

ARTÍCULO ORIGINAL

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

HIGHLIGHTS

1. ¿Cómo se definen los significados de las enfermeras en los partos en casa?
2. ¿Cuáles son las desigualdades en el acceso al parto en casa?
3. ¿Qué deficiencias existen en la atención al parto en el hogar?

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 

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.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Cavalcante JS, Rodrigues DP, Alves VH, Vieira BDG, Calandrini TSS, Marchiori GRS, et al. Significados atribuidos al parto planificado en el hogar por parte de enfermeras obstétricas que trabajan en un entorno hospitalario. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e 98013es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98013es>

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.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la medicalización del parto ha sido una tendencia constante en el contexto del parto y la atención al parto en las sociedades occidentales. Además, desde mediados de la década de 1960, se ha producido un cambio de los partos rutinarios en el hogar a los partos en el hospital, a pesar de la falta de pruebas de alta calidad que justifiquen dicho cambio¹. Así, con el desarrollo del modelo biomédico, la atención obstétrica y el uso generalizado de las cesáreas, se ha producido un aumento de las intervenciones en las mujeres sin la debida preocupación por los efectos iatrogénicos de un procedimiento para el que no existía indicación clínica².

Ante este escenario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expresado su preocupación por el aumento significativo, especialmente en las últimas dos décadas, de las prácticas intervencionistas que tienen como objetivo iniciar, acelerar, interrumpir, regular o controlar el proceso fisiológico del parto. También ha señalado que esta medicalización del parto tiende a interferir en la capacidad propia de las mujeres para dar a luz y repercute negativamente en su experiencia del parto. Así, el Parto Domiciliar Planeado (PDP) surgió como una nueva propuesta para reducir las intervenciones obstétricas, respetar a las mujeres y la fisiología del parto y romper así con el modelo hegemónico de parto¹⁻⁵.

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en su dictamen del Comité de Práctica Obstétrica, afirmó que los partos planificados en el hogar, en comparación con los partos en el hospital, se asocian con menos intervenciones maternas, incluyendo la inducción del parto, la monitorización fetal continua, el parto vaginal instrumental, la episiotomía y la cesárea. También señaló que los partos planificados en casa se asocian con menos laceraciones vaginales y perineales de tercer o cuarto grado y una menor morbilidad infecciosa materna, lo que refleja menores factores de riesgo obstétrico⁶.

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicó recientemente unas directrices en las que se recomienda que las mujeres de bajo riesgo reciban apoyo en cuanto a la elección del lugar de parto, independientemente del entorno elegido. También recomiendan que los hogares y los centros de maternidad son lugares especialmente adecuados para el parto de mujeres multíparas de bajo riesgo, ya que la tasa de intervenciones es menor y los resultados perinatales no difieren significativamente en comparación con una unidad obstétrica hospitalaria⁷.

En Brasil, el Ministerio de Salud (MS), a través de la Nota Técnica n.º 2/2021 del Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas de la Secretaría de Atención Primaria de Salud⁸, desaconseja el parto en el hogar (PDP) basándose en el principio de seguridad en la atención materno infantil y promueve la necesidad de que las mujeres embarazadas reciban orientación sobre los riesgos relacionados con el parto en el hogar. Sin embargo, innumerables profesionales de enfermería obstétrica han garantizado este acceso, con una atención cualificada y segura, de acuerdo con su práctica profesional de enfermería.

El Consejo Federal de Enfermería (COFEN) reconoce el PDP como una alternativa para la atención materna. En este sentido, instituyó la Resolución n.º 737, de 2 de febrero de 2024, que regula el desempeño de las enfermeras obstétricas y las parteras en la asistencia a las mujeres, los recién nacidos y las familias en el PDP⁹.

La tasa de partos en casa en Brasil es inferior al 2,4 %, y la mayoría de los partos se producen en unidades hospitalarias, como maternidades y centros de maternidad. El

país solo cuenta con un servicio público de partos en casa, gracias a una iniciativa del Hospital Sofia Feldman (en el estado de Minas Gerais), que es un referente en materia de humanización en Brasil⁵.

