

Parto domiciliar planejado: a voz das mulheres sobre sua experiência

Planned home birth: the women voice about their experience

Parto domiciliario planeado: la voz de las mujeres sobre su experiencia

Aline Sousa de Ávila¹, Roberta Waterkemper², Aline Alves Veleda², Letícia Becker Vieira³,
Débora Fernandes Coelho², Bianca Ledur Monteiro⁴

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado e assistido por profissionais da saúde. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório com oito mulheres residentes em uma capital do Brasil, utilizou-se questionário semiestruturado e Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin. **Resultados:** A decisão pela realização do parto domiciliar refere-se ao receio do intervencionismo praticado no ambiente hospitalar, tanto em relação aos seus corpos quanto em relação aos cuidados dispensados ao recém-nascido. O contato com histórias de parto de outras mulheres influenciaram na crítica negativa destas a respeito das condutas assistenciais hospitalares inferindo em sua opção pelo domicílio como ambiente propício para o nascimento de seus filhos. **Conclusão:** As mulheres que optam por um parto domiciliar planejado buscam o empoderamento sobre o processo de trabalho de parto e acreditam na sua capacidade fisiológica para parir.

Palavras-chave: Saúde Materna, Parto humanizado, Parto domiciliar.

ABSTRACT

Objective: know the perceptions of women who opted for a planned home birth. **Method:** This is a descriptive and exploratory qualitative study of eight women living in a capital of Brazil, we used semi-structured interviews and content analysis in Bardin perspective. **Results:** The decision for carrying out the home birth refer to the fear of interventionism practiced in the hospital, both in relation to their bodies and in relation to their children. Contact with birth stories of other women influenced negatively of these regarding hospital care behaviors inferring in his choice of domicile as a favorable environment for the birth of their children. **Conclusion:** Women who opt for a planned home birth seek the empowerment of the labor process and believe in their physiological ability to give birth.

Keywords: Maternal Health, Humanizing Delivery, Home Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de las mujeres que optaron por un parto domiciliario planeado. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo del tipo descriptivo y exploratorio con ocho mujeres residentes en una capital de Brasil, se utilizó un cuestionario semi estructurado y Análisis de Contenido en la perspectiva de Bardin. **Resultados:** la decisión para la realización del parto domiciliar se refiere al temor del intervencionismo practicado en el entorno hospitalario, tanto en relación a sus cuerpos como en relación a sus hijos. El contacto con historias de parto de otras mujeres influenció negativamente de las mismas a respecto de las conductas asistenciales hospitalarias infiriendo en su opción por el domicilio como entorno propicio para el nacimiento de sus hijos. **Conclusion:** Las mujeres que optan por un parto domiciliario planeado, buscan el empoderamiento sobre el proceso de trabajo de parto y creen en su capacidad fisiológica para parir.

Palabras clave: Salud Materna, Parto Humanizado, Parto Domiciliario.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Enfermagem, Docente da UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: biancaledur@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o número de partos normais no Brasil vem diminuindo exponencialmente, estando, atualmente, entre os países com maiores índices de parto cirúrgico do mundo. O índice de parto cesáreo no Brasil em 2013 foi de 56,6%, tendo a região Sul lugar de destaque por ser a de maior índice, 62,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Há evidências de que, quanto mais as taxas de parto cirúrgico se distanciam dos 15% preconizados pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1985) mais forte sua associação com a mortalidade materna e neonatal, reiterando a necessidade de capacitação profissional sobre as melhores evidências científicas em obstetrícia (SERRUYA, 2012).

Considera-se que condutas médicas, posicionamentos e padrões culturais já estabelecidos frente ao tipo de parto, seguidos pelos profissionais de saúde e população, refletem fortemente nos índices do número de partos cesáreos em nosso país. Tal fato está associado às mudanças ocorridas no Brasil em relação ao desenvolvimento socioeconômico, urbanização, assim como na saúde da população (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), apesar dos partos no Brasil ocorrerem, na sua maioria, em hospitais (98,4%) e serem assistidos por médicos (88,7%), têm resultados insatisfatórios quando comparados a outras localidades no mundo que apresentam taxas inferiores de mortalidade neonatal e infantil. Esta evidência mostra que há uma intensa medicalização do parto e a utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que podem repercutir diretamente sobre os desfechos perinatais e maternos (LANSKY *et al.*, 2014).

