

# MOTIVAÇÕES PARA ESCOLHA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

---

## MOTIVATIONS FOR CHOOSING PLANNED HOME BIRTH

---

## MOTIVOS PARA ELEGIR EL PARTO A DOMICILIO PREVISTO

Maria Eduarda Floriano<sup>1</sup>  
Josane Rosenilda da Costa<sup>2</sup>  
Marcela de Andrade Pereira Silva<sup>3</sup>

**Como citar este artigo:** Floriano ME, Costa JR, Silva MAP. Motivações para escolha do parto domiciliar planejado. Rev. baiana enferm. 2023; 37: e49934.

Objetivo: compreender as motivações das mulheres na escolha do parto domiciliar planejado e as percepções dessa vivência. Método: estudo descritivo, exploratório e qualitativo, desenvolvido com 14 mulheres que vivenciaram um parto domiciliar planejado entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020. As entrevistas foram realizadas entre março e maio de 2021, transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo. Resultados: a análise possibilitou compreender que as motivações para escolha do parto domiciliar planejado estiveram relacionadas ao sentimento de medo das práticas obstétricas hospitalares. A segurança no ambiente domiciliar, a garantia da autonomia e a possibilidade da presença dos filhos foram tanto motivações como percepções positivas dessa vivência. A resistência por parte da sociedade foi frequentemente vivenciada. Conclusão: o modelo obstétrico vigente precisa ser repensado e readequado, com vistas à oferta assistência ao parto segura e respeitosa, seja em âmbito domiciliar ou hospitalar.

Descritores: Parto domiciliar. Parto natural. Parto obstétrico. Enfermagem obstétrica. Pesquisa qualitativa.

*Objective: to understand the motivations of women in choosing the planned home birth and the perceptions of this experience. Method: descriptive, exploratory and qualitative study, developed with 14 women who experienced a planned home birth between January 2019 and December 2020. The interviews were conducted between March and May 2021, transcribed in full and submitted to content analysis. Results: the allowed understanding that the motivations for choosing planned home birth were related to the feeling of fear of hospital obstetric practices. Safety in the home environment, the guarantee of autonomy and the possibility of the presence of children were both motivations and positive perceptions of this experience. Resistance on the part of society was often experienced. Conclusion: the current obstetric model needs to be rethought and readjusted, in order to provide safe and respectful birth, whether at home or in the hospital.*

*Descriptors: Home birth. Natural birth. Obstetric birth. Obstetric nursing. Qualitative research.*

---

Autor (a) Correspondente: Marcela de Andrade Pereira Silva, enf.marceladeandrade@gmail.com

<sup>1</sup> Centro Universitário Ingá. Maringá, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8184-6697>.

<sup>2</sup> Centro Universitário Ingá. Maringá, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0369-977X>.

<sup>3</sup> Centro Universitário Ingá. Maringá, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2091-5975>.

*Objetivo: comprender las motivaciones de las mujeres en la elección del parto domiciliario planeado y las percepciones de esa vivencia. Método: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, desarrollado con 14 mujeres que experimentaron un parto domiciliario planeado entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Las entrevistas se realizaron entre marzo y mayo de 2021, transcritas en su totalidad y sometidas al análisis de contenido. Resultados: el análisis permitió comprender que las motivaciones para la elección del parto domiciliario planeado estuvieron relacionadas con el sentimiento de miedo de las prácticas obstétricas hospitalarias. La seguridad en el ambiente domiciliario, la garantía de la autonomía y la posibilidad de la presencia de los hijos fueron tanto motivaciones como percepciones positivas de esa vivencia. La resistencia por parte de la sociedad fue frecuentemente experimentada. Conclusión: el modelo obstétrico vigente necesita ser repensado y readequado, con vistas a la oferta asistencia al parto segura y respetuosa, sea en ámbito domiciliario u hospitalario.*

*Descriptores: Parto domiciliario. Parto natural. Parto obstétrico. Enfermería obstétrica. Investigación cualitativa.*

## Introdução

No Brasil, mesmo com avanços no cenário obstétrico, ainda predomina o modelo de assistência intervencionista<sup>(1)</sup>, que acarreta comprometida posição dos primeiros colocados no mundo em realização de cesarianas, com percentual de 56,3% no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(2)</sup> e 84,7% na rede privada<sup>(3)</sup>. Assim, destaca-se que o uso indiscriminado de intervenções no parto, expõe o binômio mãe e bebê a maiores riscos de morbidade e mortalidade<sup>(4)</sup>.