El principal punto de desacuerdo en torno a esta cuestión se refiere a la seguridad del parto, promoviendo las instituciones sanitarias como lugares con menor riesgo obstétrico y perinatal, lo que contradice a los organismos reguladores internacionales y las últimas evidencias científicas¹⁰. Diversos estudios¹¹⁻¹³ han señalado la seguridad de los partos en casa, demostrando que no hay diferencias en la mortalidad perinatal/neonatal en comparación con los partos hospitalarios.

La región norte de Brasil, incluido el estado de Pará, necesita inversiones en el ámbito de la salud y, históricamente, los partos en casa han sido la norma, especialmente en las comunidades tradicionales con parteras tradicionales. Actualmente, existe una demanda de equipos cualificados para garantizar a las mujeres un PDP seguro y respetuoso.

Por lo tanto, comprender la práctica de las enfermeras obstétricas que trabajan en un entorno hospitalario promoverá la comprensión del tema, y el diálogo permitirá la construcción de conocimiento, fomentando el debate dentro de la sociedad. En este sentido, la pregunta guía de este estudio es: ¿Cómo ven las enfermeras obstétricas que trabajan en hospitales el PDP? El estudio tiene como objetivo comprender cómo perciben las enfermeras obstétricas que trabajan en hospitales el PDP.

MÉTODO

Este es un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se utilizó el instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁴ para ayudar a los investigadores a describir de forma clara y precisa los resultados de la investigación cualitativa.

En el estudio participaron quince enfermeras obstétricas que trabajan en un hospital regional situado en la región metropolitana del estado de Pará, utilizando la técnica de muestreo en bola de nieve, también conocida como «bola de nieve», para reclutar a las participantes¹⁵. Ninguna de las participantes se negó a participar en el estudio.

El hospital fue elegido porque es una referencia en la región metropolitana de Pará para partos de riesgo normal. Esta unidad atiende a mujeres que han tenido complicaciones en el PDP y es una referencia para los equipos existentes en la región, pero sin un acuerdo para apoyar los partos en el hogar. Además de esta unidad, la región cuenta con un complejo hospitalario para partos de alto riesgo. El centro de salud mencionado está vinculado al gobierno estatal y presta asistencia en el marco del Sistema Único de Salud (SUS).

Los partos domiciliarios en la región son atendidos por un único equipo de enfermeras obstétricas que no tienen vínculos con centros hospitalarios. Los partos hospitalarios son predominantes en la región. La atención hospitalaria durante el parto sigue el modelo humanizado recomendado por el Ministerio de Salud, con la participación de enfermeras obstétricas en las unidades.

Se estableció un contacto inicial con la coordinación de la unidad hospitalaria para permitir el libre acceso a la información de las enfermeras, observando los siguientes

criterios de elegibilidad: ser enfermera obstétrica que se hubiera graduado al menos un año antes y hubiera trabajado en el centro obstétrico durante al menos un año. Los criterios de exclusión incluían a las enfermeras obstétricas que estuvieran de vacaciones o de cualquier tipo de baja, ya fuera por enfermedad o por estudios. Se aclararon los puntos inherentes a la investigación, como los objetivos, los riesgos, los beneficios y las estrategias de recopilación de datos.

Tras este proceso, se programó la recopilación de datos de forma presencial, mediante entrevistas individuales semiestructuradas realizadas entre enero y mayo de 2024 en una sala reservada de la unidad de salud durante el horario laboral de los participantes. La duración media de la entrevista fue de 50 minutos y contenía preguntas cerradas sobre el perfil: sexo, edad, etnia/raza, estado civil, educación universitaria, año de graduación, especialización lato sensu y/o stricto sensu, y antigüedad en el campo de la obstetricia, además de preguntas orientativas, a saber: ¿Cuál es su percepción de la PDP? ¿Cómo ve el acceso a la PDP en el país? ¿Cuáles son los principales obstáculos para el acceso y la asistencia al PDP?

