



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - BACHARELADO

EMANUELY SCRAMIM

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE PARTO
VAGINAL HOSPITALAR: VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES**

CHAPECÓ
2023

EMANUELY SCRAMIM

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE PARTO
VAGINAL HOSPITALAR: VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção
do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Tassiana Potrich

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Joice Moreira Schmalfuss

CHAPECÓ

2023

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Scramim, Emanuely

Parto Domiciliar Planejado após experiência prévia de parto vaginal hospitalar: vivências e motivações de mulheres / Emanuely Scramim. -- 2023.

73 f.:il.

Orientadora: Doutora Tassiana Potrich

Co-orientadora: Doutora Joice Moreira Schmalfluss

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -

Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2023.

1. Enfermagem. 2. Obstetrícia. 3. Parto Domiciliar. 4. Violência obstétrica. I. Potrich, Tassiana, orient. II. Schmalfluss, Joice Moreira, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

EMANUELY SCRAMIM

**PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE PARTO
VAGINAL HOSPITALAR: VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES**

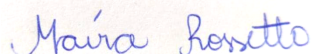
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção
do título de bacharel em Enfermagem.

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado no dia
15 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Presidente da Banca - Prof^ª Dr^ª Tassiana Potrich
Orientadora



Membro titular - Prof^ª Dr^ª Máira Rossetto
Avaliadora



Membro titular - Prof^ª Dr^ª Andréia Machado Cardoso
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Chegando ao fim dessa jornada de cinco anos de muita dedicação e aprendizados, percebo o quão gratificante foi esse período da graduação e quantas pessoas foram essenciais ao longo da minha trajetória acadêmica. Agradeço, primeiramente, a Deus por sempre me guiar e me conduzir para esse curso tão especial.

Agradeço com muito carinho os meus pais, Amilton e Rita, por todo o esforço que sempre tiveram para que eu pudesse ter um estudo de qualidade e por tanto me incentivarem e me apoiarem a estudar. Obrigada por nunca deixarem faltar nada para que eu pudesse me dedicar e concluir essa graduação com êxito, vocês foram fundamentais e seu esforço valeu a pena!

Sou grata à minha irmã Alicia por fazer parte da minha vida de uma maneira tão importante e por dividir comigo muitos momentos de diversão e companheirismo. Agradeço aos meus familiares que estiveram presentes nessa jornada, em especial a minha prima Mileise que, mesmo longe, sempre me ouviu e me deu suporte ao longo desse período de tantos desafios.

Agradeço à Universidade Federal da Fronteira Sul por oferecer um curso gratuito e de qualidade. Também agradeço aos professores do curso que me proporcionaram tantos ensinamentos. Em especial, gratidão à minha professora querida, Doutora Joice Moreira Schmalfluss, por ser uma grande inspiração de pessoa e profissional. Sou grata por todo conhecimento compartilhado e pela paciência e suporte de sempre, obrigada por me tranquilizar e acreditar em mim ao longo da construção desse trabalho, você é incrível!

Aos meus amigos, sou grata por ter compartilhado minhas angústias, emoções, alegrias e conquistas com vocês, a todos que estiveram presentes de alguma forma no início, meio ou fim, vocês foram essenciais. Especialmente, agradeço a minha dupla de faculdade, estágio e irmã de coração, Duda, por tantos momentos divididos desde o início da nossa amizade, obrigada por ser meu suporte, levarei você para toda a vida! Agradeço à minha amiga Ana Bell por tantas caronas em seu Kwid branco e pelos conselhos de sempre! Sou grata também pela minha parceira de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Eduarda, por ter compartilhado um pouco dessa loucura comigo, além de tantos momentos, conversas, desabafos, risadas e festas, é claro.

Gratidão a todos os profissionais que me auxiliaram nesta etapa acadêmica, em especial ao longo do estágio supervisionado, que me acolheram com muita paciência e carinho, sempre transmitindo conhecimento da melhor maneira possível.

Agradeço também a professora Tassiana Potrich pelas contribuições neste trabalho e à banca avaliadora deste projeto pelo aceite do convite e pelas sugestões construtivas que serão essenciais para a escrita e divulgação da temática!

A todas as mulheres que participaram dessa pesquisa e auxiliaram na construção de conhecimento com suas vivências, o meu muito obrigada! Saibam que vocês farão a diferença na vida de outras mulheres!

E a todos que me acompanharam direta ou indiretamente ao longo desse período, gratidão!

“Sou mulher, sou mãe, sou deusa, e assim mereço ser cuidada. Se parir faz parte da natureza, que esta força seja respeitada. Respeitada pelos homens e por mim mesma, pois fazemos a humanidade crescer. Que as cesáreas, induções, tecnologia, sejam usadas com magia e saber. Saber que os médicos dominam, e nós, mulheres, também. Conhecendo nosso corpo e instinto, sabemos mais do que ninguém. Portanto, minha gente, é hora de parir como e com quem quiser. Se durante a noite ou na aurora, a ordem é esperar quando vier. Chega de intervir na natureza! As mulheres precisam compreender, receber o bebê no coração, experimentar o “dar à luz e renascer””.

(Livia Pavitra)

RESUMO

O atual modelo obstétrico brasileiro é guiado por uma postura medicalizada, intervencionista e hospitalocêntrica, limitando o protagonismo das mulheres no processo fisiológico do parto, ocasionando situações desagradáveis e, muitas vezes, traumáticas. Neste cenário, o parto domiciliar planejado tem ressurgido como uma possibilidade coerente com a humanização da assistência ao parto e nascimento, respeitando a autonomia da parturiente e a fisiologia do parto natural. Objetivou-se analisar as vivências e motivações de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado após experiência prévia de parto vaginal hospitalar e caracterizar os dados sociodemográficos e informações da gestação, parto e puerpério destas mulheres. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, com a participação de 11 mulheres residentes no oeste de Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em plataformas *online*, nas cadernetas de gestantes e nas fichas de registro das equipes que assistiram aos partos. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática e o projeto aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer 5.170.967 e CAAE 2930121.1.0000.5564. Após a análise dos dados e caracterização das participantes, elucidaram-se os temas: “Informação e preparo perinatal para a tomada de decisão pelo parto domiciliar planejado”, “Experiências hospitalares prévias motivando a escolha pelo parto domiciliar planejado” e “Ressignificando as vivências da parturição com o parto domiciliar planejado”. O primeiro tema abordou o acesso à informação como fator empoderador das mulheres, visto que a falta de conhecimento acarreta vulnerabilidade e exposição das mulheres à violência obstétrica. No segundo tema discutiu-se as experiências hospitalares prévias das participantes como principal fator motivador para a escolha do parto em domicílio, com a exposição de relatos de vivências desagradáveis em ambiente hospitalar. Por fim, o último tema mencionou as percepções e vivências que as participantes tiveram ao realizar o parto no ambiente domiciliar e como elas ressignificaram suas experiências prévias. Constatou-se que muitas são as motivações das mulheres para a escolha do parto domiciliar planejado, principalmente o desejo de não viverem uma série de intervenções ocorridas no cenário hospitalar, além do desejo por um parto respeitoso, no conforto e segurança de suas casas, com a presença de familiares e profissionais escolhidos propositalmente.

Palavras-chave: Enfermagem; Obstetrícia; Parto Domiciliar; Violência obstétrica;

ABSTRACT

The current Brazilian obstetric model is guided by a medicalized, interventionist and hospital-centered attitude, limiting the role of women in the physiological process of childbirth, causing assisted and often traumatic occurrences. In this scenario, planned home birth has resurfaced as a possibility consistent with the humanization of labor and birth care, respecting the parturient's autonomy and the physiology of natural childbirth. The objective was to analyze the experiences and motivations of women who had a planned home birth after a previous experience of hospital vaginal birth and to characterize sociodemographic data and information about pregnancy, childbirth and the puerperium of these women. It is a research with a qualitative approach, of the descriptive and exploratory type, with the participation of 11 women residing in the west of Santa Catarina. Data were collected through semi-structured interviews carried out on online platforms, in the pregnant women's notebooks and in the registration forms of the teams that attended the births. Data were subjected to thematic content analysis and the project was approved by an Ethics Committee for Research with Human Beings under opinion 5,170,967 and CAAE 2930121.1.0000.5564. After analyzing the data and characterizing the participants, the themes were clarified: "Perinatal information and preparation for decision-making about planned home birth", "Previous hospital experiences motivating the choice of planned home birth" and "Re-signifying the experiences of parturition with planned home birth". The first theme addressed access to information as an empowering factor for women, since lack of knowledge leads to vulnerability and exposure of women to obstetric violence. In the second topic, the participants' previous hospital experiences were discussed as the main motivating factor for choosing home birth, with reports of unpleasant experiences in the hospital environment. Finally, the last theme mentioned the perceptions and experiences that the participants had when giving birth in the home environment and how they re-signified their previous experiences. It was found that many are the motivations of women for choosing a planned home birth, mainly the desire not to experience a series of interventions that occurred in the hospital setting, in addition to the desire for a respectful birth, in the comfort and safety of their homes, with the presence of purposely chosen family members and professionals.

Keywords: Nursing; Obstetrics; Home birth; Obstetric violence;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das participantes do estudo.....	27
Quadro 2 - Dados sobre a gestação e o parto.....	29
Quadro 3 - Dados sobre o trabalho de parto e o puerpério imediato.....	31
Quadro 4 - Pessoas que participaram do PDP.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da análise dos dados.....	24
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EO	Enfermeira Obstetra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PDP	Parto Domiciliar Planejado
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém-Nascido
SC	Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de Parto
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
4 METODOLOGIA	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 LOCAL DO ESTUDO	21
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	21
4.4 COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS	22
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	27
5.2 INFORMAÇÃO E PREPARO PERINATAL PARA A TOMADA DE DECISÃO PELO PDP	34
5.3 EXPERIÊNCIAS HOSPITALARES PRÉVIAS MOTIVANDO A ESCOLHA PELO PDP	38
5.4 RESSIGNIFICANDO AS VIVÊNCIAS DA PARTURIÇÃO COM O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXO A - Formulário do Google Forms	62
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
ANEXO C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	71

1 INTRODUÇÃO

O modelo obstétrico vigente no Brasil é, prevalentemente, medicalizado e institucionalizado na rede hospitalar, guiado por uma assistência biomédica e intervencionista, na qual o processo fisiológico da parturição foi transformado em uma prática que, na maioria das vezes, não respeita a autonomia das mulheres e suas escolhas. Ainda, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 98% dos partos no Brasil ocorrem em ambiente hospitalar (BRASIL, 2020).

Historicamente, percebe-se que diante da evolução da ciência e das mudanças na Medicina no país, houve uma alteração estrutural no modelo de assistência ao parto, o qual deixou de ser realizado no ambiente domiciliar, com auxílio das parteiras e tornou-se idealizadamente uma prática hospitalar, conduzida por meio de inúmeras intervenções. Além disso, muitas mulheres que possuem experiências hospitalares relatam sua insatisfação e traumas associados a esse momento, gerando grande desconforto e insegurança frente à possibilidade de estarem expostas a muitas formas de violência obstétrica.

Diante de tantas incertezas e receios relacionados ao parto, as mulheres têm buscado informação sobre outras possibilidades para esse momento ímpar e, desta forma, a procura pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP) tem aumentado consideravelmente como alternativa ao modelo hospitalocêntrico (OLIVEIRA; GALVÃO; RAMOS, 2021). Ademais, a facilidade de divulgação de informações pelas mídias sociais tem facilitado o aumento dos PDPs, visto que as mulheres são pouco orientadas ao longo do pré-natal sobre essa possibilidade de local de parto (OLIVEIRA; GALVÃO; RAMOS, 2021).

Nesse contexto, entende-se por PDP a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado, de livre escolha da mulher e registrado em seu Conselho de Classe (COREN, 2016). Ainda, esse atendimento deve seguir protocolos pertinentes e que correspondem a ações e critérios que são analisados para sua possível realização. Também, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca-se que o PDP é assistido por profissionais habilitados e capacitados para sua realização e que estes podem ser médicos, enfermeiros obstetras e/ou obstetrites, além da participação das pessoas e profissionais que a mulher desejar, como amigos, familiares, doulas e outras (OMS, 1996).

Além disso, os profissionais que prestam essa assistência também acompanham a gestante desde o pré-natal e estendem os cuidados até o puerpério imediato e tardio, oferecendo toda a assistência à mulher e ao seu bebê. Além disso, essa modalidade de atendimento respeita critérios pré-estabelecidos de elegibilidade para sua ocorrência, como: gestação de risco obstétrico habitual; feto único; em apresentação cefálica e com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas. Além disso, o casal deve compartilhar a decisão e determiná-la a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pelo Parecer Técnico emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de Santa Catarina (SC), número 023/ct/2016 (ZILIO, 2016; COREN, 2016).

Frente a isso, o PDP tem ressurgido, agora de maneira planejada e com profissionais habilitados para esse atendimento, como uma opção coerente com os princípios da humanização da assistência, no qual a mulher restabelece seu protagonismo no processo parturitivo, fortalecendo os vínculos familiares e a sua autonomia. Ainda, o atendimento no domicílio propicia maior bem-estar entre o binômio mãe-bebê, visto que ocorre da forma menos invasiva possível, garantindo um ambiente acolhedor para a parturiente, liberdade de posições conforme preferência da mulher, atrelado ao uso de práticas terapêuticas complementares, além de considerar o mínimo de intervenções com o recém-nascido (RN), garantindo um contato pele a pele eficiente e prolongado com o RN (SANTOS, 2019).

Esse cenário apresentado motivou a acadêmica a desenvolver uma pesquisa nesse viés, buscando uma aproximação maior com essa temática a qual já possui grande afeição. Além disso, a afinidade com essa área se fortaleceu a partir da disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano II”, na graduação em Enfermagem, e com a realização das atividades teórico-práticas, quando a identificação da estudante pela área da obstetrícia se tornou perceptível. Dessa forma, após vivenciar algumas experiências com partos hospitalares, muitas reflexões vieram à tona sobre o quanto esse momento significativo pode impactar na vida das parturientes e o quanto sua autonomia é, muitas vezes, desrespeitada. Diante disso, aprofundou-se o desejo em pesquisar mais sobre a temática e conhecer as vivências e experiências do parto hospitalar e domiciliar.

Nesse cenário, percebe-se que, mesmo de maneira discreta, muitas mulheres têm optado pelo PDP, principalmente as que já tiveram alguma experiência hospitalar anterior, reforçando as incertezas quanto ao modelo medicalizado de atendimento ao parto.

Ademais, a produção literária nacional sobre as questões envolvidas na decisão pelo PDP ainda é muito limitada, justificando-se a realização desse estudo com mulheres que tiveram a opção de escolher um PDP após um parto hospitalar anterior, principalmente diante da percepção empírica de que as experiências hospitalares são discrepantes das vivências possibilitadas por um parto domiciliar.

Ainda, ressalta-se que o presente estudo faz parte de uma pesquisa prévia intitulada “Motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado na pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19)”, desenvolvida no ano de 2022.

