



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

LAIANE RIBEIRO VIANA

**OS SIGNIFICADOS DE MÉDICOS OBSTETRAS SOBRE O PARTO DOMICILIAR
PLANEJADO**

Belém
2024

LAIANE RIBEIRO VIANA

**OS SIGNIFICADOS DE MÉDICOS OBSTETRAS 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

2024

INTRODUÇÃO

Até o início do século XIX, havia uma predominância de assistência por parteiras. Mas, essa realidade mudou drasticamente com a criação dos hospitais, promovendo uma bandeira de maior segurança e redução de mortalidade perinatal (WEBLER *et al*, 2023). Logo, o processo de parto sofreu mudanças drásticas, as quais, por vezes, podem ser vistas como uma redução da autonomia da mulher sobre as escolhas quanto à condução de todo esse momento, o qual deveria ter um foco nas decisões da parturiente.

Esse panorama obstétrico exerce intensas intervenções sobre o corpo feminino, como medicalização, episiotomia, manobra de kristeller, cesariana e outras práticas que foram introduzidas e, às vezes, são utilizadas sem nenhuma justificativa clínica verificável (OLSEN *et al*, 2023; ESPINOSA *et al*, 2022), o que compromete, por vezes, todo um planejamento pessoal da gestante quanto a realização do parto.

Como esse efeito, em meados do século XXI com a popularização da internet e propagação de informações, houve o compartilhamento de experiências e trocas do movimento de mulheres, buscando alternativas contra os abusos cometidos dentro das instituições de saúde. E o parto domiciliar planejado (PDP) surge como forma de romper com o modelo biomédico e intervencionista, garantindo melhores cuidados e respeito às mulheres.

Em vários países as mulheres dão à luz por meio do PDP, como Reino Unido, Canadá, Austrália, Holanda, Suécia, Nova Zelândia e dentre outros. A assistência se mostra tão segura como em nascimentos em unidades hospitalares (VARGENS *et al*, 2022). Dois estudos destacam a segurança dos partos domiciliares de baixo risco assistidos por obstetrites/enfermeiras obstétricas, em áreas onde esta modalidade está integrada ao sistema de saúde (REITSMA *et al*, 2020; ALCARAZ-VIDAL *et al*, 2021). Assim, não encontrou diferenças na mortalidade perinatal/neonatal em seu estudo de coorte de 11.493 nascimentos vs. 11.493 nascimentos hospitalares em Ontário, Canadá, e uma meta-análise concluiu que as evidências sobre os resultados maternos apoiam consistentemente os partos domiciliares planejados nessas condições (HUTTON *et al*, 2019).

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 (LOU et al, 2022). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) reafirmam a segurança do parto domiciliar planejado, com menos intervenções e menos associações de lacerações, infecções e morbidade. Dessa forma, incentivam e recomendam às mulheres de baixo risco a dar a luz por essa experiência, garantindo maior respeito e autonomia (WOW, 2018; ACOG, 2016).

Mas, 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 (RAINEY et al, 2017).

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 (BRASIL, 2021).

Assim, propaga o modelo hegemônico da assistência obstétrica e não garante o PDP, mesmo que instituições de reconhecimento como a OMS, ACOG, NICE recomendaram tal realização. Fato ainda, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não garantir no rol de procedimentos o PDP, isso mostra total desconexão do MS com as recomendações internacionais e as evidências científicas, e apenas a manutenção do modelo assistencial.

Portanto, a compreensão dos significados dos médicos 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 médicos obstetras atuantes em unidades hospitalares sobre o parto domiciliar planejado?

O estudo tem como objetivo compreender os significados de médicos obstetras sobre o parto domiciliar planejado e suas repercussões na saúde materna e fetal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, exploratório, que foi realizado com treze (13) médicos obstetras atuantes no Hospital Regional Abelardo Santos (HRAS). A forma de seleção foi realizada a técnica *Snowball Sampling*, conhecida também como bola de neve por meio da técnica de recrutamento dos participantes (VINUTO, 2014). Essa técnica utilizada se faz a indicação de sementes por parte de cada entrevistados, com a indicação por parte dele, com a produção de novos contatos do processo de recrutamento dos participantes (FONTANELLA et al, 2011; BARDIN, 2021).

