



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

JHENNEFF DA SILVA CAVALCANTE

**OS SIGNIFICADOS DE ENFERMEIROS SOBRE O PARTO DOMICILIAR
PLANEJADO**

Belém
2023

JHENNEFF DA SILVA CAVALCANTE

**OS SIGNIFICADOS DE ENFERMEIROS SOBRE O PARTO DOMICILIAR
PLANEJADO**

Projeto de pesquisa submetido à
Universidade Federal do Pará como
requisito para obtenção de bolsas de
iniciação científica.

Orientador: Prof. Dr. Diego Pereira Rodrigues

Belém

2023

1. 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 baixo risco do cenário domiciliar para o ambiente hospitalar, apesar da falta de evidências de alta qualidade que justificassem tal conduta.¹ Assim, com o desenvolvimento do modelo biomédico, da assistência obstétrica e a generalização da cirurgia cesariana, houve um aumento nas intervenções em mulheres que não têm indicação clínica, sem a devida preocupação com os seus efeitos iatrogênicos.²

Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) expressou a 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 na sua experiência de parto.³ Desse modo, o parto domiciliar planejado (PDP) surge como uma nova proposta para redução de intervenções obstétricas, respeito a mulher e a fisiologia da parturição e assim rompimento do modelo hegemônico no nascimento.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) em seu parecer do comitê da prática de obstetrícia, afirma que partos domiciliares planejados, quando comparados a partos hospitalares, estão associados a menos intervenções maternas, incluindo a indução do trabalho de parto, monitorização fetal contínua, parto vaginal instrumentalizado, episiotomia e cesariana. Aponta ainda que, partos domiciliares planejados também estão associados a menos lacerações vaginais e perineais e de terceiro ou quarto grau e menor morbidade infecciosa materna, refletindo assim em menores fatores de risco obstétrico.⁴

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, independente do ambiente escolhido. Recomendam ainda que, domicílios e centros de parto sejam locais de parto particularmente adequados para mulheres múltiparas de baixo risco porque a taxa de intervenções é menor e o desfecho perinatal não é significativamente diferente em comparação com uma unidade hospitalar obstétrica.⁵

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 afirma que não há grandes estudos clínicos randomizados, com metodologia rigorosa, que corroborem a segurança do nascimento em ambiente domiciliar e que os estudos existentes que demonstram benefícios dessa modalidade de parto, possuem limitações metodológicas e que os cenários de partos estudados se contextualizam em outros sistemas de saúde, que não se adequam ao contexto brasileiro atual. Sendo assim, a nota desaconselha o PDP no contexto da assistência obstétrica brasileira baseada no princípio da segurança no cuidado materno-infantil e fomenta a necessidade das gestantes receberem orientações sobre os riscos relacionados ao parto em ambiente domiciliar. Destaca ainda, a necessidade de qualificação do processo de trabalho da assistência materno-infantil brasileira, a fim de garantir que o parto hospitalar possa ser seguro e uma experiência positiva para a vida das mulheres e de sua família.⁶

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 recentes.⁷

Dois estudos destacam a segurança dos partos domiciliares de baixo risco assistidos por obstetras/enfermeiras obstétricas, em áreas onde esta modalidade está integrada ao sistema de saúde.⁸⁻¹⁰ Assim, não encontrou diferenças na mortalidade perinatal/neonatal em seu estudo de coorte de 11.493 nascimentos vs. 11.493 nascimentos hospitalares em Ontário, Canadá¹⁰, e uma meta-análise concluiu que as evidências sobre os resultados maternos apoiam consistentemente os partos domiciliares planejados nessas condições.

Assim, é cada vez mais recorrente a busca por esse modelo que rompe com os serviços tradicionais, de normas institucionais rígidas, e que promova uma assistência mais individualizada, de escuta qualificada e confiança nas reais necessidades da mulher e seus familiares. Tornando a escolha pelo local de parto uma decisão informada, consciente e intuitiva.¹¹

Portanto, a compreensão dos significados dos enfermeiros atuantes em unidades hospitalares 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: qual os

significados dos enfermeiros atuantes em unidades hospitalares sobre o parto domiciliar planejado? O estudo tem como objetivo compreender os significados de enfermeiros sobre o parto domiciliar planejado.

2. Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, exploratório. A pesquisa descritiva é estabelecida na descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, enquanto a pesquisa exploratória tem a finalidade de aproximar o pesquisador com o tema, com o intuito de torná-lo mais habituado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema de pesquisa.¹² Foi utilizado o instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para auxiliar os pesquisadores a descrever com clareza e qualidade os subsídios das pesquisas qualitativa.

Os participantes do estudo foram quinze (15) enfermeiros obstétricos atuantes no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS), com utilização da técnica *Snowball Sampling*, conhecida também como bola de neve por meio da técnica de recrutamento dos participantes.¹³ Este método é utilizado para um público relativamente pequeno, o qual mostra-se em constante contato entre si, inclusive como uma forma produtiva de construção de uma amostragem exaustiva e representativa. Tal amostragem dos entrevistados recrutados indicação - “sementes” - que resultam em novos contatos desde de uma relação pessoal, facilitando o acesso do entrevistador a partir da confiabilidade.¹³

O contato inicial se estabeleceu após solicitação formal, à Coordenação do cenário de investigação, para o livre acesso às informações dos enfermeiros, com o atendimento aos seguintes critérios de elegibilidade: ter no mínimo 18 anos de idade; ser enfermeiro obstétrico; estar atuando no centro obstétrico. Sendo os critérios de excluídos profissionais de saúde de outras áreas da saúde, de que não foi necessário a aplicação. Após a indicação do contato indicado pela coordenação de enfermagem da unidade, foi esclarecidos os pontos inerentes a pesquisa, como os objetivos, riscos, benefícios e estratégias de coleta de dados.

Após esse processo foi marcado de forma presencial a coleta de dados, com a realização de entrevista semiestruturada individual, que ocorreu numa sala reservada na unidade de saúde durante o período de trabalho do participante. A

duração da entrevista ocorreu em média com 50 minutos, contendo perguntas fechadas quanto ao perfil: gênero, idade, etnia/raça, estado civil, formação na graduação, ano de formação, possui especialização lato sensu e stricto sensu e tempo de atuação na área da obstetrícia, além de perguntas norteadoras, a saber: qual a sua percepção sobre o parto domiciliar planejado? Como você vê o acesso ao parto domiciliar planejado no país? Quais os principais obstáculos no acesso e assistência ao parto domiciliar planejado?

Após cada entrevista, cada participante indicava mais três possíveis participantes, sucedendo ao processo de recrutamento pela técnica *Snowball Sampling*. Foi aplicado a saturação teórica¹⁴, com a finalidade de denominar o número de participantes, quando não obtiver nenhum novo significado, mas sim quando há uma similaridade de significados frente cada entrevista realizada, constituindo ao final 15 enfermeiros obstétricos como participantes.

Os dados foram coletados com a utilização do recurso de gravação para a captação do depoimento com a devida autorização prévia dos participantes. As entrevistas foram realizadas com profundidade, com um momento único entre o pesquisador e o entrevistado, possibilitando a investigação da percepção dos participantes ao parto domiciliar planejado. Os depoimentos foram transcritos na íntegra e enviados um dia depois, para o contato por aplicativo *Whatsapp* para conferência das respostas proferidas, em consonância com as diretrizes do COREQ.

Ressalta-se que a coleta de dados foi conduzida somente por um pesquisador, com credencial de título de doutorado, apresentando domínio da técnica empregada, assim evitando uma condução diferente, enquanto a equipe de investigação ficará na competência de atuação no tratamento e análise dos dados.

O tratamento dos dados foi com base na análise de conteúdo¹⁵, que sucedeu com apoio do suporte do software ATLAS.ti 22.7. Durante a realização das 15 entrevistas com os enfermeiros obstétricos, foi realizado a primeira etapa, a pré-análise, com a leitura flutuante de cada uma, com a escolha dos elementos pertinentes e representativos; a segunda etapa consistiu na exploração do material que constituiu intervenções de codificação, relacionando os discursos dos enfermeiros, com a pretensão de sua categorização. Nesta etapa, ocorreu a aplicação do software ATLAS.ti 22.7, com a sua análise indutiva perante a codificação dos trechos das falas com a identificação dos códigos e criação dos temas, a saber: preconceito,

juízo de valor, risco do parto, obstáculos ao parto, poder aquisitivo, conhecimento, modelo obstétrico, cesariana, políticas públicas.