Después de cada entrevista, el participante indicaba tres posibles entrevistados más, continuando el proceso de reclutamiento mediante la técnica de muestreo en bola de nieve. Se aplicó la saturación teórica para definir el número de participantes; el proceso no se produce cuando no se obtiene ningún significado nuevo, sino cuando hay una similitud de significados en cada entrevista realizada, lo que dio como resultado 15 enfermeras obstétricas como participantes en este estudio.

Los datos se recopilaron mediante grabaciones, con la autorización previa de los participantes. Las entrevistas se realizaron en una sola sesión entre el investigador y el entrevistado, lo que permitió investigar las percepciones de los participantes sobre el PDP. Los discursos se transcribieron íntegramente y se enviaron al día siguiente a los entrevistados a través de la aplicación WhatsApp® para validar las respuestas dadas, siguiendo las directrices COREQ14.

Cabe señalar que la recopilación de datos fue realizada por un único investigador con un título de doctorado y dominio de la técnica empleada para evitar sesgos en las entrevistas. El equipo de investigación se encargó del procesamiento y análisis de los datos.

El procesamiento de datos se llevó a cabo mediante el análisis de contenido¹⁷, con el apoyo del software ATLAS.ti 22.7. Durante las 15 entrevistas con enfermeras obstétricas, se llevó a cabo la primera etapa: el preanálisis, con una lectura superficial de cada transcripción y la selección de elementos relevantes y representativos. La segunda etapa consistió en explorar el material, lo que implicó intervenciones de codificación y relacionar los discursos de las enfermeras, con miras a la categorización¹⁷. En esta etapa, se utilizó el análisis inductivo en el software ATLAS.ti 22.7, con la codificación de extractos de los discursos, la identificación de códigos y la creación de temas, a saber: prejuicios, juicios, juicios de valor, riesgos del parto, obstáculos para el parto, poder adquisitivo, conocimientos, modelo obstétrico, cesárea y políticas públicas¹⁷.

Así, se desarrolló una unidad temática: El contexto del parto en casa en Brasil, que dio lugar a las siguientes categorías: Prejuicios de los profesionales de la salud en los hospitales de referencia con respecto al PDP; Desigualdades económicas y limitaciones en el acceso al PDP; Brecha de conocimiento sobre el PDP; Políticas públicas que fomentan el PDP. La discusión se basará en las políticas públicas en el ámbito del parto y el nacimiento, así como en la literatura científica sobre el PDP.

El estudio fue aprobado según el protocolo n.º 4.463.291/2020 por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA), en virtud de la Resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Para preservar la confidencialidad, el anonimato y la fiabilidad, los entrevistados fueron identificados con la letra (N) de Enfermería, seguida de un dígito numérico correspondiente a la secuencia de las entrevistas (N1, N2, N3, ..., N15), con la participación voluntaria garantizada por la firma del participante en el Término de Consentimiento Libre e Informado (CLPI).

RESULTADOS

Quince enfermeras participaron en el estudio, ninguna de las cuales tenía experiencia en partos en casa.

En cuanto a la edad, cuatro tenían entre 26 y 30 años, cuatro entre 31 y 35 años, tres entre 20 y 25 años, tres más de 40 años y una entre 36 y 40 años.

En cuanto a la raza/etnia, diez se identificaron como morenas, cuatro como blancas y una como negra. En cuanto a la religión, nueve se identificaron como católicas, cuatro como evangélicas, una como espiritista y una como sin religión. En cuanto al estado civil, nueve eran solteras, tres estaban casadas, dos tenían relaciones estables y una estaba divorciada.

En cuanto al nivel de formación de los profesionales, nueve se graduaron en instituciones públicas y seis en instituciones privadas. Según la duración de su formación, nueve profesionales completaron sus estudios en $1 < 5$ años, cinco en $5 < 10$ años y uno en >10 años. Todos tenían una especialización lato sensu. En cuanto a los títulos stricto sensu (máster), nueve tenían un máster en Salud Pública. En cuanto a la antigüedad laboral/experiencia en el campo de la obstetricia, 13 profesionales habían trabajado entre uno y cinco años, uno entre seis y 10 años y uno durante >10 años.

Discriminación entre los profesionales sanitarios de los hospitales de referencia en relación con el PDP.