Para contrapor a esse modelo obstétrico, estudos apontam que algumas mulheres têm optado pelo Parto Domiciliar Planeado (PDP)<sup>(5)</sup>. A prática do PDP no Brasil, ainda, é incipiente, visto que não há oferta pelo serviço público de saúde. Há, também, visão de desaprovação por parte da sociedade e dos profissionais da saúde, evidenciada pelo pensamento de um parto sem assistência adequada e potencialmente mais perigoso para as mulheres e os recém-nascidos<sup>(6)</sup>.

Entretanto, o PDP trata-se da assistência profissional prestada à mulher durante a gestação, o parto e puerpério imediato, no ambiente domiciliar, e com plano de transferência para casos indicados. Evidências científicas apontam que os partos domiciliares em gestações de risco obstétrico habitual parecem ser tão seguros quanto os hospitalares, além de requerer menos intervenções obstétricas<sup>(7)</sup>.

Nos últimos anos, tem havido crescente interesse no meio científico sobre a prática do PDP, no entanto, ainda há carência de estudos sobre o assunto. Recente revisão sistemática sobre o PDP

no Brasil evidenciou que a produção nacional sobre o tema ainda é limitada, sendo relevante novas pesquisas que contribuam para compreensão das questões envolvidas na decisão e vivência do PDP<sup>(6)</sup>.

Desse modo, objetivou-se compreender as motivações das mulheres para escolha do parto domiciliar planejado e as percepções dessa vivência. Com os resultados, pretende-se oferecer subsídios para novas políticas públicas que garantam o acesso das mulheres à informação, especialmente a uma assistência ao parto segura e respeitosa, seja em âmbito hospitalar, nos centros de parto normal ou no domicílio.

## Método

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um município localizado na região Sul do Brasil. Incluíram-se mulheres que tiveram experiência de parto domiciliar planejado, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, assistidas pela equipe de enfermeiras obstetras que presta assistência a partos domiciliares planejados no município estudado. Excluíram-se mulheres que precisaram ser transferidas ao hospital de referência para parto hospitalar.

O município lócus do estudo possui atualmente uma equipe que presta assistência ao PDP, composta por enfermeiras especializadas em obstetrícia e neonatologia. O serviço é ofertado ao município e região desde 2010, e

até o período deste estudo, cerca de 150 partos no domicílio foram assistidos. A equipe realiza o acompanhamento pré-natal, simultaneamente ao realizado pelo médico de escolha da gestante. O acompanhamento domiciliar segue durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, com suporte para emergências ou intercorrências, bem como plano de transferência hospitalar para casos indicados.

O período de estudo foi escolhido com intuito de possibilitar melhor recordação da experiência vivida, com riqueza de detalhes. No período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020, a equipe assistiu 22 parturientes, destas, três foram transferidas para o hospital de referência para parto hospitalar. As demais foram convidadas via telefone a participar da pesquisa, em que 14 aceitaram e compuseram a amostra. Houve recusa de participação por duas parturientes, e, em três, não foi possível obter contato telefônico.

Após abordagem inicial via telefone pela pesquisadora e manifesto interesse da mulher em participar da pesquisa, definiram-se data e hora para entrevista, considerando a disponibilidade da participante. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, entre março e maio de 2021.

Devido à pandemia da COVID-19 e em respeito ao distanciamento social, as entrevistas foram realizadas de forma on-line, pela plataforma *Google Meet*, gravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora. Previamente ao início da entrevista, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo o campo de consentimento pós-informação.

O instrumento utilizado foi dividido em duas partes: a primeira direcionada à coleta de dados sociodemográficos e histórico obstétrico, em que se investigaram idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, ocupação, data do parto e paridade. Para as multíparas, questionou-se sobre a via de parto nas gestações anteriores, bem como o local de parto (hospitalar/domiciliar).

A segunda parte foi composta por questões abertas relacionadas à experiência e às

motivações para o parto domiciliar planejado: “Eu gostaria que você relembresse e me dissesse os motivos que te levaram a escolher um parto domiciliar planejado?”; “Como foi para você a experiência do parto domiciliar planejado?”. Questões complementares foram utilizadas sempre que necessário. A duração média das entrevistas foi de 31 minutos.

Os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo<sup>(8)</sup>, sendo realizada, primeiramente, leitura flutuante e posterior exploração do material, com identificação das unidades de registro e definição das categorias.

Os preceitos éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme parecer nº 4.548.926. Com intuito de manter a discricção e o anonimato das participantes, adotou-se o uso de pseudônimo, definido pelas pesquisadoras.

## Resultados

Participaram do estudo 14 mulheres, com idade média de 33 anos, variando de 20 a 39 anos de idade. A maioria se declarou de cor branca, eram casadas e com ensino superior completo. Em relação à profissão, eram três do lar, três professoras, três psicólogas, uma instrutora de yoga, uma terapeuta, uma jornalista, uma fisioterapeuta e uma agrônoma.

Quanto ao histórico obstétrico das participantes, duas eram primíparas, tendo o primeiro parto no domicílio. Dentre as multíparas, sete tinham história de parto normal hospitalar, cinco tiveram mais de um parto domiciliar planejado e quatro tinham histórico de cesariana. Após leitura extenuante do material, emergiram quatro categorias: 1. Medo das práticas obstétricas hospitalares; 2. Autonomia e segurança no ambiente domiciliar; 3. Possibilidade da presença dos filhos; 4. Enfrentando tabus.

### 1. Medo das práticas obstétricas hospitalares

A perda da autonomia sobre o processo de parto no ambiente hospitalar esteve presente na fala das participantes, sendo uma das motivações para a decisão pelo PDP. Alguns depoentes relataram sentimentos de angústia e sofrimento, associados às rotinas hospitalares impostas e intervenções obstétricas realizadas em partos anteriores. O parir no hospital foi referido como evento traumático, e a insegurança nesse ambiente foi relatada por várias mulheres.

*Todas as intervenções são horríveis no hospital [...] eles [profissionais da saúde] não tem respeito nenhum, entram e saem de qualquer jeito [...] e sem contar as intervenções com o bebê depois, foi horrível, parece que o bebê é do hospital e não seu.* (Maria – 2 cesáreas e 1 PDP)

*[...] meu marido quase não pode entrar na sala [...] me obrigaram a ficar na posição ginecológica e foi totalmente desconfortável para mim [...] chamaram uma outra médica que subiu em cima de mim, foi muito difícil. Ele nasceu e praticamente não deixaram eu vê-lo. Foi um parto bem traumatizante [...] tinha medo de cair em um lugar que fosse muito ruim e isso nos levou a buscar outras opções para não ter que viver todos os traumas novamente.* (Lívia – 2 partos hospitalares e 1 PDP)

*[...] eu não queria hospital, eu não me sentia mais segura no hospital, o hospital virou um lugar de intervenção, e que se eu entrasse lá, a minha chance de cair em outra cesárea era muito grande, e eu não queria ser enganada de novo.* (Heloisa – 2 cesáreas e 2 PDP)

*[...] a minha experiência foi muito ruim [cesariana] eu fui ver minha filha muito tempo depois, depois de um barraco muito grande [...] não respeitaram nenhuma das minhas vontades* (Rosemeire – 1 cesárea, 1 parto hospitalar e 1 PDP).

