BLACKSTONE, J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 202, n. 2, p. 152e1-152e5, 2010.

WHO. World Health Organization. **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement.** Geneva: WHO, 2004.

WHO. World Health Organization. **People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.** Geneva: WHO, 2007. Disponível em: http://www.wpro.who.int/publications/docs/PEOPLEATTHECENTREOFHEALTHCARE_final_lowres.pdf. Acesso em: 12 out. 2019.

WHO. World Health Organization. Safe motherhood. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: WHO, 1996.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations intrapartum: care for a positive childbirth experience.** Geneva: WHO, 2018.

WHO. World Health Organization. **WHO recommendation on respectful maternity care.** Geneva: WHO, 2018.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA ÀS MULHERES

Caracterização da participante	
Nome/Idade/Estado civil (companheiro ou não) /Escolaridade	
Quantas gestações? Tipos de parto? Experiência de parto.	
Quantos partos domiciliares?	
Tempo entre o parto e a entrevista	
Município/região que aconteceu o PDP	
Por quem foi acompanhada no pré-natal?	
Por quem foi assistida no parto/local (público, privado, domicílio)	
Data da entrevista	

1. Como foi seu primeiro contato com o PDP?
2. O que levou você a pensar nessa possibilidade?
3. Quais os questionamentos/dúvidas que você teve acerca do PDP?
4. Quais informações você recebeu sobre o PDP? Por quem, por quais meios?
5. De que forma você recebeu orientações sobre o PDP? Utilizaram algum documento impresso? Que tipo? Pode me fornecer uma cópia?
6. Como você se sentiu após optar pelo PDP? Foi apoiada? Por quem?
7. Quais questionamentos você teve após optar pelo PDP? Quais as informações que você recebeu? Por quem?
8. O que você sabia com relação a organização do ambiente e materiais necessários para o PDP?
9. O que você sabia acerca de todo processo de acompanhamento do PDP (pré-natal, TP/parto, pós-parto)?
10. O que você sabia sobre o manejo das possíveis intercorrências com a mãe e bebê no PDP?
11. O que você sabia sobre o PDP que fortaleceu essa escolha? Teve alguma influência?
12. O que você sabia sobre o PDP que desencorajou essa escolha? Teve alguma influência?

13. Quais informações você recebeu sobre a qualificação da equipe que atenderia/atendeu ao parto? Quais profissionais? Experiência? Isso é relevante pra você?
14. Quais informações acerca do PDP você não recebeu e sentiu falta?
15. Quais informações sobre PDP você considera que devem ser veiculadas na mídia?
16. A experiência foi ao encontro das suas expectativas? Você mudaria algo na sua decisão?
17. Você quer acrescentar algum comentário?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE CEP: 88040-970
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) - 3721-6094**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ÀS MULHERES

Eu, Profa. Dra. Roberta Costa, professora do Departamento de Enfermagem juntamente com a mestranda, Franciele Volpato, estamos desenvolvendo um estudo intitulado “PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE VOCÊ PRECISA SABER?”, que será desenvolvida como Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que tem por objetivo analisar as informações fornecidas para as mulheres sobre o parto domiciliar planejado no Brasil. Nós te convidamos a contribuir com o estudo, aceitando participar de uma entrevista, realizada pela pesquisadora, no dia e local de sua escolha, com perguntas acerca das informações que são fornecidas às mulheres que decidem pelo parto domiciliar planejado, tendo a liberdade de responder ou não às perguntas, bem como remarcar a entrevista se preferir. A entrevista será gravada e transcrita pela própria pesquisadora, sendo que você receberá uma cópia da transcrição para validar o conteúdo.

O convite para sua participação nessa pesquisa tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC, de acordo com a resolução 466/2012 que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e garante o anonimato, a confidencialidade e o direito de voluntariedade, sem riscos a sua vida ou agravos à sua saúde.

Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidada a assinar e rubricar em todas as vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a resolução 466/12, e mesmo depois de assinado, terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Você ficará com uma das cópias para acompanhar as atividades. Sendo que deverá guardar cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os direitos como participante da pesquisa.

A metodologia será explicada antes do início da pesquisa e, se necessário, poderá ser novamente esclarecida durante a realização da mesma. Serão utilizados seus dados pessoais e a entrevista será realizada somente se você concordar. Seu nome não aparecerá em qualquer registro, pois serão utilizados nomes fictícios para manter o anonimato das informações no relatório da pesquisa. É garantido que todos os dados serão utilizados somente para fins de pesquisa.

Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio da publicação mediante relatórios, artigos, apresentações em eventos científicos e/ou divulgação de outra natureza, nos quais serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação dos participantes da pesquisa, já que as pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota

possibilidade de quebra de sigilo. Ainda que involuntária e não intencional, as consequências relacionadas à quebra de sigilo serão tratadas nos termos da lei, para que sejam compensados os danos morais.

Embora não haja benefícios diretos pela sua participação nesta pesquisa, ela poderá oferecer a você a oportunidade de contribuir com a história de parto e nascimento de outras mulheres. Ademais poderá dar voz às suas experiências e conhecimentos acerca do parto domiciliar planejado e ampliar as informações disponíveis sobre essa temática no Brasil. Suas crenças e valores serão respeitados durante toda a realização da pesquisa. Esta pesquisa não implica em nenhum gasto para você e nem para seus familiares. Se você tiver algum gasto decorrente da pesquisa, o mesmo será ressarcido pelas pesquisadoras. Além disso, se você não se sentir confortável, terá o direito de não responder a qualquer pergunta.

A pesquisa não acarretará problemas de ordem física, moral e econômica. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas esperamos que tragam benefícios em função das reflexões e trocas realizadas. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento, o que pode oferecer riscos emocionais, mesmo que involuntários e não intencionais. São riscos de ordem reflexiva, uma vez que durante a realização das entrevistas você poderá reviver experiências e/ou podem aflorar aspectos negativos, ou ainda pode encontrar dificuldade para comunicar o que deseja. Neste caso as pesquisadoras farão os devidos encaminhamentos para o suporte emocional, assim que necessário.

As pesquisadoras buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, você terá a liberdade de interromper a entrevista e retornar quando estiver em condições ou mesmo desistir. De acordo com a legislação brasileira, não é prevista nenhuma despesa pessoal para você, bem como remuneração ou gratificação para sua participação na pesquisa. Da mesma forma, as pesquisadoras se comprometem, formalmente, a indenizá-la por eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que devidamente comprovado sua relação com a mesma. Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico.

Caso você, por qualquer motivo, desista de participar do estudo, não terá nenhuma desvantagem, coerção ou prejuízo, basta não autorizar, deixando de assinar este termo. Já, se desejar participar, ainda assim terá liberdade para desistir, bastando informar aos pesquisadores, sem qualquer penalidade. Caso desista, você pode solicitar que todas as informações já fornecidas não sejam utilizadas ou publicadas. Para isso, basta que comunique a decisão, por qualquer meio (telefone ou e-mail), à pesquisadora principal.

Esta pesquisa obedecerá aos princípios éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Caso você ainda tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou queira desistir, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente, procurando a Enfª Franciele Volpato, pelo telefone (48) 99672-3260 ou ainda pelo e-mail: franciele_volpato@yahoo.com.br ou com a Profa. Dra. Roberta Costa pelo e-mail: roberta.costa@ufsc.br, ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco H, 4º andar, sala 420 Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900; no período das 8.30 horas às 18 horas. E ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-6094 das 7 às 19 horas, ou pessoalmente no Prédio Reitoria II, Rua: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade,

Florianópolis/SC, CEP 88.040- 400.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Universidade Federal de Santa Catarina, Rua Desembargador Vitor Lima, no 222, Prédio Reitoria II, 4o andar, sala 401, Trindade, Florianópolis. Telefone: 3721-6094.

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: “PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE VOCÊ PRECISA SABER?” Concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Estou ciente quanto ao compromisso das pesquisadoras de que a identidade será mantida em sigilo e que todas as informações obtidas nas entrevistas serão confidenciais. Tenho clareza de que todas as informações serão usadas somente para este estudo, que procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à vida e saúde e que a participação no estudo não implicará em nenhum ônus, bem como não será pago nenhuma remuneração pela participação. Autorizo as pesquisadoras a utilizarem os resultados desta atividade para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Minha participação é voluntária, havendo liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento. Minha participação será aceitar ser entrevistada pela pesquisadora, no dia e local de minha escolha, com perguntas acerca das informações que são fornecidas às mulheres que decidem pelo parto domiciliar planejado, tendo a liberdade de responder ou não às perguntas. Sei que a entrevista será gravada e transcrita pela própria pesquisadora, sendo que receberei uma cópia da transcrição para validar o conteúdo. Fui esclarecida sobre a pesquisa. Compreendo que não terei benefício direto e imediato como resultado de minha participação, mas poderei contribuir com a história de parto e nascimento de outras mulheres. Ademais poderei dar voz às minhas experiências e conhecimentos acerca do parto domiciliar planejado e ampliar as informações disponíveis sobre essa temática no Brasil.

Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante: _____ RG: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda das pesquisadoras e a outra via é da posse da própria participante da pesquisa.