Las comadronas mencionan que, debido a las decisiones que toman, las mujeres pueden sufrir discriminación cuando son tratadas por otros profesionales sanitarios. Se enfrentan al juicio de estos profesionales, como demuestran los siguientes informes:

[...] todavía hay muchos prejuicios. Creo que se puede avanzar en este ámbito si se debate más, pero sigo pensando que todo el equipo, especialmente el personal del hospital, es muy reacio a mostrarse más abierto a los partos planificados en casa. (N2)

[...] por lo tanto, si una mujer tiene complicaciones durante un parto planificado en casa, llega al hospital y los profesionales la juzgan por haber tenido un parto planificado en casa. (N4)

El PDP es una alternativa que tiene como objetivo garantizar la mejor atención perinatal, con un equipo especializado que ofrece todo el apoyo necesario. Aun así, muchos profesionales emiten juicios y valoraciones sobre el equipo y la elección de la mujer de optar por el PDP:

[...] estos equipos sufren discriminación; no se les valora ni se les respeta. (N1)

[...] necesito un hospital en el que el equipo de recepción no juzgue, porque esto ocurre muy a menudo: comentarios críticos como «Oh, pero ella quería dar a luz en casa y ahora ha salido mal». «Oh, pero ¿quién le dijo que diera a luz en casa?». «No quería venir al hospital». «El hospital es donde debes dar a luz a tu bebé». Por lo tanto, también necesitamos un cambio en la mentalidad de los profesionales. (N10)

Los informes de las enfermeras obstétricas están estrechamente relacionados con prejuicios basados en juicios de valor sobre el PDP. Sin embargo, es fundamental que las preocupaciones de los profesionales sobre el PDP no se basen en juicios de valor, sino en pruebas científicas.

Desigualdades económicas y limitaciones en el acceso al PDP

Según las participantes en el estudio, el PDP cubre a un segmento privilegiado de mujeres: aquellas con mayor poder adquisitivo. La desigualdad económica es un obstáculo para elegir este tipo de parto, ya que aún no existen estrategias para acceder al PDP dentro del UHS:

[...] las mujeres no tienen los medios. La gran mayoría de las mujeres que han planeado dar a luz en casa son ricas. (N3)

[...] porque, actualmente, solo aquellas que dan a luz en casa —nos referimos a los partos planificados— los partos planificados son solo para aquellas que tienen suficiente poder adquisitivo, porque los partos en casa no son baratos, en términos de atención médica y de materiales. Y, como no tienen acceso al sistema de salud pública, solo pueden hacerlo de forma privada, con un equipo. Por lo tanto, no es barato tener acceso a ello. Es muy difícil. (N4)

En cuanto a las enfermeras obstétricas, muchas mujeres expresaron su deseo de realizar PDP, pero la falta de recursos financieros para contratar personal cualificado supone un obstáculo importante:

[...] He conocido a personas que piensan que es maravilloso, que han estudiado, porque siempre animamos a las mujeres a estudiar, y ellas estudiaron y vieron que hay mujeres que dan a luz en casa, especialmente en Europa y Norteamérica, y lo vemos y decimos: «Entonces, ¿quieres hacerlo?», «Quiero, pero nunca sería posible». ¿Por qué nunca sería posible? Porque solo es para quienes pueden permitirse la atención privada. (N5)

Por lo tanto, un mayor poder adquisitivo es un factor importante para el acceso de las mujeres al PDP, ya que muchas mujeres brasileñas aún no tienen esta accesibilidad debido a la falta de recursos y a la ausencia de esta modalidad dentro del UHS.

La brecha de conocimiento sobre el PDP

El PDP no se difunde ampliamente en Brasil, lo que ha contribuido al mantenimiento del modelo biomédico, caracterizado por la hospitalización y la intervención en el cuerpo de las mujeres, según los testimonios:

[...] no es muy conocido ni se habla mucho de él; pocas personas tienen acceso a él y pocas personas hablan de él. (N7)

[...] todavía es poco conocido, y muchas mujeres desconocen que existe esta forma de parto planificado en casa y que se puede llevar a cabo. (N12)

Otros informes de enfermeras obstétricas destacaron la falta de conocimiento entre las mujeres, quienes, debido a la escasez de información y a la cultura de las

cesáreas en el país, es decir, muchas mujeres prefieren las cesáreas, influenciadas por el modelo obstétrico.