Para a transformação no cenário atual é fundamental mudanças do modelo de atenção de atenção ao parto e nascimento e qualificação da assistência prestada. O Ministério da Saúde (2011), com a iniciativa denominada Rede Cegonha, propõe essa mudança com a proposta de atuação de equipes multiprofissionais, incluindo a enfermagem obstétrica/obstetiz.

Nos últimos 20 anos, com a recente revalorização dos movimentos sociais, da OMS e de setores organizados de representações profissionais, que culminaram, inclusive, com o estabelecimento de políticas públicas envolvendo partos domiciliares, conquistou-se espaço para a atuação de médicos e enfermeiras obstétricas, e passaram a atuar em ambientes domiciliares, nos grandes centros urbanos (FEVER *et al.*, 2013).

Embora existam evidências científicas comprovando que o parto domiciliar planejado para mulheres de risco obstétrico habitual é tão seguro quanto o parto hospitalar, muitas pessoas, profissionais de saúde inclusive, acreditam que o parto domiciliar, mesmo quando planejado, representa mais riscos tanto para a mulher quanto para o bebê (LESSA *et al.*, 2014). Todas as gestantes devem ser orientadas em relação às opções de locais para o parto, que são eles: domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar e maternidade. E no caso do domicílio, deve-se assegurar que a parturiente tenha acesso em tempo hábil para uma maternidade, caso seja necessário transferi-la (LEÃO *et al.*, 2013).

Justifica-se assim a importância e necessidade de investigações científicas que identifiquem e compreendam as experiências de parto das mulheres que integram esses movimentos em nossa sociedade, a fim de revelar como contribuem para o exercício da autonomia nesse processo.

Como enfermeiras pesquisadoras percebemos um interesse crescente de mulheres por esta modalidade de parto, bem como o surgimento de profissionais capacitados para tal assistência, que acreditam e direcionam seus conhecimentos e atividades práticas para atender a demanda destas mulheres e famílias. Sinaliza-se ainda que a enfermagem vem se preocupando e se empenhando cada vez mais na melhoria da assistência, e em especial com a humanização da assistência ao parto e nascimento.

Objetiva-se conhecer as percepções de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado e assistido por profissionais da saúde, contribuindo para a reflexão sobre a assistência ao parto disponibilizada à clientela, assim como, na disponibilização de novas e/ou reinventadas tecnologias de cuidado.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória realizada com oito mulheres que realizaram parto domiciliar planejado. Partiu-se inicialmente de um contato com as mulheres em um grupo de gestantes de educação perinatal. Posteriormente, os cenários do estudo foram locais escolhidos pelas mulheres, em geral seus próprios domicílios, local também escolhido para o cenário do parto/nascimento.

As mulheres foram convidadas aleatoriamente para participar da pesquisa, utilizando como estratégia de captação de participantes o contato prévio com uma doula, que segundo Silva *et al.* (2012), é uma pessoa treinada e com experiência em prestar apoio, suporte físico, emocional e educativo durante o trabalho de parto e nascimento, que conduz um grupo de educação perinatal e acompanha gestantes que optam por partos domiciliares junto a uma equipe de saúde no município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

Utilizou-se como critério de inclusão da amostra por conveniência: ter realizado parto domiciliar e ter disponibilidade em realizar encontros com a pesquisadora para coleta das informações. Como critério de exclusão considerou-se: mulheres que tiveram intercorrências no parto e necessitaram de atendimento em serviço de alta complexidade e apresentar qualquer outra condição clínica, social, psicológica que impossibilite a sua participação.

A produção dos dados ocorreu nos meses de janeiro a maio de 2012, em local previamente agendado com a mulher. Para coleta de dados foi realizada a técnica de entrevista, as quais foram gravadas com gravador digital, norteadas por questões sobre a caracterização sociodemográfica e as percepções sobre a experiência de realização de parto domiciliar assistido por profissionais da saúde.

Foi desenvolvida a técnica de Análise de Conteúdo, operacionalizada em três etapas: leitura compreensiva do material selecionado; exploração do material; síntese interpretativa, assim como a associação com a literatura pertinente sobre o tema (BARDIN, 2011). A análise das falas das mulheres possibilitou a construção de duas categorias temáticas que revelaram as percepções acerca da experiência do parto domiciliar planejado.