*Eu fui ficar com ele somente 3 horas depois que ele tinha nascido, então, essas coisas me incomodaram bastante, era só mais um parto para o hospital e, aí, toda aquela correria, no centro cirúrgico, aquilo tudo de luz, isso me incomodou bastante.* (Marcela – 1 parto hospitalar e 1 PDP)

*[...] foram fazer os procedimentos que fazem no bebê, que demora, e essas horas que eu fiquei longe foi horrível, foi muito ruim, eu queria aquele cheiro sabe, eu queria meu bebê, eu queria amamentar, eu a queria muito perto de mim, eu estava ficando mal, angustiada.* (Ana – 1 parto hospitalar e 1 PDP)

### 2. Autonomia e segurança no ambiente domiciliar

Algumas participantes relataram se sentir segura em casa, e a intimidade com esse ambiente e a autonomia que a casa proporciona foram

elementos valorizados pelas depoentes, sendo citados tanto como pontos que influenciaram a decisão pelo PDP, como também pontos positivos na vivência do PDP.

*[...] e eu sempre me senti segura em casa, era uma coisa que, para mim, era natural [...] em casa, eu me sinto mais segura, eu me sinto melhor* (Eliana – 2 PDP).

*[...] a questão do ambiente pesa muito na escolha, porque uma coisa é você ficar na sua casa, com a sua roupa, do seu jeito, no ambiente que já lbe é seguro [...] a questão também da liberdade de se alimentar, de comer o que você tem vontade, na hora que quiser* (Augusta – 1 parto hospitalar e 1 PDP).

*[...] a questão do conforto, da familiaridade de você saber onde estão as coisas, você ficar numa posição confortável [...] é muito bom você estar na sua casa para ganhar a neném, eu acbei que esse (parto) foi maravilhoso* (Giseli – 1 PDP).

*[...] não tem ninguém lbe prendendo, lbe enchendo, você que guia, você que escolhe, é onde você quer, a posição que você quer, se você quer comer, se você não quer, se você quer ir no banheiro, ou se você não quer* (Maria – 2 cesáreas e 1 PDP).

*[...] eu fiquei andando, e eu estava no meu ambiente, eu acho que estar no seu ambiente é uma parte que favorece a parte do parto e, então, eu comi chocolate, comia as coisas que eu queria, na hora que eu queria, porque estava em casa, então, foi muito bom* (Marcela – 1 parto hospitalar e 1 PDP).

*[...] A minha liberdade também, eu pude ir à minha geladeira, pegar aquilo que eu realmente acredito que me ajudaria, acender a minha vela, o incenso, a minha liberdade de poder fazer da minha forma, foi incrível, a liberdade e a estabilidade emocional com certeza andaram juntas.* (Antônia – 1 PDP)

### 3. Possibilidade da presença dos filhos

A possibilidade da presença dos filhos no parto foi levantada por várias depoentes como importante fator que influenciou a escolha pelo PDP. A participação dos filhos foi relatada pelas depoentes como uma experiência que fortaleceu os laços entre os irmãos, diminuindo o sentimento de ciúmes.

*O principal motivo, que foi o mais relevante na época, foi em relação a minha outra filha, ela tinha três anos e eu ficava pensando como que ela não vai ver a irmã dela nascer, sabe, isso vinha muito forte na cabeça* (Augusta – 1 parto hospitalar e 1 PDP).

*O fato dos meus dois outros filhos poderem participar, não ativamente, mas estarem ali, porque nos Estados Unidos também tem essa diferença, lá os filhos puderam ficar o tempo todo no quarto comigo.* (Juliana – 2 partos hospitalares e 2 PDP)

*O segundo motivo, foi porque eu queria meus filhos, [...] eu queria a participação dos meus filhos.* (Heloisa – 2 cesáreas e 2 PDP)

*[...] eu pensava muito no meu outro filho em ir para o hospital, deixá-lo, nossa família não é daqui [...] então, eu pensava demais nisso, em ir para o hospital e deixá-lo* (Bianca – 1 cesárea e 1 PDP).

