








Experiência de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital

Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital

Como citar este artigo:

Pereira MFR, Rodrigues SS, Rodrigues MSD, Rodrigues WFG, Batista MG, Braga LS, et al. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. Rev Rene. 2020;21:e43948. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143948>

-  Marina Fabricio Ribeiro Pereira¹
-  Suéllen de Sousa Rodrigues¹
-  Mariana de Sousa Dantas Rodrigues¹
-  Wilma Ferreira Guedes Rodrigues¹
-  Morganna Guedes Batista¹
-  Luanna Silva Braga¹
-  Smalyanna Sgren da Costa Andrade²

¹Centro Universitário de João Pessoa.
João Pessoa, PB, Brasil.

²Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.
João Pessoa, PB, Brasil.

Autor correspondente:

Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Av. Frei Galvão, 12 - Gramame,
CEP: 58067-201. João Pessoa, PB, Brasil.
E-mail: smalyanna@hotmail.com

Chamada Especial 1 - Saúde Materna e Obstétrica

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes
EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: descrever as experiências vivenciadas por mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital. **Métodos:** pesquisa qualitativa, subsidiada pela História Oral Temática, em que participaram seis mulheres, atendidas pela equipe de parto domiciliar e transferidas para maternidade, durante o processo de parturição. O roteiro semiestruturado de entrevista com história oral gerou cinco categorias. **Resultados:** emergiram cinco categorias temáticas: Fatores motivadores à escolha pelo parto domiciliar planejado; Experiências positivas sobre o cuidado intraparto em ambiente domiciliar; Indicações da transferência hospitalar; Sentimentos vivenciados durante e após transferência hospitalar; Violência obstétrica durante a internação hospitalar. **Conclusão:** as motivações para escolha do parto domiciliar planejado favoreceram a experiência positiva do processo parturitivo, ao passo que a internação hospitalar refletiu a violência obstétrica.

Descritores: Percepção; Mulheres; Parto Domiciliar; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to describe the experiences of women in the transfer from planned home birth to the hospital. **Methods:** qualitative research, subsidized by Thematic Oral History, in which six women participated, attended by the home birth team and transferred to a maternity ward, during the parturition process. The semi-structured interview script with oral history generated five categories. **Results:** five thematic categories emerged: Motivating factors for choosing planned home birth; Positive experiences on intrapartum care in the home environment; Indications of hospital transfer; Feelings experienced during and after hospital transfer; Obstetric violence during hospitalization. **Conclusion:** the motivations for choosing planned home birth favored the positive experience of the parturition process, while hospitalization reflected obstetric violence.

Descriptors: Perception; Women; Home Childbirth; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing.

Introdução

O parto domiciliar planejado tem sido recurso alternativo às mulheres com gestação saudável que buscam experiência positiva em ambiente acolhedor, livre de intervenções desnecessárias e assistência humanizada do pré-natal ao puerpério⁽¹⁾. As recomendações obstétricas atuais da *World Health Organization* indicam que a mulher possui o direito de escolha do local de parto, cujo desejo esteja alinhado à redução dos riscos perinatais⁽²⁾.

Em nível internacional, a taxa de adesão aos partos domiciliares variam de 13%, na Holanda, a 0,3%, na Austrália⁽³⁾. A *American College of Obstetricians and Gynecologists* relata que, nos Estados Unidos, 0,9% dos nascimentos ao ano ocorrem em ambiente domiciliar, cujas mulheres necessitam estar com gestação saudável, sem risco aparente, acompanhadas durante o pré-natal e previamente informadas sobre riscos e benefícios⁽⁴⁾.

Para tanto, pesquisa longitudinal, com objetivo de mapear as trajetórias dos partos durante treze anos de investigação apontou que dos partos em casa, 98% dos bebês obtiveram desfecho perinatal positivo e 2% necessitaram de cuidados em terapia intensiva neonatal. Quanto aos partos planejados em ambiente hospitalar, 62% ocorreram via vaginal normal e 38% precisaram de intervenção instrumental ou cirúrgica. Das crianças nascidas via vaginal normal, 8,0% foram para tratamento intensivo pós-parto, ou seja, prevalência quatro vezes superior às crianças planejadas para nascimento em domicílio⁽⁵⁾.