Diante do exposto, essa pesquisa tem como questões norteadoras as seguintes perguntas: como foram as vivências de mulheres que tiveram PDP após terem uma experiência prévia de parto vaginal hospitalar e quais foram as motivações para a escolha dessa modalidade de parto? Quais são as características sociodemográficas e as informações gestacionais, do parto e do puerpério destas mulheres?

2 OBJETIVOS

Analisar as vivências e motivações de mulheres que tiveram Parto Domiciliar Planejado após experiência prévia de parto vaginal hospitalar e caracterizar os dados sociodemográficos e informações da gestação, parto e puerpério destas mulheres.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao analisar historicamente o cuidado obstétrico das parturientes, observa-se que esse processo era de responsabilidade exclusiva das parteiras até o século XVII. Entretanto, com o avanço da Medicina e a evolução da ciência, observou-se a entrada da categoria médica nesse atendimento e uma alteração estrutural nesse modelo assistencial no país, o qual se tornou institucionalizado em ambientes hospitalares. Desse modo, os atendimentos ao parto no âmbito domiciliar foram transferidos para o hospital, expandindo-se mundialmente como padrão ideal até a década de 80 (OLIVEIRA; GALVÃO; RAMOS, 2021).

Diante de grandes mecanismos tecnológicos e em consonância com o capitalismo moderno, a mulher foi deixada em segundo plano, transformando o processo fisiológico de parir em uma ferramenta mercadológica, marcada por normas e rotinas estabelecidas que dificultam a humanização do cuidado nesse cenário (SERRES, 2020). Nesse contexto, intensificaram-se as reivindicações por mudanças na assistência ao parto, resultando no movimento denominado “humanização do parto” no Brasil, no qual as mulheres buscam pela autonomia dos seus corpos durante todo o período de gestação, parto e puerpério.

Diante de tantas inconstâncias, O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento se intensificou e, em 2000, o Ministério da Saúde implantou em todo o país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o qual busca atender as necessidades específicas da gestante, puérpera e RN, assegurando melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do binômio desde o pré-natal, assistência ao parto e puerpério. Ademais, a humanização compreende atitudes éticas por parte dos profissionais da saúde, bem como a oferta de um ambiente acolhedor à mulher nesse momento. Também tem-se como objetivo adotar medidas benéficas para o binômio, evitando intervenções desnecessárias e que podem acarretar riscos maiores para ambos. (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Nesse contexto, algumas medidas foram implementadas visando uma atenção humanizada e qualificada no cenário de gestação, parto e puerpério, incluindo a criação de casas de parto, a incorporação de enfermeiras obstetras na equipe de saúde e a implementação da Rede Cegonha, fatores que tem contribuído para a redução de violências obstétricas e para a garantia de resultados positivos para mãe e RN. Outro fato essencial nesse cenário é a Lei número 11.108, de 7 de abril de 2005, também conhecida como Lei

do Acompanhante que garante que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigados a permitir a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo esse acompanhante de escolha da mulher (RIBEIRO-FERNANDES, 2021).

Do mesmo modo, além das políticas públicas criadas em prol da humanização do parto, sabe-se que a assistência obstétrica e neonatal em ambiente hospitalar também conta com muita tecnologia e práticas que evoluíram com a ciência e que, ao longo do tempo, garantiram a redução da mortalidade materno-infantil. Além disso, as instituições defendem o retorno de procedimentos essenciais e com atendimento de uma equipe multidisciplinar, com a qual se espera um atendimento completo desde a gestação até o puerpério, com educações em saúde de incentivo e apoio ao aleitamento materno, dentre outros aspectos (MENDES; SILVA; LEAL JUNIOR, 2022).

Além disso, seguindo o mesmo viés de humanização do parto, o Ministério da Saúde (MS) passou a considerar o domicílio como possível local para o parto, mas não existe um fluxo formalizado na rede, visto que o PDP não é uma opção pública em todo o país e não faz parte do sistema de referência e contrarreferência (CURSINO; BENINCASA, 2020). Nesse contexto, como na sociedade brasileira o PDP ainda não é uma política pública, muitas gestantes não recebem informações durante o pré-natal sobre esse possível modelo de parto, sendo poucas as opções de local para o parto e nascimento disponibilizadas para as possíveis parturientes, além de mínimas as informações sobre os riscos e benefícios de cada modalidade de parto (VOLPATO *et al.*, 2021).

Também vale citar que muitos profissionais consideram que o PDP é um retrocesso frente a tantos avanços e recursos que a saúde possui, visto que, nessa modalidade de parto, se prioriza uma postura minimamente intervencionista, diferente do que ocorre em ambiente hospitalar. Ademais, no âmbito domiciliar não há todo o aparato médico que as instituições hospitalares possuem para possíveis situações emergenciais, mas isso se justifica diante da necessidade do uso desses equipamentos, que é mínima num PDP, principalmente devido aos critérios de elegibilidade para sua ocorrência e atendimento qualificado por profissionais habilitados que buscam respeito à fisiologia do parto (SANFELICHE; SHIMO, 2015).

Nesse mesmo contexto, a opção da mulher pelo PDP se configura como a assistência realizada durante o pré-natal, parto, nascimento e puerpério imediato. Ademais, para a sua execução, são seguidos alguns critérios de elegibilidade de acordo com o

parecer técnico emitido pelo COREN de SC sob número 023/CT/2016 que aborda fatores de risco que impedem a ocorrência do PDP. Além disso, essa modalidade de parto é assistida por enfermeiro especializado, de acordo com a escolha da gestante e que possua seu registro ativo no seu conselho de classe (ZANOTELLI, 2022).

Diante disso, percebe-se que a opção das mulheres pelo PDP, geralmente, ocorre a partir das suas relações sociais e da conscientização das suas possibilidades fisiológicas, empoderando-se de informações e conhecimento (LESSA *et al.*, 2018). Esse cenário de empoderamento e autonomia é essencial para que as mulheres possam realizar suas escolhas livremente e atuar de maneira ativa no decorrer do processo. Em detrimento, observa-se que a passividade das gestantes e parturientes pode interferir no processo decisório, visto que nesse caso o grande poder de decisão se torna de responsabilidade médica, no qual a mulher abdica sua autonomia e aceita interferências técnicas, muitas vezes por medo, insegurança e déficit no conhecimento dos seus direitos e opções (MARTINS *et al.*, 2018).

Além disso, sabe-se que a gestação é um momento repleto de alterações fisiológicas e emocionais e que envolve inúmeros fatores. Sendo assim, aguardar e imaginar o momento do parto também pode gerar ansiedade e nervosismo para as mulheres que buscam o melhor para seus filhos e que desejam que tudo ocorra de maneira tranquila, de acordo com suas escolhas e desejos. Também vale ressaltar que independente da via, modalidade ou local de nascimento, o parto é um momento único, um evento biológico e fisiológico, que envolve inúmeros aspectos emocionais, espirituais e culturais, sendo assim, deve ser um momento natural e no qual a mulher se sinta confortável e empoderada para tomar decisões e definir as condutas da forma que preferir (SERRES, 2020).

Dessa maneira, quando o parto não ocorre conforme as expectativas, pode acabar se tornando uma experiência frustrante, além de muitas vezes ser composta de violências obstétricas e intervenções. Nesse cenário, as mulheres têm buscado cada vez mais orientações e informações a fim de conhecerem as práticas que podem ocorrer durante o trabalho de parto e parto.

Entretanto, ao realizar a comparação com um parto vaginal realizado em âmbito hospitalar, observam-se práticas intervencionistas, em sua maioria, as quais restringem as posições e movimentos da mulher durante o trabalho de parto (TP), além de limitarem a alimentação da parturiente nesse ambiente. Também vale citar que muitas das condutas

sem indicações clínicas se tornam um risco para o binômio e, mesmo assim, são muito presentes na realidade do TP hospitalar, como a determinação da posição de litotomia para a mulher durante o expulsivo, a indução do parto com ocitocina, a realização de episiotomia (corte no períneo), além da manobra de Kristeller (empurrar a barriga da parturiente para “ajudar na saída do bebê”), sendo essas intervenções geralmente desnecessárias e realizadas em excesso e sem indicação (ZANOTELLI, 2022).

Já o PDP se caracteriza por menos intervenções e maior probabilidade de desfechos positivos, além de apresentar resultados benéficos para o binômio. Também observa-se que as experiências em domicílio respeitam o processo fisiológico do parto e garantem maior autonomia e protagonismo por parte das parturientes que se sentem empoderadas e seguras nesse local. Ademais, a confiança no processo parturitivo envolve muitos fatores, mas as mulheres se sentem protegidas em um ambiente acolhedor, tranquilo, com participação de familiares, amigos e entes queridos, bem como com uma equipe de confiança e que ofereça qualidade na assistência prestada (VOLPATO *et al.*, 2021).

Nesse mesmo viés, também observa-se que experiências prévias têm grande influência nas decisões para o parto seguinte, visto que a mulher consegue elencar fatores positivos e negativos que ocorreram no momento, aspectos que deixaram ela confortável ou situações estressantes e de inseguranças. Do mesmo modo, nota-se muitas memórias de cunho positivo em mulheres que tiveram PDP, refletindo no desejo de vivenciar novamente a experiência de parir em ambiente domiciliar, tanto pela confiança no processo, quanto pelo conforto, respeito e autonomia que ocorre nesse ambiente acolhedor e com equipe e rede de apoio de escolha da parturiente (MARTINS *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo da presente pesquisa foram seguidos os passos metodológicos descritos a seguir.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa descritiva visa descrever uma realidade, população ou fenômeno e proporciona a interpretação e caracterização do objeto de estudo. Essa forma de estudo inclui diversas composições e uma de suas principais abordagens inclui a entrevista a partir de um questionário. Já a pesquisa exploratória tem como objetivo principal aproximar o pesquisador do objeto de estudo a fim de aprimorar as ideias e hipóteses frente ao tema escolhido. Dessa forma, a abordagem escolhida é bastante flexível e permite contemplar diversas facetas sobre a mesma temática. Além disso, essa metodologia pode incluir entrevistas com pessoas que vivenciaram determinada situação, coleta bibliográfica e análise de experiências (GIL, 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em municípios do oeste do estado de Santa Catarina, na região sul do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), o estado de SC tem 95.730,684 km² de área (2021) e população estimada de 7.338.473 habitantes no ano de 2021. Desses habitantes, cerca de 1.294.228 compõem a região oeste do estado (CIDADE BRASIL, 2021).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo onze mulheres que optaram pelo PDP após parto vaginal hospitalar anterior. Foram considerados critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, que tiveram parto vaginal hospitalar anterior, antes do PDP, e que foram atendidas na região do oeste catarinense. Foram critérios de exclusão: primíparas, mulheres que tiveram

o PDP contraindicado segundo os critérios de elegibilidade e mulheres que precisaram ser transferidas para o ambiente hospitalar no decorrer do processo parturitivo.

As participantes do estudo foram localizadas a partir de uma lista de contatos disponibilizada por enfermeiras obstetras que atuam no atendimento de PDP no oeste catarinense, sendo esta lista composta pelos nomes e números telefônicos das mulheres. O contato ocorreu por telefone, via *whatsapp*, com mensagens de texto explicando os objetivos da pesquisa e convidando-as a participar do estudo.

A pesquisa contou com três etapas via link do *google forms* (ANEXO A) que foi encaminhado para as participantes após o aceite em participar da pesquisa, via *whatsapp*. Esse preenchimento valeu como anuência da mulher em participar da pesquisa. A primeira seção correspondeu ao convite formal de participação no estudo, seus objetivos e a justificativa da pesquisa. Já na segunda seção foram apresentadas as informações acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), bem como a manifestação de concordância com o termo pela participante do estudo e a autorização de gravação da entrevista. Por fim, na terceira seção, foram questionados os melhores dias e horários para a realização da entrevista.

4.4 COLETA E PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados foram coletados pela acadêmica por meio de entrevistas *online*, utilizando plataformas de videoconferências como *Google Meet* e *WhatsApp*, conforme necessidades envolvendo a conexão com a *internet*. Estas foram conduzidas a partir de um roteiro de perguntas semiestruturado (ANEXO C), criado e aplicado pela acadêmica pesquisadora. Este roteiro contém dados de caracterização e identificação das participantes do estudo, bem como dados sociodemográficos. Além disso, foram coletadas informações sobre o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério imediato, utilizando, além da entrevista, elementos da caderneta da gestante e de fichas de registro das equipes que prestaram assistência durante o PDP, consistindo na triangulação de dados (DENZIN; LINCOLN, 2006) Por fim, foi conduzida a entrevista com as motivações e relato descritivo das entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas de acordo com os dias e horários sugeridos pelas mulheres no preenchimento do formulário *online* enviado. Todas as entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados, sendo que duas delas

ocorreram, primeiramente, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022 e, posteriormente, o restante entre os meses de outubro e dezembro de 2022, durando cerca de 30 minutos cada.

A coleta de dados iniciou somente após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Todo material coletado foi armazenado em um dispositivo eletrônico e será mantido neste por um período de cinco anos, sendo desprezado após este tempo.

Foram contatadas novas participantes para o estudo até se atingir o critério de saturação teórica, sendo interrompidas as coletas quando os dados não apresentaram novos elementos ou informações para embasar a discussão teórica e agregar outros conteúdos à pesquisa (BOWEN, 2008).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados durante as entrevistas ocorreu por meio do processo de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011) que segue um conjunto de técnicas para descrever o conteúdo obtido, sendo organizado em três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A primeira etapa ocorreu com a organização e preparação do material a ser analisado, a partir da construção de indicadores para orientar a interpretação final dos resultados, respeitando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011).