Após a aplicação do processo de recrutamento o contato inicial foi realizado por indicação da gerência da unidade hospitalar, que por ventura esse participante fornecia mais três novos contatos, assim sucessivamente até o estudo atingir o número estabelecido pelo processo de saturação teórica 14 dos dados, por não surgirem novos elementos que aprofundar a teorização do objeto de estudo.

Com a indicação, a pesquisadora fornecia a informação por meio do aplicativo *WhatsApp* sobre o tema, objetivo, riscos, benefícios e técnicas de coletas de dados; posteriormente é aplicado os critérios de elegibilidade, a saber: ter no mínimo 18 anos de idade; ser médico obstetra; estar atuando no centro obstétrico. E como critérios de exclusão profissionais de saúde de outras áreas da saúde. Ressalta-se que nenhum participante foi excluído do estudo. E depois, foi marcado a técnica de coleta de dados com o profissional na unidade hospitalar.

Foi utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, sendo realizada no período de setembro de 2024 à março de 2024, que ocorreu em média 45 minutos. As entrevistas ocorreram de forma individual, ocorrendo em um momento único, com sala reservada no HRAS, contendo apenas a participação da pesquisadora principal e do entrevistado, com a finalidade de realização de apenas um entrevistador durante a aplicação da técnica de coleta de dados.

A entrevista semiestruturada continha informações sobre os dados socioeconômicos, educacionais e profissionais e pergunta disparadora, a saber: Qual

a sua percepção sobre o parto domiciliar planejado no contexto brasileiro? Que medidas poderiam ser implementadas para maior acessibilidade? Quais os principais obstáculos no acesso e assistência ao parto domiciliar planejado? Que tipos de iniciativas podem ser realizadas no âmbito para garantia desta modalidade do parto no país? Cada entrevista teve a utilização do recurso de gravação para a captação do depoimento com a devida autorização prévia dos participantes.

Os depoimentos foram transcritos na íntegra. Depois dessa etapa foram validados pelos entrevistados, mostrando em um outro momento, os relatos de seus depoimentos por meio do aplicativo de mensagens *WhatsApp*, assim ocorrendo a sua validação dos dados e sucessão do tratamento com o suporte do software ATLAS.ti 22.7.

Ressalta-se que a coleta de dados foi conduzida somente por um pesquisador, 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.

Foi realizada a análise de conteúdo na modalidade temática 15 na organização e tratamento dos dados. Primeiro ocorreu a leitura flutuante de cada entrevista, com a observação dos aspectos representativos e relevantes, como descrito na primeira etapa da pré-análise. Na segunda, exploração do material sucederá as codificações, relacionando os discursos dos discentes com a finalidade de categorização. Nessa etapa, a funcionalidade do software ATLAS.ti 22.7, sendo realizada com a análise indutiva, diante a codificação dos segmentos dos depoimentos com a assimilação dos códigos e concepção das composições, a saber: risco obstétrico; insuficiência de estrutura; falta de profissionais capacitados; elevado poder aquisitivo; falta de informação do PDP; políticas públicas; resistência profissional no PDP; deficiência de equipes profissionais.

Na última etapa do procedimento indutivo de análise, submeteu 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 majoritárias 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 Como esse processo foi construído as seguintes categorias: 1) Os significados negativos do parto domiciliar planejado no Brasil; 2) Desafios e realidades do acesso ao parto domiciliar planejado no contexto brasileiro; 3) Os significados dos riscos e da segurança no parto domiciliar planejado. 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, 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 (M) de médico, seguida de algarismo numérico, correspondente à sequência da realização das entrevistas (M1, M2, M3, ..., M13), além da garantia da participação voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi utilizado o instrumento Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research para auxiliar os pesquisadores a descrever com clareza e qualidade os subsídios das pesquisas qualitativas.

RESULTADOS:

As 13 entrevistas realizadas revelaram diversas características demográficas, educacionais e profissionais dos participantes. A distribuição por sexo mostra que 10 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Em relação à idade, 7 entre 20 à 30 anos, 4 entre 40 à 50 anos e 2 mais de 50 anos de idade.

