

ARTIGO ORIGINAL


Significados sobre o parto domiciliar planejado atribuídos por enfermeiros obstétricos atuantes em ambiente hospitalar

Meanings attributed to planned home birth by obstetric nurses working in a hospital setting


HIGHLIGHTS

1. Como se configura os significados dos enfermeiros no parto domiciliar?
2. Quais são as desigualdades quanto ao acesso ao parto domiciliar?
3. Que lacunas sucedem à assistência ao parto domiciliar?


Jhenneff da Silva Cavalcante¹ 

Diego Pereira Rodrigues² 

Valdecyr Herdy Alves² 

Bianca Dargam Gomes Vieira² 

Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini³ 

Giovanna Rosario Soanno Marchiori⁴ 

Márcia Vieira dos Santos⁵ 

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de enfermeiros obstétricos que atuam em ambiente hospitalar em relação ao parto domiciliar planejado. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória. Foram realizadas entrevistas semiestruturada com 15 enfermeiros obstétricos atuantes no Hospital Regional de referência no estado do Pará, Brasil, entre janeiro e maio de 2024, utilizando-se a técnica de recrutamento *Snowball Sampling*. Os dados foram analisados por meio de Análise de Conteúdo, com o suporte do software ATLAS.ti 22.7. **Resultados:** as percepções dos enfermeiros obstétricos mostraram preconceito, julgamento, juízos de valor, desigualdade no acesso, manutenção do modelo obstétrico biométrico e hospitalocêntrico, além da ausência de uma política nacional de incentivo ao parto domiciliar. **Conclusão:** há necessidade de mudança no modelo obstétrico vigente e de garantia de acesso ao parto domiciliar para todas as mulheres brasileiras, contribuindo, assim, para o fortalecimento das práticas e da autonomia das enfermeiras obstétricas, principais profissionais envolvidas na assistência ao parto domiciliar.

DESCRITORES: Parto Domiciliar; Enfermagem Obstétrica; Enfermeiros Obstétricos; Atitude do Pessoal de Saúde; Serviços de Assistência Domiciliar.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Cavalcante JS, Rodrigues DP, Alves VH, Vieira BDG, Calandrini TSS, Marchiori GRS, et al. Significados sobre o parto domiciliar planejado atribuídos por enfermeiros obstétricos atuantes em ambiente hospitalar. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e98013pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98013pt>

¹Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

³Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

⁴Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil.

⁵Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a medicalização do parto tem sido uma atribuição recorrente no cenário da assistência ao parto e nascimento das sociedades ocidentais. Além disso, observa-se, desde meados dos anos 60, a transferência de nascimentos de risco habitual do cenário domiciliar para o ambiente hospitalar, apesar da falta de evidências de alta qualidade que justificassem tal conduta¹. Assim, com o desenvolvimento do modelo biomédico, da assistência obstétrica e da generalização da cirurgia cesariana, houve um aumento nas intervenções em mulheres sem a devida preocupação com os efeitos iatrogênicos de um procedimento para o qual não houve indicação clínica².

Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) expressou preocupação sobre o aumento significativo, principalmente nas últimas duas décadas, de práticas intervencionistas que visam iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorar o processo fisiológico do trabalho de parto. Destacou, ainda, que essa medicalização dos processos de parto tende a interferir na própria capacidade da mulher de dar à luz e impacta negativamente a sua experiência de parto³. Desse modo, o Parto Domiciliar Planejado (PDP) surgiu como uma nova proposta para redução de intervenções obstétricas, respeito à mulher e à fisiologia da parturição e, assim, para o rompimento do modelo hegemônico no nascimento¹⁻⁵.

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) em seu parecer do comitê da prática de Obstetrícia, afirmou que partos domiciliares planejados, quando comparados aos partos hospitalares, estão associados a menos intervenções maternas, incluindo a indução do trabalho de parto, monitorização fetal contínua, parto vaginal instrumentalizado, episiotomia e cesariana. Apontou, ainda, que partos domiciliares planejados também estão associados a menos lacerações vaginais e perineais e de terceiro ou quarto grau e a menor morbidade infecciosa materna, refletindo assim, em menores fatores de risco obstétrico⁶.

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publicou recentemente diretrizes recomendando que mulheres de baixo risco recebam suporte sobre sua escolha de local de parto, independentemente do ambiente escolhido. Recomendam, ainda, que domicílios e centros de parto sejam locais de parto particularmente adequados para mulheres multíparas de baixo risco, porque a taxa de intervenções é menor e o desfecho perinatal não é significativamente diferente em comparação com uma unidade hospitalar obstétrica⁷.