Este protocolo de pesquisa será submetido ao Comitê de Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e a anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O processo da pesquisa iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido. Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

Eu, _____, declaro para os devidos fins, que concordo com a validação dos dados da minha entrevista gravada e transcrita para leitura e inclusão na Dissertação do Curso de Mestrado do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo título é “Parto domiciliar: o que você precisa saber?” realizado pela Mestranda Franciele Volpato e orientado pela professora Dra. Roberta Costa da Universidade Federal de Santa Catarina, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data.

Da mesma forma, autorizo o uso de documentos/materiais que possam contribuir com a pesquisa, os quais disponibilizei à pesquisadora. Também, autorizo o uso da fita gravada a terceiros, ficando vinculado o controle a este mestrando, desde que seja respeitado o que já foi reforçado e assinado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cujo preconiza as exigências da Resolução 466/12.

Subcrevo-me, atenciosamente,

(Assinatura do participante da pesquisa)

Florianópolis, ____ de _____ de 2019.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Parto domiciliar planejado: o que você precisa saber?

Pesquisador: Roberta Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03431718.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.090.383

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, orientado por Roberta Costa. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória, com enfoque bioético, a ser realizada em Santa Catarina - BR. Os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde qualificados para o atendimento ao parto de risco habitual (enfermeiras obstetras, obstetrizes e médicos) e mulheres em pós-parto que demonstraram interesse pelo PDP no pré-natal, independente do desfecho do local de nascimento. Serão realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os participantes. A análise das informações será realizada a partir da análise temática de conteúdo proposta por Lawrence Bardin (2011), que visa a identificação dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifique algo para o objetivo proposto. A pesquisadora informa que "o projeto de pesquisa não será desenvolvido junto a nenhuma Instituição de saúde e, por este motivo não é possível anexar a declaração de anuência da Instituição. Os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde que atendem parto em Santa Catarina, habilitados legalmente para o atendimento ao parto normal de risco habitual, de acordo com sua Lei do Exercício Profissional (enfermeiras obstetras, obstetrizes e médicos) sendo o que estes muitas vezes atuam de forma autônoma e/ou em Instituições diversas. E como iremos utilizar a técnica de "Snow Ball" (bola-de-neve) não sendo possível neste momento definir uma ou algumas instituições. Também participaram da pesquisa mulheres que demonstrarem interesse

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.090.383

pelo PDP durante o pré-natal, independente do desfecho do local de parto. E de igual forma serão captadas em diferentes ambientes, através das redes sociais da internet, indicação de profissionais, rodas de conversas e grupos de gestantes, através da técnica de amostragem de rede - "Snow Ball".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como se dá a produção de informações para o processo de decisão da mulher pelo PDP em Santa Catarina.

Objetivo Secundário:

- Identificar as informações recebidas pelas mulheres sobre o PDP e as informações fornecidas pelos profissionais que prestam assistência ao parto;
- Levantar em quais fontes as mulheres buscam informações sobre o PDP;- Analisar como as informações sobre o PDP influenciam no processo de decisão das mulheres por esse local de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, existe, será informado ao participante. Outros prováveis riscos em participar desse estudo serão informados, como constrangimento, desconforto, alterações de humor e comportamento, bem como mobilização de emoções durante as entrevistas.

Quanto aos possíveis benefícios de participarem da pesquisa, serão informados de que não há benefícios diretos pela sua participação, porém, será uma oportunidade para refletirem acerca da sua realidade e contribuir com outras pessoas, especialmente as mulheres que desejam o PDP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e potencial para contribuir com a linha de pesquisa que se encaixa.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.090.383

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenação do PPG em Enfermagem.

Os instrumentos de entrevista são apresentados nos anexos do projeto.

Não há carta de anuência institucional porque de fato não se aplica.

Cronograma e orçamento adequados.

TCLEs para mulheres e profissionais apresentados e essencialmente adequados ao que preconiza a res. 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1259370.pdf	05/12/2018 20:06:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite.pdf	05/12/2018 20:03:22	FRANCIELE VOLPATO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostaCEP.doc	05/12/2018 15:50:44	Roberta Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia_justificativa.doc	20/11/2018 22:54:00	Roberta Costa	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	20/11/2018 12:09:43	FRANCIELE VOLPATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	mulheres.pdf	20/11/2018 10:30:51	FRANCIELE VOLPATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	profissionais.pdf	20/11/2018 10:30:38	FRANCIELE VOLPATO	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.090.383

Ausência	profissionais.pdf	20/11/2018 10:30:38	FRANCIELE VOLPATO	Aceito
----------	-------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br