Quanto à raça/etnia, 6 se identificam como brancos, 6 como pardos e 1 como preto. As afiliações religiosas são variadas, com 5 católicos, 2 evangélicos, 2 sem religião, 2 cristãos (sem especificar denominação), 1 espírita e 1 não especificou religião. Quanto ao estado civil, 6 são solteiros, 6 são casados e 1 divorciado.

Todos possuem formação em Medicina, sendo 8 em instituições públicas e 5 em particulares. As instituições de formação incluem: Centro Universitário do Pará, Universidade Federal do Pará, Centro Universitário Unifamaz, Universidade Estadual do Pará. Os anos de formação são variados, tendo o mais antigo em 1974 e o mais recente em 2021.

No campo das especializações todos detinham especializações. Nenhum dos entrevistados possui mestrado ou doutorado.

Os significados negativos do parto domiciliar planejado no Brasil

De acordo com os significados expressados pelos médicos, muitas entrevistas mencionam os riscos inerente ao parto domiciliar planejado, como por exemplo à hemorragia, distocia e complicações imprevistas, desse modo, mostra a partir destes significados, um aspecto negativo segundo a sua percepção, especialmente com a escassez de suporte imediato em casos de emergência é preocupante.

Olha eu acho perigoso, por que o ideal é a paciente estar no hospital caso tenha uma hemorragia puerperal que é uma das principais complicações do parto normal, então eu acho perigoso, porque aí ela não vai ter uma assistência naquele momento que ela precisa, caso ela tenha uma complicação pós parto. (E1)

Olha eu quero lhe dizer eu não tenho uma boa concepção, aceitação vamos dizer do parto domiciliar em virtudes dos riscos, entendeu? Por que é uma incógnita naquela hora de dá tudo certo como pode sair coisas erradas, você coloca em risco a vida de uma mulher e de uma criança [...] de repente o parto vai tudo certo e aí a placenta fica presa e da hemorragia e coloca ela em risco e você não pode! É questão de pouco tempo que você tem para ir da sua casa para um hospital. (E2)

Mas ele também pode complicar e precisar de uma assistência hospitalar e tudo mais, acho arriscado, no Brasil, contexto Brasil visando assim nosso sistema de saúde geralmente nossa formação eu acho arriscado, tem mais risco de complicação para o nascimento do bebê. (E4).

O parto domiciliar planejado encontra barreiras, de acordo com os depoentes, a insuficiência de infraestrutura adequada para os partos domiciliares no contexto brasileiro é evidenciando, especialmente pela falta de unidades hospitalares,

equipamentos escassos e dimensionamento de pessoal, profissionais treinados disponível para emergências, conforme os depoimentos a seguir:

Teria que ter um hospital de retaguarda, se tivesse um hospital de retaguarda próximo aos locais a domicílio isso poderia contribuir de uma forma positiva né caso ela tenha um parto em casa, caso tenha alguma complicação ela ir pro hospital próximo para ter ajuda. (E1)

Não tem o suporte médico normalmente, entendeu? [...] se não tiver perto de uma unidade hospitalar e pronto atendimento de urgência e emergência obstétrica, eu acho perigoso... a maioria das casas de parto ainda não tem um profissional médico de sobreaviso o que é triste. (E3)

Uma hemorragia puerperal que você tem que agir imediatamente né é difícil você atuar num domicílio se você não tem uma ambulância ali para levar ela rapidamente pro hospital (E6)

Parto domiciliar é uma realidade distante nos princípios do SUS, porque tudo começa na unidade básica e o atendimento é precário e não tem assistência. (E10)

Acho que não tem uma boa assistência por falta de profissionais preparados para isso, falta de estruturas e a minha percepção é que é precário ainda. (E11)

No dimensionamento pessoal há uma necessidade por profissionais experientes e preparados para conduzir partos domiciliares. Assim, os depoentes mencionam frequentemente a comparação com outros países, onde há uma preocupação e apoio aos profissionais.