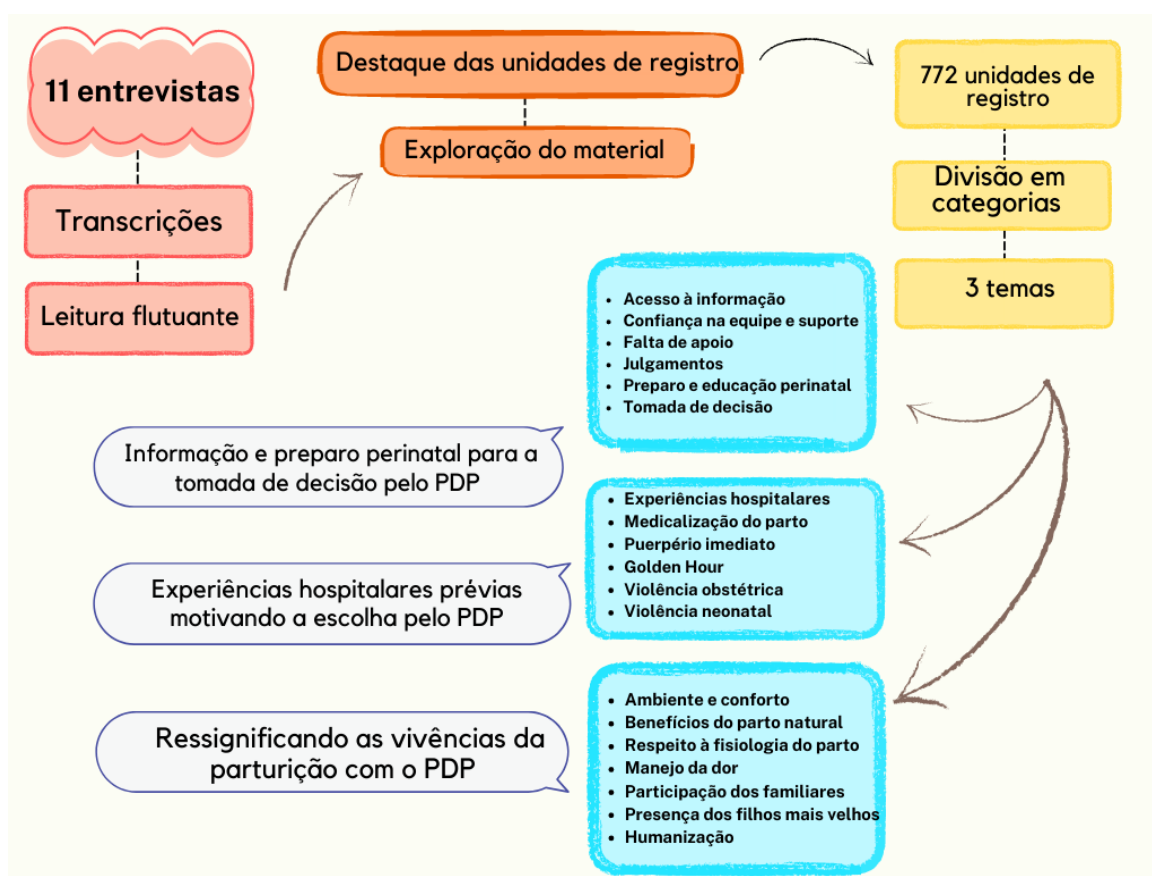
O material foi organizado iniciando pela transcrição das entrevistas que foram audiogravadas e armazenadas em uma pasta digital de documentos textuais. Estas foram separadas por ordem de realização em um documento digital e iniciou-se uma leitura flutuante breve.

Posteriormente, na fase de exploração do material, os dados foram codificados em unidades de registro (recortes de falas), as quais também foram enumeradas conforme as regras de contagem e, posteriormente, categorizados para organizar as informações. Ademais, as unidades de registro foram separadas conforme critérios semânticos, ou seja, segmentos de conteúdos semelhantes, que foram agrupados e organizados em pastas digitais que corresponderam às categorias temáticas e, com o resultado dessa separação, foram divididos os grandes temas (BARDIN, 2011).

Por fim, na última etapa, nomeada como interpretação dos resultados obtidos, ocorreu o embasamento dos dados pelo referencial teórico com o propósito de dar sentido à interpretação. Desse modo, foram utilizadas referências atualizadas com o objetivo de apresentar uma discussão dos dados com base em convergências ou divergências baseadas nos estudos localizados.

Desta forma, considerando a análise recém exposta, as entrevistas originaram 772 unidades de registros que, a partir do agrupamento temático e formaram 22 subcategorias que resultaram em três temas. Esse fluxo está ilustrado conforme apresenta a Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da análise dos dados



Fonte: autoria própria, 2023

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “Motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado na pandemia de COVID-19”,

que respeitou os preceitos legais da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e também da Carta Circular número 1/2021-CONEP/SECNS/MS. A pesquisa foi encaminhada ao CEP da UFFS para parecer e obteve aprovação em dezembro de 2021, sob parecer número 5.170.967 e CAAE número 2930121.1.0000.5564.

Conforme orientações da Carta Circular número 1/2021 e segundo a Resolução de número 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, após o aceite de participação, foi encaminhado o TCLE para as participantes da pesquisa via link do *Google Forms*, o qual continha os objetivos e a justificativa para realização do estudo, os riscos e benefícios, além da explicação sobre a participação voluntária e as possibilidades de recusa e/ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso resultasse em qualquer dano a elas. Ademais, junto ao TCLE se encontrava o termo de consentimento para uso de imagem e/ou voz, que também foi autorizado e assinado pelas participantes.

Os riscos ao participar dessa pesquisa foram mínimos, dentre os quais podemos citar situações de constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e ao longo dos questionamentos. Além disso, por envolver aspectos passados que ocorreram com a mulher, estes poderiam ser resgatados com lembranças negativas causando desconforto e/ou mobilização emocional. Sendo assim, a fim de minimizar esses riscos, as participantes poderiam se recusar a responder qualquer pergunta e/ou informação caso não se sentissem confortáveis e/ou se considerassem que a resposta se tratava de algo pessoal. Também foi orientado que o objetivo do estudo não era de julgamento e que elas poderiam ser sinceras e retratar de forma clara suas motivações por terem escolhido o PDP. Ademais, se o incômodo com qualquer situação persistisse e fosse do desejo da participante, a entrevista seria encerrada. Em relação ao exposto, salienta-se que nenhum imprevisto ou situação que colocasse as participantes em risco, no decorrer das entrevistas, foi observado.

Ainda, vale ressaltar que por se tratar de um estudo com coleta de dados em ambiente virtual, consideraram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurassem total confidencialidade das informações e evitassem potencial risco de violação.

Os benefícios ao participar da pesquisa envolveram a importante contribuição com a comunidade acadêmica, proporcionando a construção de conhecimento para a obstetrícia e auxiliando também a oferecer informações sobre o PDP às mulheres que buscam sobre

essa temática e que almejam um parto em ambiente domiciliar. A pesquisa também refletirá em resumos, artigos científicos e apresentações em eventos sobre os resultados obtidos, auxiliando na divulgação do tema. Uma cópia do TCC também será enviada às participantes, via *e-mail*, na sua finalização.

Para preservar a identidade das mulheres incluídas no estudo, o nome de cada uma converteu-se na letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas. Também foram acrescentadas às entrevistas os dados contidos nas cadernetas de gestante e nas fichas de registro da assistência do PDP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa seção apresenta a caracterização das participantes do estudo, bem como a análise dos dados gerais da gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Além disso, nesse segmento serão discutidos os dados das três temáticas que submergiram, sendo elas: “Informação e preparo perinatal para a tomada de decisão pelo PDP”, “Experiências hospitalares prévias motivando a escolha pelo PDP” e “Ressignificando as vivências da parturição com o PDP”.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Quadro 1 - Caracterização das participantes do estudo

	Idade	Estado civil	Escolaridade	Crença/ Religião	Renda familiar*
P1	43	Casada	Pós-graduação	Católica	13 a 14
P2	34	Casada	Pós-graduação	Umbanda	3 a 4
P3	40	Casada	Ensino superior completo	Católica	3 a 4
P4	33	Casada	Ensino médio completo	Católica	7 a 8
P5	30	Casada	Ensino superior completo	Católica	13 a 14
P6	35	Casada	Pós-graduação	Espírita	15
P7	31	Casada	Pós-graduação	Energia do universo	4 a 5
P8	38	Casada	Pós-graduação	Católica	Não soube
P9	37	Casada	Ensino superior completo	Católica	2 a 4
P10	30	Casada	Ensino superior completo	Não possui	+/- 3
P11	31	Casada	Ensino superior completo	Católica	8

Fonte: elaborado pela autora (2023)

*Renda em salários mínimos que, na época da coleta de dados, estava fixada em R\$ 1.212,00.

Após a análise dos dados de caracterização das participantes, observou-se que as idades destas variaram entre 30 e 43 anos, sendo a média das idades igual a 34,7 anos e um predomínio de participantes abaixo dos 40 anos. Do mesmo modo, Rocha *et al.* (2021), em seu estudo, apresentaram um intervalo de idades das participantes entre 31 e 37 anos, semelhante ao intervalo obtido na pesquisa atual.

Já no que diz respeito ao estado civil, os presentes dados apresentaram que todas as participantes do estudo são casadas, representando 100% das analisadas. No mesmo contexto, Volpato *et al.* (2020) observaram que todas as participantes estavam em um relacionamento, sendo sete em união estável e sete casadas. Nesse contexto, vale enfatizar a importância da presença do parceiro na decisão pelo PDP, pois assim como observado por Quitete e Monteiro (2018), as parturientes referem sentimentos positivos dessa participação e do apoio emocional prestado, além de se sentirem amparadas, seguras e, conseqüentemente, mais felizes e satisfeitas com o processo.

Em relação ao nível de escolaridade, somente uma participante apresentou ensino médio completo e o restante (10 participantes) ensino superior completo, sendo que 50% destas (cinco participantes) possui escolaridade equivalente à pós-graduação. Ademais, na pesquisa de Rocha *et al.* (2021), também destacou-se que a maioria das mulheres pesquisadas possuíam ensino superior completo, exceto uma participante que afirmou estar cursando o ensino superior. Dessa maneira, percebe-se que a maioria das mulheres que optam pelo PDP possuem um nível de ensino elevado e, portanto, melhores condições para terem acesso à informação e ao conhecimento nos dias de hoje. Ademais, o fator socioeconômico também auxiliou na opção pelo PDP, visto que ainda não se tem atendimento domiciliar pelo SUS, dificultando o acesso a essa modalidade de parto e nascimento pela maioria das famílias brasileiras (ZANOTELLI, 2022).

Analisou-se, também, a classe socioeconômica das participantes, sendo que cinco delas afirmaram renda familiar acima de sete salários mínimos, cinco apresentaram renda familiar abaixo de cinco salários mínimos e uma participante não soube informar a renda familiar. Percebeu-se que a renda mais baixa esteve entre dois e três salários e a renda mais alta em 15 salários mínimos. Do mesmo modo, Rocha *et al.* (2021) obtiveram, em seu estudo, que 88,8% das participantes tinha renda familiar superior a quatro salários mínimos e apenas uma mulher possuía renda entre três e quatro salários mínimos.

Ao observar as informações sobre crença ou religião, notou-se que a maioria das participantes (seis) são católicas, uma participa da umbanda, uma é espírita, uma relata ser

influenciadas por “energias do universo” e duas não possuem ou não informaram a sua crença. Similarmente, Tavares *et al.* (2020), em seu estudo, observaram predominância da religião católica.

Na sequência também serão apresentadas as informações sobre a gestação e parto, sintetizadas no Quadro 2, que dispõe o número de consultas pré-natais, a cidade em que este ocorreu, a paridade da mulher, os locais dos nascimentos anteriores, a idade gestacional na data do PDP e se houve indução ou estimulação do trabalho de parto.

Quadro 2 - Dados sobre a gestação e o parto

	Nº consultas pré-natais	Cidade onde ocorreu o parto	Paridade	Local do(s) nascimento(s) anterior(es)	Idade gestacional no parto	Indução ou estimulação do TP
P1	10	Chapecó	G3P2C1	Hospital (2)	40s+3d	Não
P2	11	Maravilha	G2P2	Hospital (1)	39s+6d	Não
P3	10	Chapecó	G6P3C1A2	Hospital (3)	37s + 4d	Não
P4	15	Xaxim	G3P2A1	Hospital (1)	39s + 5d	Não
P5	11	Chapecó	G3P2C1	Hospital (2)	39s	Shake*
P6	12	Chapecó	G2P2	Hospital (1)	39s + 4d	Acupuntura
P7	+/-16	Dionísio Cerqueira	G3P2A1	Hospital (1)	38s + 2d	Não
P8	12	Dionísio Cerqueira	G4P4	Hospital (3)	39s + 3d	Não
P9	11	Guaraciaba	G4P2A1**	Hospital (2)	39s + 5d	Não
P10	10	São José do Cedro	G2P2	Hospital (1)	39s + 4d	Não
P11	+/-12	São Carlos	G3P2A1	Hospital (2)	40s + 1d	Moxabustão, auriculoterapia, acupuntura, fisioterapia pélvica

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Legenda: G (número de gestações), P (partos vaginais), C (cesáreas), A (abortos).

* Bebida à base de óleo de rícino que mistura diversos componentes visando estimular o trabalho de parto.

** Participante estava gestando novamente no momento da coleta de dados.

Os dados expostos indicam que todas as participantes (11 mulheres), realizaram mais de 10 consultas pré-natais, incluindo as consultas com as enfermeiras obstetras que atenderam o PDP e acompanhamentos realizados por outros profissionais. Ademais, a quantidade de consultas observadas é satisfatória, visto que o MS preconiza a realização de seis consultas mínimas de pré-natal (BRASIL, 2022). Esse fato também foi percebido na pesquisa de Koettker *et al.* (2018), na qual aproximadamente 90% das gestantes realizaram mais do que as seis consultas preconizadas.

No que diz respeito às cidades de ocorrência dos partos, a maioria teve o PDP nos locais que residiam na ocasião do evento. Também foi possível observar que quatro mulheres tiveram seu parto na cidade de Chapecó, duas em Dionísio Cerqueira, uma em Maravilha, uma em Xaxim, uma em Guaraciaba, uma em São José do Cedro e uma em São Carlos, sendo todas as cidades pertencentes ao oeste catarinense.

Acerca da paridade das participantes no momento da coleta de dados, percebeu-se que todas as participantes do estudo eram multigestas e tiveram parto vaginal hospitalar prévio, visto que este era um dos critérios de inclusão da presente pesquisa. Ainda, uma das participantes já possuía outro PDP prévio e três participantes tiveram cesárea prévia, além de parto vaginal hospitalar. Cinco entrevistadas já haviam vivenciado situações de abortamento e uma se encontrava gestante no momento da coleta de dados.

Outro ponto que convém analisar é a idade gestacional das participantes, no momento do PDP. Em relação a este quesito, observou-se que todas as mulheres estavam no período considerado como termo gestacional, sendo este acima das 37 semanas, além de ser um critério de elegibilidade para a ocorrência do parto domiciliar (COREN/SC número 023/CT/2016). A maioria das participantes (sete) teve seu trabalho de parto iniciado a partir das 39 semanas e duas participantes acima das 40 semanas. O parto com menor idade gestacional ocorreu com 37 semanas e 4 dias e a maior idade gestacional foi com 40 semanas e 1 dia. Zanotelli (2022) encontrou dados semelhantes em sua pesquisa, na qual o parto com menor idade gestacional ocorreu com 38 semanas e a maior idade gestacional foi igual a 41 semanas e 5 dias, sendo que a maioria (8) das participantes pariu com mais de 40 semanas.

Quando questionadas a respeito da utilização de alguma substância ou técnica para induzir ou estimular o trabalho de parto, uma participante relatou a ingestão de um shake uma semana antes do parto, uma outra relatou a realização de sessões de acupuntura dois dias antes do trabalho de parto, acreditando que estas auxiliaram no início e progressão do

processo, e uma participante referiu realizar moxabustão desde a 36ª semana de gestação, todas as semanas, além de auriculoterapia, acupuntura e fisioterapia pélvica, métodos que a participante também considera que auxiliaram na progressão do TP.

A seguir serão apresentados outros dados relevantes acerca do trabalho de parto e puerpério imediato após o PDP, distribuídos no Quadro 3.