Sob essa ótica, metanálise com 500.000 partos identificou que não teve diferença estatística sobre o risco de mortalidade perinatal ou neonatal, quando comparados os resultados de nascimentos decorrentes do planejamento domiciliar ou hospitalar. Mesmo assim, a literatura aponta escassez de estudos clínicos randomizados de base populacional que favoreçam a normatização do parto em domicílio⁽⁶⁾.

Destaca-se que para o nascimento no domicílio para mulheres de risco habitual, as diretrizes indicam

a presença de parteira certificada, enfermeira obstétrica licenciada, adequadamente treinada ou médico obstetra, bem como pronto acesso ao transporte, oportuno aos hospitais próximos, conforme logística pré-definida⁽⁴⁾. Sobre isso, dados apontam que de 546 nascimentos planejados em casa, 77% foram no domicílio e 23% necessitaram de transferência hospitalar⁽⁵⁾.

Com efeito, a transferência hospitalar é recurso que contribui com a segurança do parto, sendo identificado, em tempo oportuno, pela equipe domiciliar, para favorecer os desfechos positivos. Assim, considerando o planejamento durante o pré-natal para ocorrência do parto em ambiente domiciliar e compreendendo a possibilidade de suporte hospitalar como compromisso da equipe para conferir proteção do bem-estar materno-fetal, questionou-se: qual a experiência vivenciada por mulheres que mudaram o intercurso do processo de parturição da residência para o hospital? Para tanto, objetivou-se descrever as experiências vivenciadas por mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital.

Métodos

Pesquisa qualitativa, subsidiado pela História Oral Temática⁽⁷⁾, desenvolvida com mulheres, atendidas no parto domiciliar planejado, por equipe de enfermeiras obstétricas, alocada em capital da Região Nordeste do Brasil. A população foi composta de sete mulheres, acompanhadas por equipe de parto domiciliar, no período de um ano. Todavia, a amostra por conveniência foi constituída por seis mulheres, com maioria etária, transferidas para maternidade no intercurso do processo parturitivo, na fase ativa do trabalho de parto. No entanto, não houve acesso apenas a uma cliente, justificando a amostra final.

Para coleta de dados, utilizou-se de instrumento norteador; um formulário, o qual contemplou idade, situação conjugal, escolaridade, etnia, ocupação, renda; e um roteiro semiestruturado de entrevista sobre as percepções das mulheres participantes fren-

te à transferência hospitalar, cujo tempo de duração variou entre trinta minutos e uma hora. Conforme o modelo teórico, a cada entrevista, o roteiro pode ser flexibilizado, de modo a incorporar ou retirar questionamentos para melhoria do *corpus* documental, não havendo necessidade de teste piloto.

Para construção do *corpus* documental, seguiram-se as etapas: pré-entrevista, seguida da entrevista e da pós-entrevista. Na pré-entrevista, realizou-se o primeiro contato, por meio telefônico, para convidar, apresentar os objetivos do estudo e explicar a operacionalização da entrevista.

A etapa da entrevista foi executada por meio de gravações, sendo apresentado o termo de cessão de posse, previamente à participante, que legitima a publicação de falas e imagens mediante autorização. A coleta dos dados ocorreu entre março e maio de 2019, em ambiente reservado, na residência ou em local de trabalho da participante.

A pós-entrevista subdividiu-se em três fases: a primeira, chamada de transcrição, é realizada a escrita integral de ambas as narrativas na entrevista; a segunda, a textualização, as perguntas são removidas e a ortografia do texto é organizada de forma mais clara e coesa. Na segunda fase, também, é apontado o “tom vital”, uma frase guia relatada pelo entrevistado que apresenta maior vigor⁽⁷⁾. Na terceira fase, ou seja, a transcrição, o pesquisador pode modificar o texto para ajustes cronológicos da fala e de semântica de palavras, para que o produto final seja concretizado e se apresente de forma organizada e como fonte documental⁽⁷⁾. A técnica de análise temática de conteúdo fundamentou a criação das categorias⁽⁸⁾.

Após tratamento empírico, agendou-se novo encontro para realização da conferência do material produzido, que legitima a publicação, mediante autorização da carta de cessão pela colaboradora, sendo o documento indicado pelo modelo teórico. Explicitou-se às colaboradoras que a fim de preservar as identidades, seriam utilizados nomes de flores que representam amor, beleza e força, simbolizando as mulheres participantes.