Perigoso, não tem o suporte médico normalmente, entendeu? [...] até a Inglaterra que tem as enfermeiras obstétricas treinadas para parto normal elas sempre tem um médico sobreaviso, sempre, não é a nossa realidade aqui no Brasil ainda, infelizmente, ainda não, entendeu? [...] a maioria das casas de parto ainda não tem um profissional médico de sobreaviso o que é triste, entendeu? [...] não que a enfermagem obstetra não seja capaz de desfazer, por exemplo, uma intercorrência durante o parto vaginal, mas acho que no ambiente domiciliar é um risco desnecessário. (E3)

A pessoa que faça a doula, no caso o parto domiciliar, ela tenha, além da experiência, o conhecimento em saber até onde ela pode ir. (E8)

É preciso na verdade que os profissionais que estejam encarregados sejam bastantes experientes, acho que é preciso uma equipe por que o parto domiciliar ele pode dá muito certo né se [...] mas ele também pode complicar e precisar de uma assistência hospitalar e tudo mais [...] no Brasil, contexto Brasil visando assim nosso sistema de saúde geralmente nossa formação eu acho arriscado. (E4)

Os significados expressos pelos depoentes, mostram para que o parto domiciliar planejado seja mais viável para as mulheres com poder aquisitivo elevado, o que não reflete a realidade da população atendida pelo Sistema Único de Saúde, como mostra os depoimentos a seguir:

Quando eu penso em trabalho de parto planejado para acontecer em meio domiciliar eu estou pensando em gente que tem dinheiro para poder ter tudo, não estuo pensando na pessoa que é assistida pelo SUS. (E7)

Muita gente não sabe, só tem uma base do que é no pré-natal não é falado ainda é precário os investimentos também, até a casa da pessoa as vezes é precária, você sabe a realidade do nosso país, então elas acabam vindo para o hospital onde se sentem seguras caso tenha intercorrências. (E11)

Desse modo, os entrevistados mostram, a partir de sua percepção, os significados negativos quanto ao parto domiciliar planejado no âmbito da assistência obstétrica no contexto brasileiro.

Desafios e realidades do acesso ao parto domiciliar planejado no contexto brasileiro

É importante mencionar que os depoimentos fazem uma comparação entre as áreas rural e urbana, ou seja, nas áreas afastada das cidades existe acesso ao parto domiciliar, mas não é de forma profissional (médico ou enfermeiro), o que pode promover riscos elevados para a mãe e o bebe. Outrossim, nas grandes cidades, a facilidade do acesso aos hospitais torna a escolha pelo parto hospitalar a escolha predominantemente.

Eu acho que é mais facilitado em regiões que não tem hospital, tipo interior que tem muitas parteiras, acho que nesses locais devem ser mais fácil o acesso, na cidade grande acho que é mais fácil ir pro hospital. (E1)

O acesso eu acho que não é muito incentivado, eu não vejo assim pelo menos aqui na nossa região né. O parto domiciliar não é incentivado. Mesmo as pessoas trabalhando com isso, até existem grupos de parto normal, mas sempre são realizados dentro do hospital. (E4)

Precário porque não tem suporte, nem pré-natal é feito direito. Então eu vejo que não tem acesso, vemos mais para interior, mas não é acesso é o que tem lá e fica difícil o deslocamento para elas e elas nem sabem o que é parto domiciliar planejado por que ninguém fala, ninguém divulga nem no pré-natal então eu volto a dizer que tudo começa na atenção básica. (E10)

A falta de conhecimento e a ausência de divulgação adequada pelas Unidades Básicas de Saúde atrelado ao parto domiciliar planejado e a existência de tabus em torno desse tema configuram-se como barreiras, isto significa que muitas parturientes não são informadas sobre a possibilidade de o parto ser domiciliar planejado.