[...] las pacientes que acuden aquí (al hospital) suelen solicitar cesáreas; ni siquiera saben lo que es un parto normal, ni conocen los beneficios y los riesgos de una cesárea. Por lo tanto, para ellas no se plantea la posibilidad de un parto planificado en casa, y a veces se producen partos en casa: se ponen de parto en casa y acaban dando a luz allí, pero no porque lo hayan planeado, sino porque no han tenido tiempo de llegar a la maternidad. (N6)

[...] también vemos que las propias pacientes no tienen ni idea de lo mucho mejor que sería para ellas dar a luz en casa. Quieren venir al hospital con 2 cm, 3 cm. Dar a luz en casa, entonces, es algo fuera de su alcance. (N11)

Políticas públicas que fomentan el PDP

Los participantes destacaron la importancia de contar con una organización centrada directamente en el PDP en la política nacional.:

[...] una política nacional centrada en los partos planificados en casa, distinta de la política nacional general. Pero es necesario que haya una política centrada exclusivamente en los partos planificados en casa. (N2)

[...] una de las iniciativas sería una política centrada en los partos planificados en casa. (N4)

[...] políticas que puedan animar a las mujeres. Porque muchas mujeres no tienen acceso ni están familiarizadas con los partos planificados en casa, ya que solo están acostumbradas a los partos en el hospital, ¿verdad? Y el incentivo sería muy bueno para reducir tanto la mortalidad materna como la fetal, lo que contribuiría a disminuir las intervenciones innecesarias. La cuestión de la deshospitalización también se reduciría en gran medida, pero para ello necesitamos un incentivo del Gobierno. (N9)

Los informes de las enfermeras obstétricas destacaron la importancia del UHS a la hora de ofrecer este tipo de método de parto, ya que muchas mujeres desean optar por esta forma de dar a luz. Sin embargo, dado que esta opción no se ofrece en las instituciones públicas, muchas mujeres no disponen de los medios económicos para hacerlo. El PDP, cuando lo ofrece el UHS, promovería la equidad en el acceso a este método en todo Brasil.

[...] para las mujeres que desean dar a luz en casa, podrían literalmente obtener esta atención cubierta por el UHS, a través de políticas de salud pública. (N7)

[...] una paciente que no puede permitirse pagar. Ella quiere un parto planificado en casa. Sería una cuestión de inversión por parte del gobierno. (N14)

DISCUSIÓN

Aunque la OMS reconoce el parto en casa como una forma segura y humanizada de dar a luz¹⁸, existe cierta preocupación entre los profesionales de la enfermería con respecto a esta opción. Muchos profesionales de la salud, especialmente los médicos, se oponen al parto en casa, rechazando el deseo de las mujeres de elegir esta forma de atención domiciliaria⁵.

Las mujeres deben recibir información imparcial que explique los riesgos y beneficios de cada forma de parto, basada en evidencia científica. La literatura muestra que cuando se atiende a una mujer que ha optado por el parto en casa, esta es estigmatizada por algunos profesionales de la salud que, al no estar de acuerdo con este tipo de parto, asumen la posición de guardianes del método de parto, restringiendo y eliminando el poder de elección y decisión de la mujer⁵

Además, los profesionales sanitarios que prestan este tipo de asistencia se enfrentan a juicios cuando necesitan derivar a estas mujeres a hospitales de respaldo, sufriendo represalias en algunos casos²⁰. Con la aparición de las salas de maternidad, el proceso de parto se centró en los hospitales, y la individualidad de estas mujeres se pasó cada vez más por alto. Con todo este proceso de institucionalización, algunos procedimientos como la episiotomía, la maniobra de Kristeller, la tricotomía y la medicalización se han convertido en rutina, incluso sin pruebas científicas que demuestren la necesidad de su uso en todas las mujeres⁵.

Un estudio realizado con mujeres en Irlanda demostró que el deseo de dar a luz en casa se establece en la relación entre el profesional y la mujer, con una relación de confianza que permite el establecimiento del consentimiento y la autonomía compartida para el parto en casa²¹, un hecho que contribuye considerablemente a la reducción de intervenciones innecesarias.

La formación de enfermeras obstétricas, a nivel de especialización *lato sensu*, sigue basándose en gran medida en el modelo institucionalizado, con un enfoque en la humanización, pero con el desarrollo de sus habilidades y capacidades centrado en el parto hospitalario, de acuerdo con la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Solo existe una iniciativa en el Hospital Sofia Feldman, en el estado de Minas Gerais, en el ámbito del parto en el hogar, a través de la residencia en Enfermería Obstétrica, que también abarca esta área de práctica. Sin embargo, en la mayoría de las especializaciones o residencias en Enfermería Obstétrica, no hay espacio para esta experiencia profesional durante la formación.

La formación en enfermería obstétrica, en general, en los cursos de enfermería en Brasil, no incluye la atención al parto en el hogar, ya que se centra en la formación para el trabajo en el UHS. Esta situación permite la existencia de cursos privados con esta propuesta formativa y/o debates en eventos científicos.

Así, la trayectoria de las enfermeras obstétricas que trabajan en el PDP se basa en sus experiencias profesionales particulares. Estas se consolidan en su praxis, reafirmando sus competencias y habilidades, así como en la promoción de cursos de formación precursores para la atención del parto en el hogar^{22,23}. La práctica de estas enfermeras en el PDP contribuye a la expansión de un nuevo campo profesional y a nuevas incorporaciones al mercado laboral. Sin embargo, cabe señalar que la formación en cursos de enfermería podría garantizar una mayor seguridad y capacidad para la prestación de cuidados obstétricos, ofreciendo una alternativa segura para los partos en el hogar.

El parto en casa aún no es una práctica basada en la equidad, tal y como garantiza la UHS, sino más bien un servicio que se adquiere mediante el poder adquisitivo. En Brasil, el PDP aún no forma parte de la experiencia de muchas mujeres; solo un pequeño grupo tiene condiciones socioeconómicas satisfactorias para invertir en su forma de dar a luz, lo que constituye un obstáculo importante para la accesibilidad, especialmente dada la falta de incentivos por parte de las organizaciones gubernamentales y del Gobierno brasileño^{5,20}.

Un estudio sobre mujeres que dieron a luz en sus hogares en los Estados Unidos reveló que muchas invirtieron alrededor de 4650 dólares estadounidenses, lo que demuestra la inversión necesaria para garantizar el parto en el hogar entre las mujeres estadounidenses. Existe un movimiento mundial de mujeres en favor de la atención sanitaria universal y la equidad^{5,7,18}.

Desde una perspectiva biomédica y centrada en el hospital, el parto en casa se presenta como un evento de riesgo para la madre y el niño en relación con el parto hospitalario, lo que contribuye al mantenimiento del modelo obstétrico centrado en el hospital.

Así, un estudio cualitativo con mujeres y sus parejas en las Islas Baleares, España, mostró que el parto en casa se percibe como algo fuera de la norma y del estándar del parto, lo que rompe con el modelo obstétrico. Esta condición pone de relieve la necesidad de difundir información sobre el parto en casa para promover un cambio en el modelo de parto, dando a las mujeres la opción de decidir dónde dar a luz.

En Brasil, las opciones públicas para la atención del parto se limitan a los hospitales. Solo en algunas regiones del país existen centros de parto normal, pero predominan los partos hospitalarios, que representan el 98,36 % de los nacimientos. Además, algunas mujeres insatisfechas con el modelo de atención hospitalaria han optado por el PDP²⁶. Los partos realizados en un entorno hospitalario se consideran «ideales» en la cultura biomédica brasileña. En este sentido, las mujeres que desean dar a luz en otro lugar terminan teniendo menos acceso a información de calidad, especialmente durante las consultas prenatales, una situación que viola el principio de la atención centrada en la mujer^{5,19-20,26}.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) y los planes de seguro médico no cubren la atención domiciliaria. Además, la ausencia de políticas públicas sobre el tema contribuye a la falta de directrices para los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras obstétricas que prestan este tipo de atención. Sin embargo, en 2024, el Consejo Federal de Enfermería (COFEN) publicó la Resolución n.º 737, de 2 de febrero, que regula la práctica de la enfermería obstétrica en el PDP⁹.

Con esta regulación, el COFEN establece en el ámbito normativo la garantía del desempeño de los profesionales especializados en Enfermería Obstétrica en los partos domiciliarios. A esto se suma la creación de la Red Alyne Pimentel, establecida por la Ordenanza N.º 5.340, de 5 de septiembre de 2024, para reorganizar la red y las acciones en favor de la reducción de la mortalidad materna. A medida que se consolida este avance político, se hace necesario implementar el PDP en el ámbito del UHS.

Por lo tanto, toda esta cuestión refleja la falta de información sobre las posibilidades del parto en casa en la sociedad brasileña. El Ministerio de Salud no es una red que apoye las necesidades reales de las mujeres durante el embarazo y el parto⁵. Este organismo debe promover debates sobre este tipo de atención, garantizando el derecho a elegir el lugar de parto como parte integrante de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto brasileño²⁶.

El estudio se vio limitado por el reducido número de enfermeras del hospital, lo que dificultó ampliar la muestra y el alcance del debate sobre el estudio.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio buscó comprender los significados que las enfermeras obstétricas de hospitales atribuyen al parto en el hogar, destacando la necesidad de superar el modelo obstétrico actual en Brasil mediante cambios en las actitudes y los significados de los profesionales de la salud hacia este tipo de parto.

En sus interpretaciones, las enfermeras obstétricas revelan los prejuicios y la marginación que enfrentan las mujeres que eligen el parto en casa, muchas de las cuales son juzgadas por los profesionales de la salud basándose en juicios de valor. Estos hechos se derivan del modelo biomédico establecido en la atención obstétrica, en el que el entorno hospitalario se considera un lugar seguro para el parto, mientras que el parto en casa se considera innecesario, lo que genera inseguridad para la mujer y su hijo.

Otros significados atribuidos muestran las limitaciones económicas como barreras para el acceso de las mujeres al parto en casa. Este obstáculo impide actualmente que la mayoría de las mujeres brasileñas contraten un equipo especializado, lo que pone de relieve la desigualdad económica en el acceso a esta opción de parto.

Así, las enfermeras obstétricas reafirman, en sus discursos, la necesidad de políticas públicas a nivel nacional como pilar para fomentar el parto en casa, con el PDP para todas las mujeres brasileñas, independientemente de su raza, educación o situación socioeconómica.

El UHS debe reconocer el PDP como una forma segura de atención al parto en el hogar, convirtiéndola en parte integral de la atención obstétrica a través de políticas públicas que apoyen y garanticen este tipo de parto en el país. Esta inclusión contribuye a la apreciación del parto en el hogar desde una perspectiva global, con su provisión en los sistemas de salud, valorando la garantía de los derechos de las mujeres en cuanto a cómo desean dar a luz y traer a sus hijos al mundo.

Por lo tanto, es fundamental promover estudios que respalden iniciativas destinadas a superar el modelo obstétrico actual, garantizar el acceso al PDP para las mujeres brasileñas e implementar políticas públicas que garanticen el derecho a elegir la forma de dar a luz.

REFERENCIAS

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-Alvin 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.eclim.2020.100319>
12. Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàries 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.eclim.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 birth. *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.

Recibido en: 27/12/2024

Aprobado en: 08/07/2025

Editor asociado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Autor correspondiente:

Diego Pereira Rodrigues

Universidade Federal Fluminense

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

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

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio -

Cavalcante JS, Rodrigues DP. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Cavalcante JS, Rodrigues DP, Alves VH, Vieira BDG, Calandrini TSS, Marchiori GRS, dos Santos MV.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Cavalcante JS, Rodrigues DP, Alves VH, Vieira BDG, Calandrini TSS, Marchiori GRS, dos Santos MV.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Disponibilidad de datos:

Los autores declaran que todos los datos están completamente disponibles en el cuerpo del artículo.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)