Das falas das mulheres, emergiram cinco categorias temáticas: Fatores motivadores à escolha pelo parto domiciliar planejado; Experiências positivas sobre o cuidado intraparto em ambiente domiciliar; Indicações da transferência hospitalar; Sentimentos vivenciados durante e após transferência hospitalar; Violência obstétrica durante a internação hospitalar.

O estudo obedeceu aos trâmites éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 04497318.4.0000.5176 e parecer nº 3.163.883/2019, com as devidas assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A média de idade foi de 30 anos, com variação de 31 a 38 anos. Em relação à situação conjugal, todas viviam com o parceiro e possuíam escolarização em nível superior. Sobre a etnia, três mulheres se auto-declararam parda, uma branca e uma negra. No tocante à ocupação remunerada, três mulheres viviam com a renda de quatro a sete salários mínimos, uma com renda de um a três salários, uma com até um salário mínimo e uma mulher sem remuneração.

Acerca das características de paridade e via de parto pós-transferência hospitalar, das três primíparas transferidas, duas tiveram parto vaginal normal e uma foi submetida à cirurgia cesariana. No caso das múltiparas, o quadro foi invertido, ou seja, duas tiveram intervenção cirúrgica e uma foi assistida via vaginal. Em outras palavras, 50,0% das participantes foram submetidas à cirurgia e todos os neonatos tiveram adaptação extrauterina satisfatória.

Fatores motivadores à escolha pelo parto domiciliar planejado

Experiências negativas de parto anteriores em âmbito hospitalar, violências obstétricas e intervenções desnecessárias têm sido fatores relevantes à tomada de decisão ao parto normal e humanizado em

ambiente domiciliar: *O que me fez escolher o parto domiciliar planejado, primeiramente, foi devido a uma evolução de partos anteriores. Meu primeiro parto, há oito anos, foi uma cesariana roubada, naqueles moldes tradicionais de cesarista (Jasmim). Minha primeira gestação foi cesariana por falta de informação, confiei na obstetra que disse que ia fazer parto normal e não li, não pesquisei, não me informei como a gente sabe que precisa e acabou sendo uma cesariana sem qualquer motivo (Margarida).*

O parto domiciliar planejado busca humanizar a assistência e estimular o parto normal e respeito às vontades das mulheres, por meio de informações sobre riscos e benefícios à saúde materno-infantil. As expressões parecem apontar que as mulheres tinham segurança, confiança e conhecimento, quando relatados os motivos de suas escolhas: *Eu escolhi o parto domiciliar planejado por conhecer todos os benefícios que ele tem, tanto para mãe quanto para o bebê (Orquídea). Eu sabia que essa via de parto ia ajudar bastante em relação à qualidade de nascimento e a recuperação (Bromélia).*

Experiências positivas sobre o cuidado intraparto em ambiente domiciliar

O parto domiciliar planejado é uma forma de assistência diferenciada daquilo que é recebido comumente nos serviços hospitalares. A equipe possui sensibilidade, treinamento, competências e habilidades para lidar com a parturição, de maneira respeitosa, carinhosa e segura: *Na minha casa, não houve nada que eu não tenha gostado. Foi perfeito, tranquilo, tudo do jeito que eu esperava (Jasmim). Diria até que, às vezes, as meninas da equipe chegavam para me examinar, mas eu nem sentia a presença delas por estar num estado de transe. Eu me sentia segura com elas, mediam a pressão, auscultavam o bebê! Era muito assim, eu nem sentia, sabia que estavam vindo o tempo todo, mas não havia invasão, me respeitaram bastante (Girassol). Elas me deixaram totalmente segura (Margarida).*

No referente ao desejo da mulher algumas depoentes relataram que foram questionadas sobre a permissão para realização de técnicas específicas, métodos não farmacológicos para alívio da dor e sugestibilidade de exercícios direcionados ao posicionamento fetal satisfatório, assegurando o respeito ao

protagonismo e à autonomia: *Perguntaram se poderiam fazer uma manobra de spinning babies. Perguntaram se poderiam fazer o toque (Girassol). A parteira (EO), já tinha visto que ele estava mal posicionado e sugeriu uns exercícios (Jasmim). Passei a maior parte do tempo debaixo do chuveiro quente, lá foi onde eu consegui aliviar mais a dor (Jasmim). Fui para o banheiro e fiquei no chuveiro 6 horas seguidas (Bromélia).*

