

# A VOLTA DO PARTO AO DOMICÍLIO: MOTIVOS QUE LEVAM A ESSA ESCOLHA

*THE RETURN OF HOME BIRTHS: REASONS BEHIND THIS CHOICE.*

**Gilclébio da Silva Rios**

Faculdade Regional de Riachão do Jacuípe, Brasil

**Elaine Silva Rodrigues**

Faculdade Regional de Riachão do Jacuípe, Brasil

**Flaviane Liberato Ferreira**

Faculdade Regional de Riachão do Jacuípe, Brasil

DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i4.605>

Acceto em: 27.04.2026

**Resumo:** Diante de uma realidade obstétrica desrespeitosa e excessivamente intervencionista no modelo de assistência e atenção ao parto, caracterizado pelo alarmante índice de cesarianas no Brasil, o domicílio reaparece no cenário de parto e nascimento sendo considerado por uma parcela de mulheres como o melhor local para se dar a luz. Este estudo procurou identificar quais motivos levam as mulheres a essa escolha e apontou que o parto domiciliar vem se apresentando como uma alternativa segura e viável para mulheres com gestação de baixo risco, favorecendo a evolução fisiológica do parto e o exercício da autonomia e protagonismo na mulher. Não obstante a diversidade de agentes que atuam na assistência ao parto domiciliar identificou-se que atualmente a enfermagem é o setor que vem se preocupando com as pesquisas em torno desta temática, além de representar um espaço promissor de atuação profissional para a enfermagem obstétrica.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Humanização no Parto.

**Abstract:** Faced with a disrespectful and overly interventionist in the care and obstetric delivery care model reality, characterized by alarming rates of cesarean sections in Brazil, the home reappears and delivery scenario being considered by a number of women as the best place to give birth. This study sought to identify reasons which lead women to choose this and pointed out that homebirth has been presented as a safe and viable alternative for women with low-risk pregnancy, favoring the physiological evolution of labor and the exercise of autonomy and leadership in women. Despite the diversity of agents that act in assisted homebirth, it was identified that currently nursing is the sector that has been concerned with the research around this topic, and represents a promising professional workspace for midwifery.

**Descriptors:** Home Birth; Humanization of Childbirth.



## Introdução

Na sociedade moderna, o parto, como a gravidez, não tem sido visto como um processo fisiológico e natural que requer alguns cuidados especiais, e sim como uma doença que necessita cada vez mais da intervenção de profissionais especializados e de procedimentos que envolvem alta tecnologia e maiores índices de intervenção cirúrgica. A assistência prestada às gestantes migrou drasticamente do extremo misticismo e intuição das parteiras e do parto domiciliar, diretamente para a sala de cirurgia, local que requer aparatos tecnológicos cada vez mais sofisticados<sup>1</sup>.

Pouco a pouco, com a crescente industrialização, as transformações sociais ocorridas, o aumento no número de médicos e a incorporação de novas tecnologias pela medicina o parto vai sendo gradativamente institucionalizado.

Parir nas sociedades industriais deixa de ser um evento social e de ambiente doméstico, que envolvia as mulheres, suas famílias e algumas vezes toda a comunidade. Progressivamente, o parto vai se medicalizando. A frequência cada vez maior da hospitalização e maior domínio das técnicas ampliam as possibilidades de diagnósticos de riscos maternos e fetais, resultando em uma prática médica que faz uso intensivo da tecnologia, traduzida pelo uso saturado de monitorização do parto e aumento progressivo de cesáreas. Observa-se, no entanto, que após certo nível esse uso que deveria ser puramente benéfico, deixa de ter impacto positivo sobre a morbimortalidade materna e perinatal e traz consigo certo grau de iatrogenia<sup>2</sup>.