Os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos, Resolução 466/2012 DO Conselho Nacional de Saúde (2012), foram respeitados durante todo o trâmite da pesquisa e o projeto obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Projeto nº 11-899). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi concedido pelas participantes por meio de assinatura, mediado por esclarecimento prévio dos procedimentos da pesquisa. Para a manutenção do sigilo e anonimato, nas falas das participantes, foi utilizado um código com a letra M (mulher) e numeral ordinário em ordem crescente.

RESULTADOS

Das oito mulheres que participaram da pesquisa, cinco possuíam ensino superior completo, todas referiram não terem religião, mas serem espiritualizadas e com idade entre 21 a 50 anos. Em relação a sua ocupação uma era do lar e as demais trabalhadoras, sendo cinco delas primíparas. Todas realizaram acompanhamento pré-natal na rede privada de serviços à saúde. Foram assistidas durante o trabalho de parto por uma equipe de saúde composta por um médico obstetra, uma enfermeira obstétrica e uma doula. O serviço prestado por esta equipe foi custeado pelas mulheres do estudo.

A análise das falas das mulheres possibilitou a construção de duas categorias temáticas a partir dos núcleos de sentido:

Receio do intervencionismo e da vulnerabilidade no ambiente hospitalar

As mulheres expressam o desconforto que sentem por saberem que, no ambiente hospitalar, são realizados diversos procedimentos no parto por via vaginal. Reforçam que mesmo para esta modalidade de parto não há sequer o questionamento sobre a sua aceitação, como nos exemplificam os depoimentos:

[...] Quando eu comecei a pesquisar e eu comecei a ver que todas aquelas atrocidades que nós acabamos vendo não eram necessárias [...] se eu estou em um lugar onde não tem esse suporte, é obvio que tu vai aceitar vai ficar deitar e ficar com o teu sorinho, vai aceitar anestesia, vai aceitar tudo. Então porque eu vou para o hospital se eu não quero nada disso, e foi por isso que eu decidi que ia ser em casa [...](M2).

A não aceitação com relação a conduta intervencionista em relação à assistência ao trabalho de parto foi o grande motivador destas mulheres na opção pelo domicílio como ambiente para receber seus filhos.

Na visão das mulheres do estudo, a assistência prestada no ambiente hospital anula o protagonismo e autonomia da gestante, e na maior parte das situações, o parto normal nem é visado e incentivado. Isso contribui para o sentimento de vulnerabilidade das mulheres neste ambiente. O entendimento de que as mulheres são obrigadas e submetidas a intervenções em seus corpos e em seus filhos com as quais elas não concordam é reforçado nas falas a seguir:

[...] Eu me senti muito violentada na minha cesárea [...] Eu já era meio assim com hospital, mas como não tem outra coisa pra fazer, pensei vamos lá. Mas eu descobri que tinha sim outra coisa para fazer. Então eu queria fazer em casa [...](M4).

O desfavorecimento da assistência recebida no ambiente hospitalar para a evolução fisiológica do trabalho de parto é evidente nas situações relatadas pelas mulheres, percebendo o ambiente hospital como um local que não acolhedor para o nascimento de seus filhos. Dessa maneira, a realização do parto fora de ambientes hospitalares torna-se uma alternativa, constituindo um dos motivos para a decisão pelo parto domiciliar planejado das mulheres do estudo. As mulheres compreendem que o local do domicílio considera a fisiologia do parto como um pressuposto, valorizando sua autonomia, seu conhecimento e o respeito sobre seus corpos.

Experiência de parto das pessoas próximas e as influências na decisão pelo local de parto

As mulheres afirmam que a experiência de parto normal na família serviu de motivação e fortalecimento de sua autoestima para acreditarem na sua capacidade de também realizá-lo. A forma como os partos de suas mães foram vivenciados e decididos, demonstram ter significativa influência na compreensão da filha/mulher a pensar sobre a sua própria experiência e na tomada de decisão pela melhor forma de parir, mas no domicílio, como pode ser verificado nestes depoimentos:

[...] A minha mãe teve nós três, eu e a minha irmã nascemos de parto normal e o meu irmão que foi o último ela só fez cesariana porque ela ligou as trompas [...] foram tranquilos os partos dela, acho que por isso também que eu me senti tranquila. [...] Se a minha mãe conseguiu, eu acho que eu tenho tendência a conseguir também [...](M5).