Indicações da transferência hospitalar

A transferência é uma situação em que pode ocorrer mediante decisão da equipe, após avaliação criteriosa e com base nas evidências científicas ou a pedido da própria mulher, seja por estado de exaustão ou desejo pela analgesia: *Depois que a bolsa rompeu, o negócio ficou assim meio fora do controle sabe, contração de um em um minuto. É uma dor que a gente não espera. Como eu estava meio fora da realidade, meu marido perguntou o que ela [enfermeira obstétrica] achava e como sempre sincera, falou que o bebê poderia nascer daqui a trinta minutos, mas poderia demorar a noite toda e ainda não nascer, então, da forma que estava, ela aconselhava levar ao hospital. A gente decidiu ir! (Jasmim). Minhas contrações estavam muito longas, com descanso muito curto. Logo, comecei a não suportar a dor, então, fui eu quem pedi (Orquídea).*

São diversos os motivos que resultam em transferência hospitalar, tanto materna quanto neonatal, cuja mãe deve estar preparada e de sobreaviso para esta remoção, a fim de garantir a continuidade da vitalidade dela e do bebê. Portanto, situação fetal não tranquilizadora consiste em condição para transferência, conforme a fala: *Infelizmente, a queda dos batimentos cardíacos do bebê foi o motivo da transferência (Margarida).* Além disso, o desconforto, ocasionado por distocia de parte mole, inviabilizou a progressão do trabalho de parto no domicílio, condicionando a transferência: *Ainda, continuava em seis cm de dilatação e estava começando a desenvolver edema de colo. Então, fomos entrando em acordo para transferir (Bromélia).*

A equipe também deve prestar apoio necessário à mãe e família, comprometendo-se com a segurança e encaminhamento a uma unidade hospitalar para os cuidados intraparto da equipe multidiscipli-

nar. O aumento da pressão arterial pode acontecer durante o trabalho de parto ou após o parto, embora haja acompanhamento pré-natal, com a realização de exames prévios, um pico hipertensivo é elemento imponente ao encaminhamento do domicílio à maternidade: *Quando mediram a pressão, estava 17 por 10, era alta. Então, elas me disseram que não teria outro jeito, tínhamos que ir ao hospital (Girassol). Minha pressão começou a ficar bem alterada, alta, 16, 17, então, as meninas preferiram fazer a transferência (Dália).*

Sentimentos vivenciados durante e após transferência hospitalar

Foram muitos os sentimentos vivenciados, como tensão, frustração, percepção de incapacidade de parir, não se sentir exemplar como profissional da saúde obstétrica e desejo de acabar com o sofrimento. Sentimentos que demonstram a particularidade de cada mulher, ao passo que evoca uma sensação semelhante em cada fala, indicando que algum tempo após o parto, a transferência ainda as afetam em um lugar de afetividade ferida e decepção consigo. Apesar disso, mesmo havendo o sentimento de frustração, a resolutividade do sofrimento confortou o processo, principalmente pela confiança depositada no compromisso da equipe: *Houve certa tensão. Fiquei nessa expectativa de ficar com a minha filha e com a família em casa, mas, de repente, os planos foram quebrados (Girassol). No momento que eu soube que precisaria de transferência, eu não estava preocupada com a vitalidade do bebê, porque eu sabia que estava muito bem avaliada e como a gente estava bem cansado, eu imaginava que era o tempo certo (Margarida). Para mim, é um grande conflito. E, até hoje, eu não consigo nem conversar muito sobre isso. É a frustração de não conseguir e desejo que a dor acabasse (Orquídea). No momento que eu soube que precisaria de transferência, eu não fiquei triste, porque eu sabia que se elas estavam pedindo para fazer a transferência, era realmente necessário, por uma questão de segurança (Dália). O que eu sentia no momento da transferência é que eu queria resolver o problema. Eu queria acabar com aquilo, sabe. Depois é que bate aquela frustração, fica aquele sentimento de não ter conseguido, de ter fracassado (Jasmim).*