Ainda existem um certo tabu, acho que as próprias gestantes não sabem sobre o parto domiciliar. (E5)

Precário por que não tem suporte, mas não é acesso é o que tem lá e fica difícil o deslocamento para elas e elas nem sabem o que é parto domiciliar planejado por que ninguém fala, ninguém divulga nem no pré-natal então eu volto a dizer que tudo começa na atenção básica. (E10)

Eu vejo como precário por falta de suporte, acho que as mulheres não têm acesso, é uma realidade distante no Brasil, a unidade básica que deveria incentivar às vezes não fala, não divulga. (E11)

O PDP é frequentemente idealizado como uma experiência única, intimista e humanizada, entretendo nos depoimentos observa-se que a realidade prática na sociedade brasileira está distante de permitir a escolha pelo PDP de forma segura e acessível. Torna-se preciso mudanças significativas, como a criação de políticas públicas de apoio, como também capacitação dos profissionais de saúde, conforme os depoimentos a seguir:

Na teoria é muito bom, mas na prática é um pouco complicado. Aqui no Brasil, infelizmente, o parto normal hoje em dia, a pessoa assim não tem um acesso a um tipo de parto humanizado se ela não tiver dinheiro, então é difícil a gente falar em parto domiciliar quando a gente não tem nem assistência ao pré-natal, então a gente está muito distante disso, muito distante mesmo. (E6)

Acho que é possível sim, mas envolve a busca por um equilíbrio, permitindo que as mulheres tenham a liberdade de escolher esse tipo de parto, desde que tenham acesso à informação necessária e a suporte adequado, para isso acontecer vai demorar, mas depende da esfera governamental. (E12)

Acho que o governo deveria investir mais em capacitação de profissionais e criar políticas públicas para que todas as mulheres possam ter essa opção de maneira segura. (E13)

Assim, os significados expressos pelos participantes mostram que a realidade brasileira do PDP, necessita ser transformada para maior acessibilidade, especialmente com políticas públicas para o parto e na formação profissional.

Os significados dos riscos e da segurança no parto domiciliar planejado

Para efetuar o parto domiciliar planejado há grandes obstáculos a ser enfrentado, como as condições inadequadas das residências, que muitas das vezes são pequenas e carecem de ambientes apropriados para o procedimento, conforme os depoimentos a seguir:

No parto planejado domiciliar tem todo um preparo que às vezes não é possível, tu ver uma casa que tem uma sala, um quarto, 3 cômodos vamos dizer, como é que tu vais preparar um cômodo desse para fazer o parto. (E2)

Ah, parto domiciliar, tu vê uma coisa assim: a pessoa mora ali num local que já não é legal já pra morar, né. Não tem acesso a várias coisas básicas: saneamento, água. Não tem como ter o filho em casa. (E5)

Espaços, acredito que seja o espaço que não tem. (E10)

Há uma resistência cultural e profissional significativa, expressada por medos e preconceitos, que conseqüentemente engendra dificuldade de aceitação do parto domiciliar planejado.

Eu acho que é isso, o conhecimento e os profissionais também, acho que estarem preparados e também quererem. Por que eu acho que eu vejo também mais difícil isso, não vejo muito os profissionais aderirem essa questão do parto domiciliar hoje aqui no Brasil. (E4)

E olha, tem uma resistência por parte de alguns profissionais de saúde, que enxergam riscos e complicações nessa história, alguns não aceitam por experiências próprias outros por comentários. (E13)

A presença de uma equipe multidisciplinar preparada é crucial para garantir a segurança do parto, mas a formação e a disponibilidade desses profissionais ainda são insuficientes e a disponibilidade desses profissionais de atuarem em um parto domiciliar planejado é insuficiente, conforme os depoimentos a seguir:

Eu acho que justamente a falta dessas equipes, falta de pessoas mesmo capacitadas para fazer esse tipo de serviço, se uma paciente minha que eu faço pré-natal, se uma paciente minha perguntar eu tenho poucas pessoas para indicar duas ou três que fazem o parto domiciliar. (E6)

Se eu conseguir fazer com que isso fosse feito em rede, vamos dizer assim, conciliar, casa de parto, maternidade, sabe eu acho que eu conseguiria garantir que fosse algo mais seguro. (E7)

As gestantes não têm um bom pré-natal às vezes porque faltam enfermeiros e médicos nas unidades básicas. (E10)

Desse modo, os médicos expressam que o contexto brasileiro detém obstáculos que muitos inviabilizam o PDP, especialmente com a segurança do processo, especialmente por conta de locais impróprios e inadequados para a ocorrência; medos e preconceitos e além a falta de equipes multiprofissional preparada para atuar junto ao PDP.