Quadro 3 - Dados sobre o trabalho de parto e o puerpério imediato

	Duração da fase ativa	Condição da bolsa amniótica	Ambiente do nascimento	Posição adotada no expulsivo	Apgar do RN	Houve reanimação neonatal	Tempo de dequitação da placenta	Como ficou o períneo? Foi realizada sutura?	Tiveram intercorrências obstétricas?
P1	3h	Rota 4h antes do nascimento	Sala de jantar	Em pé	9/9	Não	10min	Íntegro	Não
P2	2h	Rompeu no expulsivo	Banheiro	De cócoras	9/10	Não	2h	Íntegro	Não
P3	4h	Rompeu no expulsivo	Quarto	Sentada na banqueta de parto	8/9	Não	Imediato	Íntegro	Não
P4	2h	Rompeu no expulsivo	Banheira	Ajoelhada, com os braços apoiados na borda da banheira	10/10	Não	1h	Íntegro	Não
P5	18h	Rompeu no expulsivo	Sala	Ajoelhada, apoiada no sofá	10/10	Não	1h14min	Íntegro	Não
P6	5h	Rompeu no expulsivo	Sala	De 4 apoios, na bola de pilates	9/10	Não	15min	Pequena laceração, sem necessidade de sutura	Não
P7	2h30	Rompeu no expulsivo	Banheiro	Sentada no vaso sanitário	10/10	Não	1h	Íntegro	Não

P8	1h30	Rompeu no expulsivo	Cozinha/Sala	De joelhos, apoiada na bola	9/10	Não	1h	Pequena laceração, sem necessidade de sutura	Não
P9	2h30	Rota 10h antes do nascimento	Sala	Em pé	9/10	Não	20min	Pequena laceração, sem necessidade de sutura	Não
P10	1h10	Rota 3h antes do nascimento	Cozinha/Sala	De 4 apoios	10/10	Não	15min	Íntegro	Não
P11	2h15	Rompeu no expulsivo	Quarto	Semi agachada	9/10	Não	30min	Laceração de 1º grau, sem necessidade de sutura	Não

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Ao analisar os dados do trabalho de parto, o tempo de duração da fase ativa do TP foi curto para a maioria das participantes, sendo que a fase ativa mais rápida durou cerca de 1 hora e 10 minutos e a mais longa foi de 18 horas. Por outro lado, Zanotelli (2022) analisou em seu estudo que a maioria das participantes teve uma fase ativa que durou entre seis e dez horas.

Também observou-se que a maioria das participantes (8) relatou que a bolsa amniótica rompeu espontaneamente durante o período expulsivo, enquanto três participantes relataram a ruptura antes do TP, variando de três a 10 horas até o momento do período expulsivo. Acerca deste mesmo contexto, Zanotelli (2022) afirmou que 12 das 13 participantes da sua pesquisa tiveram a bolsa amniótica rompida espontaneamente antes ou durante o trabalho de parto.

Sobre os ambientes onde o parto ocorreu, cinco participantes referiram a sala como local de escolha, duas mulheres optaram por parir no quarto, duas no banheiro, uma na banheira e uma na sala de jantar.

Quanto às posições mais adotadas no momento do expulsivo foram de quatro apoios, sendo que cinco participantes estavam ajoelhadas (três dessas estavam apoiadas - na bola de pilates, na borda da banheira e no sofá). Ademais, duas participantes tiveram o parto em pé, uma de cócoras, uma sentada na banqueta de parto, uma sentada no vaso sanitário e uma semi-agachada. Por outro lado, Koettker *et al.* (2018) observaram que a posição mais utilizada pelas participantes da sua pesquisa foi a sentada na banqueta de parto (23,42%), seguida da posição de quatro apoios (8,8%).

Ao analisar o apgar atribuído aos RN, observando os aspectos da escala que dizem respeito à respiração, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tônus muscular e cor da pele, notou-se que a maioria (10) dos RNs tiveram valores atribuídos acima de nove no primeiro minuto de vida, indicando ótimas condições de nascimento. Salienta-se que estes escores foram atribuídos pelas enfermeiras obstetras responsáveis pelo atendimento nos respectivos domicílios. Nenhum RN necessitou de reanimação ao nascer. Os dados analisados foram positivos e superaram os obtidos pela pesquisa de Silveira *et al.* (2021) que apresentou que 97,41% dos escores de apgar foram acima de oito e 0,86% dos RNs precisou ser reanimado.

O processo de dequitação da placenta das participantes levou, em média, 39 minutos, sendo que o maior tempo para o desprendimento placentário foi de duas horas e o menor tempo ocorreu com a dequitação imediatamente após o nascimento do RN.

O períneo de sete entrevistadas permaneceu íntegro após o nascimento e o das outras quatro participantes apresentou pequena laceração sem a necessidade de realização de sutura pelas enfermeiras obstetras. Do mesmo modo, Cursino e Benincasa (2020) observaram, em seu estudo, que as lacerações espontâneas foram de 1º ou 2º grau, não ocorrendo nenhuma laceração grave. Da mesma forma, Silveira *et al.*, (2021), obtiveram resultados semelhantes, indicando que mais de 50% das entrevistadas da sua pesquisa tiveram períneo íntegro ou lacerações sem necessidade de sutura.

No que diz respeito às intercorrências obstétricas, nenhuma participante referiu intercorrências, sendo que apenas uma participante referiu na entrevista que apresentou um sangramento aumentado no período do pós-parto imediato, sendo logo resolvido no domicílio, manejado com o uso de ocitocina intramuscular, conforme prevê as orientações da OMS (2018). Do mesmo modo, o estudo de Zanutelli (2022) também observou que a maioria das participantes não teve intercorrências durante o PDP. Diante dos indicadores

analisados foi possível evidenciar que a humanização no atendimento e o mínimo de intervenções realizadas garantiu desfechos maternos e neonatais satisfatórios.

5.2 INFORMAÇÃO E PREPARO PERINATAL PARA A TOMADA DE DECISÃO PELO PDP

A partir da análise das vivências e dos relatos das participantes do estudo, nesta seção serão destacados alguns aspectos que influenciaram no empoderamento das mulheres para decidirem pelo PDP. Com base nisso, observou-se que um fator essencial e motivador para essa escolha foi o acesso à informação, visto que foi a principal ferramenta de autonomia destas mulheres.

Elas associaram a falta de conhecimento em experiências prévias a situações de vulnerabilidade e exposição à violência obstétrica, além de serem submetidas a outras situações negativas no atendimento hospitalar, pois acreditavam nas informações que lhes eram repassadas, na época e, principalmente, na conduta médica. Esse cenário pode ser percebido por meio das seguintes falas:

Mas eu não tive nenhuma base científica, nada do gênero, nenhum suporte, no sentido informativo e daí acabei optando pelo hospitalar por acreditar que ele fosse mais seguro. (P2)

E na verdade eu tinha 20 anos de idade, era 2006, na internet.. a gente nem tinha internet, era só mato né, a gente não tinha sabe acesso, a informação que eu tinha era assim, alguma coisa que tinha na caderneta de gestante, alguma coisa assim que eu fui lendo, e na verdade eu nem tinha caderneta da gestante. (...) Então era um momento que eu não tinha acesso a conhecimento, era nova e era praxe isso, o médico sabia tudo e aí eu fiquei, fiquei lá, naquela posição. (P9)

Leal *et al.* (2018), em seu estudo, concluíram que a desinformação das mulheres sobre o processo parturitivo as leva a acreditar que os procedimentos realizados e as intervenções a que elas são submetidas são necessárias para o nascimento saudável de seu feto, mas que pode contribuir para a perda de autonomia e protagonismo médico durante o parto. Da mesma forma, Teixeira *et al.* (2020) concluíram que as mulheres possuem um conhecimento limitado sobre as formas de violência obstétrica e como elas podem ocorrer durante o parto. Um exemplo disso foi a fala da participante 9 acerca dos puxos dirigidos:

Naquela época eu não tinha informação do quanto o puxo dirigido poderia ser prejudicial, e eu acabei executando os puxos. Por não ter conhecimento, eu não tinha tido educação perinatal e nem nada do gênero. (P2)

Nesse mesmo contexto, denota-se que o preparo perinatal das mulheres e dos seus companheiros e familiares foi um fator relevante citado pelas participantes, sendo que com o devido preparo, estudo e orientações de profissionais, essas mulheres conseguiram estar empoderadas e, assim, serem protagonistas de seus partos, além de se sentirem muito mais tranquilas e preparadas para esse momento. Além disso, Souza *et al.* (2021) afirmaram que as parturientes devem possuir conhecimento sobre todos os aspectos que envolvem o período perinatal, reafirmando a importância do preparo e orientação durante a gestação, principalmente durante as consultas pré-natais, que devem sanar todas as dúvidas da mulher e garantir acesso a informações essenciais. Ainda, muitas mulheres relataram que para vivenciarem o PDP fizeram um preparo bem diferente das experiências anteriores, como nas unidades de registro que seguem:

Eu não tinha preparo informativo, pra esse segundo parto eu já fiz tudo diferente, eu tive um preparo informativo muito melhor. (P2)

Tava tudo correto, a gente tinha feito um acompanhamento excelente, então não tinha o porque eu me preocupar com o que tava acontecendo.. (P4)

Nesse mesmo viés, muitas participantes também relataram a importância de um preparo perinatal diferenciado após as experiências prévias, incluindo treinamento psicológico, leitura de materiais, artigos, relatos de parto e, principalmente, acompanhamento qualificado e com profissionais capacitados. Ademais, Silva (2020) também revisou em seu estudo a importância do acompanhamento com esses profissionais desde o pré-natal, apresentando temas diversificados para as gestantes e orientações que contribuem para maior segurança, confiança e autonomia destas. Assim, as entrevistadas relataram esse preparo, envolvendo desde o aspecto mental até o conhecimento científico, como observado:

Um preparo mental muito melhor, eu fiz as meditações do *gentle birth*. A minha doula me encaminhou muito bem nesse sentido, com uma educação perinatal muito completa e um treinamento mental muito bem realizado. (P2)

E dessa vez então eu acompanhei, tratei, acompanhei, fiz um pré natal psicológico, me preparei para parir em casa. (P3)

E aí eu conversei com ela, a gente marcou um dia, ela veio lá em casa, explicou tudo como funcionava, a gente sentiu muita segurança. (...) a gente procurava materiais, na internet mesmo sabe, comecei seguir pessoas pra ter mais embasamento de como acontecia, mas assim, um bom profissional que te oriente, é fundamental. (P4)

Nesse cenário, uma equipe capacitada e de confiança facilita todo o processo de preparo para o período pré-natal, parturitivo e puerperal, visto que as mulheres se sentem mais seguras e tranquilas perante a assistência que receberão, além de terem a garantia de que nem elas e nem seus RNs sofrerão intervenções desnecessárias e desrespeitosas. Igualmente, Rocha *et al.* (2021) comprovaram que a confiança entre a gestante e o profissional foi um dos fatores para a tomada de decisão pelo PDP e que esta relação transmitiu segurança para todo o processo. Isso também pode ser evidenciado nas explicações:

Então, mas a principal motivação foi a probabilidade quase nula de sofrer uma VO [violência obstétrica], principalmente pela confiança que eu tinha na equipe que eu estava contratando pra execução, pra me acompanhar nesse trabalho de parto. (P2)

Porque na partolândia você não sabe mais nem teu nome, então eu tinha pessoas que sabiam o que eu queria e que estavam ali preparadas para me conduzir até onde eu queria. (P4)

E tinha também um dos quatro motivos que, a questão que eu sabia que para a [filha] nascer com respeito e pra eu parir com respeito, era só eu contratando uma equipe boa para acontecer. (P7)

Em contrapartida ao exposto em relação à equipe profissional, todas as participantes do estudo mencionaram a falta de apoio e incentivo das pessoas ao informarem sobre sua escolha pelo PDP, sendo assim, a maioria optou por não comunicar da decisão por essa modalidade de parto e nascimento, apenas revelando para familiares próximos que, sabidamente, não julgariam tal escolha. Ainda, na maioria dos casos, as mulheres tomaram a decisão por julgarem estarem empoderadas, com estudo e preparo, com conhecimentos de seus direitos, compreendendo o contexto completo das vivências que tiveram previamente, fatos que as incentivaram mesmo perante o julgamento da sociedade ou da dificuldade de apoio nesse processo. Além disso, Valinho *et al.* (2021) também observaram, em sua pesquisa, que a sociedade e familiares que deveriam ser a

rede de apoio da mulher acaba por condenar ou estereotipar o PDP como uma ação que oferece muitos riscos ao binômio, com um julgamento pautado na ausência de conhecimento.

Então dessa vez eu resolvi sozinha mesmo aqui entre nós e acabei não não falando pra ninguém aí não ouvi tanta besteira. (P1)

Mas quando era qualquer outra pessoa conhecida, por exemplo no trabalho, os meus empregadores, colegas de trabalho, amigos, a postura era sempre a mesma “Mas meu deus! tu é louca, porque vai fazer um negócio desses?”. O apoio veio da maioria das pessoas que já tinha um certo conhecimento sobre parto, ou de pessoas que já haviam vivenciado um PDP. Fora isso, a resistência foi bem grande. (P2)

Eu não comentei muito sobre isso porque eu sei que as pessoas não são muito a favor e eu não queria em nenhum momento ter ninguém negativo, trazendo sabe energias negativas. (P3)

Novamente, foi possível perceber nas falas das participantes a opção por não informar ou comentar com pessoas sobre a decisão pelo PDP, visando evitar julgamentos. Do ponto de vista de Valinho *et al.* (2021) ainda se observam lacunas na divulgação de informações sobre o PDP, resultando em estereótipos errôneos como associações com os partos tradicionais realizados por parteiras leigas, levando o imaginário social a acreditar em possíveis desfechos negativos e a reações que acabam por desestimular mulheres a tal prática, as deixando inseguras. Tais fatos foram evidenciados nos relatos que seguem:

99% das pessoas vão ficar me chamando de louca, eu procurava nem falar muito assim, ou inventava alguma coisa pras pessoas não ficarem me julgando e jogando energias diferentes pra mim. (P4)

Muitas pessoas me chamaram de louca, de radical, de natureba, aí, de um monte de coisa.. a reação sempre foi pra desestimular e não para estimular. (P6)

Eu nunca falei pra ninguém, eu nem seria louca, eu moro em cidade pequena então assim, não dá, quando as pessoas descobrem que eu tive parto domiciliar elas falam meu Deus você é louca... (P8)

Mesmo diante desses relatos que podem inferir a falta de apoio das pessoas com a escolha das participantes pelo PDP, percebe-se que o empoderamento dessas mulheres frente ao acesso à informação as levou a decidirem por manterem tal decisão sob silêncio.

E acima de qualquer julgamento, essas mulheres estavam pautadas no conhecimento que as sustentou para a tomada de decisão, principalmente impulsionado pelas vivências negativas prévias. Nesse mesmo viés, na seção a seguir do estudo serão apresentadas algumas destas vivências, com aspectos motivadores para a realização e escolha do PDP.

5.3 EXPERIÊNCIAS HOSPITALARES PRÉVIAS MOTIVANDO A ESCOLHA PELO PDP

A análise das experiências prévias de partos vaginais hospitalares das participantes desse estudo demonstrou estreita relação com as motivações pela escolha do PDP. Inúmeros relatos de situações desagradáveis e de intervenções desnecessárias com a mulher e com o RN surgiram, além de muitas narrações de episódios de violência obstétrica. Sendo assim, nesta seção serão abordadas as principais vivências das participantes do estudo que motivaram sua escolha pelo PDP.