O profissional de saúde da obstetrícia possui informação especializada sobre as repercussões posi-

tivas do parto normal para a mãe e o bebê. Por isso, além do conhecimento, ainda existe a percepção da obrigação moral em atender às expectativas individuais, familiares e da sociedade, frente ao nascimento por via vaginal. Por isso, na fala, a participante se sentiu impotente e incapaz, como se duvidasse de si e da profissão, devido à transferência hospitalar: *Minha primeira preocupação foi que eu não queria passar pela recuperação pós-cirúrgica e que eu como profissional da área, como enfermeira obstetra, defensora do parto, estava indo para minha segunda cesárea, foi esse o meu pensamento, foi a minha frustração (Bromélia).*

Violência obstétrica durante a internação hospitalar

Para as mulheres, a transferência hospitalar se configurou como o recurso necessário do cuidado intraparto. No entanto, para algumas, essa transferência trouxe experiências diferentes do que estavam recebendo no domicílio, principalmente relacionada ao julgamento negativo pela escolha do parto domiciliar planejado e falta de empatia no processo de parturição: *Eu tinha na minha cabeça a transferência como uma coisa muito tranquila, porque o hospital é para isso. Mas, ingenuidade minha! Porque, na verdade, eu passei cada uma lá. Na cirurgia, ainda tive que escutar o anestesista falar que eu, uma pessoa informada, não deveria cair nessa besteira de parto em casa, que isso era um absurdo! Mulheres morriam por causa disso... Foi bem chato mesmo (Girassol). Eu fiquei muito apavorada e quis ir embora para um hospital particular, porque lá eu sabia que ia ter minha cesárea! E eu, realmente, pedi a cesárea para fugir de violência obstétrica (Bromélia). A assistência prestada no domicílio e no hospital foi completamente diferente, a casa da gente é a casa da gente (Jasmim).*

A violência obstétrica afeta o estado físico e psicológico das parturientes, quando comentários ou comportamentos infringem o respeito ao direito de escolha sobre a forma do parto, bem como acerca do direito de ter o próprio corpo como propriedade individual e não coletiva, como pode ser observado nas falas das entrevistadas: *Ele falou em relação a minha filha, disse que eu a coloquei em risco, que ela poderia ter atraso de desenvolvimento por causa daquilo ali, que tinha que interná-la, porque*

não sabia que condições ela tinha nascido, como se tivesse nascido na imundice! (Girassol). *Eu acho que eu sofri o mínimo que as mulheres sofrem lá! Mas, teve piadinha do tipo: Ah! Mas, parto normal não era tão bom? Porque que não é tão bom, agora?* (Jasmim). *Quando cheguei ao hospital, o profissional riu na minha cara do meu plano de parto que eu tinha impresso. Riu quando ele viu que eu não queria episiotomia, disse que se eu não fizesse, o bebê ia ficar entalado. Eu fiquei desesperada* (Bromélia).

Discussão

O estudo possuiu como limitação a baixa adesão ao parto domiciliar planejado, demonstrando que a sociedade, ainda, possui visscitudes relacionadas à crença negativa sobre o despreparo de enfermeiras obstétricas para execução do procedimento, embora a segurança e gestação saudável sejam fatores condicionantes à elegibilidade do parto. Além disso, não há políticas públicas que englobem o parto domiciliar gratuito no sistema de saúde, contemplando as mulheres em qualquer estratificação econômico-social.

Contribuições trazidas pelas falas podem repercutir, de maneira positiva, para melhor compreensão da possível transferência hospitalar intraparto, após a decisão em ter o parto domiciliar planejado, cujos desfechos devem ser acolhidos e respeitados pela equipe que recebe a mulher na maternidade, além de fortalecer a atuação da enfermagem obstétrica no Brasil que tem respaldo científico e técnico para manejo das emergências. Os dados se mostram inovadores, pois apontam para necessidade de treinamento baseado em evidências científicas das equipes hospitalares e de planejamento estratégico do sistema público de saúde, frente ao parto domiciliar planejado.

Sobre a caracterização sociodemográfica, os resultados se assemelharam ao de estudo multicêntrico realizado no Brasil, quanto à escolaridade e idade média das mulheres, cujos partos foram assistidos em domicílio⁽⁹⁾. Quanto à situação conjugal, a presença do parceiro tem sido apontada como ação de respeito às singularidades e necessidades de cada mulher, tendo em vista que os companheiros são os principais acom-

panhantes do parto, presenciando o nascimento do(a) filho(a)⁽¹⁰⁾.