Apesar dos problemas apontados, a taxa de cesarianas vem aumentando sistematicamente, sendo uma tendência mundial, e tem sido objeto de preocupação de profissionais da área da saúde e pesquisadores em inúmeros países, pois de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o limite aceitável de partos que precisam terminar por via abdominal é de 10% a 15%. No entanto, o Brasil apresenta o maior índice de cesáreas no mundo; 84% em hospitais privados e 38% pelo SUS no ano de 2012, segundo dados do Ministério da Saúde (MS). Ou seja, as cesarianas estão se tornando prática comum também nos hospitais públicos, mesmo no caso de mães que não tiveram problema na gestação<sup>3</sup>.

O parto normal é o tipo de parto escolhido pela grande maioria, porém a opinião da mulher não está sendo respeitada quando comparamos as altas taxas de cesáreas realizadas em nosso país. Esse alto índice de partos cirúrgicos muitas vezes é justificado erroneamente pela cesárea a pedido, o que não corresponde ao desejo apresentado pelas mulheres.

Atribui-se esse índice a um modelo de saúde orientado pela lógica de mercado, que privilegia ações individuais usando abusivamente da tecnologia, mostrando que a indicação tem muito mais a interferência da comodidade e remuneração dos profissionais do que as necessidades de saúde das mulheres e seus filhos<sup>4</sup>.

Além disso, a partir do século XX, a medicina transformou o parto, que é um evento fisiológico, em um evento patológico, que necessita na maioria das vezes, de tratamento

medicamentoso e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar ao parto, tornando-o, a partir daí, institucionalizado, adotando como rotina hospitalar, diversas práticas desnecessárias, inclusive prejudiciais ao processo fisiológico<sup>5</sup>.

Tais práticas, como episiotomia, amniotomia, enema, tricotomia e, particularmente a cesariana, de acordo com a OMS são consideradas desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas. A proposta da OMS é reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, por entender que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê<sup>6</sup>.

A garantia de assistência humanizada ao parto orientada pelos direitos e baseada nas evidências científicas constitui uma importante estratégia na busca da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um momento tão especial de suas vidas, o parto<sup>7</sup>.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, preocupado com alta incidência de cesáreas, com a mortalidade materna e a baixa qualidade de assistência ao parto no País lançou alguns programas e diretrizes que interferissem neste quadro e vem implementando ações no sentido de melhorar e incentivar o parto normal no Brasil, como a abertura de Casas de Parto Normal (CPN), que permitem à mulher parir assistida por enfermeiras(os) obstétricas(os) num ambiente semelhante ao domicílio; local este que, além da presença do acompanhante, permite privacidade, liberdade, conforto e afetividade<sup>8</sup>.

De acordo com as recomendações da OMS, o parto normal não deve ser medicalizado e seu acompanhamento deve se dar com a utilização de um mínimo de intervenções realmente necessárias. Pode-se afirmar que o ambiente ideal para uma mulher dar à luz está relacionado com um local que lhe permita segurança no nível mais periférico, onde a assistência adequada for viável e segura. No caso de uma gestante de baixo risco, este local pode ser um centro de parto normal, uma maternidade de um hospital de maior porte, ou ainda o seu próprio domicílio. Entretanto, é importante que este ambiente possibilite cuidados centrados nas necessidades e segurança desta mulher, e esteja o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura<sup>8</sup>.

Diante da realidade obstétrica contemporânea, as mulheres estão optando pelo parto domiciliar planejado por motivos pessoais e porque a assistência ao parto tem desagradado às mulheres, fazendo com que evitem este tipo de atendimento e busquem vivenciar o parto desejado. No modelo de assistência atual, o parto no domicílio está relacionado às práticas culturais de comunidades isoladas com as parteiras, à dificuldade de acesso da usuária aos hospitais, seja pela ausência ou distância, e à falta de recursos econômicos da população. Mas é notório que o parto domiciliar planejado em grandes centros urbanos relaciona-se com uma questão de escolha pessoal da mulher<sup>9</sup>.