Além das vivências de parto no convívio familiar as mulheres relatam também ter considerado em sua decisão as histórias de partos que já ouviram ou presenciaram. Histórias, essas, que as motivam a não quererem o hospital como ambiente para receber seus filhos, pois normalmente são experiências negativas, pois associam com o mesmo o excesso de intervenção e o consequente desrespeito de suas opiniões e crenças a respeito do parto:

[...] Às vezes eu via uma mulher tinha parido parto normal hospitalar voltava para casa estava com dificuldade para sentar, mas eu não sabia porquê. Porque ela estava toda costurada (episiotomia). Porque as mulheres não falam de algo que elas não gostaram, por quê? Porque foi o nascimento do seu filho e isso é sagrado? [...](M3).

As mulheres, a partir do conhecimento já adquirido sobre o parto, tecem críticas ao parto vaginal ocorrido nas histórias que ouviram ou presenciaram. Assim como, poderiam elas ter esses eventos como fatores determinantes para desacreditarem nesta via de parto como uma possibilidade para as suas experiências, essas mulheres viram essas histórias como suporte para irem contra a assistência prestada rotineiramente, para buscarem informações que lhes dessem suporte para conquistarem uma experiência diferente para seus partos com uma assistência menos intervencionista, visando o seu protagonismo durante o parto.

DISCUSSÃO

As mulheres optaram pelo domicílio por acreditarem no seu poder parturitivo e desejarem uma assistência não intervencionista. A opção pelo parto domiciliar planejado configura-se como um enfrentamento não só o modelo medicalizado, intervencionista e institucionalizado, mas também a própria rede familiar e de amigos das mulheres, que veem este modelo obstétrico como o mais adequado e seguro (LESSA *et al.*, 2014). A tecnologia empregada na assistência ao parto, mascara e produz uma falsa impressão de segurança, sendo substituída paulatinamente pelo acolhimento, respeito, escuta e compreensão (LEAL *et al.*, 2014).

Em contrapartida, no modelo de assistencial atual, o parto domiciliar é relacionado à questões culturais, dificuldade de acesso aos hospitais, e também à falta de recursos econômicos. Contudo, é evidente que o parto domiciliar planejado, em grandes centros urbanos, se relaciona com a questão de escolha pessoal da mulher (MEDEIROS, SANTOS e SILVA; 2008).

Nesse sentido, o parto domiciliar e seus diferenciais, tais como: a presença de companheiros e familiares, a intimidade da casa, a possibilidade do acompanhamento de uma parteira profissional e, em alguns casos, a presença de uma doula, são elementos valorizados pelas mulheres e que auxiliam na promoção do seu protagonismo e contribuem para a afirmação da capacidade e potencialidade do próprio corpo (CAMACHO e PROGIANTI, 2013).

No modelo tecnocrático da assistência ao parto impera a ideia de passividade das mulheres, imobilizadas durante o parto, enquanto sofrem intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento. Infere-se que o uso sem controle de procedimentos desnecessários e danosos é maximizado pela lógica mercantil e pela (de)formação médica (AQUINO, 2014).

A medicina baseada em evidências aponta que qualquer intervenção só deve ser utilizada quando existir provas de que esta é mais segura que a não intervenção. No entanto, a intervenção, determina relações de “cuidado” definidas pelas preocupações, pela dependência biomédica e pelo olhar atento aos riscos, transformando o manejo da gravidez em um manejo dos riscos, possibilitando um controle sobre o corpo e vida da mulher, determinando caminhos e tutelando escolhas (VELEDA, 2015).

A assistência prestada à mulher deveria levar em consideração os desejos da mesma, porém, no ambiente hospitalar, na maioria das vezes, os protocolos são seguidos sem que seja dada qualquer informação a mulher sobre o andamento de seu trabalho de parto tirando totalmente o direito de protagonismo da mulher em relação a esse processo e tornando-a passiva às intervenções médicas. O contexto cultural e o conhecimento das mulheres precisam ser considerados como forma de identificar o conhecimento sobre a segurança e as dores do parto, bem como a dinâmica da autonomia destas na assistência ao parto. Os profissionais de saúde precisam explorar essas dimensões e possibilitar a escolha informada e adequada das mulheres, bem como o incentivo ao parto normal humanizado (KABAKIAN-KHASHOLIAN, 2013).