*[...] a questão da presença das minhas filhas [...] elas sentem orgulho de dizer que elas viram nascer, que elas estavam juntas, que elas presenciaram, que elas cuidaram, que elas pegaram no colo primeiro [...] eu acho até que essa forma diminuiu a questão do ciúmes, do sentimento de desprezo* (Augusta – 1 parto hospitalar e 2 PDP)

*[...] Eu gritava e ela (filha) falava: “mamãe vai dar tudo certo, você é corajosa” [...], e ela estava sem medo nenhum, ela estava ali na expectativa de ver o irmão.* (Franciele – 1 parto hospitalar e 1 PDP)

*Uma coisa interessante foi que as crianças não sentiram ciúmes, porque eles puderam participar (parto)* (Lívia – 2 parto hospitalar e 1 PDP)

#### 4. Enfrentando tabus

As mulheres entrevistadas relataram que, ao escolher o parto domiciliar e compartilhar essa decisão a familiares, as pessoas do núcleo próximo as consideravam retrógradas, que estava optando por um parto sem assistência, mesmo com os avanços da medicina, e, por isso, muitas decidiram por manter a escolha em segredo.

*Ninguém soube do nosso parto, eu preferi não ouvir crítica. Para algumas pessoas, você fala ‘tive em casa’, e ouve: como assim, como antigamente? Como assim, você está retrocedendo, tudo que a gente ganhou com a medicina, você opta por correr esse risco?* (Augusta - 1 parto hospitalar e 2 PDP)

*Todas as vezes que eu falava de parto em casa durante a minha gravidez, com as pessoas que eu confiava, que eram da minha família, elas achavam loucura, porque achavam que eram realmente sem assistência.* (Antônia – 1 PDP)

*[...] ninguém concordava “onde já se viu ter parto em casa, a medicina tá aí, evoluiu tanto e você vai ter parto em casa”. Quanto menos as pessoas souberem, menor seria o impacto com opiniões diferentes, a gente só pode compartilhar com quem compartilha da nossa ideia, se não, é só interferência desnecessária* (Bianca - 1 cesárea e 1 PDP).

*Quando a gente decidiu sobre o parto domiciliar, nós contamos para nossos familiares e amigos mais próximos, e todo mundo foi muito contra, todo mundo me chamou de louca, maluca.* (Lívia – 2 parto hospitalar e 1 PDP)

*[...] só que a minha família não sabia do parto domiciliar, a gente optou por não informar, era mais trabalhoso, ter que ficar dando satisfações, então, a gente optou por não falar para eles* (Franciele - 1 parto hospitalar e 1 PDP).

*Nós não contamos para os nossos familiares sobre essa escolha porque ainda tem muito preconceito com esse tipo de parto [...] é um tabu a ser vencido* (Marcela – 1 parto hospitalar e 1 PDP)

*Se nós estamos numa reunião, e alguém comenta que eu tive quatro partos domiciliares, aí eu sou taxada, isso é muito ruim* (Alessandra – 4 PDP)

## Discussão

Os resultados deste estudo permitiram compreender que as motivações das mulheres para a escolha pelo PDP estiveram relacionadas ao sentimento de medo das práticas obstétricas hospitalares, geralmente motivado pela vivência prévia de partos hospitalares experienciados de forma negativa e até mesmo traumática. A segurança no ambiente domiciliar, bem como a garantia da autonomia no processo de parto, e até mesmo a presença dos filhos nesse evento, foram motivações para a escolha do PDP e aspectos positivos na vivência deste. O preconceito e a resistência por parte da sociedade foram comumente relatados pelas mulheres que escolheram o PDP.

Quanto às práticas obstétricas hospitalares, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS), reiterada pelo Ministério da Saúde (MS), oriente as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o modelo obstétrico vigente no Brasil ainda se caracteriza pelo uso das intervenções que não respeitam o ritmo e as necessidades naturais da mulher no processo de parto<sup>(1)</sup>.

Estudo realizado com 1.290 gestantes que visitavam a exposição Sentidos do Nascer, montada em cinco cidades brasileiras, no período de 2015 a 2017, mostrou que entre as mulheres que tiveram parto vaginal, 46,4% ficaram na posição litotômica no momento do parto, em 23,7% foi realizada a manobra de Kristeller e em 30,4%, a episiotomia, procedimento não foi informado para todas as mulheres<sup>(9)</sup>.