Na última etapa do procedimento indutivo de análise, o passadio dos produtos, a intercessão e a explanação, submeter-se o conteúdo colhido, sendo cada um coligado com o termo documentos, com a sigla acompanhada de numeração, segundo e adequado ao software, partindo de D1 a D15, a seguir, cunharam-se as citações de componentes dos documentos, de tal modo, estas constituíram elencados com códigos, que constituíram nomeados de composição com o sentido da citação decodificada pelo pesquisador.

A partir desta etapa, ocorreu a contagem de códigos imperativos, de combinação com as temáticas indutivas emergentes de forma majoritária nas entrevistas e, posteriormente a saturação desses códigos por meio da recorrência de significados, exprimindo a concretização de um dicionário de códigos. Estes permitem a concepção do grupo de códigos e as referentes citações, assimilação, desta forma, as unidades de acepções, com a classificação das informações construtivas e o reagrupamento dos significados, com base na categorização não apriorística que surge diante a conjunção dos retornos dos compartes, que motivam a edificação das categorias.¹⁵ A alteração terá como base as políticas públicas no campo do parto e nascimento e a literatura científica no tema do parto domiciliar planejado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA), conforme protocolo nº 4.463.291/2020; CAAE: 39952720.3.00000.0018, como disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar o sigilo, o anonimato e a confiabilidade, as depoentes serão identificadas pela letra (E) de enfermagem, seguida de algarismo numérico, correspondente à sequência da realização das entrevistas (E1, E2, E3, ..., E15), além da garantia da participação voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados

3.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Dentre os participantes da pesquisa, todos são do Gênero feminino; em relação a idade 4 se encontram na faixa etária 26 < 30 anos, 4 entre 31 < 35 anos, 3 entre 20 < 25 anos, 3 com >40 anos, 1 entre 36 < 40 anos.

Em relação à raça/etnia, 10 se autodeclararam parda, 4 branca e 1 preta. Quando questionadas acerca da religião, 9 disseram ser católicas, 4 evangélicas, 1 espírita e 1 sem religião. Quanto ao estado civil, 9 solteiras, 3 casadas, 2 em união estável e 1 divorciada.

No que tange a formação dos profissionais, 9 são de instituição pública e 6 de instituição privada. De acordo com o ano de formação 9 ocorreu no período de 1 < 5 anos, 5 entre 5 < 10 anos e 1 >10 anos de formação. Todos possuíam especialização *lato sensu*. Em relação a programa de *stricto sensu* com curso de Mestrado somente 1 possui o título de mestre, sendo em Saúde Pública.

Quanto ao tempo de atuação/experiência na área de obstetrícia, 13 tem entre 1 < 5 anos, 1 entre 6 < 10 anos e 1 entre >10 anos.

3.2 Preconceito dos profissionais de saúde em hospitais de retaguarda com relação ao parto domiciliar planejado

Para os profissionais que tomam como conduta participar de uma equipe de parto domiciliar planejado, alguns tomam como significados de preconceito sobre as atitudes de escolha da mulher para o parto domiciliar, que enfrentam questões de julgamento, conforme os depoimentos 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 no hospital, e vai ser julgada pelos profissionais por ter realizado a assistência do parto domiciliar planejado (E4)

Então, Deus, o livre, por exemplo, teve uma laceração de terceiro grau, ela vai ter que enviar para o hospital, pois nós não podemos rafiar, enfermeiro. Se não tiver médico, aí já vão falar: Tá vendo isso que dá parto domiciliar. Então, o preconceito por parte dos profissionais no Brasil de parto domiciliar planejado ainda é muito grande. (E5)

O parto domiciliar planejado constitui um sinônimo de garantir os melhores cuidados perinatais, com uma equipe especializada, fornecendo todo suporte necessário. Mesmo, assim, muitos profissionais tem o julgamento e juízo de valor com a equipe e a escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado, conforme os depoimentos:

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: Há mais ela quis parir em casa e agora deu errado. Há mais quem mandou parir em casa. Não quis vir pro hospital. É aqui no hospital que tem que parir bebê. Então a gente precisa também ter uma mudança de mentalidade dos profissionais. (E10)

Então para onde eu vou mandar essa mulher, eu vou ser criticado? Porque a gente sabe que querendo ou não rola muito isso. Exemplo: Ah, chegou aí foi querer parir em casa. E a mulher tem medo de no final ela e o bebê não terem os cuidados necessários se eles precisarem (E11)

Os participantes, tem a percepção que muitos profissionais ainda acreditam, até por conta do modelo biomédico enraizado em nosso país, que o ambiente hospitalar constitui como o mais seguro para o parto, pois tem todo suporte para as possíveis intercorrências, sendo o parto domiciliar planejado propenso aos desfechos negativos:

Só que por uma questão cultural, o parto normal, o parto, principalmente domiciliar, ele tá sendo cada vez mais menos falado, menos difundido, por preconceitos, por achar que vai ter erros ou vai ter mortes, como se no hospital não tivesse. (E7)

Eu acho que ainda falta tanto a conscientização da mulher como do governo, das equipes, porque a gente sabe que tem muito julgamento. Se chegar um bebê mal no hospital: Ah nasceu em casa. Se chegar uma mulher sangrando muito. Ah porque foi o parto em casa. Então eles levam muito pra esse lado. A gente sabe que mesmo no hospital que estou auscultando o bcf de hora em hora, mas pode acontecer alguma coisa, ela pode ter um sangramento, o bebê pode nascer mal, mas não só porque é domicílio, aí já vão levar pra esse lado. (E15).

Os depoimentos estão muito relacionados aos preconceitos com base nos juízos de valor dos profissionais acerca do parto domiciliar planejado. No entanto, é crucial que as preocupações dos profissionais acerca do parto domiciliar planejado não esteja firmado apenas em seus juízos de valor, mas sim nas evidências científicas.

3.3 Desigualdades econômicas e limitações no acesso ao parto domiciliar planejado

O parto domiciliar planejado ele abrange uma parcela privilegiada de mulheres. São mulheres que têm um poder aquisitivo mais elevado, sendo a desigualdade econômica um obstáculo pela escolha dessa modalidade de parto, pois ainda não detém estratégias de acesso no âmbito do SUS para o PDP, conforme os depoimentos:

As mulheres, elas não têm condição. A grande maioria que faz parto domiciliar planejado são mulheres ricas” (E3).

Porque atualmente só quem tem parto domiciliar a gente tá 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).

Ele é questão financeira. Se você tem dinheiro, se você é bem informada, você conhece uma equipe que fornece uma boa assistência, uma equipe que tenha uma boa capacitação para isso você consegue. Se você tiver dinheiro para arcar com essa modalidade (E10).

Infelizmente o parto domiciliar na assistência brasileira é muito elitizado porque somente quem tem condições financeiras de ter o parto domiciliar planejado tem acesso à essa modalidade, né?! A gente ainda não tem instituições públicas que forneçam esse tipo de modalidade de forma pública, de assistência para as pessoas que não tem condições de arcar com esse custo, porque é um custo elevado o parto domiciliar planejado (E15).

Para os enfermeiros, muitas mulheres demonstram vontade de realizarem o parto domiciliar planejado, porém a falta de recursos financeiros para contratar uma equipe qualificada, constitui um importante obstáculo conforme os depoimentos:

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

Muitas mulheres também não têm o poder aquisitivo para pagar. Às vezes até tem aquela vontade, aquele anseio, mas não têm o poder aquisitivo. Então isso é um grande obstáculo (E9).

Identificou nos depoimentos dos enfermeiros para a ocorrência do parto domiciliar planejado, as mulheres tem obter informação, que muitas vezes as mulheres privilegiadas, com maior acesso a informação, a profissionais qualificados, mostram esse significado para o parto domiciliar, como os depoimentos a seguir:

Também o conhecimento delas em relação a isso, porque muitas eu acredito que devem ter medo. Antes, isso daí (o parto domiciliar) era algo natural, que antes as mulheres só pariam em casa, mas aí enfim, com o decorrer do tempo, a gente vai estudando e ver que isso foi se medicalizado, hospitalizado. Então, hoje em dia a mulher que não tem um conhecimento, uma formação em relação a isso, ela acaba mesmo buscando o parto hospitalar, muitas vezes por medo, além daquelas que, claro, conhecem, mas que não tem dinheiro para acessar o serviço. (E3).