Compreende-se desta forma, que as gestantes devem ser melhor orientadas durante a gestação, com informações sólidas para que sejam ativas nas decisões em seu trabalho de parto e, conseqüentemente, possam se sentir seguras e tranquilas deixando que o trabalho de parto evolua naturalmente.

É frequente, mesmo que inconsciente essa associação feita pelas mulheres entre a conquista de suas mães de um parto vaginal com a sua possibilidade de parir de forma normal. Em algumas famílias existe, culturalmente, a tradição de partos mais fáceis e esta experiência pode influenciar as mulheres-filhas e futuras mães na decisão sobre seu próprio processo de parir. Suas mães e suas avós possuem experiências inspiradoras e que elas desejam vivenciar, modificando-as a partir de suas realidades e concepções de mundo, mas mantendo a essência do ‘ser mãe’ a partir de suas experiências como filhas e netas. A mulher leva para o parto toda a experiência alcançada durante sua vida (ISERHARD *et al.*, 2009).

Sendo assim, torna-se um fato importante conhecer o que cada mulher sabe sobre o seu próprio nascimento, visto que frequentemente existe uma relação entre como ela nasceu e como ela irá trazer seu

próprio filho ao mundo. É esperado um trabalho de parto difícil geralmente quando existe uma história materna de parto difícil; por outro lado, se os partos maternos transcorreram facilmente, faz-se pensar em um parto fácil e prazeroso.

A pesquisa de Domingues *et al.* (2014) evidencia que os fatores determinantes para a escolha da via de parto são demonstradas pelas significativas influências do medo e da dor nas experiências individuais e de outras mulheres nesta escolha, o que reforça os achados do estudo em tela em que a escolha da via de parto e o local de realização do mesmo configurou-se como uma forma de driblar desfechos não satisfatórios em um momento tão importante em suas vidas.

Conforme estudo de Fernandes *et al.* (2007), no que diz respeito à episiotomia, as mulheres demonstram seu receio em serem submetidas a este procedimento sem sua real indicação. Entendem que a execução desta intervenção constitui uma forma de agressão ao corpo feminino, reforçando uma falsa sensação de incapacidade do corpo feminino em parir. Nessa direção, os profissionais de saúde que atuam na assistência à mulher em processo de parturição e puerpério necessitam do conhecimento acerca das repercussões que o trauma perineal traz para a saúde materna, como forma de evitar procedimentos desnecessários que causam maior ou menor morbidade materna.

Os depoimentos das mulheres demonstram que as histórias próximas auxiliam na sua decisão em relação à opção pela via de parto. O intervencionismo é um fator negativo para o desenrolar do parto por via vaginal (BELEZA *et al.*, 2012). Essas informações contribuem para sustentar a decisão destas mulheres que optaram pelo domicílio como ambiente para o nascimento de seus filhos, visando assistência por profissionais com uma conduta sabidamente mais humanizada e por acreditarem que este ambiente teria mais condições de oferecê-las o conforto e a segurança necessários para o transcorrer do trabalho de parto e neste ambiente, acreditam e confiam em sua capacidade de parir. O respeito à autonomia da mulher neste processo é uma das principais razões pela escolha do parto domiciliar (JOUHKI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que, na percepção destas mulheres, o ambiente hospitalar é visto como um local na qual as opiniões e desejos femininos não serão respeitadas, e as intervenções ao trabalho de parto ocorrerão sem que haja seu consentimento. Conhecer o processo de trabalho de parto, os riscos e benefícios, a opção por aceitar ou não procedimentos torna a mulher empoderada sobre o seu trabalho de parto. E esse é um aspecto fundamental para que a mulher se sinta confiante no momento de parir.

A crença e confiança na sua capacidade fisiológica de parir e na fisiologia de seus corpos foram potencializadas pelas experiências de parto vivenciadas pelas suas mães, mesmo com desfechos negativos como realização de cesárea e demais procedimentos o parto dado como algo geracional é percebido com mais naturalidade.

É de responsabilidade dos profissionais de saúde e destaca-se a enfermagem, a informação às mulheres sobre os aspectos relacionados ao processo de trabalho de parto. É importante que essas mulheres tenham informação suficiente para serem protagonistas de seu parto e o melhor momento para que isso ocorra é durante os cuidados pré-natais. Diversas evidências científicas demonstram que mulheres bem informadas têm um melhor desfecho de parto e mudar este paradigma deve ser uma iniciativa dos profissionais de saúde.