Em contraponto, estudos nacionais e internacionais<sup>10</sup> demonstram que partos domiciliares planejados estão associados ao menor risco de intervenções maternas, em comparação com os partos hospitalares em gestantes de baixo risco. Outro estudo descritivo realizado com



667 mulheres que tiveram partos domiciliares planejados no Brasil, entre dezembro de 2014 e novembro de 2015, evidenciou que 99,1% das mulheres pariram em posição não litotômica e nenhuma foi submetida à episiotomia, apesar de 5,4% terem sido submetidas a amniotomia, 0,2% a manobra de Kristeller e 0,4% ao uso de ocitocina<sup>11</sup>.

A recomendação atual do MS para assistência às mulheres em trabalho de parto inclui a oferta de líquidos e dieta leve, para mulheres que não estão sob efeito de opioides e não apresentem fatores de risco para anestesia geral. A ingestão de líquidos e dietas leves minimiza o uso de soluções intravenosas à base de glicemia, no qual podem ocasionar hipoglicemia no bebê e, ainda, restringe os movimentos da mulher<sup>(12)</sup>.

Contudo, estudos mostram que os profissionais que assistem o parto no Brasil, preservam a dieta zero durante o trabalho de parto, alegando a prevenção contra náuseas e vômitos<sup>(1)</sup>. Desse modo, estudo realizado com 40 puérperas de parto vaginal, no município de Maceió, Brasil, apontou que a restrição alimentar no trabalho de parto e parto culminou no uso de infusões intravenosas com ocitocina<sup>(13)</sup>.

Preconiza-se, também, minimizar a separação entre o binômio mãe e bebê, estimulando o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, e os procedimentos de rotina, como pesar, medir e realizar o primeiro banho devem ser postergados<sup>(12)</sup>. Os benefícios do respeito às práticas da hora dourada, caracterizada pela primeira hora após o nascimento, como o contato pele a pele e o clampeamento em tempo oportuno do cordão umbilical, são salientados na melhor adaptação do recém-nascido à vida extrauterina<sup>14</sup>, pois auxilia nos mecanismos de autorregulação do recém-nascido, dentre eles, a manutenção da temperatura corporal<sup>(15)</sup>.

Contudo, a literatura aponta que a assistência prestada no contexto hospitalar diverge, em maioria, com o que é recomendado. Essa realidade pode ser evidenciada por pesquisa realizada em estado brasileiro, em que de 351 nascimentos, apenas 28,0% dos recém-nascidos entraram em contato pele a pele e foram

amamentados logo após o nascimento<sup>(16)</sup>. Os dados desta pesquisa condizem com os relatos das participantes deste estudo, em que as boas práticas não foram respeitadas, desfavorecendo o vínculo entre mãe e bebê.

Alguns estudos internacionais<sup>(17)</sup> demonstram que o parto domiciliar planejado, além de favorecer a amamentação precoce, também está associado às taxas maiores de amamentação prolongada. Pesquisa realizada na Espanha identificou que 99% das mulheres que tiveram parto domiciliar planejado optaram por amamentar, dessas, 96,3% (n=790) continuaram amamentando por mais de um ano<sup>(18)</sup>.

A ambiência do local de parto influencia o processo de parto, podendo favorecê-lo ou prejudicá-lo. O conforto térmico, luminoso e sonoro influencia diretamente a evolução do trabalho de parto<sup>(12)</sup>. A ambiência do local de parto onde a mulher está inserida diz respeito ainda às relações interpessoais presentes, a fim de que sejam acolhedoras e humanizadas, respeitando as características socioculturais e as vontades de cada mulher<sup>(19)</sup>.

O afastamento da família no processo de parto ocorreu com a institucionalização do parto, a partir da década de 1930, no qual a mulher desapoderou-se do protagonismo do parto<sup>(20)</sup>. A presença de acompanhantes no parto, estes sendo da escolha da mulher, contribui no processo de parto, pois configura-se como apoio emocional. Ainda, a garantia do direito de escolha de um acompanhante à mulher favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto<sup>(21)</sup>, além de estar associado a uma maior satisfação da mulher com o processo de parto<sup>(22)</sup>.

No entanto, a realidade do cumprimento da Lei nº11. 108/ 2005, que garante a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no ambiente hospitalar, defronta-se com vários impedimentos, como as limitações físicas dos serviços, que dificultam a inserção do acompanhante durante o processo de parto, seguida pela resistência de profissionais de saúde<sup>(23)</sup>. As instituições hospitalares que insistem no descumprimento desta lei fundamentam-se no sistema tecnocrático e

medicalizado, e acreditam que o acompanhante pode atrapalhar o processo de parto<sup>(23)</sup>.

Por fim, o presente estudo possibilitou identificar que a escolha e a vivência do PDP foram atreladas a julgamentos e resistência por parte da sociedade. De modo a corroborar com a vivência descrita pelas mulheres participantes deste estudo, outras pesquisas também demonstram que a mulher ou o casal que decide pelo PDP, optam por não expor a decisão, pois é vista como irresponsável e desinformada, colocando a vida do filho em risco, por dispensar as tecnologias existentes no ambiente hospitalar<sup>(24-25)</sup>.

Revisão sistemática e metanálise investigou se o risco de perda fetal ou neonatal difere entre as mulheres que planejaram parto domiciliar em comparação com as gestantes de baixo risco que planejaram parto hospitalar, e não se encontrou diferença significativa por local pretendido de parto nos resultados de mortalidade perinatal ou neonatal<sup>(26)</sup>.

Estudo de corte retrospectivo, conduzido no estado de Washington, nos Estados Unidos, investigou os resultados maternos e perinatais de partos domiciliares planejados e realizados em casa de parto, e evidenciou que entre os 10.609 partos analisados (40,9% domiciliares planejados e 59,1% partos planejados em casa de parto), ambos os locais de parto apresentaram riscos semelhantes nas análises brutas e ajustadas, com baixas taxas de complicação e taxa de mortalidade perinatal de 0,57 por 1.000 nascimentos<sup>(17)</sup>. Apesar dessas evidências, a sociedade e os profissionais de saúde comumente emitem críticas e juízos de valor a mães e pais que optam pelo parto domiciliar<sup>(27-28)</sup>.

A metodologia utilizada no presente estudo impossibilita generalizações, e os resultados encontrados podem diferir de acordo com o local e a população de estudo. Apesar dessa limitação, a metodologia aplicada possibilitou a análise aprofundada de aspectos importantes que estão envolvidos na decisão pelo PDP, bem como a respectiva vivência.

O estudo contribui para o conhecimento acerca do tema, visto que a produção nacional sobre o assunto ainda é limitada. Os resultados

trazem elementos importantes para a reflexão e o debate acerca do modelo obstétrico vigente, visto que entre as motivações para a escolha do PDP, encontra-se a experiência prévia negativa de um parto hospitalar, marcada pelo desrespeito, pela perda da autonomia e imposição de intervenções e rotinas que não condizem com as boas práticas de assistência ao parto.

## Conclusão

A decisão das mulheres pelo PDP, entre outros aspectos, está atrelada ao medo das práticas obstétricas hospitalares, à segurança no ambiente domiciliar e à garantia da autonomia no processo de parto, o que também inclui a possibilidade da participação dos filhos. A decisão pelo PDP é comumente realizada pelo casal e, muitas vezes, mantida em confidência, pois o julgamento e preconceito são comuns.

A grande parte das mulheres brasileiras irão escolher o ambiente hospitalar para o processo de parto, sendo esta, atualmente, a única opção para a grande maioria. Assim, urgem mudanças no cenário obstétrico brasileiro, a fim de garantir experiência efetivamente segura e positiva a mulheres e famílias. E, para mulheres e famílias que desejam o PDP, essa escolha deve ser assegurada, respeitada e atendida de forma profissional e capacitada.

## Colaborações

1 – Concepção e planejamento do projeto: Maria Eduarda Floriano e Marcela de Andrade Pereira Silva;

2 – Análise e interpretação dos dados: Maria Eduarda Floriano, Marcela de Andrade Pereira Silva e Josane Rosenilda da Costa;

3 – Redação e/ou revisão crítica: Maria Eduarda Floriano e Marcela de Andrade Pereira Silva;

4 – Aprovação da versão final: Maria Eduarda Floriano e Marcela de Andrade Pereira Silva.

## Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

## Referências

1. Leal MC, Bittencourt SA, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Caderno Saúde Pública*, 2019;35(7):e00223018. DOI: <https://10.1590/0102-311X00223018>
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Estatísticas Vitais. Nascidos Vivos. Brasília, DF, 2019.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxas de partos cesáreos. Brasília, DF, 2019.
4. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57. DOI: [https://10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
5. Castro CM. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. *Cad. Saude Colet*. 2015;23(1):69-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500010012>
6. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: Uma revisão sistemática nacional. *Ciência. Saúde coletiva*. 2020;25(4):1433-43. DOI: <https://10.1590/1413-81232020254.13582018>
7. Rossi A C, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018;222:102-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.016>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM., Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(8):2811-23. DOI: <https://10.1590/1413-81232018248.30102017>
10. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018 Jul;62:240-255. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727829/>
11. Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2018 Nov 23;52:e03371. English, Portuguese, Spanish. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30484484/>.
12. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2017. 2021/09/20. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
13. Pinto LMTR, Trezza MCSF, Santos AAP, Melo GCM, Silva JMOS, Oliveira LLF. O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017;25: e14205. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.14205>
14. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nurs Womens Health*. 2017;21(6):462-472. DOI: <http://10.1016/j.nwh.2017.10.011>
15. Ruschel LM, Pedrini DB, Cunha MLC. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2018;39: e 20170263. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170263>
16. Ledo BC, Goes FGB, Santos AST, Ávila FMVP, Silva ACSS, Bastos MPC. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Escola Anna Nery*. 2021;25(1):e20200102. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102>
17. Nethery E, Schummers L, Levine A, Caughey AB, Souter V, Gordon W. Birth Outcomes for Planned Home and Licensed Freestanding Birth Center Births in Washington State. *Obstet Gynecol*. 2021 Nov 1;138(5):693-702. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8522628/>
18. Galera-Barbero, T. M.; Aguilera-Manrique, G. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **2021**, *18*, 3784. DOI: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3784>
19. Dias PF, Miranda TPS, Santos RP, Paula EM, Bem MMS, Mendes MA. Concept formation of ambience for labor and normal institutionalized delivery. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(Suppl 3):348-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0698>
20. Vendruscolo CT, Krueel CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao



- médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*. 2015;16(1):95-107. 2021/09/18. Available from: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>
21. Monguilhott JJC, Bruggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev. Saúde Pública*. 2018;52:1. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>
  22. Lopes F, Nakamura MU, Nomura RMY. Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth*. 2021;48:251-56. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12534>
  23. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Souza MRP. O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. *Texto Contexto Enfermagem*. 2017; 26(3):e5570015. DOI: <https://doi.org/10.1590/01007072017005570015>
  24. Collaço VS, Santos EKA, Souza KV, Alves HV, Zampieri MF, Gregório VRP. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da equipe Hanami. *Texto Contexto Enfermagem*. 2017;26(2):e6030015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006030015>
  25. Oliveira VJ, Penna CMM. O Discurso da Violência Obstétrica na Voz das Mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. 2017;26(2):e060500015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
  26. 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* 14 (2019) 59-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
  27. Galera-Barbero TM, Aguilera-Manrique G. Experience, perceptions and attitudes of parents who planned home birth in Spain: A qualitative study. *Women Birth*. 2022 Nov;35(6):602-611. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35078742/>
  28. Volpato F, Costa R, Brüggemann OM, Monguilhott JJC, Gomes IEM, Colossi L. Information that (de)motivate women's decision-making for Planned Home Birth. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021 74(4):e20200404. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>

Recebido: 1 de julho de 2022

Aprovado: 26 de abril de 2023

Publicado: 02 de agosto de 2023



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.