DISCUSSÃO

O parto domiciliar constitui uma modalidade de nascimento que deve ser respeitada, considerado as mulheres de risco habitual. Pois, um estudo conduzido por pesquisadores na Holanda, que abrangeu um total de 80% das participantes originalmente randomizadas sendo acompanhadas por profissionais de saúde desde o início do trabalho de parto, os dados sobre partos domiciliares coletados pela equipe de pesquisa foram comparados com os partos ocorridos em hospitais. Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa revelaram que ambas as modalidades de parto apresentaram taxas de mortalidade semelhantes, enquanto que as taxas de intervenções invasivas foram menores nos partos domiciliares planejados. Além disso, não foram observadas diferenças significativas na morbimortalidade neonatal grave entre os dois grupos estudados (SMITH et al, 2018). A pesquisa concluiu que, para mulheres com parto de risco habitual, o parto domiciliar planejado é uma opção segura, associada a intervenções médicas invasivas mínimas e taxas de morbimortalidade e mortalidade perinatal não superiores às dos partos realizados em hospitais.

Os médicos entrevistados alertam sobre os riscos inerentes ao parto domiciliar planejado, destacando significativamente a necessidade de suporte hospitalar para lidar com complicações graves. No entanto, em contrapartida, o estudo holandês sugere que, em gestações de baixo risco e com cuidados apropriados, o parto domiciliar é seguro (DE JONGE et al, 2009). Outra pesquisa, realizada na Holanda e utilizando dados de nascimentos de baixo risco em todo o país, comprovou que o parto domiciliar planejado não apresenta riscos elevados em comparação aos partos hospitalares, desde que haja todo o suporte adequado para a realização do parto (OLSEN, 2023).

Os médicos trazem para que um parto domiciliar planejado ocorra de forma segura, é essencial oferecer suporte adequado, incluindo infraestrutura apropriada para as parturientes. Nesse sentido, uma revisão sistemática global comparou a segurança entre partos domiciliares planejados e partos hospitalares, concluindo que, embora o parto domiciliar possa ser seguro, existem riscos que podem complicar a situação, assim como em qualquer procedimento, desse modo, a pesquisa argumenta que é fundamental a presença de uma infraestrutura hospitalar adequada para transferências emergenciais quando necessário (CURSINO, 2020). Além disso, outro estudo científico investigou a associação entre partos domiciliares e a prevalência de encefalopatia hipóxica isquêmica neonatal, os autores deixaram claro que a ausência

de infraestrutura, especialmente a falta de um hospital de resguardo próximo para garantir a segurança materna e neonatal, pode impactar a capacidade de resposta rápida a emergências obstétricas (NATIONAL, 2020).

É importante mencionar que existem países que possuem infraestruturas adequadas para realizar partos domiciliares planejados, enquanto outros apresentam lacunas. Nesse viés, um estudo analisou as características demográficas brasileiras e os resultados perinatais de partos planejados no Brasil. Os autores evidenciaram os desafios enfrentados pela escassez de recursos disponíveis para a realização de partos domiciliares, desse modo, a pesquisa enfatizou algumas necessidades, destacando principalmente a falta de uma rede integrada que possa incluir hospitais próximos para casos de emergências. Nessa perspectiva, para que o parto domiciliar planejado seja conduzido de forma eficaz e segura, é crucial que a infraestrutura seja apropriada e que haja a presença de equipes especializadas e capacitadas para essa modalidade de parto. Essa abordagem foi utilizada em um estudo nos Estados Unidos, que comparou partos nos dois ambientes, hospitalar e domiciliar, destacando a importância de todos os profissionais envolvidos no parto domiciliar serem capacitados profissionalmente (CURSINO, 2020).