Uma experiência negativa em parto anterior pode representar uma nova possibilidade de viver um processo parturitivo como um evento fisiológico, com participação ativa, protagonismo e autonomia (SAMPAIO *et al.*, 2020). Do mesmo modo, todas as participantes relataram que suas vivências hospitalares foram motivadoras na escolha por essa modalidade de parto e nascimento, como observado nas seguintes falas:

E a decisão pelo PDP veio no momento que meu primeiro trabalho de parto terminou. Quando minha filha nasceu eu olhei pro meu marido e falei: o próximo vai ser em casa! Sem nem pestanejar (risos), daí eu já entendi do que se tratava e entendi o que ficou faltando que eu gostaria no primeiro parto e decidi que o segundo seria domiciliar. (P2)

Mas o parto hospitalar foi o que mais me instigou a ter o parto domiciliar, porque eu não gostei, mesmo que o tratamento foi bom, eu não gostei de estar naquele ambiente, não é ambiente, hospital é lugar de doente. (P4)

Na mesma lógica desses relatos, outras participantes também manifestaram muitos sentimentos em suas falas, destacando sensações negativas como medo, pânico, apreensão, insegurança, além de destacarem a experiência hospitalar como um ponto negativo. No mesmo sentido, Tavares *et al.* (2020) apontaram que sentimentos ruins aumentam a sensação de dor e desconforto, dificultando ainda mais o processo após uma experiência

traumática. Nesse contexto, muitas mulheres já criam uma barreira com o ambiente hospitalar logo após as vivências negativas, como observado nos próximos relatos:

Então, o hospital, a experiência que eu tive no hospital, me deixou com medo de ter que ir pro hospital de novo. Eu tinha pânico assim de pensar de precisar ir parar de novo num ambiente hospitalar para parir, esse foi o meu sentimento. (P6)

O fato de ter sido uma experiência ruim, os meus dois partos hospitalares foram experiências ruins, o segundo parto em si não, mas o pós parto foi muito ruim. (P8)

E houve violência obstétrica, enfim, situações desagradáveis e aí me motivou né, me motivou a segunda gestação eu ficar em casa mesmo, todo o trabalho de parto. (P11)

Nesse mesmo viés, associando o exposto a vivências traumáticas, muitas mulheres trazem à tona a questão da medicalização do parto, quando são utilizadas práticas invasivas excessivas, procedimentos e tecnologias médicas na assistência ao parto. Além disso, esse termo também se refere à presença do médico como o centro da cena, protagonizando as decisões enquanto a mulher é deixada em segundo plano (NICIDA *et al.*, 2020). Muito disso também se associa ao comodismo do profissional, algo percebido por participantes do estudo que se posicionaram negativamente em alguns relatos acerca das escolhas médicas, como se observa nas falas na sequência:

Então, existe muito tabu, existe um mercado médico desgraçado que inferniza as parturientes é, descredita a Enfermagem. (P6)

E eu conheço os médicos, eles são medonhos, eu não queria cair na mão de nenhum deles sabe. (P8)

Além desse aspecto, também vale destacar nesse cenário a presença de médicos cesaristas que, desde o pré-natal, desestimulam as mulheres a tentarem o parto vaginal, podando suas escolhas em relação à via de parto (PEREIRA *et al.*, 2022). Desse modo, novamente, destaca-se a importância do preparo e da informação como fator primordial para a tomada de decisão e embasamento, evitando que as mulheres e suas redes de apoio acreditem fielmente em tudo que lhes é dito. Nas falas a seguir percebe-se que as mulheres estavam empoderadas e alertas em reconhecerem algumas situações.

Quando eu me dei conta que eu tava na mão de um médico cesarista, que eu não ia ter o parto normal que eu queria, eu decidi correr atrás e mudar tudo. (P2)

Dava pra ver que o médico de fato antecipou muito o nascimento delas, pra quê? Pra ser cômodo pra ele? Deixa a criança! (P4)

Também nota-se que dentre os cenários desagradáveis vivenciados e relatados pelas participantes do estudo, muitas das situações cabiam como casos de violência obstétrica. Segundo Souza *et al.* (2021), esse tipo de violência é definida como condutas realizadas pelos profissionais da saúde que desrespeitam a mulher e sua autonomia, interferindo no seu corpo e nos processos reprodutivos. Ademais, pode se apresentar de diversas formas como agressão física, verbal, pela medicalização, pela assistência ineficaz no processo, por intervenções desnecessárias ou procedimentos sem comprovação científica, além de muitas outras posturas incoerentes da equipe que está prestando o atendimento ao binômio mãe-bebê (SOUZA *et al.*, 2021). A seguir, observa-se um relato da participante 8, que sofreu violência obstétrica pelos profissionais da assistência durante sua experiência de parto vaginal hospitalar.

E aí ele chamou a enfermeira e eles não esperaram, não quiseram nem saber, um me pegou por um braço, a enfermeira pegou pelo outro e eles me deitaram na marra, o cara me fez um exame de toque, eu nunca senti tanta dor na minha vida, acho que senti mais dor do que no parto, porque ele foi extremamente grosso, eu senti muita dor, eu gritava de dor, e aí meu marido começou falar. (P8)

Em relação à fala exposta, destaca-se que a realização do exame de toque repetitivo ou por diferentes profissionais, sem o consentimento esclarecido por parte das parturientes, se caracteriza por uma violência obstétrica recorrente e relatada por diversas mulheres (SANTOS *et al.*, 2022). Ainda, essa intervenção pode causar dor, desconforto, edema de vulva, aumenta a possibilidade de contrair infecções, além de deixar a mulher exposta em inúmeros momentos, não respeitando a sua privacidade. Ademais, sabe-se que muitos profissionais que atuam na obstetrícia realizam o toque vaginal por rotina ou hábito e, muitas vezes, sem necessidade. Essa ação também foi mencionada em outros relatos.

E ele veio, o obstetra que tava de plantão e queria porque queria que eu deitasse pra ele fazer o exame de toque e eu não tava nem raciocinando, não queria deitar na maca. (P8)

Lá, sozinha, as enfermeiras vinham fazer toque lá de vez em quando. (P9)

Outro fato presente em várias entrevistas do estudo e que se caracteriza por violência obstétrica foi a realização de episiotomia e episiorrafia, sendo a primeira definida pelo corte realizado no períneo da mulher, incluindo a pele, músculo e mucosa vaginal, com o objetivo de ampliar a abertura vaginal durante o período expulsivo do parto, e a segunda consiste na sutura da episiotomia. Entretanto, caso a mulher não tenha conhecimento sobre esses procedimentos e não seja consultada sobre a realização deles, tais práticas se enquadram como violência obstétrica, com abuso de ação intervencionista (FREITAS *et al.*, 2020). Esse fato também foi observado nos relatos que seguem.

Eu tive episiotomia, nunca tinha ouvido falar, nem sabia que podia ter sem ter episiotomia e tal, então foi isso, aí o que aconteceu, eu não queria passar por tudo isso de novo. (P8)

Pra mim foi a pior parte mesmo a questão de episiotomia, eu considero assim que é uma violência, eu não fui consultada em nenhum momento. (P9)

Do mesmo modo, Freitas *et al.* (2020) também afirmam que muitas mulheres já passaram por esse procedimento e relatam queixas similares sobre não receberem orientação e nem serem consultadas sobre sua decisão. Além disso, algumas mulheres são ameaçadas pelos profissionais, sofrendo violência psicológica para que realizem o procedimento, com argumentos sem embasamento científico, as deixando com receios e vulneráveis, apenas por comodidade médica/profissional ou por ser um procedimento de rotina de certas instituições hospitalares (FREITAS *et al.*, 2020). As falas citadas em seguida complementam esse cenário em discussão.

A episiotomia, é, eu passei por uma episiotomia no meu parto hospitalar e isso, na verdade, já me incomodou desde o momento que ocorreu. (P10)

A médica me ameaçou dizendo que não, que eu era, me chamou de teimosa, disse que não era mais comigo, que tinha que ver a saúde do meu bebê, enfim né, porque ela queria que eu deitasse porque ela queria fazer episiotomia, então com certeza era uma coisa que eu não queria passar novamente né e nem teria outro nesse mesmo hospital. (P11)

Além dos fatos apresentados, outra forma de classificação da violência obstétrica pode se manifestar por violência psíquica, relacionada tanto ao tratamento cruel das mulheres, com agressões verbais e discriminatórias e, até mesmo, por casos de omissão de informações (CARVALHO *et al.*, 2019). Do mesmo modo, observa-se a discrepância entre a atuação dos profissionais da saúde e das ações baseadas no código de ética, visto que deve-se orientar pacientes sobre as medicações que serão administradas, além de responder as dúvidas sobre sua condição, quando solicitado, conforme o determinado pela Resolução nº 546 de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Ainda, é dever dos profissionais registrarem todos os fatos ocorridos, intervenções realizadas e demais informações com veracidade (BRASIL, 2017). Sobre o exposto, a participante 7 apresentou alguns elementos em sua entrevista.

Eu peguei os prontuários, os prontuários são mentirosos, porque não tem os dados corretos lá, do [recém-nascido] sim, era tudo assim muito bem especificado, mas do parto, inclusive de ter contração regular, nada, teve muita coisa assim que tava muito escrito de praxe lá. (...) não fala no prontuário sobre o uso de ocitocina, mas eu lembro do meu marido pedir se tava doendo muito e eu falar que tava doendo, porque depois que eu tive aquele sangramento intensificou muito (...) antes disso teve a ocitocina que eu pedi o que era, que ninguém me informou o que era, eu pedi o que era. (P7)

Diante do relato, além de situações de negligência, o uso da ocitocina de rotina e da falta de esclarecimento e consentimento da mulher, que não foi informada sobre a indicação da medicação e seu efeito, constitui prática muito comum nas instituições de saúde e que também é considerada uma violência obstétrica (TAVARES *et al.*, 2020). Outras práticas recorrentes são os puxos dirigidos (pedir para a mulher realizar força, empurrando o bebê), além da restrição de certas posições para parir, práticas que não se adequam às boas práticas obstétricas orientadas pela OMS (1998). A presença de episódios conforme recém posto, pôde ser observada em alguns relatos.

A médica dizia Força, [nome], você tem que se ajudar. As enfermeiras, vamos, e você ãhn ãhn (gemidos e face de força). (P1)

Eu acreditava que eu tinha escolhido livremente as posições pra parir, mas na verdade eu fui incentivada a sentar na banquetta. E puxo dirigido, teve puxo dirigido no meu primeiro parto e era uma coisa que eu não queria. (P2)

E eu lembro que uma auxiliar de Enfermagem ela me puxou assim pra eu ficar mais pra cima assim (*participante faz movimento com o corpo inclinando para*

frente), pra eu conseguir então fazer a tal da força certa, que na primeira eu fiz a força errada né (*risos irônicos*), tanto que assim, saiu um monte de veiazinha sabe. (P7)

Outrossim, a violência obstétrica também pode ser percebida na realização da manobra de Kristeller (que consiste em pressionar a parte superior do útero no momento do período expulsivo), intervenção que ainda é realizada de maneira usual e que, além da dor e desconforto gerado para a parturiente, pode causar hemorragias e traumas nos órgãos devido à compressão gerada, além de possíveis cefalohematomas, fraturas no crânio e na clavícula do RN (SANTOS *et al.*, 2022). Ademais, essa prática foi percebida por algumas participantes do estudo e evidencia uma assistência intervencionista em detrimento à humanização do parto que vem sendo preconizada.

Da pessoa subir em cima, ela fala enfermeira né, mas eu não sei, subir em cima dela ali pra empurrar a criança, daonde isso? Como que faz isso? são coisas absurdas, nem com os animais a gente não faz isso, imagina fazer pra uma pessoa, isso é uma vergonha. (P4)

Mas enfim, a doutora não me pediu em nenhum momento, simplesmente me colocaram soro na veia que tinha buscopan pra mim não sentir mais as contrações, e ela me colocou lá, naquela posição de galinha assada, e mandou empurrar, mandou empurrar e cortou... (*participante chacoalha cabeça negativamente*), ainda que fez anestesia no meu canal vaginal e cortou, eu tenho um corte desse tamanho (*participante mostra em sinal com os dedos cerca de 5 cm*). (P9)

Além destes, outro fato importante mencionado por uma das participantes do estudo diz respeito à Lei do Acompanhante ou Lei número 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do SUS a permitir a presença de, pelo menos, um acompanhante de escolha da mulher durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Essa é uma das políticas públicas criadas no Brasil com o objetivo de melhorar a assistência à mulher nesse processo, visando reduzir as violências obstétricas (LEITE *et al.*, 2022) Dessa forma, vale reforçar que a mulher e seu acompanhante devem estar amparados na legislação e possuírem as devidas informações para exigirem esse direito disposto em lei, pois a ausência do acompanhante predispõe situações de negligências, violências e desamparo da parturiente, como a fala da participante 9 expôs.

É, o meu primeiro parto foi um parto bem difícil, eu tive um trabalho de parto que durou ao todo umas 30 e poucas horas e eu passei sozinha no hospital, porque foi em 2006, no ano em que foi aprovada a lei do acompanhante e no hospital que eu fui parir, eles só aceitavam acompanhante para quem faria cesariana, parto normal não podia ter acompanhante (risos irônicos), então assim eu fiquei, eu passei uma madrugada, uma noite toda sozinha, a manhã sozinha, o meu esposo só podia entrar nos horários de visita. (...) E eu fiquei sozinha, então sabe, muito tempo sem comer. (...) E tipo, não tinha ninguém pra me orientar, pra me dar uma posição, de como aliviar a dor. (P9).

Nesse mesmo sentido, percebe-se que a Lei do Acompanhante foi uma grande conquista na saúde da mulher e da criança, pois sabe-se que além da mulher se sentir amparada, segura e confortável próximo ao seu companheiro e familiares, a presença de alguém acompanhando a parturiente auxilia na prevenção de violência obstétrica e de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2005). Além disso, uma rede de apoio orientada consegue apoiar as decisões da mulher e interferir, caso necessário, em situações desagradáveis e impostas pelos profissionais, como a determinação de uma posição para parir, além de proteger a parturiente em situações de exames de toque repetitivos, por exemplo.

Além disso, outro fato relevante a ser mencionado é a restrição da ingesta hídrica e alimentar, visto que observou-se, na presente pesquisa, muitos relatos nas entrevistas que apontaram a recusa da alimentação e líquidos pelos profissionais do ambiente hospitalar, por muitas horas, antes e após o parto, deixando as mulheres muito abaladas e desconfortáveis. Do mesmo modo, Santos *et al.* (2022) também analisaram que a ingesta hídrica e alimentar garante melhores desempenhos cardiorrespiratórios às mulheres quando comparadas às que permanecem em jejum e que este ocasiona a redução nos aminoácidos a disposição do binômio, devido ao amparo da energia gasta durante os esforços do trabalho de parto.

Nesse cenário, Pinto *et al.* (2017) afirmaram que não existem justificativas para manter parturientes de risco habitual em jejum, sendo que muitos profissionais ainda seguem estimulando a dieta zero antes, durante e após o parto. Ainda, vale ressaltar que a alimentação é essencial para predispor maior energia para esse processo exaustivo no corpo da mulher e evitar tonturas, fraquezas e desmaios após o parto. O mesmo autor retrata que depois do parto, algumas instituições só oferecem alimento em horários pré-estabelecidos, deixando as puérperas privadas de nutrientes (PINTO *et al.*, 2017). Esse fato também foi observado nas seguintes descrições.

Então eu internei às 8 da manhã e ela nasceu as 4 e meia da tarde, então assim, o que eu mais lembro é que eu pedia desesperadamente água pra enfermeira, e elas não me davam, então eu senti muita fome e muita sede, foi muito ruim. (P8)

Enfim, na segunda força ele nasceu, eu fiquei sem alimentação durante esse tempo que fiquei internada. (...) hoje se fala muito que episiotomia é violência, eu acho que você não ganhar alimentação também é violência, mas até aquele momento era protocolo né. (P9)

Outras situações desagradáveis também ocorrem com as mulheres no puerpério imediato, como a falta de privacidade, o desrespeito, atitudes e falas desnecessárias, principalmente por parte dos profissionais, que acabam ocasionando danos emocionais àquelas que já se encontram em um momento repleto de emoções e com sobrecarga de sentimentos, dificultando ainda mais sua vivência e recuperação, além de deixar marcas negativas na lembrança de um momento tão significativo. A participante 6 manifestou eventos assim no seu período puerperal, na ocasião do seu parto hospitalar.

Muitas intervenções desnecessárias, principalmente no pós parto né, uma falta de privacidade. (...) O pessoal foi muito invasivo, porque eu pari, acho que eles não tão acostumados com mulher parindo né (participante sorri em tom irônico). Aquela coisa de entrar uma enfermeira "aí fiquei sabendo que você pariu um bebe de 4,5kg, posso ver como ficou a laceração?" tipo, oi?!. (P6)

Além disso, outro ponto que convém destacar no puerpério se relaciona às inúmeras intervenções realizadas com o RN, alvo das rotinas preestabelecidas de profissionais e instituições hospitalares, deixando de lado o contato pele a pele da mãe com o bebê e muitos outros momentos essenciais nesse processo (SANTOS *et al.*, 2022). Ademais, muitos procedimentos realizados nos RNs já estão em desuso por comprovação científica e por não apresentarem eficiência. Do mesmo modo, as puérperas acabam sofrendo com desgaste emocional e psicológico por ficarem longe de seus bebês e por vê-los serem submetidos a tantos manuseios desnecessários, como observado em alguns recortes de falas.

Então foi bastante vergonhoso assim, o atendimento deles, o que eles fizeram com o meu filho também. (P6)

E ele nasceu, nasceu bem, mas aí já foi levado pra banho, toda aquela coisa de hospital, não sei se foi usado a prata no olho, não sei o que foi usado e o meu

esposo pode acompanhar essa parte da enfermeira lavando ele, trocando a roupa, mas ele acompanhou através de um vidro, nem pode estar presente. (P9)

Outro fato essencial no processo de parturição e puerpério é a *Golden Hour* ou “hora de ouro”, que seria a primeira hora de vida do RN, considerada fundamental para a aproximação do binômio mãe-bebê, criação de vínculo, início da amamentação, além da realização de algumas práticas que garantem benefícios ao bebê. Sendo assim, o adiamento de algumas rotinas como o exame físico do RN facilita a garantia dessa hora. No contexto estudado, a maioria das participantes relatou a não realização da *Golden Hour* com seu bebê na ocasião do parto hospitalar, fato que dificultou vários dos aspectos mencionados. Sauer (2021) encontrou resultados semelhantes em seu estudo, observando que já nos primeiros momentos de vida o RN é submetido a intervenções desnecessárias, com a postergação da *Golden hour* e amamentação. Alguns relatos exemplificam o exposto.

Eu acreditei que a gente tivesse tido um contato pele a pele duradouro e depois eu descobri que assim, ela ficou 5 minutos nos meus braços e aí eles tiraram ela, levaram pra pesar, pra medir, e depois trouxeram ela de volta pros meus braços, então, ela ficou 5 minutos comigo 10 minutos ela foi tirada de mim, depois ela foi colocada de volta (no colo). Depois eu descobri que esses 10 minutos que ela foi levada longe de mim nesses primeiros momentos foram muito impactantes e muito significativos, né?! (P2)

Porque o que que acontece, por exemplo, eu tive a minha primeira hora com o bebê roubada, eles deixaram o [bebê] chorando, isolado no berçário, por 2 horas e meia, ele só veio pro meu peito porque a [doula] saiu do meu lado e foi lá buscar a criança, ele chorava tanto que todo mundo escutava. (P6)

Assim como observado nas falas, nota-se a importância de se respeitar essa primeira hora de vida do RN, principalmente por se constatar que ocorre redução de complicações com o RN e diminuição dos níveis de mortalidade neonatal e infantil em crianças amamentadas durante a *Golden Hour*. Entretanto, mesmo com as recomendações da OMS (1998) incentivando a amamentação na primeira hora de vida, os índices dessa prática ainda são muito baixos no Brasil, principalmente nas instituições hospitalares (ABRAMOVECHT *et al.*, 2022). A frustração gerada por esses momentos não vividos com o RN foi manifestada em algumas falas.

Então eu digo assim: “por que que ele não veio pro meu colo? Ele tava bem, ele não precisou de oxigênio, ele não precisou de nada, ele sofreu todas as intervenções que no hospital fazem de praxe, meu marido ficou assustado de ver,

porque ele acompanhou né, ele pediu pra moça da limpeza se era normal aquilo, porque ele não tava perto, ele tava longe. (P7)

Eu fiquei olhando aquele relógio na parede que tinha assim, eu fiquei lá uma hora, uma hora (paciente enfatiza em um tom de indignação), isso que a minha bebê tinha mamado um pouquinho só, então eu meio que perdi aquela hora... (*pensando*) (P8)

Ademais, ainda sobre o incentivo à amamentação, salienta-se que essa ação é preconizada pelo MS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) que garantem uma certificação de qualidade para hospitais que cumprem os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e seus critérios, recebendo o selo de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), conforme Portaria número 1.153, de 2014 do MS (BRASIL, 2014).

Desta maneira, quando RNs não são colocados ao seio na primeira hora de vida e, por consequência, deixam de receber o estímulo ao aleitamento materno, muitas vezes acabam por receber fórmula láctea. Essa complementação dos bebês após o nascimento também foi algo que as participantes relataram nas entrevistas, afirmando que seus RNs eram levados pela equipe para cuidados de rotina e retornavam ao quarto complementados.

De eles colocarem complemento, porque sabemos que demora um pouco pro leite descer, mas que o colostro alimenta igual, então foi principalmente esse o motivo pelo qual eu não pari no hospital. (P3)

Eles deram complemento sem o meu consentimento e eu com os peitos assim (participante faz sinal de cheio com as mãos), sério, muito leite eu tinha, nossa, “pra que que vai me dar complemento pra criança”, aquilo pra mim caiu o mundo, nasceu de parto, a mulher tá ali com o leite, pra que que vai tacar uma porcaria de complemento pra criança. (P4)

Diante de tantos aspectos relacionados a práticas desnecessárias realizadas com as próprias participantes e/ou com seus RNs, na ocasião da internação em ambiente hospitalar, as mulheres se sentiram motivadas a evitarem esse ambiente de forma a não passarem por situações como as expostas. Na pesquisa de Sauer (2021), as mulheres entrevistadas que possuíam experiências prévias com seus RNs em ambiente hospitalar, ou mesmo as que conheciam a possibilidade de ocorrerem essas intervenções e manipulações desnecessárias nos primeiros momentos de vida, buscaram outras formas de viver o processo de parturição, optando pelo PDP. Isto também pôde ser observado nos seguintes

registros que abordam o motivo de escolha das mulheres pelo PDP, a partir de aspectos relacionados aos seus bebês.

Eu acho que o principal foi evitar intervenções no meu bebê no hospital. (P3)

Então eu não queria que a minha filha sofresse todas aquelas intervenções que eu sei que o [primeiro filho] sofreu desnecessariamente. (P7)

Eu não queria passar por tudo aquilo que eu passei no hospital com a minha filha, com a minha primeira filha. (P8)

Corroborando com o exposto, Zanotelli (2022) concluiu, em seu estudo, que as mulheres que tiveram experiências prévias hospitalares conseguiram detectar erros e falhas na assistência, fato que as motivou a estabelecerem prioridades para o próximo parto. Por outro lado, nota-se que muitas mulheres só compreenderam que o processo hospitalar foi desagradável e desumanizado após terem vivenciado positivamente outra experiência parturitiva, com o PDP. Isso pôde ser percebido com os relatos da participante 2, que descreveu situações que ela acreditava terem sido adequadas, mas que quando ocorreram no ambiente domiciliar foram diferentes.

No meu primeiro trabalho de parto eu acreditava que ele tinha sido muito humanizado, que ele tinha sido respeitoso, e depois eu descobri várias falhas, várias pseudo-humanizações, posturas que não era o que eu desejava pro nascimento do meu filho, né?! (...) O clampeamento tardio do cordão, que eu acreditava, “Nossa, tinha sido respeitado e super tardio”, apenas esperou-se ele parar de pulsar e o clampeamento já foi feito (...) O nascimento da minha placenta no primeiro parto não foi gentil, não foi natural. O meu cordão foi tracionado pra que o nascimento da placenta acontecesse. Apesar de tudo ter dado certo, depois eu descobri que era um procedimento que oferecia muito risco e que poderia não ter dado certo, né?! (P2)

Diante das exposições e análises tecidas ao longo dessa sessão, constata-se que as entrevistadas carregam muitas lembranças negativas, traumas e medos decorrentes de suas experiências parturitivas prévias hospitalares. Percebeu-se que a principal motivação de escolha pelo PDP no próximo evento gestacional foi impulsionada por essas experiências negativas, incluindo muitas intervenções e relatos de descontentamento com a assistência recebida e direcionada não só à mulher, mas ao seu RN, correspondendo a muitas situações de violência obstétrica e violência neonatal.

Portanto, conclui-se que a humanização na assistência ao parto faz a diferença na vida das mulheres e deve ser abordada desde o pré-natal, discutindo as possibilidades de parto, as opções disponíveis e garantindo a melhor qualidade possível no atendimento ao binômio mãe-bebê. Nesse mesmo contexto, o aumento na procura e escolha pelo PDP reflete esse cenário, no qual as mulheres buscam por uma experiência em que sejam as protagonistas e possam tomar as decisões juntamente com os profissionais que as acompanham, com segurança e confiança na equipe que as atendem. Ademais, as vivências e aspectos envolvendo o trabalho de parto e parto domiciliar vivenciado após o parto vaginal hospitalar serão discutidos na próxima seção do estudo.

5.4 RESSIGNIFICANDO AS VIVÊNCIAS DA PARTURIÇÃO COM O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

As percepções das entrevistadas que realizaram PDP após experiências hospitalares prévias demonstraram que as vivências foram significativas, auxiliando na superação dos aspectos negativos vividos anteriormente. Os tópicos mais citados nas entrevistas possuem relação com o ambiente e o conforto proporcionado com essa modalidade de parto, com a participação dos familiares, com o respeito pelo processo parturitivo e de acordo com a fisiologia do corpo feminino e com o mínimo de intervenções.

Nesse contexto, no que diz respeito ao ambiente domiciliar, observa-se que as mulheres se sentem mais tranquilas e confortáveis em suas casas, visto que já estão habituadas e familiarizadas com o local, conforme identificado nas falas das participantes da pesquisa, que reforçaram a questão do conforto como ponto primordial e positivo no PDP.

O conforto, o respeito, a ambientação, o conjunto completo. (P2)

Na hora você sai de si né, mas eu não precisava me preocupar se eu tava incomodando alguém, então as coisas fluem porque a gente não precisa se preocupar com o que tá acontecendo porque você tá dentro da tua casa, tava tudo bem. (P4)

Depois foi por causa da segurança, do conforto de estar na minha casa sabe, me sentir confortável e segura dentro da minha casa. (P10)

Assim como Oliveira *et al.* (2020) analisaram em sua busca, o caráter da assistência no PDP é extremamente diferente quando comparado ao atendimento hospitalar, iniciando pela ambiência. Do mesmo modo, Baggio *et al.* (2022) discorreram que o parto em ambiente domiciliar favorece a evolução natural do parto, respeitando a fisiologia do corpo da mulher e desse momento ímpar, proporcionando uma vivência muito positiva para o binômio, pois reduz o número de intervenções desnecessárias e possíveis complicações. Nesse contexto, as participantes abordaram aspectos da fisiologia do parto e sobre a importância de ouvirem seus corpos, deixando o parto fluir na hora certa e de forma natural.

Romanticamente falando e, cientificamente, também. que eles sabem nascer, tem a hora certa e a mulher também tá preparada pra isso e as coisas vão acontecer naturalmente. (P1)

Eu sempre fui muito a favor da fisiologia do parto e eu acho que no parto domiciliar eu consegui isso. (P3)

Porque o parto é ouvir o corpo, né [...] (P9)

Outro ponto percebido no PDP e que vai ao encontro do movimento de humanização do parto e das recomendações da OMS diz respeito à livre escolha de posições, movimentos e local de nascimento dos filhos. Os profissionais que prestam assistência no PDP estimulam a deambulação, incentivando mudanças de posição conforme a preferência e conforto da mulher (BAGGIO *et al.*, 2022). Esse cenário também foi perceptível nas vivências das entrevistadas.

Eu disse: pode ser aqui? Eu estava em pé no cantinho, assim na sala. Onde tu quiser! (P1)

Mas eu tinha que ficar em pé assim, quando vinha a contração eu tinha que ficar em pé, e eu fui muito respeitada também nisso. (P9)

Eu comecei me sentindo melhor na posição de quatro apoios com a cabeça mais baixa que o quadril, então com os cotovelos flexionados, apoiados, fui pro chuveiro no início, nessa posição. Não conseguia ficar de pé, e aí depois é como se eu tivesse subindo sabe, eu fui ficando de quatro apoios de fato, depois com as mãos apoiadas em algum móvel, na cama, ou na cômoda, enfim, e o nascimento do [nome do filho] aconteceu semi agachada. Eu tava ali na cômoda, próximo da cômoda e no momento do nascimento dele eu me afastei um pouco e agachei. (P11)

Vale destacar como ocorre o manejo da dor no domicílio, sendo este outro ponto que diverge da vivência hospitalar. No PDP a mulher tem autonomia para decidir suas posições, tomar as decisões e isso já possibilita que ela se sinta mais confortável, mais tranquila e mais segura, reduzindo a sua ansiedade, o estresse e, por consequência, as dores.

Eu acho que a melhor técnica pra aliviar a dor é você estar em casa, porque se eu berrasse, se eu..., não importa o que eu fizesse, eu tava dentro da minha casa [...] (P4)

Nesse ínterim, algumas das práticas baseadas em evidências científicas e utilizadas no PDP são os métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como massagens, deambulação, aromaterapia, técnicas de respiração e meditação, dentre outros. É importante destacar também o uso da hidroterapia, tanto no chuveiro como na banheira, recurso muito utilizado e avaliado como positivo. Do mesmo modo, exercícios de movimentação, seja de maneira livre ou executados com o auxílio da bola suíça ou de pilates (BAGGIO *et al.*, 2022). Todos esses métodos foram relatados pelas entrevistadas como utilizados para o alívio da dor nos seus PDPs.

Fui bastante pro chuveiro, pra bola, fiquei em movimento. (P5)

Aí eu acordei com uma dor mais aroxada né, daí sim, fui pro banho, fui pra bola. (...) Batia papo, respirava, recitava meus mantras sabe. (P6)

E aí usei essas técnicas de respiração, acho que foi bom, porque cada vez que eu tinha contração eu respirava daquela maneira que ela me falava, que são respirações para.. que você faz uma respiração quando tá em trabalho de parto, se tá na fase ativa você faz outra, no expulsivo você faz outra. (P8)

Outra vivência intensa e profícua mencionada ao longo das entrevistas foi a participação dos familiares no processo do PDP, incluindo o apoio do marido/companheiro, a presença dos filhos mais velhos, em alguns casos, bem como de outros familiares como mãe, irmã e amiga. No Quadro 4 estão apresentadas as pessoas que estavam com as mulheres do estudo no momento do PDP.

Quadro 4 - Pessoas que participaram do PDP

	Pessoas que estavam na hora do trabalho de parto/parto domiciliar planejado
P1	Duas enfermeiras obstetras, marido e dois filhos
P2	Duas enfermeiras obstetras, marido, irmã, mãe, comadre e doula
P3	Duas enfermeiras obstetras, marido, filhos, babá, doula e fotógrafa
P4	Duas enfermeiras obstetras, marido, filha mais velha, babá e fotógrafa
P5	Duas enfermeiras obstetras, marido, duas filhas e mãe
P6	Duas enfermeiras obstetras, marido, filho mais velho, mãe, irmã e fotógrafa
P7	Duas enfermeiras obstetras, marido, filho e doula
P8	Duas enfermeiras obstetras e marido
P9	Duas enfermeiras obstetras, marido, filho mais velho, madrinha do bebê e doula
P10	Duas enfermeiras obstetras, marido, filho mais velho, irmã e doula
P11	Duas enfermeiras obstetras, marido e filho

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Diante da análise do Quadro 4, observa-se que todas as participantes contaram com a participação do marido durante o PDP. Além disso, nove das onze mulheres relataram a presença dos filhos mais velhos durante o processo, fato analisado como muito positivo pelas entrevistadas. Assim, ter pessoas do convívio presentes durante o PDP proporcionou segurança e amparo às mulheres, além de tornar o ambiente mais acolhedor e familiar.

E foi bem emocionante assim, bem lindo pra mim que tem os dois filhos, vê eles, os dois vendo eu ter a terceira. Desculpa, me emocionei (chorando). O meu marido também, sentindo e vendo e testemunhando que tudo deu certo. (P1)

Mudou o olhar de quem estava lá presente vivenciando essa experiência junto comigo, ressignificou inclusive as experiências de parto da minha mãe que foram experiências muito negativas, repletas de VO. Então foi um momento que eu considero um momento muito feliz, um momento de cura mesmo, sabe?! Pra todo mundo que tava ali. (P2)

Peguei ela e aí (face de encantada, sorrindo), aí a maninha veio, beijou e abraçou e todo mundo queria beijar a criança, todo mundo viu nascer (risos). Foi demais, foi maravilhoso assim! (P4)

Logo a enfermeira já subiu lá e disse pra ela que se ele quisesse assistir a mana nascer, a mana já tava nascendo e aí ele desceu e assistiu, ele sentou do meu

lado, me deu a mão, e aí ele disse assim “força mamãe que ela já tá nascendo. (P10)

A partir desses relatos percebe-se o envolvimento de toda a família no processo de parto e nascimento, construindo um ambiente de segurança e liberdade que permite a criação de um maior vínculo familiar, principalmente para o novo ser que nasce. Além disso, também se observam muitos benefícios na participação do marido/pai, tanto para o fortalecimento da relação conjugal, quanto para a inclusão do homem nesse processo (CEOLIN, 2022).

Esse apoio é essencial para a mulher que permanece como protagonista no parto e é respeitada pelo seu companheiro na tomada de decisões. Também vale destacar que muitas mulheres se preocupam com a repercussão que o novo nascimento terá para os filhos mais velhos, e a participação no PDP facilita a compreensão e inclusão de toda a família nesse processo (MUROS *et al.* 2021; ZANOTELLI, 2022).

Também notou-se que em todos os PDPs houve a presença de duas/dois enfermeiras(os) obstetras, fato importante para a melhor assistência e segurança do binômio mãe-bebê, com uma assistência que chamamos de “um pra um”. Além disso, cinco das onze participantes tiveram a presença e auxílio da doula, fato também relevante frente às orientações quanto ao conforto, posicionamento e alívio da dor (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

Outro ponto que convém destacar foi a comparação que as mulheres realizaram entre suas experiências anteriores e as vivências do PDP, pois assim como Sampaio *et al.* (2020) também observaram em seu estudo, as mulheres referiram sentimentos de privilégio por poderem parir em casa, de uma forma mais amorosa, segura e com controle da situação. Essa comparação entre as duas vivências foi um fator presente em muitas das falas analisadas.

Então eu fiquei nessa né, bem tranquila, foi um parto completamente diferente do primeiro, bem tranquila, bem segura em casa. (P6)

Mas quando eu fiz muitas comparações entre o parto domiciliar e o parto hospitalar, então, é muito diferente. (P10)

Também é importante destacar aspectos observados na pesquisa de Rocha *et al.* (2021) no qual as mulheres descreveram o sentimento de libertação ao vivenciarem o PDP, bem como alívio por se sentirem ativas frente a todas as imposições já vividas por elas. No

presente trabalho, notou-se que muitas mulheres referiram só terem percebido as situações de violência obstétrica sofridas no passado após terem vivenciado o PDP e compreendido como o processo pode ocorrer de maneira diferente para o binômio.

Antes eu achava que o atendimento que eu tinha tido no hospital era o correto né, não sabia o que eu tinha tido. (...) Na verdade eu só descobri que eu sofri violência obstétrica no hospital, depois de ter o parto domiciliar planejado. (...) Porque eu sofri várias violências obstétricas [...] só que antes de ter a experiência no domiciliar, eu não sabia, achei que era tranquilo, mesmo. (P10)

Diante dos fatos expostos ao longo dessa análise e discussão, nota-se que o PDP foi uma escolha reconfortante para todas as participantes do estudo que tiveram experiências hospitalares negativas. Com esta nova vivência elas puderam ressignificar essas experiências diante de um cuidado humanizado, sem intervenções e sem violência obstétrica, conforme ilustra esse último relato.

Então eu diria assim, que meu único arrependimento da vida, da vida inteira, foi não ter parido meu primeiro filho em casa também. (P6)

Por fim percebeu-se neste tema que, com a escolha pelo PDP, as mulheres conseguiram ter um processo de parturição respeitoso, em um ambiente acolhedor, confortável, juntamente com a presença e participação dos familiares e pessoas de sua escolha e confiança, garantindo uma experiência positiva e que já era buscada por elas após suas vivências negativas, visto que munidas de preparo e informação conseguiram tomar a decisão pelo PDP e alcançar o protagonismo nesse momento tão importante.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise das vivências e motivações de mulheres que tiveram PDP após experiência prévia de parto vaginal hospitalar constatou-se que diversos fatores influenciaram na escolha por essa modalidade de parto e nascimento, principalmente pelas experiências vividas previamente em ambiente hospitalar. Muitos foram os relatos de intervenções desnecessárias, de situações desconfortáveis, de rotinas institucionais, de posturas medicalizadas e, ainda, de violências obstétricas e neonatais sofridas.

A partir da análise dos dados emergiram três temas que foram norteadores para a discussão da pesquisa. O primeiro concluiu que a informação e o preparo perinatal são essenciais para a tomada de decisão pelo PDP. Na sequência, o segundo tema pontuou aspectos relacionados às experiências prévias de parto hospitalar das participantes que influenciaram no desejo por uma assistência diferente. E por fim, o terceiro tema mostrou como o PDP foi essencial para que as entrevistadas conseguissem superar suas vivências negativas anteriores.

A partir disso, pondera-se que o PDP foi uma opção viável para que essas mulheres ressignificassem suas vivências parturitivas, com percepções muito positivas e relatos mencionando respeito, segurança, autonomia, protagonismo da parturiente, o mínimo de intervenções, pouca manipulação do RN e, ainda, a participação familiar, resultando na manifestação de diversas emoções e sentimentos benéficos.

Posto isso, vale mencionar, também, algumas limitações do estudo percebidas pela acadêmica, sendo que a coleta de dados *online* foi uma delas, pois apesar de facilitar as entrevistas com participantes de outros municípios, notou-se certa dificuldade em relação ao distanciamento com as mulheres, resultando na construção de pouco vínculo, fato que pode ter limitado algumas falas. Outra dificuldade encontrada se relacionou ao pequeno número de estudos analisando a caracterização do PDP, dos quais poucos mencionam como de fato esse processo ocorre e como conceitua-se, dificultando uma discussão ampliada desse contexto.

Ademais, espera-se que os resultados obtidos com essa pesquisa proporcionem contribuições para a área da Enfermagem obstétrica, ampliando os estudos sobre essa temática e, dessa maneira, auxiliando na propagação de conhecimentos e informações por meio de artigos, trabalhos e resumos, tanto para os profissionais da saúde, quanto para a

sociedade em geral, mulheres e famílias que buscam maiores informações e preparo sobre essa modalidade de parto e nascimento.

Por fim, acredita-se que essa pesquisa proporcionou muitas contribuições para a formação da acadêmica, garantindo aprofundar conhecimento sobre essa área que possui grande apreço, além de gerar reflexões sobre a profissional que almeja ser, idealizando fazer a diferença na vida das mulheres assistidas no futuro, com um atendimento humano, empático e sensível.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVECHT, Janaina. A influência da Golden Hour na qualidade da amamentação de recém-nascidos vivos de um Hospital Universitário do Oeste do Paraná: uma comparação com o instrumento LATCH. **Research, Society and Development**, v. 11, n.17, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.388171>
- BAGGIO, Maria Aparecida. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. **Revista Cienc Cuid Saude**, 2022, v. 21. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v21i0.57364.
- BOWEN, G. A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. **Qualitative research**, v. 8, n. 1, p. 137-152, 2008. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468794107085301> Acesso em: 20 jan 2023.
- BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Lei do acompanhante, Brasília, DF.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Informações de Nascidos Vivos do Brasil**: banco de dados [Internet]. DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2022. Disponível em: <tp://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 20 jan 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.153 de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em 10 jan 2023.
- BRASIL. **Resolução COFEN Nº564/2017**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no5642017_59145.html
- CARVALHO, Arthur de Souza *et al.* Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, 2019, Vol.26,n.1,pp.52-58. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114936.pdf. Acesso em 11 jan 2023.
- CEOLIN, Mariéli Aparecida de Melo. **Vivências dos homens que participaram do parto domiciliar planejado de suas companheiras**. 2022. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul, 2022.
- CIDADE BRASIL. **Mesorregião do Oeste Catarinense**. 2021. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/mesorregiao-do-oeste-catarinense.html>. Acesso em: 06 jan. 2023.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1433-44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1433-1444/>. Acesso em 11 jul 2022.

DENZIN, Normam K., LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Penso, 2006.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de saúde pública**, v. 27, p. 388-394, 2011.

FREITAS, Marcela Távora de *et al.* Os limites entre a episiotomia de rotina e a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [S.L.], v. 13, p. 1-2, 8 out. 2020. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reac.e4696.2020>.

KRUNO, Rosimery Barão; SILVA, Tatiane Osvaldt; TRINDADE, Patrícia Taís de Oliveira. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. **Centro de ciências da Saúde (Santa Maria)**, Vol. 43, n. 1, p. 22-30, Jan./Abr, 2017.

LEAL, Sarah Yasmin Pinto *et al.* Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-2, 18 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>.

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 27, n. 02, pp. 483-491. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>. Acesso em 11 jan 2023.

LESSA, Heloisa Ferreira *et al.* Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option / a opção pelo parto domiciliar planejado. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 1118-1122, 4 out. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122>. Acesso em: 28 ago 2022

MARTINS, A. P. C. *et al.* Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, e25025, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25025/15809>. Acesso em 28 ago 2022

MENDES, Janaine Borges Ferreira; SILVA, Adriana Oliveira da; LEAL JUNIOR, Jose Odmilson. Parto humanizado: modelo de assistência. **Revista Coleta Científica**, [S.L.], v. 6, n. 11, 10 jun. 2022. Zenodo. <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.6633550>.

MUROS, T. M. A influência da família na escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e33510716665, 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3286013-a-influ%C3%Aancia-da-fam%C3%ADlia-na-escolha-da-mulher-pelo-parto-domiciliar-planejado

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo *et al.* Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 11, p. 4531-4546, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>.

OLIVEIRA, Tainá Santana de Deus; GALVÃO, Mary Lúcia Souto; RAMOS, Ticiania Oswald. Enfermagem obstétrica: assistência ao parto no Brasil reflexos da colonialidade do poder e do saber. **Revista Encantar**, [S.L.], v. 3, 9 nov. 2021. Revista Encantar. <http://dx.doi.org/10.46375/reecs.v3i.13124>. Acesso em: 20 jan 2023.

OLIVEIRA, Thalita Rocha Oliveira.. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2020, v 29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>

PEREIRA, Joaquim Henrique Ribeiro *et al.* O parto é, de fato, discutido nas consultas de pré-natal? **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n.1, p. 7372-7393, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43354/pdf>. Acesso em 21 jan 2023.

PINTO, Laura Maria Tenório Ribeiro *et al.* O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher [Food management during childbirth under woman's perception] [Manejo de alimentos durante el parto bajo la percepción de la mujer]. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 25, p. 1-2, 20 dez. 2017. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.14205>.

QUITETE, Jane Baptista; MONTEIRO, Jéssika Andrade de Melo Braga. A participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 26, p. 1-2, 30 dez. 2018. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.18682>.

RIBEIRO-FERNANDES, Cristiane Cremiude. Revisão de literatura: a lei do acompanhante - sua importância e descumprimento. **Revista Residência pediátrica**. 2021, v.11 n.2. DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n2-169. Acesso em: 28 ago 2022

ROCHA, Danielle Carvalho *et al.* O protagonismo feminino no parto domiciliar: relatos de experiências. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 7, p. 1-2, 2 jul. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16684>.

SAMPAIO, Ludimila Brum Campos *et al.* Parto domiciliar planejado significado por mulheres: contribuições para a humanização da assistência obstétrica. **Saúde (Santa Maria)**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 1-2, 27 abr. 2020. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583440132>.

SANTOS, Laíse Cardoso Dos. PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: uma revisão bibliográfica. **Revista Artigos.com**, v.3, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1201/532>. Acesso em 07 jul 2022.

SANTOS, Antônia Lyandra Jesus dos *et al.* Conduas assistenciais que caracterizam violência obstétrica no interior do Estado do Pará, Norte do Brasil/ Assistance conducts that characterize obstetric violence in the State's countryside of Pará, North of Brazil. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 9381-9393, 12 maio 2022. Acesso em 11 jan 2023.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. HOME BIRTH: UNDERSTANDING THE REASONS FOR THIS CHOICE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. Texto contexto - enferm., 2015 24(3), jul. 2015.

SAUER, Ana Gabrieli. **Motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado considerando aspectos do recém nascido**, 2021. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul, 2021

SERRES, W. P. *et al.* Vivências de mulheres com o parto domiciliar: resgate por meio da história oral. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**. Santa Maria, RS, v. 10, e51, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34841> Acesso em: 17 mar. 2022

SILVA, Bruna Hosana Rodrigues da. **Avaliação da enfermagem obstétrica sobre o papel da doula durante o pré-parto e parto**. 2020. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Uniceub, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14791/1/TCC%20Final%20Bruna%20Hosana.pdf>. Acesso em: 29 jan 2023.

SOUZA, Gibson *et al.* A Desinformação e sua relação com a violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 18-25, 26 jun. 2021. Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saude. <http://dx.doi.org/10.24281/rremecs2021.6.10.18-25>.

TAVARES, Núbia Vanessa da Silva *et al.* Desvelando as vivências de puérperas durante o processo parturitivo / unveiling the experiences of puerperas during the parturitive process. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 12, p. 103475-103489, 2020. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n12-739>.

TEIXEIRA, Patrícia da Costa *et al.* Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Nursing (São Paulo)**, [S.L.], v. 23, n. 261, p. 3607-3615, 1 fev. 2020. MPM Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2020v23i261p3607-3615>.

VALINHO, Priscila Braga *et al.* As dificuldades do parto domiciliar planejado no Brasil: Uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16540>

VOLPATO, Franciele *et al.* Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2021 v. 74, n. 4, e20200404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XqwxZS34ppmNWjspynVTt7d/?lang=en>. Acesso em 10 jul. 2022

VOLPATO, Franciele *et al.* Parto domiciliar planejado no contexto da covid19: informações para a tomada de decisão. **Revista texto e contexto enfermagem**, 2020. DOI: 10.1590/SciELO Preprints.496. Acesso em 10 jan 2023.

ZANOTELLI, Leticia. **Vivências e motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado na pandemia de COVID-19**. Orientadora: Prof^a Dr^a Joice Moreira Schmalfluss. 2022. 78f. TCC (graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2022. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/5656>. Acesso em 25 ago 2022.

ANEXO A - Formulário do *Google Forms*




Seção 1 de 3

PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE PARTO VAGINAL HOSPITALAR: VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES



Prezada participante!

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE PARTO VAGINAL HOSPITALAR: VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES", desenvolvida por Emanuely Scramim, discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Doutora Joice Moreira Schmalfluss. O objetivo central do estudo é analisar as motivações e vivências de mulheres que tiveram um parto domiciliar planejado após experiência prévia de parto vaginal hospitalar. Justifica-se essa pesquisa pela percepção, empírica, de que a escolha pelo PDP seja influenciada pelas experiências obstétricas prévias vivenciadas pelas mulheres. O convite à sua participação se deve por ter mais de 18 anos e por ter vivenciado um PDP. A sua participação é de grande importância nesta pesquisa, pois poderá contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da obstetrícia, além de ampliar o entendimento sobre o PDP.

Para que você receba as respostas desse formulário no seu e-mail, disponibilize seu endereço eletrônico no espaço abaixo:

E-mail  Resposta curta

Texto de resposta curta

  Obrigatória



Se possuir interesse em participar da pesquisa, por favor, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, se estiver de acordo, prossiga com sua assinatura. *

Seguir para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Não tenho interesse em participar desta pesquisa

Após a seção 1 Continuar para a próxima seção

Seção 2 de 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)  

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul em 16 dezembro de 2021, sob parecer número 5.170.967 e CAAE número 2930121.1.0000.5564

Esclarecimentos

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso

Esclarecimentos

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da acadêmica ou pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste Termo. Todas as informações obtidas na coleta de dados serão tratadas de forma sigilosa e confidencial e a sua identidade será mantida em anonimato. No caso de ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus dados pessoais não serão mencionados e, visando preservar a sua identidade, será utilizada a letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista realizada pela acadêmica do estudo, guiada por um roteiro de perguntas elaborado previamente, além de disponibilizar alguns dados da sua caderneta de gestante. Também coletaremos informações das fichas de registros utilizadas pela equipe que prestou assistência no seu PDP. Estima-se que a duração da coleta de dados não ultrapasse quarenta e cinco (45) minutos. Você só terá acesso às perguntas do roteiro depois que tenha dado o seu consentimento, no entanto, serão abordados tópicos que dizem respeito a sua identificação, gestação, pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como motivações para a tomada de decisão pelo PDP. A entrevista será audiogravada somente para a transcrição das informações e, se autorizada por você. Posteriormente à entrevista, a acadêmica realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". Somente terão acesso à entrevista a acadêmica e a pesquisadora (sua orientadora). Ao final desta, todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa envolvem a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento para a obstetrícia e PDP, servindo para auxiliar

acesso à entrevista a acadêmica e a pesquisadora (sua orientadora). Ao final desta, todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa envolvem a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento para a obstetrícia e PDP, servindo para auxiliar mulheres que desejam ter um PDP com informações acerca do tema.

A participação na pesquisa poderá causar riscos, tais como: constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e/ou mobilização emocional. Desta forma, visando minimizar estes riscos e desconfortos, você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas e/ou informações caso sinta-se desconfortável ou ache que a resposta se trata de algo muito pessoal. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolve fatos passados, estes podem retratar lembranças negativas ou causar desconfortos e, com o intuito de minimizá-los, ressalta-se que o objetivo do estudo não configura julgamento, possibilitando que você seja franca quanto às motivações que desencadearam a tomada de decisão pelo PDP. Em caso de persistência do desconforto, a entrevista será encerrada. Ainda, por se tratar de pesquisa que utiliza o ambiente virtual para a coleta de dados, além dos riscos mencionados, consideram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurem total confidencialidade das informações e evitem potencial risco de violação. A fim de evitar tais situações, sugere-se que você não compartilhe o link da sala virtual com outra(s) pessoa(s) e responda às questões da entrevista em ambiente privado, de preferência no seu domicílio. Em caso de vazamento de informações durante a coleta de dados, a sala será fechada e você receberá outro link de acesso para que a entrevista prossiga.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais, e caso deseje, uma cópia do Trabalho de Conclusão de Curso será enviada para seu e-mail.

Enfatiza-se a importância de que você guarde em seus arquivos uma cópia do TCLE, depois que assiná-lo, bem como a versão que será encaminhada para seu e-mail, juntamente com o parecer de aprovação do CEP.

Desde já agradecemos sua participação!

Concordância com o TCLE *

Concordo com o que está exposto no TCLE.

Concordância com o TCLE *

Concordo com o que está exposto no TCLE.

Possibilidade de gravação da entrevista *

Autorizo a gravação da entrevista para fins de transcrição.

Não autorizo a gravação da entrevista.

Prefiro participar da pesquisa de outra forma, enviando as respostas às perguntas de maneira escrita.

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção ▼

Seção 3 de 3

Já estamos quase finalizando! ✕ ⋮

Descrição (opcional)

Qual(is) o(s) melhor(es) dia(s) e horário(s) para a concessão da entrevista? *

Texto de resposta longa

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS EXPERIÊNCIA PRÉVIA DE PARTO VAGINAL HOSPITALAR: VIVÊNCIAS E MOTIVAÇÕES DE MULHERES**

Prezada participante!

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Parto Domiciliar Planejado após experiência prévia de parto vaginal hospitalar: vivências e motivações de mulheres”, desenvolvida por Emanuely Scramim, discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Doutora Joice Moreira Schmalfluss.

O objetivo central do estudo é analisar as motivações e vivências de mulheres que tiveram um parto domiciliar planejado após experiência prévia de parto vaginal hospitalar. Justifica-se essa pesquisa com mulheres que tiveram essa opção e realizaram um parto domiciliar planejado após um parto hospitalar anterior e discutir os resultados obtidos, analisando as vivências e motivações dessas mulheres em sua escolha frente a percepção empírica de que as experiências hospitalares são discrepantes com as vivências do PDP.

O convite à sua participação se deve por ter mais de 18 anos e por ter vivenciado um PDP após experiência de parto vaginal hospitalar. A sua participação é de grande importância nesta pesquisa, pois poderá contribuir na construção do conhecimento gerado para a área da obstetrícia, além de ampliar o entendimento sobre o PDP.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da acadêmica ou pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio dos contatos explicitados neste Termo.

Todas as informações obtidas na coleta de dados serão tratadas de forma sigilosa e confidencial e a sua identidade será mantida em anonimato. No caso de ocorrer a divulgação do estudo em publicações científicas, os seus dados pessoais não serão mencionados e, visando preservar a sua identidade, será utilizada a letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2...), respeitando-se a ordem das entrevistas.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista realizada pela acadêmica do estudo, guiada por um roteiro de perguntas elaborado previamente, além de disponibilizar alguns dados da sua caderneta de gestante. Também coletaremos informações das fichas de registros utilizadas pela equipe que prestou assistência no seu PDP. Estima-se que a duração da coleta de dados não ultrapasse quarenta e cinco (45) minutos. Você só terá acesso às perguntas do roteiro depois que tenha dado o seu consentimento, no entanto, serão abordados tópicos que dizem respeito a sua identificação, gestação, pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como motivações para a tomada de decisão pelo PDP.

A entrevista será audiogravada somente para a transcrição das informações e, se autorizada por você. Posteriormente à entrevista, a acadêmica realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro em plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Somente terão acesso à entrevista a acadêmica e a pesquisadora (sua orientadora). Ao final desta, todo material será mantido em um dispositivo eletrônico local por um período de cinco anos, sendo desprezado após este período.

Sobre estas informações, assinale, a seguir, uma das alternativas.

Autorizo a gravação

Não autorizo a gravação

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa envolvem a possibilidade de contribuição para a comunidade acadêmica e construção de conhecimento

para a obstetrícia e PDP, servindo para auxiliar mulheres que desejam ter um PDP com informações acerca do tema.

A participação na pesquisa poderá causar riscos, tais como: constrangimento e/ou incômodo durante a realização da entrevista e/ou mobilização emocional. Desta forma, visando minimizar estes riscos e desconfortos, você poderá se recusar a responder quaisquer perguntas e/ou informações caso sinta-se desconfortável ou ache que a resposta se trata de algo muito pessoal. Ainda, por se tratar de uma pesquisa que envolve fatos passados, estes podem retratar lembranças negativas ou causar desconfortos e, com o intuito de minimizá-los, ressalta-se que o objetivo do estudo não configura julgamento, possibilitando que você seja franca quanto às motivações que desencadearam a tomada de decisão pelo PDP. Em caso de persistência do desconforto, a entrevista será encerrada. Ainda, por se tratar de pesquisa que utiliza o ambiente virtual para a coleta de dados, além dos riscos mencionados, consideram-se os riscos relacionados às limitações das tecnologias utilizadas, principalmente no que tange que a acadêmica e pesquisadora assegurem total confidencialidade das informações e evitem potencial risco de violação. A fim de evitar tais situações, sugere-se que você não compartilhe o link da sala virtual com outra(s) pessoa(s) e responda às questões da entrevista em ambiente privado, de preferência no seu domicílio. Em caso de vazamento de informações durante a coleta de dados, a sala será fechada e você receberá outro link de acesso para que a entrevista prossiga.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais, e caso deseje, uma cópia do Trabalho de Conclusão de Curso será enviada para seu e-mail.

Enfatiza-se a importância de que você guarde em seus arquivos uma cópia do TCLE, depois que assiná-lo. Desde já agradecemos sua participação!

CAAE: 2930121.1.0000.5564

Número do parecer de aprovação no CEP/UFFS: 5.170.967

Data de aprovação: 16 de dezembro de 2021

Assinatura da pesquisadora responsável:

Contato profissional com a pesquisadora responsável:

Tel: (49) 2049.6553-Ramal 6553

E-mail: joyce.schmalfuss@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)-Campus Chapecó / Rodovia SC 484 - Km 02 - Fronteira Sul / Bloco dos Professores - Sala 312 / CEP 89815-899 / Chapecó, Santa Catarina, Brasil

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Tel/Fax: (49) 2049.3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg66

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)-Campus Chapecó / Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS / Rodovia SC 484 - Km 02 - Fronteira Sul / CEP 89815-899 / Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo da participante: _____

Assinatura:

ANEXO C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- Identificação / Caracterização da participante / Dados sociodemográficos (entrevista):

1. Iniciais do nome:
2. Idade:
3. Estado civil:
4. Nível de escolaridade:
5. Crença/Religião:
6. Renda familiar (em salários mínimos):
7. Cidade em que reside:

- Pré-natal / Trabalho de parto / Parto (entrevista, caderneta da gestante e fichas de registro)

1. Número de consultas de pré-natal:
2. Cidade em que ocorreu o parto:
3. Data do parto:
4. Quem estava na hora do trabalho de parto/parto:
5. G ____ P ____ C ____ A ____
6. Se teve outras gestações, onde aconteceu o nascimento do bebê:
7. Idade gestacional no dia do parto:
8. Duração da fase ativa:
9. Condições da bolsa amniótica:
10. Onde/Ambiente seu bebê nasceu?
11. Qual a posição que você estava na hora do nascimento do bebê?
12. Em quanto tempo a sua placenta nasceu?

- Puerpério imediato (entrevista e fichas de registro)

1. Como ficou o seu períneo após o parto? Teve necessidade de alguma sutura?
2. Qual o apgar que o seu filho recebeu ao nascer?

3. Houve a necessidade de realizar alguma manobra de reanimação no seu bebê após o nascimento?
4. Aconteceu alguma intercorrência no trabalho de parto, parto ou pós-parto?

- Outras informações relevantes (entrevista)

5. Você fez uso de alguma substância ou técnica para estimular o trabalho de parto? Se sim, o que usou? Com quantas semanas estava?
6. Como você ficou sabendo da modalidade de parto domiciliar planejado?
7. Onde se informou sobre o parto domiciliar planejado?

- Motivações (entrevista)

- a) Descreva os motivos que te levaram a tomar a decisão pelo PDP.
- b) Alguém influenciou na sua tomada de decisão pelo PDP? Se sim, quem?
- c) Como foi o posicionamento das pessoas frente a sua escolha pelo PDP?
- d) Descreva como foi vivenciar o PDP (preparo do ambiente, manejo das contrações, acompanhamento da equipe profissional, entre outros).
- e) A experiência prévia de parto hospitalar influenciou na sua escolha pelo PDP?