No cenário brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Nota Técnica nº 2/2021 do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde,⁸ desaconselha o PDP com base no princípio da segurança no cuidado materno-infantil e fomenta a necessidade de as gestantes receberem orientações sobre os riscos relacionados ao parto em ambiente domiciliar. No entanto, inúmeros profissionais de Enfermagem Obstétricas vêm garantindo esse acesso, com um cuidado qualificado e com segurança, em acordo com o seu exercício profissional de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece o PDP como alternativa para os cuidados maternos. Nesse sentido, instituiu a Resolução nº 737, de 2 de fevereiro de 2024, que normatiza a atuação do enfermeiro obstétrico e obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no PDP⁹.

A taxa de partos domiciliares no Brasil corresponde a menos de 2,4%, com predominância de nascimentos em unidades hospitalares, como maternidades e

centros de parto⁴. O país apresenta apenas um serviço de parto domiciliar público, com a iniciativa do Hospital Sofia Feldman (no Estado de Minas Gerais), que constitui referência de humanização no Brasil⁵.

O principal eixo de discordância no cerne dessa temática permeia o campo da segurança do parto, fomentando as instituições de saúde como locais de menor risco obstétrico e perinatal, contradizendo os órgãos reguladores internacionais e as evidências científicas mais recentes¹⁰. Estudos¹¹⁻¹³ apontaram para a segurança do parto domiciliar, demonstrando que não há diferenças na mortalidade perinatal/neonatal em comparação com os partos hospitalares.

A Região Norte do Brasil, com o Estado do Pará, apresenta uma necessidade de investimento no campo da saúde e historicamente o parto domiciliar constitui-se como hábito, especialmente, nas comunidades tradicionais na figura da parteira tradicional. Atualmente há a procura por equipes qualificadas para garantir as mulheres um PDP seguro e respeitoso.

Portanto, a compreensão da prática dos enfermeiros obstétricos que atuam em ambiente hospitalar suscitará o entendimento sobre a temática, assim como o diálogo poderá permitir a construção de saberes, fomentando o debate junto à sociedade. Nesse sentido, o estudo tem como questão norteadora: Quais as percepções dos enfermeiros obstétricos que atuam no ambiente hospitalar sobre o PDP? O estudo tem como objetivo compreender a percepção de enfermeiros obstétricos que atuam em ambiente hospitalar em relação ao PDP.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória. Foi utilizado o instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁴ para auxiliar os pesquisadores a descreverem com clareza e qualidade os subsídios das pesquisas qualitativas.

Participaram do estudo quinze enfermeiros obstétricos atuantes em um Hospital Regional, localizado na região metropolitana do Estado do Pará, utilizando-se da técnica *Snowball Sampling*, conhecida também como “bola de neve”, por meio da técnica de recrutamento dos participantes¹⁵. Não houve recusa de participantes no estudo.

A escolha da unidade hospitalar ocorreu por se tratar de uma referência na região metropolitana do Pará para partos de risco habitual. Essa unidade atende as mulheres que tiveram intercorrências no PDP, sendo referência para as equipes existentes na região, mas sem convênio de suporte ao parto domiciliar. Além dessa unidade, a região conta com um complexo hospitalar para partos de alto risco. A unidade de saúde mencionada é vinculada ao governo do Estado com atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O parto domiciliar na região é realizado por apenas uma equipe composta por enfermeiros obstétricos, que não possui vínculo com as unidades hospitalares. Observa-se o predomínio de parto hospitalares na região. A assistência hospitalar ao parto segue o modelo humanizado, preconizado pelo Ministério da Saúde, com a participação de enfermeiros obstétricos nas unidades.

O contato inicial com a coordenação da unidade hospitalar, ocorreu para viabilizar o livre acesso às informações dos enfermeiros, observando os seguintes critérios de elegibilidade: ser enfermeiro obstétrico formado pelo menos há, pelo menos, um ano e estar atuando no centro obstétrico há, pelo menos, um ano. Os critérios de exclusão, incluíram enfermeiros obstétricos em gozo de férias ou qualquer licença de afastamento, seja doença ou estudo. Foi realizado o esclarecimento dos pontos inerentes à pesquisa, como os objetivos, riscos, benefícios e estratégias de coleta de dados.

Após esse processo, foi agendada presencialmente a coleta de dados, com a realização de entrevista semiestruturada individual, que ocorreu durante os meses de janeiro e maio de 2024, em sala reservada na unidade de saúde, durante o período de trabalho dos participantes. A duração média da entrevista foi de 50 minutos, contendo perguntas fechadas quanto ao perfil: gênero, idade, etnia/raça, estado civil, formação na graduação, ano de formação, especialização *lato sensu* e/ou *stricto sensu*, e tempo de atuação na área da Obstetrícia, além de perguntas norteadoras, a saber: Qual a sua percepção sobre o PDP? Como você vê o acesso ao PDP no país? Quais os principais obstáculos no acesso e na assistência ao PDP?