É crucial ressaltar que todos os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na condução do parto domiciliar planejado. No entanto, é fundamental destacar o papel crucial da enfermagem obstétrica, enfatizando os desafios enfrentados na sociedade brasileira. Um estudo analisou o panorama atual da e constatou a falta de equipes capacitadas e a necessidade de formação específica representam desafios significativos a serem superados (BRUNTON, 2021). Menciona-se a proibição do Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro, com a Resolução nº 348/2023 que vetou a participação do médico na assistência direta ou indireta no PDP, que está atualmente suspensa por força de medida judicial (CRMRJ, 2023). Neste sentido, há cada vez mais, uma tentativa de inibir profissionais de saúde para garantir a autonomia de escolha da mulher no PDP.

É importante evidenciar que, na sociedade brasileira, não são todas as mulheres que conseguem optar pelo parto domiciliar planejado, uma vez que essa prática é restrita a um grupo socioeconômico específico, devido aos altos custos e à falta de cobertura oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SODRE, 2012). Ademais, sob perspectivas globais do parto domiciliar planejado, essa prática é adotada por mulheres com alto poder aquisitivo em países subdesenvolvidos, devido aos inúmeros

benefícios, ambientes humanizados e menos medicalização. Quando realizados por profissionais treinados e capacitados, os partos domiciliares podem ter baixos índices de complicações e resultados positivos (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, tendo em mente a restrição econômica evidente da via de parto domiciliar, considerando os altos custos envolvidos, passa a ser necessário refletir maneiras de viabilizar um maior acesso a essa prática. O SUS não oferece, ou sequer indica o parto domiciliar, pelo contrário, as normas técnicas oficiais sobre o assunto até questionam a segurança dessa via de parto (BRASIL, 2022).

Porém, sendo atestada a possibilidade, dentro de padrões de segurança aceitáveis, quando a gestação for de risco habitual sem complicações, evidentemente, deveria caber à mulher a escolha da via e do local de parto. Mas, o atual modelo tecnocêntrico vigente, o qual prioriza o ambiente intra-hospitalar como foco das atividades médicas, não permite, desde as primeiras semanas de pré-natal, às mulheres, essa escolha.

O modelo de pré-natal adotado pelo SUS, e até mesmo pelas unidades privadas de saúde, já implica, desde a primeira consulta, um possível local de parto, o qual é avaliado dependendo da disponibilidade do município em questão e da distância entre a residência da gestante até o hospital (BRASIL, 2016). As próprias consultas médicas e as orientações de trabalho de parto que são recomendadas pelas Secretarias de Saúde indicam que a mulher deve procurar um hospital, não há conversa quanto a possibilidade do parto domiciliar (UGARTE, 2014).

Isso pode ser justificado de duas principais formas: primeiramente, o Sistema Único de Saúde não oferece incentivos ou equipes para realização de parto domiciliar (BRASIL, 2022). Isso já exclui, praticamente, todas as mulheres que dependem exclusivamente do SUS para a realização do seu parto. Somado a isso, ainda dentro de um contexto de saúde pública, a falta de informações sobre essa modalidade de parto contribui para a negligência proposital do assunto, já que são praticamente nulas as pressões sociais para a garantia desse direito (RIBEIRO et al, 2020).

Os médicos destacam as condições inadequadas para realizar partos domiciliares planejados em residências carentes, sem saneamento básico. Segundo os entrevistados, essas condições tornam inviável a realização do procedimento. Na sociedade brasileira, as condições precárias de moradia são um dos obstáculos para a realização do parto domiciliar, muitas habitações não possuem a estrutura necessária para garantir a segurança durante o trabalho de parto. Isso leva muitas

mulheres a preferirem o parto hospitalar. Além disso, o parto domiciliar planejado é uma escolha limitada, acessível principalmente às mulheres que podem pagar por assistência fora do Sistema Único de Saúde.

Embora existam dificuldades relacionadas à realização do parto domiciliar planejado, também há um forte preconceito social em relação a essa prática. Muitos pais enfrentam críticas de familiares e amigos que consideram o parto domiciliar arriscado e preferem o parto hospitalar, visto como mais seguro. Como resultado, as mulheres que escolhem parir em casa enfrentam pressão social contra essa escolha. (CURSINO, 2020). Ademais, existem profissionais médicos que são contra essa prática, demonstrando preconceito ligado aos partos domiciliares planejados, o que pode impactar negativamente a decisão das mulheres que preferem o PDP.