O acesso principal e o conhecimento das próprias parturientes, das próprias grávidas, que não têm nem conhecimento, pois muitas acham que parir no hospital é mais seguro e também não tem nem o acesso diretamente. São mais mulheres, que já tem uma questão financeira melhor, que tem conhecimento e tem a preferência de optar por esse tipo de parto. (E13)

Assim, a ocorrência de um poder aquisitivo mais elevado constitui um fator importante para o acesso das mulheres ao parto domiciliar planejado, onde muitas

mulheres brasileiras ainda não têm essa acessibilidade por falta de recursos na ausência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.4 A lacuna do conhecimento do parto domiciliar planejado

O parto domiciliar planejado é pouco divulgado no âmbito brasileiro, constituindo uma manutenção do modelo biomédico, com a hospitalização e intervenção sobre o corpo da mulher, conforme os depoimentos:

Ele é pouco difundido, ele é pouco falado, são poucas pessoas que têm acesso, são poucas pessoas que falam sobre ele. (E7)

Ainda é pouco conhecido e tem muitas mulheres que não sabem que existe esse tipo de parto domiciliar planejado e que pode ser feito. (E12).

A minha percepção no âmbito brasileiro, eu acho que ele é pouco divulgado, pouco conhecido ainda pela população. Então a população não tem ainda tanto conhecimento a respeito disso. Eles têm uma noção de parto domiciliar, aqueles partos antigos feitos por parteiras. Não tem conhecimento que a prática hoje em dia pode ser feita por enfermeiras e a sua própria equipe (E13).

Outros depoimentos, retratam a falta de conhecimento das mulheres, pois pela falta de informação e pela nossa cultura de cesarianas no país, muitas mulheres tem a preferência pela cesariana, modulado pelo modelo obstétrica.

As pacientes que já vem pra cá (pro hospital), elas muitas das vezes já pedem cesáreas, elas nem tem o conhecimento do que é o parto normal, quais são os benefícios e os malefícios de uma cirurgia cesariana. Então, pra elas nem se passa o que é um parto domiciliar planejado e as 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 em 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 pra elas é coisa de outro mundo (E11).

Desse modo, o conhecimento se torna um fator primordial para garantir as condições necessárias para a escolha da mulher no PDP.

3.5 A inexistência de políticas públicas que incentivem o parto domiciliar planejado

No Brasil, apesar das evidências científicas mostraram os benefícios dos partos domiciliares planejados, ainda contamos com carências de políticas públicas para a promoção do parto planejado em domicílio, como revelado pelos depoimentos a seguir:

O parto domiciliar planejado em si ainda não é tão planejado nas políticas e não é tão difundido para as próprias pacientes. Apesar de saber que seria o melhor, seria menos invasivo, seria menos risco pra ela. (E8).

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, né. 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).

A falta de política voltada para o parto domiciliar planejado. (E11)

Os profissionais de enfermagem enfatizam sobre a importância de haver dentro da política nacional, uma política voltada diretamente para o parto domiciliar planejado, como determinado em seus depoimentos:

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)

Colocar dentro da política nacional uma política relacionada diretamente ao parto domiciliar planejado. Fazer um planejamento diretamente a ele, porque o que se segue são

dentro da política geral, tanto no parto domiciliar como hospitalar. (E13)

Outras falas retratam a importância de o Sistema Único de Saúde ofertar essa modalidade de parto, pois muitas mulheres tem o desejo de ter essa modalidade de parto, porém não tem condições financeiras e esse acesso resultaria na equidade para o parto domiciliar planejado no âmbito brasileiro:

Para as mulheres que tem 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).

Mediante o exposto, enfatiza-se a importância de haver uma política nacional direcionada ao parto domiciliar planejado no Sistema Único de Saúde para que esse acesso possa se tornar universal e com equidade a todas as mulheres.

4. DISCUSSÃO

Estudos demonstram que, apesar da OMS reconhecer o parto domiciliar planejado como uma modalidade de parto segura e humanizada, muitas mulheres ainda enfrentam argumentos de profissionais de saúde inapropriados da autoridade socialmente lhes conferidas. Dessa forma, é utilizado de discursos de que o parto domiciliar é inseguro, que influência diretamente na renúncia dessa escolha por parte da mulher. Os profissionais afirmam que parir no hospital lhe confere mais segurança e constitui menos doloroso.¹⁶

Apesar de muitos profissionais da saúde, especialmente médicos serem contra o parto domiciliar planejado, se faz necessário que eles não utilizam de seus juízos de valor para ir contra ao desejo das mulheres que optarem por essa assistência em domicílio. Eles precisam fornecer informações livres de qualquer preconceito, explicando sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, de acordo com as evidências científicas.¹⁷ A literatura nos mostra que, ao receber uma mulher que teve a escolha do PDP, alguns profissionais de saúde a estigmatizam por elas terem aderido a essa modalidade de parto que não é aceita na opinião por parte dos

profissionais de saúde, pois muito deles é que são os detentores da forma de nascer, deixando a mulher longe de seu poder de escolha e decisão.¹⁸