Após cada entrevista, o participante indicava mais três possíveis entrevistados, continuando o processo de recrutamento pela técnica *Snowball Sampling*. Foi aplicada a saturação teórica¹⁶, para definir o número de participantes; o processo ocorre não quando não se obtiver nenhum novo significado, mas sim, quando há uma similaridade de significados ante cada entrevista realizada, constituindo, neste estudo, ao final, 15 enfermeiros obstétricos como participantes.

Os dados foram coletados com o uso de gravações, com a prévia autorização dos participantes. As entrevistas foram realizadas em momento único entre o pesquisador e o entrevistado, possibilitando a investigação da percepção dos participantes sobre o PDP. Os discursos foram transcritos na íntegra e enviados, no dia seguinte, aos entrevistados via aplicativo *Whatsapp*® para a validação das respostas proferidas, em consonância com as diretrizes do COREQ¹⁴.

Ressalta-se que a coleta de dados foi conduzida somente por um pesquisador, com título de doutorado, e domínio da técnica empregada, a fim de se evitar vieses na condução das entrevistas. A equipe de investigação atuou no tratamento e análise dos dados.

O tratamento dos dados foi conduzido com base na Análise de Conteúdo¹⁷, com suporte do *software* ATLAS.ti 22.7. Durante a realização das 15 entrevistas com os enfermeiros obstétricos, foi realizada a primeira etapa - a pré-análise, com a leitura flutuante de cada transcrição, com a escolha dos elementos pertinentes e representativos. A segunda etapa consistiu na exploração do material, envolvendo intervenções de codificação e relacionando os discursos dos enfermeiros, com vistas à categorização¹⁷. Nessa etapa, foi utilizada a análise indutiva no *software* ATLAS.ti 22.7, com a codificação dos trechos das falas, a identificação dos códigos e criação dos temas, a saber: preconceito, julgamento, juízos de valor, risco do parto, obstáculos ao parto, poder aquisitivo, conhecimento, modelo obstétrico, cesariana, políticas públicas.

Na última etapa do procedimento indutivo de análise, procedeu-se ao passadio dos produtos, à intercessão e à explanação e à submissão ao conteúdo colhido, coligando-se cada um com o termo documentos (identificados pela letra D e numerados), segundo e adequado ao *software*, partindo de D1 a D15. As citações dos documentos foram elencadas com códigos, nomeados segundo o sentido atribuído pelo pesquisador.

A partir dessa etapa, ocorreu a contagem de códigos imperativos, com base nas temáticas indutivas emergentes das entrevistas. Posteriormente, a saturação desses códigos pela recorrência de significados, permitiu a concretização de um dicionário de códigos. Estes permitiram a concepção de um grupo de códigos e suas respectivas citações e assimilação. Assim, as unidades de acepções, com a classificação das informações construtivas e o reagrupamento dos significados, com base na categorização não apriorística que surge diante da conjunção dos retornos dos compartes, motivaram a edificação das categorias¹⁷.

Assim, foi construída uma unidade temática: *O contexto do parto domiciliar no âmbito brasileiro*, que deu origem às seguintes categorias: Preconceito dos profissionais de saúde em hospitais de retaguarda em relação ao PDP; Desigualdades econômicas e limitações no acesso ao PDP; Lacuna do conhecimento sobre o PDP; Políticas públicas que incentivem o PDP. A discussão será baseada nas políticas públicas no campo do parto e nascimento, bem como na literatura científica sobre o PDP.

O estudo foi aprovado conforme o protocolo nº 4.463.291/2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA), nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para preservar o sigilo, o anonimato e a confiabilidade, as depoentes foram identificadas pela letra (E) de Enfermagem, seguida de algarismo numérico, correspondente à sequência da realização das entrevistas (E1, E2, E3, ..., E15), havendo a garantia de participação voluntária, mediante a assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 15 enfermeiras do sexo feminino, todas sem experiências com parto domiciliar.

Em relação à idade, quatro se encontram na faixa etária $26 < 30$ anos, quatro entre $31 < 35$ anos, três entre $20 < 25$ anos, três com >40 anos e um entre $36 < 40$ anos.

Quanto à raça/etnia, 10 se autodeclararam pardas, quatro brancas e uma preta. Em relação à religião, nove se disseram católicas, quatro evangélicas, uma espírita e uma sem religião. No que diz respeito ao estado civil, nove eram solteiras, três eram casadas, duas em união estável e uma divorciada.