Efetivamente, há várias barreiras que impedem a eficácia do PDP. A falta de equipes qualificadas é um dos principais obstáculos. A escassez de políticas públicas e de investimentos adequados por parte das esferas governamentais na formação desses profissionais resulta em uma formação profissional precária. As formações geralmente ocorrem por meio de cursos oferecidos durante a graduação e através de formações continuadas em especializações, o que dificulta a expansão e a segurança na execução do PDP. Isso contribui para a carência de profissionais capacitados para realizar o PDP de forma efetiva.

CONCLUSÃO

É possível concluir que o parto domiciliar planejado pode ser uma opção segura para mulheres com gestações de risco habitual, desde que sejam garantidas condições adequadas de infraestrutura e suporte profissional. A comparação com partos hospitalares mostra que as taxas de mortalidade e morbimortalidade são semelhantes, enquanto as intervenções invasivas são menores no PDP. No entanto, a segurança do PDP depende crucialmente da disponibilidade de suporte emergencial e de uma rede de saúde integrada que permita transferências rápidas para hospitais quando necessário.

No contexto brasileiro, a viabilidade do PDP é limitada por desafios significativos, incluindo a falta de infraestrutura, a ausência de políticas públicas de suporte e a restrição econômica que exclui a maioria das mulheres dependentes do

Sistema Único de Saúde. Além disso, há um forte preconceito social e institucional contra o PDP, o que desestimula a escolha por essa modalidade de parto.

Para superar essas barreiras, portanto, é necessário investir na formação e capacitação de profissionais de saúde, desenvolver políticas públicas que integrem o PDP como uma opção segura e viável, e aumentar a conscientização sobre os benefícios e riscos dessa prática. Garantir que as mulheres tenham acesso à informação desde o início da gestação é fundamental para que possam fazer escolhas informadas sobre o local e a modalidade do parto. Com um sistema de saúde mais inclusivo e preparado, o PDP pode se tornar uma alternativa segura e desejável para muitas mulheres, respeitando suas preferências e necessidades.

REFERÊNCIAS:

Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Sàrries Zgonc I, Robleda G. Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery*. 2021; 98:102977.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion nº 669: planned home birth. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2017; 128: e26-31428.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

Barros SG, Vieira-da-silva LM. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde em Debate*. 2017; 41(spe3): 114–128.

Brigagão JIM, Gonçalves R. A perspectiva dos homens sobre os partos domiciliares planejados. *Psicologia USP*. 2021; 32: e170126.

Brunton G, et al. Global stakeholder perspectives of home birth: a systematic scoping review. *Systematic Reviews*. 2021; 10(1): 1-18.

Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(4): 1433–1444.

Jonge A, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009; 116(9): 1177-1184.

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; 529: 1-13.

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(2): 389-394

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: 59–70.

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.

Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Ministério de Saúde (BR). Caderneta da Gestante. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

National Academies of Sciences. *Maternal and Newborn Outcomes by Birth Setting*. National Academies Press: 2020.

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.

Oliveira, T. R., Barbosa, A. F., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Dulfe, P. A. M., & Maciel, V. L. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2020; 29: e20190182.

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.

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.

Ribeiro, O. M. P. L. et al. 200 years of Florence Nightingale: contributions to the professional practice of nurses in hospitals. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73 (suppl 5): e20200179.

Sodre TM, e Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 11(supl): 115-120.

Ministério da Saúde (BR). Diretriz de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Ugarte, O. N.; Acioly, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2014; 41(5): 374–377.

Vargens OMC, Alehagen S, Silva ACV. Desejando parir naturalmente: perspectiva de mulheres sobre o parto domiciliar planejado com uma enfermeira obstétrica. *Rev Enferm UERJ*. 2022; 29: e56113.

Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014; 22(44): 203–20.

Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Couto TM, et al. Autonomia profissional na condução de intercorrências: discurso de enfermeiras obstétricas atuantes em parto domiciliar planejado. Rev Bras Enferm. 2023; 76(2): e20220388.

World Health Organisation. Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Genebra: World Health Organisation, 2018.

Naylor Smith, J., Taylor, B., Shaw, K. et al. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 105: 1-11.