Também, os profissionais de saúde que prestam essa modalidade de parto enfrentam julgamentos quando necessitam encaminhar essas mulheres aos hospitais de retaguarda e sofrem até retaliações em alguns casos.¹⁹ Com o surgimento das maternidades, o processo de parto passou a envolver 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 rotineiros, sem, porém, que houvessem evidências científicas que comprovassem seu uso em todas as mulheres. Com isso, nos dias atuais, o parto domiciliar planejado promove uma assistência de forma individualizada e menos intervencionista, tendo seu foco na humanização do parto e nascimento.¹⁸

No país, o parto e o nascimento ainda são focados no modelo hospitalocêntrico, tendo sua assistência focada nos profissionais de saúde. Na realidade brasileira, o parto domiciliar planejado, ainda não faz parte das vivências de muitas mulheres, uma vez que apenas um pequeno grupo possui poder aquisitivo que possa arcar com essa modalidade de assistência, sendo esse um dos grandes obstáculos de acessibilidade ao PDP pela população, sendo agravado pela falta de investimento a essa modalidade de parto e ainda falta de incentivo das organizações governamentais e do governo brasileiro.¹⁸⁻¹⁹

A escolha pelo local de parto deve ser informada nas consultas de pré-natal pelo profissional da saúde, pois é um direito da mulher receber informações sobre as possíveis modalidades de parto e de se envolver na tomada de decisão de onde deseja parir.^{17,20} As mulheres além de enfrentam limitação no processo de escolha do local de parto, elas também são diretamente afetadas por associações culturais entre o nascimento e segurança baseado nos discursos que os partos hospitalares é mais seguro, bem como influenciada por discurso que valorizam o risco, culpa e responsabilidade caso elas optarem pelo PDP.²¹

O parto domiciliar planejado é representado como um acontecimento que envolve mais risco para mãe e seu filho em relação ao parto hospitalar, contribuindo assim para a manutenção do modelo obstétrico centrado no ambiente hospitalar. No entanto, pesquisas vem demonstrando que no ambiente domiciliar as grávidas apresentam menos exposição a riscos obstétricos, uma vez que são menos propensas a

receberem intervenções medicamentosas para a indução ao parto, analgesia medicamentosa e menor chances de sofrerem episiotomia. A literatura científica reforça que a assistência ao parto e nascimento com o mínimo de intervenções possíveis é uma experiência positiva para o binômio mãe-bebê o que contribui com a satisfação materna em relação ao parto, colocando a mulher como protagonista desse momento.^{17,22}

Um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que à medida que o interesse das famílias cresce pelo parto domiciliar planejado aumenta também a necessidade de haver um custo específicos para essa modalidade de parto, sendo que a comparação entre os preços dos partos domiciliares incentiva a concorrência com os partos realizado no ambiente hospitalar. Logo, essa comparação de preço é uma oportunidade para que as famílias encontrem opções de parto que atendem suas expectativas.²³ Quando às famílias decidem buscar pelo PDP, elas levam em consideração se essa modalidade de assistência é segura. Porém, elas também prezam pelo custo. Sendo assim, um obstáculo de acesso as famílias que apresentam baixo poder aquisitivo, não tendo recursos suficientes para arcar com essa assistência.²³

No Brasil, as opções públicas de assistência ao parto se limitam aos hospitais e somente em poucos locais de algumas regiões brasileiras tem os Centros de Partos Normais, mas o que predomina no país são os partos hospitalares, correspondendo 98, 36% dos nascimentos. Ademais, algumas mulheres insatisfeitas com o modelo de assistência hospitalar têm optados pelo PDP.²⁰ Os partos realizados no ambiente hospitalar são aqueles considerados “ideais” na cultura biomédica brasileira. Nesse sentido, a mulher que deseja parir em outro local diferente do hospital acaba tendo menos oportunidades as informações de qualidade, sendo que essa falta de informação que ocorre principalmente nas consultas de pré-natal fere o princípio do cuidado que deve ser centrado na mulher.^{17,20}

No Brasil, o SUS e os planos de saúde não oferecem cobertura ao parto domiciliar planejado. Ainda, a ausência de políticas públicas sobre o tema em questão contribui para a ausência de diretrizes que oriente os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros obstétricos, que prestam essa modalidade de assistência. Mas, em 2024 foi realizado a Resolução nº 737 de 02 de fevereiro pelo Conselho Federal de Enfermagem a normatização da atuação da enfermagem obstétrica no PDP.²⁴

Dessa forma, toda essa questão reflete na falta de informação sobre essa possibilidade de local de parto na sociedade brasileira. O MS não consta com uma rede que preste suporte as reais necessidades das mulheres no processo de gestação e ao parto.¹⁸ Se faz necessário que o Ministério da Saúde promova um cenário de discussão acerca dessa modalidade de assistência ao parto para o direito de escolha do local do parto seja garantido como parte integrante dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no cenário brasileiro.²⁰

Dessa forma, surge a importância do parto domiciliar planejado ser incluído nas ações do SUS para que assim possa ocorrer uma mudança e ruptura em relação ao modelo hospitalocêntrico existente no país, exigindo maior divulgação dessa modalidade de assistência pelo MS, garantindo assim que as mulheres, principalmente as de baixo poder aquisitivo, que optarem pelo parto domiciliar planejado possa ter essa assistência assegurada pela rede pública de saúde e assim garantindo a autonomia das mulheres pela escolha do local de parto.¹⁸⁻¹⁹

O estudo teve como limitação, o número de enfermeiros da unidade hospitalar, com um obstáculo em conseguir uma ampliação de possíveis participantes e assim, contribuir para uma discussão sobre o objeto do estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou a compreensão dos significados de enfermeiros sobre o parto domiciliar planejado, onde mostrou que há uma necessidade de uma superação do modelo obstétrico vigente no Brasil, com mudança de atitudes e significados frente aos profissionais de saúde sobre o PDP.

Pois, a mulher é marginalizada, sofre estigmas e preconceitos frente a sua escolha do PDP. Mostra a necessidade da atuação profissional ter como base as evidências científicas, com oferecimento de informações sobre a segurança do PDP, constituindo um alicerce para garantir um escolha informada pelas mulheres e não com o juízo de valor pelos profissionais de saúde. Sendo que tal atitude desencadeia comportamentos preconceituosos, além de informações mal esclarecidas.

O Sistema Único de Saúde deve reconhecer o PDP como uma modalidade segura de assistência ao parto e nascimento, se tornando assim parte integrante da assistência obstétrica, sendo ofertada por meio de Políticas Públicas que respaldam e garantam essa modalidade de parto no país. Desse modo, se deve promover

estudos que garantam iniciativas de superação do modelo obstétrico com a garantia do PDP para as mulheres brasileira e de políticas públicas com o foco na garantia no seu direito de escolha.

6. Referências

1. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023; 3(3): CD000352.
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 and Childbirth*. 2022; 22(1): 529.
3. World Health Organisation. Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No 669: planned home birth. *Obstet Gynecol* 2016;128:e26-31425–e26-31428.
5. 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*. 2017; 44(2):137-144.
6. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
7. 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*. 2022; 15(1): 2054110.
8. 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*. 2020; 21:100319.
9. Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery*. 2021; 98:102977.
10. 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*. 2019;14(14):59-70.
11. Lou S, Dahlen HG, Gefke Hansen S, Ørneborg Rodkjær L, Maimburg RD. Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2022; 34:100789.

12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7º ed. São Paulo: Atlas; 2019.
13. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014; 22(44): 203-20.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27: 388-94.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciências, Saúde Coletiva*. 2020; 25(4):1433-1443.
17. Cunha IVA, Mata JAL, Fernandes LCR, Tanaka EZ, Sanfelice CFO. Social representations of health professionals in the hospital area about planned home birth. *Rev Enferm UFSM*. 2021; 11: e66.
18. Beviláqua JC, Reis LC, Alves VH, Penna LHG, Silva SÉD, Parente AT, et al. Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23(1):844.
19. Webler N, 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*. 2023; 76(2): e20220388.
20. 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*. 2021; 74(4): e20200404.
21. Sluijs AM, Cleiren MPhD, Van Lith JMM, Wijma B, Wijma K. Is fear of childbirth related to the woman's preferred location for giving birth? A Dutch low-risk cohort study. *Birth*. 2020; 47(1): 144-152.
22. 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*. 2022;15(1): 2054110.
23. Anderson DA, Gilkison GM. The Cost of Home Birth in the United States. *Res. Public Health*. 2021; 18(19): 10361.
24. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 737 de 02 de fevereiro de 2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-737-de-02-de-fevereiro-de-2024>.