O domicílio tem sido escolhido atualmente, por muitas famílias, como o ambiente mais propício para a ocorrência do parto. Em vista disso, pode-se dizer que o processo de medicalização está sendo questionado, levando algumas parcelas da sociedade a afastarem-se das instituições hospitalares, por idealizarem o parto não só como fenômeno do nascimento em si, mas como

uma celebração à vida e à nova família. Não é apenas uma mudança de endereço (hospital – casa), e sim, uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos relacionados à maneira de dar à luz e nascer. As famílias que se aliam a esta proposta são a expressão de um ideário que valoriza a mudança, a vivência do parto como rito de passagem e algo que deve ser vivido e experienciado no seio da família<sup>10</sup>.

Escolhas e decisões quanto ao tipo de parto são decorrentes de um processo que envolve múltiplos fatores. O parto é visto como um processo psicossomático, no qual as escolhas e o comportamento da gestante ou parturiente estão relacionados não só com a própria evolução da gestação ou do trabalho de parto, mas também com o nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto socioeconômico, personalidade e simbolismo<sup>11</sup>.

Esse estudo teve como intuito avaliar quais são os motivos que estão levando as mulheres e famílias a trazer o parto de volta ao ambiente doméstico, quais benefícios e vantagens são encontrados nessa mudança de ambiente e que tipo de questionamento podemos fazer em relação ao sistema obstétrico vigente, para que a realidade possa ser transformada e atender o maior número de mulheres num modelo de parto mais adequado e benéfico para mães, bebês e até mesmo para as famílias em geral.

## Objetivo

Identificar na literatura quais os motivos que levam as mulheres a optarem pelo parto domiciliar.

## Materiais e métodos

Adotou-se para esse trabalho a revisão de literatura, por meio da aplicação de estratégias científicas que limitam o viés de publicações e possibilitam a avaliação crítica das mesmas. Para tal, foi realizado o levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde” (LILACS) e “Scientific Electronic Library Online” (SciELO), por meio das palavras-chave *parto domiciliar* e *humanização no parto*.

A seleção dos estudos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: deveriam abordar questões referentes ao parto domiciliar e a humanização no parto. Foram selecionados apenas aqueles que contemplassem mais diretamente a temática, totalizando assim 25 artigos.

## Resultado e análise

Entende-se por parto normal aquele que ocorre por vias normais, ou seja, pelo canal vaginal. É um processo fisiológico e espontâneo, que ocorre naturalmente, sem necessidade de artifícios ou intervenções médicas. No entanto, devido à forma como o modelo obstétrico tem atuado, o parto normal tem ocorrido de maneira oposta à sua normalidade e naturalidade, com muitas intervenções desnecessárias sendo realizadas. Ou seja, há um protocolo hospitalar de

procedimentos que interferem nesse evento fisiológico, tornando-o mais dolorido e por vezes mais complicado<sup>12</sup>.

O parto natural é recomendado pela Organização Mundial da Saúde, pois já foram comprovados seus inúmeros benefícios e a diminuição de riscos maternos e neonatais. Os métodos e técnicas priorizados nesse modelo são de encorajamento, apoio e alívio das dores através de recursos naturais, preconizando respeito e ternura no tratamento ao binômio mãe e filho, por isso também pode ser chamado de parto humanizado, novo termo que surgiu recentemente.

Isso não significa que seja um parto desassistido ou sem a intervenção necessária, ou até mesmo sem anestesia. Apenas, o processo vai se encaminhar natural e individualmente, sem protocolos rígidos e de rotina, evitando procedimentos invasivos aos quais as mulheres não gostariam de serem submetidas. A aplicabilidade das intervenções se dará por real indicação e não apenas por modelo convencionado. As atitudes dos profissionais envolvidos neste parto também são fundamentais e devem respeitar o tempo, limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher, durante todo o acompanhamento. Seu grande foco é o resgate do nascimento, através de sua simplicidade e das mudanças de comportamento e atitudes dos profissionais envolvidos no processo<sup>13</sup>.