Cabe aos profissionais de Enfermagem assumir seu papel de promotores da saúde e principalmente defensores das boas práticas, baseando seus cuidados nas melhores evidências científicas e compartilhando com as mulheres, durante sua assistência, seja no pré-natal ou no processo de parto, as informações necessárias para que elas sejam as protagonistas no nascimento de seus filhos. Nesse sentido, este estudo contribui significativamente para a área da Enfermagem e para a saúde pública e a atenção materno-infantil na medida em que possibilita à escuta aos desejos e motivações das mulheres,

evidenciando que é preciso cada vez mais essa acolhida e, principalmente, um trabalho de educação em saúde e promoção do cuidado humanizado.

Essa pequena, mas representativa parcela da população feminina residente em uma capital do sul do Brasil, que optam pelo domicílio como espaço seguro e respeito para parir seus filhos, driblando o modelo obstétrico intervencionista, nos revela a escassez de políticas públicas e propostas governamentais e institucionais de unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico, os Centros de Parto Normal (CPN). Face ao exposto, pretende-se oferecer subsídios para novas políticas de saúde em âmbito local, que possam garantir às mulheres possibilidades de escolha de parir com respeito e dignidade, seja o parto realizado em âmbito hospitalar, na criação de centro de parto normal ou no domicílio.

O estudo apresenta as limitações de um estudo qualitativo, contextualizado no local e tempo onde se desenvolveu. A pretensão não é generalizar os resultados, mas aprofundar a análise sobre o tema estudado a partir das mulheres que a vivenciam. Recomendam-se novas pesquisas sobre o tema, abrangendo outras regiões do país. Ressalta-se a importância de serem realizados estudos que se aproximem do contexto vivencial das mulheres, visto que as reivindicações de mudanças no modelo obstétrico brasileiro, ainda centrado no profissional médico, têm sido desencadeadas pelos diversos segmentos femininos da sociedade civil e organizada que defendem a resignificação do parto e do empoderamento e protagonismo das mulheres e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilâncias em Saúde. Departamento da atenção básica. Estatísticas vitais: Nascidos vivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; [citado 2016 fevereiro 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
2. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2(8452):436-7.
3. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [on line]. 2012 Dez; [citado 2016 Fevereiro 01]; 34(12): [531-535]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/01.pdf>.
4. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres a via de parto final. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 Sup: S101-S116.
5. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(sup): S192-S207.
7. Ministério da Saúde (BR): Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2016 fevereiro 12]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=18.
8. Feyer ISS, Monticelli M, Volkmer C, Búrgio RA. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre o parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(1): 247-56.
9. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3): 665-72.
10. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
11. Silva RM, Barros NF, Jorge HMF, Melo LPT, Junior ARF. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(10): 2783-2794.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. revista e ampliada. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 2016 Fevereiro 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual *Cad. Saúde Pública*. 2014, 30(Sup):17-S47.
15. Medeiros RMK, Santos, IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc. Anna Nery* [online]. 2008, vol.12, n.4, pp.765-772. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400022>.
16. Camacho KG, Progiatti JM. A transformação da prática obstétrica na assistência ao parto humanizado. *Rev. Eletr. Enf.* [on line]. 2013; jul/set; [citado 2016 fevereiro 12]; 15(3): 648-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>
17. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(supl): S1-S3.
18. Veleda AA. Trajetórias do nascer: a construção cultural da incompetência de mulheres gestantes para gestar e parir no subsetor suplementar de saúde em Porto Alegre, RS. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015; 325p.
19. Kabakian-khasholian T. My pain was stronger than my happiness': experiences of caesarean births from Lebanon. *Midwifery*. 2013; 29(1): 1251-6
20. Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13 (1): 116-122.
21. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano MAS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev. bras. Enferm.* 2012; 65(2): 264-68.
22. Murray-Davis B, McDonald H, Rietsma A, Coubrough M, Hutton E. Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario Choice of Birthplace Survey. *Midwifery*. 2014; 30(7): 869-76.
23. Jouhki M-R. Choosing homebirth – The women's perspective. *Women birth*. 2012; 25(4): e56-61.