No que tange à formação das profissionais, nove são formadas em instituições públicas e seis de instituições privadas. Segundo o tempo da formação, nove profissionais concluíram no período de $1 < 5$ anos, cinco entre $5 < 10$ anos e $1 > 10$ anos de formação. Todas possuíam especialização *lato sensu*. Em relação à titulação *stricto sensu* (Mestrado), nove possuíam o título de mestre, em Saúde Pública. Quanto ao tempo de atuação/experiência na área de obstetrícia, 13 profissionais atuavam entre um e cinco anos, uma entre seis e 10 anos e uma entre >10 anos.

Preconceito dos profissionais de saúde em hospitais de retaguarda com relação ao PDP

As enfermeiras obstétricas mencionam que, devido às escolhas que fazem, as mulheres podem sofrer preconceitos ao serem atendidas por outros profissionais de unidades de saúde. Elas enfrentam julgamentos por parte desses profissionais de saúde, conforme evidenciam os relatos a seguir:

[...] ainda tem muito preconceito. Acredito que há possibilidades de ter avanços nessa área, se for mais discutido, mas ainda sinto um receio muito grande de toda a equipe, principalmente a do hospital, para ser mais aberta ao parto domiciliar planejado. (E2)

[...] então, assim, se a mulher teve intercorrências no parto domiciliar planejado, ela chega ao hospital, e vai ser julgada pelos profissionais por ter realizado a assistência do parto domiciliar planejado. (E4)

O PDP constitui uma alternativa que visa garantir os melhores cuidados perinatais, com uma equipe especializada, oferecendo o todo suporte necessário. Ainda assim, muitas profissionais fazem julgamentos e juízos de valor em relação à equipe e à escolha da mulher pelo PDP:

[...] essas equipes sofrem preconceitos; elas não são valorizadas, não são respeitadas. (E1)

[...] eu preciso ter um hospital em que a equipe que vai receber não faça um julgamento, pois tem muito isso: um juízo de valor, de "Ah, mas ela quis parir em casa e agora deu errado." "Ah, mas quem mandou parir em casa." "Não quis vir para o hospital." "É aqui no hospital que tem que parir bebê." Então, a gente precisa também ter uma mudança de mentalidade dos profissionais. (E10)

O relato das enfermeiras obstétricas está fortemente relacionado aos preconceitos baseados nos juízos de valor sobre o PDP. No entanto, é crucial que as preocupações das profissionais acerca do PDP não se baseiem nos juízos de valor, mas, sim, em evidências científicas.

Desigualdades econômicas e limitações no acesso ao PDP

Pela percepção dos participantes do estudo, o PDP abrange uma parcela privilegiada de mulheres – aquelas com poder aquisitivo mais elevado. A desigualdade econômica configura-se um obstáculo à escolha dessa modalidade de parto, uma vez que, ainda não existem estratégias de acesso ao PDP no âmbito do SUS:

[...] as mulheres não têm condição. A grande maioria que faz parto domiciliar planejado é de mulheres ricas. (E3)

[...] porque, atualmente, só quem tem parto domiciliar - a gente está falando de planejado - o planejado é só quem tem bastante poder aquisitivo, porque o parto domiciliar não é barato, em termos de assistência, em termos de material. E, como não tem acesso ao SUS, só consegue isso particular, com uma equipe. Então, não é barato o acesso. Muito difícil. (E4)

Para as enfermeiras obstétricas, muitas mulheres demonstraram o desejo de realizar o PDP, porém, a falta de recursos financeiros para contratar uma equipe qualificada constitui um importante obstáculo:

[...] eu já conheci pessoas que acham lindo, que já estudaram, porque a gente sempre incentiva as mulheres a estudar, e ela estudou e vê que tem mulheres que têm os seus bebês em casa, principalmente na Europa, na América do Norte, e a gente vê assim e fala: "E aí, tem vontade? Eu tenho vontade, mas nunca seria possível." Por que nunca seria possível? Porque a gente só consegue particular. (E5)

Assim, um poder aquisitivo mais elevado constitui um fator importante para o acesso das mulheres ao PDP, uma vez que muitas mulheres brasileiras ainda não têm essa acessibilidade devido à falta de recursos e à ausência dessa modalidade no âmbito do SUS.

A lacuna do conhecimento do PDP

O PDP é pouco divulgado no âmbito brasileiro, isso contribuiu para a manutenção do modelo biomédico, marcado pela hospitalização e pela intervenção sobre o corpo da mulher, conforme os depoimentos:

[...] ele é pouco difundido, pouco falado; são poucas as pessoas que têm acesso, são poucas as pessoas que falam sobre ele. (E7)

[...] ainda é pouco conhecido e, têm muitas mulheres que não sabem que existe essa forma de nascer com o parto domiciliar planejado e que pode ser feito. (E12)

Outros relatos das enfermeiras obstétricas evidenciaram a falta de conhecimento por parte das mulheres, que devido à escassez de informações e à cultura de cesarianas no país, ou seja, muitas mulheres dão preferência à cesariana, modulada pelo modelo obstétrico.

[...] as pacientes que já vêm para cá (para o hospital), elas, muitas das vezes, já pedem cesáreas, elas nem têm o conhecimento do que é o parto normal, quais são os benefícios e os malefícios de uma cirurgia cesariana. Então, para elas, nem se passa o que é um parto domiciliar planejado e às vezes, acontece parto domiciliar: elas entram em trabalho de parto no domicílio e acabou evoluindo lá, mas não porque elas planejaram e sim porque não deu tempo de chegar a uma maternidade. (E6)

[...] a gente vê também que as próprias pacientes não têm noção do quanto seria melhor para ela parir em casa. Elas querem vir para o hospital com 2 cm, 3 cm. Parir em casa, então, para elas é coisa de outro mundo. (E11)

Políticas públicas que incentivem o PDP

As participantes enfatizaram sobre a importância de haver, na política nacional, uma organização voltada diretamente para o PDP:

[...] uma política nacional direcionada ao parto domiciliar planejado diferenciado da política nacional que é em geral, mas tem que ter uma política direcionada só para o parto domiciliar planejado. (E2)

[...] uma das iniciativas seria uma política voltada para o parto domiciliar planejado. (E4)

[...] políticas que possam incentivar as mulheres. Porque muitas mulheres não têm acesso, não conhecem também o parto domiciliar planejado, pois estão acostumadas só com os partos a nível hospitalar, não é? E o incentivo seria muito bom para reduzir tanto a mortalidade materna quanto fetal, e isso contribuiria para que as intervenções desnecessárias diminuíssem, a questão da desospitalização também reduziria muito, mas para isso a gente precisa ter um incentivo do governo. (E9)

Os relatos das enfermeiras obstétricas destacaram a importância do SUS ao ofertar essa modalidade de parto, pois muitas mulheres desejam optar por essa forma de nascer. Entretanto, como essa opção não é oferecida em instituições públicas, muitas mulheres não dispõem de condições financeiras de realizá-la. O PDP ao ser ofertado pelo SUS, favoreceria a equidade no acesso a essa modalidade em todo o território brasileiro.

[...] para as mulheres que têm esse desejo de ter o bebê em casa, que elas pudessem literalmente ter essa assistência coberta pelo SUS, através de políticas públicas de saúde. (E7)

[...] uma paciente que não tem condição de pagar. Aí ela deseja um parto domiciliar planejado. Seria questão de investimentos por parte do governo. (E14)

DISCUSSÃO

Apesar de a OMS reconhecer o PDP como forma de nascer segura e humanizada¹⁸, observou-se que existe uma preocupação acerca dessa escolha por parte de profissionais de Enfermagem. Muitos profissionais de saúde, especialmente da classe médica, manifestam-se contrários ao PDP, opondo-se ao desejo das mulheres em optarem por essa assistência em domicílio⁵.

Deve haver o fornecimento de informações livres de qualquer preconceito para as mulheres, explicando os riscos e benefícios de cada forma de nascer, com base nas evidências científicas¹⁹. A literatura mostra que, ao receber uma mulher que optou pelo PDP, esta é estigmatizada por alguns profissionais de saúde que, por discordarem dessa modalidade de parto, assumem a postura de detentores da forma de nascer, cerceando e afastando a mulher de seu poder de escolha e decisão⁵.

Além disso, as profissionais de saúde que prestam essa modalidade de parto enfrentam julgamentos quando necessitam encaminhar essas mulheres aos hospitais de retaguarda, sofrendo retaliações, em alguns casos²⁰. Com o surgimento das maternidades, o processo de parto passou a envolver uma rotina hospitalocêntrica, sendo a individualidade dessas mulheres cada vez mais deixada de lado. Com todo esse processo de institucionalização, alguns procedimentos como episiotomia, manobra de Kristeller, tricotomia e medicalização se tornaram-se rotineiros, mesmo sem haver evidências científicas que comprovem a necessidade de seu uso em todas as mulheres⁵.

Um estudo realizado com mulheres na Irlanda mostrou que a busca pelo parto domiciliar se estabelece na relação entre o profissional e a mulher, sendo que uma relação de confiança permite o estabelecimento do consentimento e da autonomia compartilhada para o parto domiciliar²¹ - fato que contribui de forma considerável para redução de intervenções desnecessárias.

A formação do enfermeiro obstétrico, em nível de especialização *lato sensu*, ainda está em grande parte dos cursos, pautada no modelo institucionalizado, com foco na humanização, mas com a produção de suas competências e habilidades centradas no parto hospitalar, em conformidade com a *International Confederation of Midwives* (ICM). Há apenas a iniciativa do Hospital Sofia Feldman, no Estado de Minas Gerais, no campo do parto domiciliar⁵, por meio da residência em Enfermagem Obstétrica, que contempla também esse espaço de atuação. No entanto, na maior das especializações ou de residência em Enfermagem Obstétrica, não há espaço para essa experiência profissional durante a formação.

A formação da Enfermagem Obstétrica, de modo geral, nos cursos de Enfermagem do país, não contempla a atenção ao parto domiciliar, por direcionar sua formação para atuação no SUS. Essa situação permite a existência de cursos particulares com essa proposta de formação e/ou discussões em eventos científicos.

Dessa maneira, a trajetória de enfermeiras obstétricas que atuam no PDP é construída a partir de suas experiências profissionais particulares. Estas se consolidam na sua práxis, reafirmando suas competências e habilidades, bem como na promoção de cursos de formação precursores para o atendimento do parto domiciliar^{22,23}. A prática

dessas enfermeiras no PDP, contribui para a ampliação de um novo campo profissional e para novas inserções no mercado de trabalho. Entretanto, destaca-se que uma formação nos cursos de Enfermagem poderia garantir mais segurança e capacitação para a execução de prática assistencial obstétrica, oferecendo uma alternativa segura para o nascimento em domicílio.

O parto domiciliar ainda não se configura uma prática pautada na equidade, conforme os preceitos garantidos pelo SUS, mas como um serviço adquirido por meio do poder aquisitivo. Na realidade brasileira, o PDP ainda não faz parte da vivência de muitas mulheres; apenas um pequeno grupo possui condições socioeconômicas satisfatórias para investir em sua forma de nascer, o que constitui um grande obstáculo de acessibilidade, especialmente diante da falta de incentivo por parte das organizações governamentais e do governo brasileiro^{5,20}.

Um estudo com mulheres que tiveram parto domiciliar nos Estados Unidos mostrou que muitas investiram cerca de USD 4650,00²⁴, mostrando o investimento necessário para garantir o PDP entre as mulheres norte-americanas. Há um movimento mundial de mulheres pela garantia da saúde universal e pela equidade^{5,7,18}.

Na perspectiva biomédica e hospitalocêntrica, o PDP é representado como um acontecimento de risco para a mãe e filho, em relação ao parto hospitalar, contribuindo para a manutenção do modelo obstétrico centrado no ambiente hospitalar.

Desse modo, um estudo qualitativo com mulheres e seus parceiros nas Ilhas Baleares, na Espanha, mostrou que o parto em casa é percebido como fora da normalidade e o padrão de nascimento²⁵, condição que evidencia a necessidade de disseminado de informações corretas sobre o PDP, a fim de promover a mudança do modelo de nascimento, e garantir às mulheres o direito de decidirem o local de nascimento.

No cenário brasileiro, as opções públicas de assistência ao parto se limitam aos hospitais. Apenas em algumas regiões do país há Centros de Partos Normais, mas o que predomina são os partos hospitalares, correspondendo a 98,36% dos nascimentos. Ademais, algumas mulheres insatisfeitas com o modelo de assistência hospitalar têm optado pelo PDP²⁶. Os partos realizados no ambiente hospitalar são aqueles considerados “ideais” na cultura biomédica brasileira. Nesse sentido, a mulher que deseja parir em outro local acaba tendo menos acesso às informações de qualidade, sobretudo durante as consultas de pré-natal – situação que fere o princípio do cuidado centrado na mulher^{5,19-20,26}.

No Brasil, o SUS e os planos de saúde não oferecem cobertura ao PDP. Ainda, a ausência de políticas públicas sobre o tema contribui para a inexistência de diretrizes que orientem os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros obstétricos que prestam essa modalidade de assistência. Contudo, em 2024, foi publicada a Resolução nº 737, de 2 de fevereiro, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), normatizando a atuação da Enfermagem Obstétrica no PDP⁹.

Com essa regulamentação, o COFEN estabelece no campo normativo a garantia da atuação dos profissionais com especialidade em Enfermagem Obstétrica no parto em ambiente domiciliar. Soma-se a isso, a criação da Rede Alyne Pimentel, instituída pela Portaria nº 5.340, de 5 de setembro de 2024, com propósito de reorganização a rede e as ações em favor da redução da mortalidade materna. À medida que esse avanço político se consolida, torna-se necessário implementar o PDP no âmbito do SUS.