Em relação à cor da pele, pesquisas apontam que não há influência da etnia no não acesso ao parto domiciliar planejado⁽¹¹⁾. Embora o parto domiciliar planejado consista em prática condizente com mulheres de nível socioeconômico alto⁽¹²⁾, não há diretrizes nacionais sobre esta prática de saúde que fundamente o serviço no sistema público⁽¹⁾.

No tocante à paridade e via de parto pós-transfêrência, em investigação realizada em várias regiões do Brasil, a taxa de cesariana foi de 9,0% das parturientes que iniciaram acompanhamento domiciliar⁽⁹⁾. Além disso, pesquisa na Austrália demonstrou que as taxas de nascimento vaginal aconteceram mais entre múltiparas⁽⁵⁾, achados dissonantes ao deste estudo. Obviamente, esta pesquisa não dispõe de resultados quantitativos robustos para comparação, considerando a natureza femomenológica e justificando a prevalência dos desfechos.

Quanto aos elementos motivadores do parto domiciliar planejado, a decisão também pode ser influenciada por informações dos meios de comunicação sobre o parto normal e respectivos benefícios, o qual representa melhor via de parto na gestação saudável, justificando-se pelo menor tempo de recuperação da mãe e diminuição da mortalidade materna e neonatal decorrente da cirurgia cesárea⁽¹³⁾.

Entretanto, para algumas mulheres, a decisão pode ser interrompida por influência de profissionais responsáveis pelos cuidados, seja no pré-natal ou durante o trabalho de parto, uma vez que o Brasil ainda possui potencial incidência para realização de cirurgias cesáreas. Com base nisto, a busca por profissionais que respeitem a opinião da parturiente sobre o tipo de parto tem sido elemento motivador ao parto domiciliar planejado⁽¹⁴⁾.

Estudo desenvolvido em Oregon identificou que os partos domiciliares planejados estavam associados a menos intervenções no processo de parturição, quando comparados aos partos hospitalares. Apesar destes resultados, concluiu-se a necessidade de estu-

dos mundiais randomizados sobre desfechos comparados entre partos domiciliares e hospitalares⁽¹⁵⁾.

Em relação aos benefícios, existem fatores que melhoram a qualidade do cuidado intraparto e parto, como oferta de acompanhante, livre escolha da posição do nascimento e contato imediato pele a pele⁽¹⁶⁾. Esses elementos são ofertados no parto domiciliar planejado, assegurando o direito da mulher à dignidade e humanização do parto e nascimento.

Sobre o protagonismo da mulher, o parto domiciliar busca humanizar a assistência, mesmo que em alguns momentos ocorra a necessidade de realizar alguma intervenção, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, manobras que favoreçam o melhor posicionamento do bebê para descida, ritmização das contrações e consequente dilatação cervical⁽¹⁷⁾. Deste modo, a equipe que conduz o parto domiciliar planejado possui obrigação de informar sobre os procedimentos e apenas realizarão após o consentimento da parturiente.

Acerca da possibilidade de intercorrências intraparto e necessidade de intervenção imediata, pesquisa realizada em casas de parto, no Rio de Janeiro, Brasil, evidenciou que a segunda principal causa de transferência hospitalar foram batimentos cardiofetais alterados⁽¹⁸⁾, corroborando a indicação de transferência nesse estudo.

No caso do aumento da pressão arterial, mais especificamente pré-eclâmpsia, esta constitui a principal causa de mortalidade materna no Brasil⁽¹⁹⁾. Mulheres com qualquer manifestação de síndrome hipertensiva durante o pré-natal deixam de ser candidata ao parto domiciliar planejado, saindo da condição de risco habitual⁽⁴⁾, justificando a transferência hospitalar evidenciada nessa pesquisa.

Embora haja resistência social quanto à atuação da enfermagem obstétrica no processo parturitivo, o atendimento da categoria foi apontado internacionalmente como fator de proteção à mortalidade materna, o que respalda as competências e habilidades embasadas na segurança obstétrica⁽²⁰⁾.

Não obstante, profissionais ativistas do parto humanizado buscam reduzir as vulnerabilidades à violência obstétrica, considerada como toda e qualquer prática que acarrete na mulher repercussões negativas físicas e psicológicas, durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo figurada por desrespeito, agressões verbais e físicas, humilhações, procedimentos desnecessários, negligência na assistência, não medicalização para cessação da dor, além de preconceito destinado às condições sociais, culturais, religiosas e econômicas⁽¹⁷⁾.