Infelizmente, o parto natural não é o tipo de parto que vem sendo feito. Os protocolos médicos e hospitalares de rotina utilizam muitos procedimentos invasivos e desnecessários, causando mais dor e sofrimento e tirando o protagonismo e a liberdade da mulher no momento de parir<sup>14</sup>.

Com base em dados e relatos científicos e, destacando o estudo divulgado pela OMS, o limite percentual aceitável de partos que precisam terminar por via abdominal cirúrgica é de 10% a 15%<sup>3</sup> no tocante a partos realizados em todo o mundo. Tratando-se de Brasil, o país apresenta o maior índice de cesáreas quando equiparado aos demais. Conforme estudo realizado pelo Ministério da Saúde no ano 2012, 84% dos partos realizados em hospitais privados e 38% daqueles realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup> terminam em cirurgia, como podemos observar nas imagens a seguir.

Ou seja, as cesarianas estão se tornando prática comum também nos hospitais públicos, mesmo no caso de mães que não tiveram problema na gestação e mesmo sendo sabido que tais procedimentos acabam por onerar os planejamentos financeiros do SUS.

Nos últimos anos, a ciência vem comprovando que o excesso de intervenções tecnológicas durante o parto pode não ser tão seguro em partos de baixo risco. Já se provou que as parteiras são mais seguras que os médicos nos nascimentos de baixo risco, e que neste mesmo nascimento de baixo risco o parto domiciliar ou as Casas de Parto Normal são tão seguros quanto os realizados nos hospitais e maternidades, com a vantagem de não realizarem tantas intervenções, pois o parto é mais natural<sup>15</sup>.

O acompanhamento familiar deixa a parturiente mais tranquila, tornando o parto mais seguro, ao constatar que a equipe especializada dos hospitais não consegue oferecer o suporte

emocional que a parturiente necessita. A posição deitada substituiu o parto vertical para melhor controle médico, mas a posição vertical é mais segura tanto para a mãe quanto para o bebê, além de ser a mais rápida. A presença do bebê junto à mãe após o parto é tão ou mais importante para o vínculo afetivo dos dois que os exames realizados no bebê depois do parto e longe da mãe<sup>16</sup>.

Humanizar o parto é dar liberdade às escolhas da mulher, prestar um atendimento focado em suas necessidades, e não em crenças e mitos. O médico deve mostrar todas as opções que a mulher tem de escolha baseado na história do pré-natal e desenvolvimento fetal e acompanhar essas escolhas, intervindo o menos possível, deixando que a mulher escolha onde ter o bebê, qual acompanhante quer ao seu lado na hora do trabalho de parto e no parto, liberdade de movimentação antes do parto e em que posição sentir-se-á mais confortável na hora do nascimento do seu filho, direito de ser bem atendida e amamentar na primeira meia hora de vida do bebê. Para isso, é fundamental o pré-natal<sup>17</sup>.

Os hospitais proveem assistência médica e tratamento que são muito bem-vindos para mulheres que passam por dificuldades durante o parto. Mas muitas mulheres e bebês estão passando por intervenções médicas sem indicação real. Nos tornamos cegos para os riscos de algumas das intervenções comumente usadas e para a importância do parto normal para um bom começo de vida. Somos levados a crer que só é seguro dar à luz em um hospital e rodeados por médicos. Intervenções médicas, especialmente cesáreas, também carregam riscos significantes. Para as mães, estão incluídas hemorragias, infecções e trombozes. Para o bebê, a cirurgia pode levar a dificuldades respiratórias, problemas estomacais, prematuridade causada pelo fato da cirurgia ter sido feita cedo demais e dificuldade de vínculo e amamentação. Outros problemas podem surgir para mãe e bebê nas gestações seguintes<sup>18</sup>.

A dor é entendida como uma função fisiológica normal que pode ser aliviada com métodos não farmacológicos amplamente embasados, mas não quer dizer que a mulher não tenha a escolha de optar pelo uso de analgesia<sup>19</sup>.

Isso não significa que a cesárea ou um parto com intervenção médica não possa ser humanizado. A cirurgia cesariana existe para salvar vidas, mas não deve ser a grande maioria dos partos como acontece hoje e sim se houver realmente necessidade, visto que é procedimento cirúrgico, com muito mais riscos e custo muito mais elevado. Isso também deveria acontecer com as intervenções médicas que somente devem ser aplicadas quando necessárias ou quando de escolha da mulher se bem orientada quanto a essas intervenções<sup>20</sup>.

A transição do domicílio para o ambiente hospitalar deu-se no início do século XX, quando a tecnologia dos médicos e o incentivo do Estado ganhou força frente às parteiras que atendiam nos domicílios. Dessa forma, a mulher perdeu seu protagonismo e sua liberdade dentro desse evento tão particular e passou a ser submetida a um modelo de parto institucional e intervencionista, onde o médico é quem exerce controle de todo o processo e utiliza suas técnicas para corrigir ou resolver um problema. O parto deixa de ser um ato fisiológico e começa a ser visto como um problema médico<sup>21</sup>.

A volta ao domicílio vem surgindo há alguns anos e a tendência é que isso aumente, agora com o embasamento científico do que é realmente seguro e benéfico. Dessa forma, procedimentos que são aplicados como rotina começaram a ser questionados e comprovados como prejudiciais. As mulheres bem informadas têm medo do tipo de parto realizado de forma tradicional e costumeira nos hospitais e sabem que correm maiores riscos de complicações com as intervenções indiscriminadas e não recomendadas e inclusive maiores riscos de sofrer uma cirurgia desnecessária nesse modelo<sup>22</sup>.

Apesar da Ciência já ter comprovado tais informações, há ainda grande interesse financeiro e político em manter o modelo obstétrico existente nos hospitais, por beneficiar o sistema médico e facilitar o funcionamento hospitalar e de outros profissionais envolvidos, além de ser também a única forma de atuação “conhecida” ou aprendida por estes profissionais em seu modelo de formação<sup>23</sup>.

As ações de humanização da assistência à mulher no processo de parturição apontam para uma atenção voltada à mulher e família em sua singularidade, com necessidades específicas, que vão além de questões biológicas e abrangem as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos. Assim, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a interação da gestante com o profissional de saúde, especialmente, o enfermeiro obstetra é fundamental como forma de assistir à parturiente permitindo o processo natural da parturição<sup>24</sup>.

A volta das parteiras, agora com formação e capacitação profissional específica para atuar com respaldo e competência em partos de baixo risco oferece a essas mulheres um acompanhamento mais satisfatório, que alia segurança, cuidados necessários e apoio físico, emocional e psicológico no parto e nascimento. Nesse campo entra a Enfermagem Obstétrica, que capacita profissionais para atuar em partos de baixo risco e todos os cuidados neonatais, deixando os casos de riscos e em que houvesse mesmo complicações sob a responsabilidade dos médicos obstetras, que já tem a formação voltada para agir em relação aos riscos e problemas e não voltada para o parto fisiológico e natural. Atendimentos feitos por parteiras, sem envolvimento médico – a menos que seja necessário – levam ao aumento das taxas de parto normal, redução de grandes intervenções e maiores relatos de satisfação no atendimento<sup>21, 25</sup>.

O parto domiciliar é um entre as diversas possíveis escolhas que estão abertas às gestantes de baixo risco. Outras escolhas incluem: parto normal hospitalar, cesárea intraparto, cesariana previamente agendada, parto natural hospitalar, parto normal induzido, parto domiciliar desassistido, parto natural em casa de parto. Cada uma com suas vantagens e suas desvantagens. O ideal é que qualquer escolha seja considerada válida contanto que fosse feita com base em informações de confiança, sem outros interesses que não a saúde da mãe e do filho e desejo da mulher<sup>2, 18</sup>.

Mulheres que pariram em casa relatam histórias contundentes que dão ao parto um significado positivo e de naturalidade. O atendimento pré-natal diferenciado, proporcionado

pela enfermeira obstétrica, foi valorizado pelas parturientes, diferentemente do acompanhamento pré-natal com médico obstetra, caracterizado por conduta intervencionista e autoritária<sup>4, 5,24</sup>.

A escolha das mulheres pelo parto domiciliar fundamenta-se no ideal de que o parto evolui de forma fisiológica e natural e tem o domicílio da parturiente como cenário ideal. Estas mulheres demonstraram grande satisfação por poderem estar num ambiente acolhedor, acompanhadas de pessoas especiais escolhidas por elas, e deterem de toda a autonomia e liberdade para optarem quanto ao que fazer, o que comer e onde ficar neste momento tão especial e marcante de suas vidas<sup>5,11</sup>.

O domicílio tem sido escolhido atualmente, por muitas famílias, como o ambiente mais propício para a ocorrência do parto. Em vista disso, pode-se dizer que o processo de medicalização está sendo questionado, levando algumas parcelas da sociedade a afastarem-se das instituições hospitalares, por idealizarem o parto não só como fenômeno do nascimento em si, mas como uma celebração à vida e à nova família<sup>10</sup>.

Algumas razões foram apontadas justificando a escolha pelo parto domiciliar: maior rapidez, menos intervenções, como a não realização do toque vaginal, ter a presença de familiares, ter mais liberdade para movimentar-se e emitir sons durante as dores das contrações uterinas<sup>11, 16,25</sup>.

As famílias adeptas ao parto domiciliar buscam “algo mais” do que a simples mudança do local para ter o filho. Para elas, trata-se de um evento existencial que se esquadrija num quadro de referências simbólicas mais amplas. Nesta visão, o ambiente hospitalar é interpretado como sendo o avesso do modo de ser e estar no mundo, por não suprir a plenitude da experiência. Assim, sequer cogitam a possibilidade de o parto ocorrer na instituição, a não ser que existam intercorrências obstétricas e/ou neonatais que não deixem outra escolha. Contudo, procuram assegurar-se do acompanhamento com profissionais de saúde que, se não aderem completamente ao modo de ser e estar existencial no mundo, ao menos apresentam qualificações que os tornam os “escolhidos” para serem os “aparadores” do processo<sup>11</sup>. Nesse esteio de representações, a enfermagem obstétrica toma lugar de destaque. “Aparar”, nesse sentido, significa, de um lado, respeitar os rituais de cuidado, ampará-las nas decisões que tomam, sem julgamentos ou atitudes preconceituosas e, de outro, colocarem em prática seus conhecimentos especializados, adquiridos no âmbito da formação biomédica<sup>10, 11, 24, 25</sup>.

Mais do que uma opção para gestantes de *baixo risco*, o domicílio foi identificado enquanto um *espaço* que favorece a evolução fisiológica e natural do parto, bem como o exercício do protagonismo e autonomia da mulher, ao proporcionar as sensações de segurança, privacidade e conforto, possibilitando uma vivência mais intensa, humana, afetiva, familiar e pessoal deste processo<sup>11, 16,17</sup>.

A defesa ao parto domiciliar apresenta consonância com a concepção de que o parto e o nascimento fazem parte da natureza e da história de vida humana, assumindo o *status* de *fisiológico* e, ao mesmo tempo, de *cultural*, *espiritual* e *afetivo*. Assim, parece-nos coerente que o processo de

desospitalização e de desmedicalização do parto sejam caminhos a serem vislumbrados, ao passo em que, historicamente, a medicina justificou a institucionalização e a apropriação do parto como objeto da obstetrícia a partir do seu suposto potencial patológico<sup>22</sup>.

O Ministério da Saúde vem implementando ações no sentido de melhorar e incentivar o parto normal no Brasil, como a abertura de Casas de Parto Normal que permitem a mulher parir assistidas por enfermeiras obstétricas num ambiente semelhante ao domicílio, local este que, além do acompanhante, permite privacidade, liberdade, conforto e afetividade<sup>4, 6, 8</sup>.

A partir destes depoimentos, pode-se comprovar a importância das recomendações para a humanização do parto e nascimento. O parto humanizado resgata a naturalidade desse momento para a mulher, para sua família e para a equipe de profissionais diretamente envolvidos. A ideia do parto humanizado é fazer com que o parto, geralmente objeto de medos e tensões, siga a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher, com profissionais interferindo o mínimo possível durante o processo do parto no momento de a mãe trazer uma criança ao mundo<sup>9, 11, 24</sup>.

Nas instituições hospitalares onde o médico é responsável pelo parto, a enfermeira desenvolve um modelo de assistência em função do trabalho do médico, e não do trabalho de parto. O seu trabalho está condicionado ao modo de atuação do médico de plantão. Portanto, como os centros de nascimentos e casas de parto utilizam tecnologia apropriada, e é onde o parto normal fica a cargo de enfermeiras obstétricas, a assistência é menos intervencionista e o parto é mais humanizado<sup>13, 20, 21, 23</sup>.

É preciso esclarecer, entretanto, a necessidade de uma assistência ao *casal grávido* na preparação do parto no domicílio por profissionais conscientes envolvidos nesse processo, através de programas de iniciativas públicas, particulares e até pessoais, que se propõem a atender o casal supracitado. Nesses programas, as enfermeiras obstétricas podem ajudar a reduzir a ansiedade das gestantes e parturientes durante o processo da gravidez e do parto, no sentido de minimizar traumas das mães, proporcionando-lhes coragem no decorrer do parto, de modo que se sintam mais confortáveis e seguras durante todo o processo. Deve ser enfatizada ainda a importância do relacionamento interpessoal, das técnicas de comunicação e dos conceitos pré-concebidos que o casal tenha a respeito desse modelo de assistência ao parto<sup>10, 13, 24</sup>.

## Conclusão

A partir do exposto, pode-se concluir que o parto domiciliar é uma alternativa segura e viável nos centros urbanos, e que atualmente uma grande parcela das mulheres, inclusive as dotadas de cabedal intelectual, tem buscado essa opção, de forma muito consciente e autônoma.

O modelo obstétrico vigente, muito intervencionista e até mesmo agressivo, não supre as necessidades tanto físicas quanto emocionais da parturiente, anula seu protagonismo e fere seus direitos reprodutivos e humanos. Gestação, parto e puerpério tornaram-se episódios patológicos, tratados pela medicina de forma antinatural e desrespeitosa.

Além disso, há benefícios comprovados em modelos de parto mais naturalizado e humanizado, trazendo inúmeras vantagens à saúde da mãe e do bebê. Porém, infelizmente, esse não é o tipo de parto que acontece nos hospitais. Dessa forma, as mulheres que tem acesso a informações e possibilidade de buscar um serviço humanizado, tem optado pelo parto domiciliar.

A forma de enxergar o parto, como um evento natural, fisiológico, familiar e até mesmo sagrado faz com que o ambiente doméstico seja o mais propício e a satisfação das mulheres que tiveram essa experiência comprova seus benefícios.

O Enfermeiro Obstetra ganha um papel importante e único nesse sentido, sendo o mais capacitado para atuar nesse modelo de parto, garantindo uma assistência de qualidade e segura, além de atuar como “cuidador” e promover uma assistência baseada num vínculo mais próximo, pessoal, natural e humanizado.

O respeito pelo processo natural e a forma de condução sem intervenções desnecessárias, assim como técnicas de conforto e alívio não farmacológicas, aliadas ao apoio emocional tão importante nesse processo, pode fazer do parto uma experiência muito satisfatória e transformadora.

Dessa forma, as mulheres estão resgatando seu protagonismo e buscando o direito de ter partos seguros e mais confortáveis, bem assistidos, porém sem a medicalização desnecessária que ocorre no modelo obstétrico hospitalar.

É importante também salientar que apesar do parto domiciliar ser uma opção, não está acessível para muitas mulheres, seja por falta de acesso às informações de qualidade, seja pelo modelo obstétrico vigente que dificulta muito a humanização do parto, seja por motivos financeiros ou por fatores relacionados à saúde ou pré-natal, como por exemplo, não se encaixar nos pré-requisitos de baixo risco.

Portanto, outras medidas devem ser tomadas a fim de reverter o modelo institucional que tanto vem desagradando e desrespeitando as mulheres, assim como causando prejuízos maternos e neonatais. A abertura de novas Casas e Centros de Parto Natural é uma dessas opções.

## Referências

1. Silva RLDT. Cesáreas: Frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá: 2006. v. 5, Supl., p. 157-165.
2. Rattner D. Rehuna: mais de dez anos de uma trajetória luminosa. *In: Rattner D., Trench B. (Org). Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Editora Senac, 2005.
3. Dias JF. O renascimento do parto: Discurso e identidade (Tese de Doutorado em Linguística). Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
4. Moura FMJSP. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. Bras. Enf.*, 2007 jul-ago; 60(4): 452-45.
5. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A Vivência de Mulheres no Parto Domiciliar e

Hospitalar. Escola Anna Nery R Enferm. 2007 mar; 11(1): 98 - 104.

6. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 10(3):627-37.

7. Ilha CB *et al.* Tendências da Produção Científica Relacionada ao Parto: Humanização no Cuidado à Saúde da Mulher. *Convibra Saúde*, 2007.

8. Martins CA *et al.* Casas de Parto: Sua Importância na Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.07, n.03, p. 360-365, 2005.

9. Gomes ML. Parto Domiciliar Planejado. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Teresina – PI. 2009.

10. Feyer ISS. Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC, 2012. 251f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

11. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A Escolha Pelo Parto Domiciliar: História de Vida de Mulheres que Vivenciaram esta Experiência. *Esc Anna Nery Rev. Enfermagem* 2008 dez; 12 (4): 765-72.

12. Dutra IL, Meyer DE. Parto Natural, Normal e Humanizado: termos polissêmicos. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2007; 28 (2): 215-22.

13. Frello AT, Carraro TE, Bernardi MC. Cuidado e Conforto no Parto: Estudos na Enfermagem Brasileira. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 173-184, maio/ago. 2011.

14. Armellini CJ. Resgatando a palavra das mulheres: o acolhimento na parturição. Porto Alegre, 2008. Dissertação (mestrado). Curso de mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

15. Borba C. Violência Institucional durante Parturição. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre 2012.

16. Silva, AMB. Parto Humanizado: Evidências sobre a Saúde da Mãe e do Bebê. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XVII, XII, 2012.

17. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS) 2011 dez; 32 (4):807-14.

18. Odent M. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint German; 2012.

19. Silva EF, Strapasson MR, Fischer ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *R. Enferm. UFSM* 2011 Mai/Ago; 1 (2):261-271.

20. Schneck CA, Rinesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Reme : Rev. Min. Enferm.* v.10 n.3 Belo Horizonte jul. 2006.

21. Progianti JM. Parteiras, Médicos e Enfermeiras: a disputada arte de Partejar/ Rio de Janeiro (1934/1951) Tese de doutorado em enfermagem. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. 160f.

22. Galvão MLS, Menezes PFA. Parto Domiciliar: uma alternativa ao modelo institucional nos centros urbanos. VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 2010.
23. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciências e Saúde Coletiva* 10 (3) 699-705, 2005.
24. Martins CA, Almeida NAM, de Mattos DV. Parto Domiciliar Planejado: assistido por Enfermeiro Obstetra. *Enfermeira Global*; N.27; p.312-17; 2012.
25. Acker JIBV *et al.* As parteiras e o cuidado com o nascimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006 set-out; 59 (5): 647-51.