Portanto, toda essa questão reflete a falta de informação sobre as possibilidades de nascimento em ambiente domiciliar na sociedade brasileira. O Ministério da Saúde não é uma rede que dê suporte às necessidades reais das mulheres durante a gestação e o parto⁵. É necessário que esse órgão promova discussões sobre essa modalidade de assistência, garantindo o direito de escolha do local do parto como parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no cenário brasileiro²⁶.

O estudo teve como limitação o número reduzido de enfermeiros da unidade hospitalar, isso dificultou a ampliação da amostra e a abrangência da discussão sobre o objeto do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou compreender os significados atribuídos pelas enfermeiras obstétricas hospitalares ao PDP, evidenciando a necessidade de superação do modelo obstétrico vigente no Brasil, por meio de mudanças de atitudes e significados pelos profissionais de saúde a essa modalidade de parto.

Em suas interpretações, as enfermeiras obstétricas revelam o preconceito e a marginalização enfrentados pelas mulheres que optam o parto domiciliar, muitas das quais sofrem julgamentos por parte dos profissionais de saúde, com base em juízos de valor. Tais fatos decorrem do modelo biomédico instituído na assistência obstétrica, no qual o ambiente hospitalar é considerado o local seguro para o nascimento, enquanto o parto domiciliar é visto como desnecessário, gerando insegurança para a mulher e seu filho.

Outros significados atribuídos mostram as limitações econômicas como barreiras ao acesso das mulheres ao parto domiciliar. Esse obstáculo atualmente impede grande parte das mulheres brasileiras de contratar uma equipe especializada, evidenciando a desigualdade econômica para no acesso a essa opção de parto.

Dessa forma, as enfermeiras obstétricas reafirmam, em seus discursos, a necessidade de políticas públicas em nível nacional como pilar para o incentivo ao parto domiciliar, com o PDP para todas as mulheres brasileiras, independentemente de raça, escolaridade ou condição socioeconômica.

O SUS deve reconhecer o PDP como uma forma segura de assistência ao nascer no domicílio, tornando-a parte integrante da assistência obstétrica, por meio de políticas públicas que respaldem e garantam essa modalidade de parto no país. Essa inclusão contribui para a valorização do parto domiciliar em uma perspectiva global, com sua oferta nos sistemas de saúde, valorizando a garantia dos direitos das mulheres sobre como desejam parir e trazer seus filhos ao mundo.

Desse modo, é fundamental promover estudos que sustentem iniciativas voltadas à superação do modelo obstétrico vigente, com a garantia de acesso ao PDP para as mulheres brasileiras e a implementação de políticas públicas que garantam o direito de escolha sobre a forma de nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023 Mar 8 [cited 2024 Jun 10];3:CD000352. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub3>
2. Espinosa M, Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Bully-Garay P, García-Álvarez A, Estalella I, et al. Attitudes toward medicalization in childbirth and their relationship with locus of control and coping in a Spanish population. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];22:529. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04748-2>
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Jun 10]. 200 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
4. DataSUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [cited 2025 Mar 1]. Número de Nascimento Domiciliar. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
5. Beviláqua JC, dos Reis LC, Alves VH, Penna LHG, da Silva SÉD, Parente AT, et al. Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 10];23:844. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06161-9>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No 697 - Planned home birth. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Apr [cited 2024 Jun 10];129:e117-22. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth>
7. Rainey E, Simonsen S, Stanford J, Shoaf K, Baayd J. Utah obstetricians' opinions of planned home birth and conflicting NICE/ACOG guidelines: A qualitative study. *Birth* [Internet]. 2017 Feb 17 [cited 2024 Jun 10];44(2):137-44. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12276>
8. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024 Jun 10]. 5 p. Available from: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 737 de 02 de fevereiro de 2024. Normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2024 Feb 5 [cited 2024 Out 24];162(25 Seção 1):154-55. Available from: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Publicacao-D.O.U.-Resolucao-737-2024.pdf>
10. Egal JA, Essa A, Yusuf R, Osman F, Ereg D, Klingberg-Allvin M, et al. A lack of reproductive agency in facility-based births makes home births a first choice regardless of potential risks and medical needs - a qualitative study among multiparous women in Somaliland. *Glob Health Action* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];15(1):2054110. Available from: <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2054110>
11. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020 Apr [cited 2024 Jun 10];21:100319. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
12. Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): a descriptive study. *Midwifery* [Internet]. 2021 Jul [cited 2024 Jun 10];98:102977. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102977>
13. 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. *EClinicalMedicine* [internet]. 2019 [cited 2024 Jun 10];14:59-70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>

14. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 09];34eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Temáticas* [Internet]. 2014 [cited 2024 Jun 10];22(44):203-20. Available from: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2024 Jun 10];27(2):389-94. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 201. 288 p.
18. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10];25(4):1433-43. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
19. Cunha IVA, da Mata JAL, Fernandes LCR, Tanaka EZ, Sanfelice CFO. Social representations of health professionals in the hospital area about planned home birth home birthhome birthhome birt. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];11:e66. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769263786>
20. Webler N, de Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Couto TM, et al. Professional autonomy in dealing with complications: discourse of obstetric nurses working in planned home births. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 10];76(2):e20220388. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CPptbLgZzf3NDKnHWYfCZQp/>
21. Gregório S, Caffrey L, Daly D. "It could not have been more different." Comparing experiences of hospital-based birth and homebirth in Ireland: a mixed-methods survey. *Women Birth* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 10];36(4):E445-52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.02.003>
22. Santos LM, da Mata JAL, Vaccari A, Sanfelice CFO. Trajectories of obstetric nurses in the care of planned home childbirth: oral history. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];42(Spe No):e20200191. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200191>
23. Oliveira TR, Barbosa AF, Alves VH, Rodrigues DP, Dulfe PAM, Maciel VL. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];29:e20190182. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>
24. Anderson DV, Gilkison GM. The cost of home birth in the United States. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];18(19):10361. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910361>
25. Galera-Barbero TM, Aguilera-Manrique G. Experience, perceptions and attitudes of parents who planned home birth in Spain: A qualitative study. *Women Birth* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];35(6):602-11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.004>
26. Volpato F, Costa R, Brüggemann OM, Monguilhott JJC, Gomes IEM, Colossi L. Information that (de) motivate women's decision-making for Planned Home Birth. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];74(4):e20200404. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>

Meanings attributed to planned home birth by obstetric nurses working in a hospital setting**ABSTRACT**

Objective: to understand how obstetric nurses working in a hospital environment perceive planned home births. **Method:** qualitative, descriptive, exploratory study. Semi-structured interviews were conducted with 15 obstetric nurses working at the Regional Reference Hospital in the state of Pará, Brazil, between January and May 2024, using the Snowball Sampling recruitment technique. The data were analyzed using Content Analysis, with the support of ATLAS.ti 22.7 software. **Results:** the perceptions of obstetric nurses showed prejudice, judgment, value judgments, inequality in access, maintenance of the biometric and hospital-centered obstetric model, and the absence of a national policy to encourage home birth. **Conclusion:** there is a need to reform the current obstetric model and ensure access to home birth for all Brazilian women, thereby contributing to the strengthening of practices and autonomy among obstetric nurses, the primary professionals involved in home birth care.

DESCRIPTORS: Home Childbirth; Obstetric Nursing; Nurse Midwives; Attitude of Health Personnel; Home Care Services.

Significados atribuídos al parto planificado en el hogar por parte de enfermeras obstétricas que trabajan en un entorno hospitalario**RESUMEN**

Objetivo: Comprender cómo perciben las enfermeras obstétricas que trabajan en un entorno hospitalario los partos planificados en el hogar. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 enfermeras obstétricas que trabajaban en el Hospital Regional de Referencia del estado de Pará, Brasil, entre enero y mayo de 2024, utilizando la técnica de reclutamiento de muestreo en bola de nieve. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido, con el apoyo del software ATLAS.ti 22.7. **Resultados:** Las percepciones de las enfermeras obstétricas mostraron prejuicios, juicios de valor, desigualdad en el acceso, mantenimiento del modelo obstétrico biométrico y centrado en el hospital, y la ausencia de una política nacional que fomente el parto en el hogar. **Conclusión:** es necesario reformar el modelo obstétrico actual y garantizar el acceso al parto en el hogar para todas las mujeres brasileñas, contribuyendo así al fortalecimiento de las prácticas y la autonomía de las enfermeras obstétricas, las principales profesionales involucradas en la atención del parto en el hogar.

DESCRIPTORES: Parto Domiciliario; Enfermería Obstétrica; Enfermeras Obstétricas; Actitud del personal sanitario; Servicios de Atención Domiciliaria.

Recebido em: 27/12/2024

Aprovado em: 08/07/2025

Editor associado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Autor Correspondente:

Diego Pereira Rodrigues

Universidade Federal Fluminense

Rua Dr. Celestino, 74 - Centro, Niterói - RJ, 24020-091

E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Cavalcante JS, Rodrigues DP. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Cavalcante JS, Rodrigues DP, Alves VH, Vieira BDG, Calandrini TSS, Marchiori GRS, dos Santos MV.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Cavalcante JS, Rodrigues DP, Alves VH, Vieira BDG, Calandrini TSS, Marchiori GRS, dos Santos MV.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

Disponibilidade de dados:

Os autores declaram que os dados estão disponíveis de forma completa no corpo do artigo.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).