Estudo de revisão sistemática, em nível nacional, identificou que pesquisas sobre o parto domiciliar planejado são escassos no Brasil e as que existem possuem amostra pequena. Todavia, a literatura aponta que o perfil de mulheres que buscam esse serviço possui descontentamento com o modelo obstétrico vigente, desejo de autonomia sobre os próprios corpos e satisfação frente ao cuidado recebido de enfermeiras obstétricas⁽¹⁾.

Para tanto, as práticas obstétricas em parto domiciliar planejado se constituem em alternativa às mulheres que buscam parto fisiológico respeitoso, com apropriação feminina sobre a autonomia⁽⁹⁾. Logo, mediante as falas obtidas nesta pesquisa, acredita-se que, para evitar a violência obstétrica, a qualidade da assistência deve perpassar pelo respeito, pela dignidade, pelo apoio emocional e pela comunicação eficaz, com linguagem positiva.

Conclusão

Descreveram-se as experiências vivenciadas por mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para o ambiente hospitalar, sendo evidenciado que a motivação para parir no domicílio gerou percepções positivas quanto ao acolhimento e à expertise técnica da equipe, enquanto a violência obstétrica se fez presente em ambientes hospitalares, diante da necessidade de transferência.

Colaborações

Pereira MFR e Braga LS participaram da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final. Rodrigues SS, Rodrigues MSD, Rodrigues WFG, Batista MG e Andrade SSC contribuíram com análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020; 25(4):1433-43. doi: doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018
2. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited Apr. 02, 2020]; 1-200. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.f;jsessionid=B85C9B7163437EEE-4452BE1BBFDB3711?sequence=1>
3. Dahlen HG. Is it time to ask whether facility based birth is safe for low risk women and their babies? *Lancet*. 2019; 14:9-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2019.08.003>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee. Committee Opinion. Planned Home Birth. ACOG [Internet]. 2017 [cited Apr. 02, 2020]; (697):1-6. Available from: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth.pdf>
5. Scarf VL, Viney R, Yu S, Foureur M, Rossiter C, Dahlen H, et al. Mapping the trajectories for women and their babies from births planned at home, in a birth centre or in a hospital in New South Wales, Australia, between 2000 and 2012. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1):513. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2584-0>
6. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *Lancet*. 2019; 14:59-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2019.07.005>
7. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2019.
8. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012. 17(3):621-6. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007
9. Koettker JG, Bruggemann OM, Freitas PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52:e03371. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
10. Ojelade OA, Titiloye MA, Bohren MA, Olutayo AO, Olalere AA, Akintan A, et al. The communication and emotional support needs to improve women's experience of childbirth care in health facilities in Southwest Nigeria: a qualitative study. *Int J Gynecol Obstet*. 2017; 139(Suppl. 1):27-37. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12380>
11. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK. Experience of pregnant women at an advanced age. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2017-0112. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>
12. Kyaddondo D, Mugerwa K, Byamugisha J, Oladapo OT, Bohren MA. Expectations and needs of Ugandan women for improved quality of childbirth care in health facilities: a qualitative study. *Int J Gynecol Obstet*. 2017; 139(Suppl 1):38-46. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12405>
13. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de experiências. *Interface*. 2017; 21(60):209-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
14. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm*. 2018; 7(3):1304-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
15. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med*. 2015; 373:2642-53. doi: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1501738>

16. Molina RL, Villar J, Reyes A, Elliott J, Begley M, Johnson M, et al. Delivery practices and care experience during implementation of an adapted safe childbirth checklist and respectful care program in Chiapas, Mexico. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019; 145(1):101-9. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12771>
17. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(5):2594-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
18. Oliveira TCM, Pereira ALF, Penna LHG, Rafael RMR, Pereira AV. Adequacy of prenatal assistance in birth houses and causes associated with hospital transfers. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40:e20180419. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180419>
19. Silva JMP, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP. Concepts, prevalence and characteristics of severe maternal morbidity and near miss in Brazil: a systematic review. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2018; 18(1):7-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100002>
20. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(Suppl 3):1313-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons