

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

Escola de Enfermagem

Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica Modalidade Residência - CEEO

Maria Eduarda Coelho Claudino

**ACESSO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO PELO SUS EM BELO
HORIZONTE: experiências das mulheres**

Belo Horizonte
2025

Maria Eduarda Coelho Claudino

**ACESSO AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO PELO SUS EM BELO
HORIZONTE: experiência das mulheres**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Modalidade Residência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para o título de Enfermeira Obstétrica.

Orientadora: Profa. Dra. Nágela Cristine Pinheiro Santos

Belo Horizonte
2025

Claudino, Maria Eduarda Coelho.

C615a Acesso ao parto domiciliar planejado pelo SUS em Belo Horizonte [recursos eletrônicos]: experiência das mulheres. / Maria Eduarda Coelho Claudino. - - Belo Horizonte: 2025.

54f.: il.

Formato:
PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Cristine Pinheiro Santos.

Área de concentração: Enfermagem Obstétrica.

Monografia (Especialização): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Parto Domiciliar. 3. Parto Normal. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Santos, Cristine Pinheiro. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 157



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA - MODALIDADE RESIDÊNCIA - CEEO

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Aos 25 dias do mês de abril de 2025, em sessão pública por web conferência utilizando a plataforma meet, a Comissão Avaliadora composta pela Profª Drª Nágela Cristine Pinheiro Santos (orientadora), Profª Drª Rafaela Siqueira Costa Schreck e Enfermeira Obstétrica Tatiany de Araújo Fonseca, reuniu-se para avaliação do trabalho final intitulado “Acesso ao parto domiciliar planejado pelo SUS em Belo Horizonte: experiências das mulheres” da especializanda residente Maria Eduarda Coelho Claudino do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência. A avaliação do trabalho obedeceu aos critérios definidos pela Coordenação do Programa, a saber: I) Quanto ao documento escrito: redação e observância de normas da ABNT/Vancouver; relevância do tema; delimitação do problema e/ou justificativa; revisão de literatura (abrangência, pertinência e atualização); descrição da metodologia (coerência com objetivos); resultados alcançados e considerações finais. II) Quanto à apresentação oral: estruturação e ordenação do conteúdo da apresentação, coerência com o trabalho escrito. No processo de avaliação, a residente obteve um total de 95 pontos, conceito A, sendo considerada **Aprovada**. Participaram da banca examinadora os abaixo indicados, que, por nada mais terem a declarar, assinam eletronicamente a presente ata.

Belo Horizonte, 25 de abril de 2025.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Nágela Cristine Pinheiro Santos, Professora do Magistério Superior**, em 30/04/2025, às 09:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafaela Siqueira Costa Schreck, Professora do Magistério Superior**, em 08/05/2025, às 20:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tatiany de Araújo Fonseca, Usuária Externa**, em 21/05/2025, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Eduarda Coelho Claudino, Usuária Externa**, em 21/05/2025, às 15:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4169853** e o código CRC **F6656E96**.

RESUMO

Introdução: O Parto Domiciliar Planejado (PDP) caracteriza-se por práticas obstétricas baseadas nas melhores evidências científicas, sendo uma assistência menos intervencionista. Essa abordagem estimula a liberdade de posições durante o trabalho de parto e parto, o fortalecimento do vínculo entre mãe, família e recém-nascido, além de promover a autonomia da mulher e diversos outros benefícios. **Objetivo:** Analisar o acesso das mulheres ao PDP ofertado por uma equipe vinculada ao Sistema Único de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo os dados coletados por meio de amostragem por *snowball* (ou bola de neve). As participantes do estudo foram 14 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado assistidas por uma equipe de um hospital do SUS, no município de Belo Horizonte, em Minas Gerais, no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2024. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo segundo Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Foram identificadas quatro categorias temáticas principais: 1- Motivação para escolha do PDP, 2- A experiência do PDP, 3- Recomendação do PDP a partir do vivido e 4- O acesso ao PDP pelo SUS. As mulheres que tiveram acesso ao parto domiciliar planejado oferecido por um hospital público e filantrópico de Belo Horizonte: em sua maioria, foram mulheres brancas, com alta escolaridade, renda média a alta, casadas, multíparas, entre 23 e 40 anos de idade. **Discussão.** A análise dos dados mostra que as mulheres que escolhem o parto domiciliar procuram por uma assistência respeitosa, individualizada, baseada em boas práticas e o acesso a equipe do SUS foi relativamente facilitada apesar da estratificação de risco. **Considerações finais:** No Brasil, o parto domiciliar planejado para mulheres de baixo risco obstétrico deve garantir o acesso pelo SUS, como uma forma de assegurar direitos, escolhas, boas práticas na assistência ao parto e proporcionar experiências positivas para mulheres, bebês e famílias. Para isso, é importante promover debates e ações políticas que fortaleçam essa prática.

Palavras-chave: enfermagem obstétrica; parto domiciliar; parto normal.

ABSTRACT

Introduction: Planned Home Birth (PBD) is characterized by obstetric practices based on the best scientific evidence, offering less interventionist care. This approach encourages freedom of position during labor and delivery, strengthens the bond between mother, family, and newborn, and promotes women's autonomy and several other benefits. **Objective:** To analyze women's access to PBD offered by a team affiliated with the Unified Health System (SUS). **Methodology:** This is a qualitative study, with data collected through snowball sampling. The study participants were 14 women who had planned home births assisted by a team from a SUS hospital in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, from December 2013 to February 2024. The data were subjected to Bardin Content Analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Four main thematic categories were identified: 1- Motivation for choosing PDP, 2- PDP experience, 3- PDP recommendation based on experience, and 4- Access to PDP through the SUS (Unified Health System). Women who had access to planned home birth offered by a public and philanthropic hospital in Belo Horizonte were mostly white, highly educated, with middle to high income, married, multiparous, and between 23 and 40 years of age. **Discussion:** Data analysis shows that women who choose home birth seek respectful, individualized care based on best practices, and access to the SUS team was relatively easy despite risk stratification. **Final considerations:** In Brazil, planned home birth for women at low obstetric risk should guarantee access through the SUS (Unified Health System) as a way to ensure rights, choices, good practices in childbirth care, and provide positive experiences for women, babies, and families. To this end, it is important to promote debates and political actions that strengthen this practice.

Keywords: obstetric nursing; home birth; natural birth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica da cadeia de referência do estudo	16
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
EO	Enfermeira Obstétrica
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ITU	Infecção do Trato Urinário
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Parto Cesárea
PD	Parto Domiciliar
PDP	Parto Domiciliar Planejado
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNRH	Pré-Natal de Risco Habitual
PV	Parto Vaginal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VO	Violência Obstétrica
WOS	Web of Science

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	Objetivo geral	12
2.1	Objetivos específicos	12
3	PERCURSO METODOLÓGICO	13
3.1	Cenário para o PDP no SUS	13
3.2	Participantes do estudo	14
3.3	Coleta de dados	14
3.4	Análise de dados	16
3.5	Aspectos éticos	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
4.1	Caracterização do cuidado à mulher durante o parto domiciliar	19
4.2	Categorias temáticas	32
4.2.1	Categoria: Motivação para a escolha do PDP	32
4.2.2	Categoria: A experiência do PDP	34
4.2.2.1	Benefícios do PDP	34
4.2.2.2	A percepção da mulher acerca do preparo da equipe para o PDP	36
4.2.3	Categoria: Recomendação do PDP a partir do vivido	38
4.2.4	Categoria: O acesso ao PDP pelo SUS	39
4.2.4.1	O percurso até o PDP	40
4.2.4.2	Fragilidades do acesso ao PDP	41
4.2.4.3	Ampliação do acesso do PDP pelo SUS	41
	CONCLUSÃO	43
	Potencialidades do estudo	44
	Limitações do estudo	44
	REFERÊNCIAS	45
	Anexo I – Instrumento de coleta de dados	50
	Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento no Brasil passou por diversas mudanças ao longo do tempo, mudanças essas que contribuíram para que esse momento se tornasse cada vez menos fisiológico e mais sujeito a intervenções. De acordo com os valores culturais da contemporaneidade, o parto deixou de ser um evento natural e pertencente à mulher e à família, passando a ser um acontecimento patologizado, hospitalocêntrico e sob domínio da medicina (Lessa; Tyrrell; Alves; Rodrigues, 2018).

O aumento do número de partos cirúrgicos no Brasil tem sido alvo de atenção mundial, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesariana se mantenha entre 10 a 15%. No entanto, o Brasil se destaca como um dos países com as maiores taxas de cesáreas do mundo, apresentando índices que variam em torno de 46% nas unidades de saúde pública e chegando a 88% nas unidades da rede privada (Cursino; Benincasa, 2020).

A cesariana, quando devidamente indicada, pode contribuir na redução de desfechos adversos maternos e fetais, sendo, em muitos casos, um procedimento capaz de salvar vidas. Entretanto, sua realização de maneira indiscriminada, sem respaldo em critérios clínicos bem definidos, caracteriza-se como um evento iatrogênico, sem impacto positivo na redução da morbimortalidade materna e fetal, além de estar associada a riscos e complicações evitáveis (Cursino; Benincasa, 2020).

Para além dos riscos inerentes aos partos cirúrgicos, é importante destacar que o ambiente hospitalar se configura também como um cenário propício à realização de diversas intervenções obstétricas, muitas vezes desnecessárias, as quais podem contribuir para experiências negativas e desfechos desfavoráveis. Nesse contexto, observa-se que, ao submeter a parturiente a uma intervenção desnecessária, esta passa a estar mais vulnerável a um processo contínuo de intervenções subsequentes, além de potencialmente exposta à violência obstétrica institucional (Cursino; Benincasa, 2020).

Como estratégia de enfrentamento desse cenário, diversas políticas públicas e programas foram implementados no Brasil, com o objetivo de promover melhores práticas obstétricas e reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal. Dentre essas iniciativas, destacam-se a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a implantação da Rede Cegonha, além dos incentivos à formação e ampliação do número de enfermeiras obstétricas atuando na assistência ao parto e nascimento. Soma-se a essas ações o estímulo à criação de Centros de Parto Normal (CPN) em diferentes regiões do país, buscando garantir um cuidado mais humanizado, seguro e baseado em evidências científicas (Cursino; Benincasa, 2020).

Diante desse contexto, observa-se que, com o aumento do acesso à escolaridade, informações de qualidade e, muitas vezes, em decorrência de experiências obstétricas anteriores negativas, um número crescente de mulheres e famílias têm buscado por serviços de saúde que ofereçam uma assistência mais qualificada, respeitosa e centrada na mulher. Nesse cenário, destaca-se o crescimento dos partos domiciliares planejados (PDP), modalidade de assistência que vem ganhando visibilidade e adesão nos últimos anos (Cursino; Benincasa, 2020).

Os PDPs são fundamentados em boas práticas obstétricas e científicas, caracterizando-se por uma assistência menos intervencionista, que estimula a liberdade de posições durante o trabalho de parto, a deambulação e a autonomia da mulher. Além disso, favorecem o fortalecimento do vínculo entre mãe, família e recém-nascido, proporcionando diversos outros benefícios (Koettker et al., 2018).

Vale destacar que os partos domiciliares são práticas consolidadas em vários países, como Canadá, Austrália e Reino Unido, contrariando a concepção tradicional de que o parto deve ocorrer exclusivamente em ambiente hospitalar e medicalizado. Desta forma, evidências científicas apontam que, quando realizados de forma planejada, com equipe qualificada e critérios adequados de segurança, os PDPs se mostram seguros, favorecendo experiências positivas e desfechos obstétricos satisfatórios (Lessa; Tyrrell; Alves; Rodrigues, 2018).

O domicílio, enquanto local escolhido para o parto, representa um ambiente acolhedor, familiar, confortável, seguro e promotor de privacidade. Trata-se, ainda, de um espaço que pode ser adaptado de acordo com os desejos da parturiente, permitindo a criação de uma ambiência personalizada, favorecendo, assim, a sua autonomia. O parto domiciliar, quando assistido por enfermeira obstétrica, está associado a menores chances de intervenções desnecessárias, o que, consequentemente, contribui para a promoção de experiências mais positivas para a mulher (Prates, et al., 2018).

Entretanto, este modelo de assistência ainda não é acessível a todas as mulheres, uma vez que sua recomendação se restringe, predominantemente, às gestações de baixo risco e, em geral, não é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Dessa forma, o acesso ao parto PDP acaba sendo limitado, sobretudo, às mulheres com maior poder aquisitivo, tanto no que se refere ao acesso à informação sobre a segurança desse tipo de parto, quanto em relação aos recursos financeiros necessários para custear essa prática, que ainda se configura como um privilégio (Cursino; Benincasa, 2020).

Em um hospital público, 100% SUS, filantrópico e de direito privado, localizado na periferia de Belo Horizonte, em Minas Gerais, essa modalidade de assistência é ofertada por uma equipe de enfermeiras obstétricas.

Dessa forma, este estudo se justifica pela necessidade de ampliar o debate sobre o acesso ao parto domiciliar planejado no SUS, contribuindo para o fortalecimento dos estudos relacionados a essa temática, que abrange a importância de um cuidado obstétrico mais equitativo, seguro e respeitoso para todas as mulheres.

Em consonância com a inquietação da autora quanto à investigação do acesso ao parto domiciliar pelo SUS em Belo Horizonte, formulou-se a seguinte questão norteadora: **Como se dá o acesso das mulheres ao parto domiciliar planejado ofertado pelo SUS em Belo Horizonte?**

2. OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso das mulheres ao PDP ofertado por uma equipe vinculada ao SUS.

2.1 Objetivos específicos

Compreender o percurso que as mulheres realizam no SUS para ter o PDP

Identificar os principais fatores que contribuem para que as mulheres escolham o PDP

Investigar o perfil sociodemográfico das mulheres que acessam o Parto Domiciliar Planejado (PDP) por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008, p. 27), “algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação” o que faz com que possuam grande semelhança com pesquisas exploratórias (Gil, 2008).

O processo descritivo é realizado mediante observação, registro e análise das características que se relacionam com o fenômeno em questão. Esse tipo de pesquisa pode ser compreendido como um estudo no qual se realiza a análise das relações entre as variáveis para, posteriormente, determinar os efeitos resultantes (Perovano, 2014).

Enquanto isso, a abordagem qualitativa refere-se ao nível subjetivo e às relações sociais, baseando-se nos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser quantificados. Tem por objetivo explicar as nuances que se apresentam como resultado da atividade relacional, podendo ser compreendida por meio da vivência, do cotidiano e da explicação do senso comum (Minayo, 2013).

Inicialmente, com o objetivo de subsidiar a compreensão da temática, realizou-se uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Web of Science (WOS) e Scopus, utilizando os descritores 'parto domiciliar' e 'Brasil'. Em um primeiro momento, foram identificados 105 estudos científicos. Na sequência, aplicaram-se os filtros: disponibilidade de texto completo, idiomas português, inglês e espanhol, e publicações dos últimos dez anos, o que resultou na seleção de 73 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos, além da exclusão de artigos duplicados, 38 publicações apresentaram relação direta com a temática desta pesquisa.

Observou-se, portanto, um quantitativo ainda reduzido de estudos que abordam a temática, evidenciando uma lacuna teórica significativa na produção científica sobre os partos domiciliares no contexto brasileiro. Ainda assim, esta etapa de levantamento bibliográfico contribuiu para a construção de um importante arcabouço teórico, fundamental para a estruturação do estudo e para a fundamentação da análise dos resultados.

3.1 Cenário para o PDP no SUS

Desde 2013, uma instituição filantrópica de direito privado, localizada na periferia de Belo Horizonte (BH) e que realiza atendimentos 100% pelo SUS, oferta o PDP a todas as mulheres residentes no município, independentemente de sua condição socioeconômica, desde que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos pela equipe.

Estes critérios incluem: gestação de risco habitual; idade gestacional entre 37 e 41 semanas; feto único em apresentação cefálica; peso fetal estimado inferior a 4000g; além de residir em local que permita o deslocamento ao hospital em, no máximo, 30 minutos.

Entre as contraindicações estabelecidas pela equipe estão: histórico de cesariana prévia; cultura positiva para *Streptococcus* do grupo B; infecção do trato urinário (ITU) no terceiro trimestre não tratada ou sem controle de cura. Durante o período da pandemia de Covid-19, gestantes que testaram positivo para a doença em algum momento da gestação e/ou não estavam vacinadas contra o vírus foram consideradas inelegíveis para o Parto Domiciliar Planejado (PDP).

A assistência é prestada por enfermeiras obstétricas (EO) vinculadas ao hospital. A mulher interessada no serviço pode entrar em contato com a equipe a partir de 35 semanas de gestação, momento em que é realizada uma primeira avaliação clínica e social, visando identificar se aquela gestante apresenta condições favoráveis para a realização do parto domiciliar.

As enfermeiras obstétricas responsáveis pelo PDP ofertam a continuidade na assistência ao pré-natal de risco habitual (PNRH) das gestantes elegíveis. Durante as consultas, além da avaliação obstétrica, são considerados aspectos do contexto familiar, as condições do ambiente domiciliar, as motivações que levaram à escolha pelo PDP, bem como são esclarecidos os riscos, benefícios e demais dúvidas apresentadas pelas mulheres, respeitando-se suas demandas e particularidades.

O cuidado com o Parto Domiciliar Planejado foi interrompido pela instituição em fevereiro de 2024.

3.2 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram 14 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado, assistidas por uma equipe de um hospital do SUS no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2024. Houve apenas uma recusa de participação. Ressalta-se que nenhuma das participantes estava gestante no momento da realização desta pesquisa.

3.3 Coleta de dados

A técnica metodológica utilizada para a execução desta pesquisa foi a amostragem por *snowball* (ou bola de neve). Essa técnica consiste em um processo de recrutamento de participantes por meio de indicações sucessivas, em que cada respondente sugere um novo

participante que se enquadre nos critérios previamente estabelecidos pela pesquisa. O recrutamento ocorre de forma contínua até que os objetivos do estudo sejam alcançados ou que se verifique a saturação das informações, ou seja, quando novos participantes não acrescentam dados significativos à investigação (Vinuto, 2014).

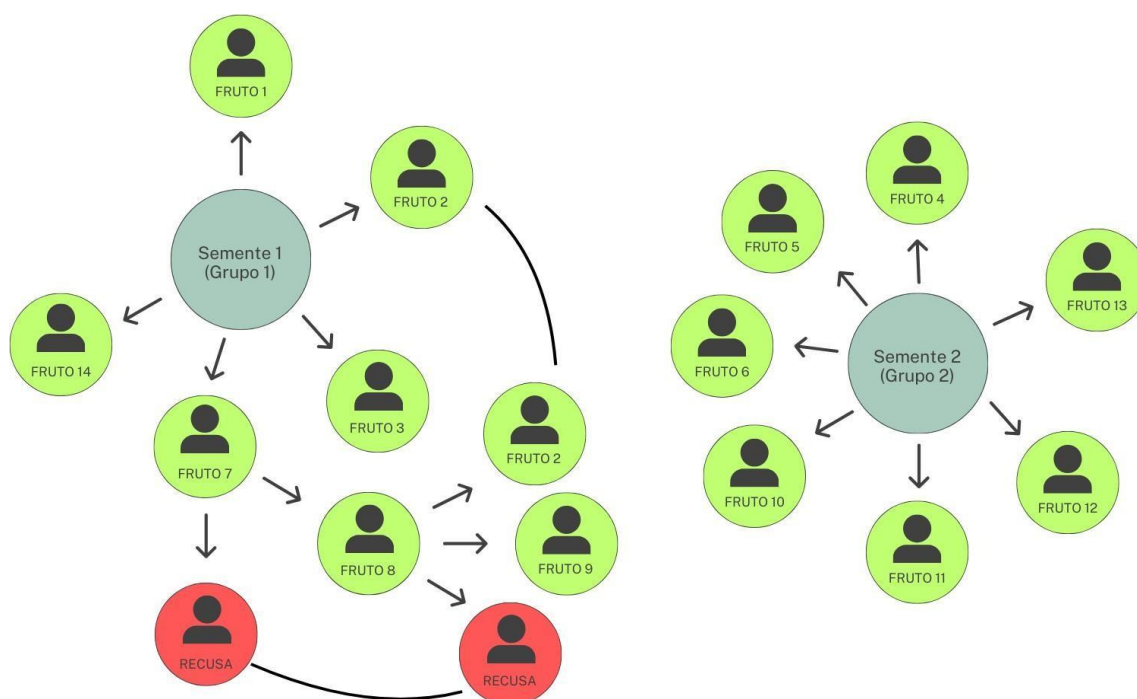
O convite para participação na pesquisa foi inicialmente divulgado nas redes sociais, por meio de duas fontes distintas compostas por mulheres que haviam vivenciado o Parto Domiciliar Planejado (PDP) ofertado pelo SUS. A estratégia de divulgação foi realizada de forma simultânea, cada um considerado como uma “semente” no processo de amostragem em cadeia (*snowball sampling*), sendo denominados Semente 1 e Semente 2 (Figura 1).

As participantes que aceitaram participar do estudo responderam a um questionário online (anexo I), elaborado pelas pesquisadoras por meio da plataforma Google Forms[®]. Aquelas que acessaram e responderam ao questionário, a partir da divulgação em cada fonte, foram denominadas de “frutos”, sendo identificadas numericamente conforme a ordem de resposta, a fim de garantir a organização dos dados e preservar o anonimato das participantes. Dessa forma, por exemplo, a primeira respondente foi identificada como “F1” (Fruto 1), e assim sucessivamente.

A coleta de dados ocorreu exclusivamente de forma remota, por meio do formulário eletrônico, enviado via aplicativo de mensagens WhatsApp[®]. O convite para participação no estudo era acompanhado de uma breve apresentação da pesquisa, contendo informações acerca dos objetivos, justificativa e relevância do estudo. Além disso, as participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo II), no qual eram informadas sobre os critérios de inclusão, os riscos e benefícios decorrentes da participação, bem como garantida a liberdade e o direito de recusa ou desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem quaisquer prejuízos.

A efetivação da participação somente ocorria mediante aceite e assinatura do TCLE, momento em que o formulário era disponibilizado para preenchimento e posterior envio.

Figura 1 - Representação gráfica da cadeia de referência do estudo.



Fonte: Dados da pesquisa

3.4 Análise dos dados

Para a análise dos dados qualitativos desta pesquisa, foram seguidos os fundamentos de Bardin (2016) com as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa de pré-análise consistiu em um momento de organização, operacional e sistemático, das ideias com o auxílio tecnológico de ferramentas pelo computador. De acordo com Bardin (2016, p. 125) “esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final”. A segunda etapa, de exploração do material, consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas, sobretudo em codificação. Entrementes, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que consistem na terceira etapa de acordo com Bardin (2016, p. 131), “os resultados brutos são tratados de maneira a serem a serem significativos (‘falantes’) e válidos” de grande importância para a análise com resultados relevantes e, então, finalmente, com a possibilidade para propor inferências e interpretações acerca dos objetivos almejados (Bardin, 2016).

O processo de análise dos formulários culminou na identificação de oito eixos temáticos

e 84 unidades de registro, sendo eles:

Eixos temáticos	Unidades de registro
Acesso e facilidade no atendimento	"fácil", "pouca procura", "não era tão simples", "contato direto com profissional", "solícitos", "acolhedores", "explicação", "pré-natal no HSF", "disponibilidade", "confirmação da assistência em tempo oportuno", "informação de quais profissionais prestarão assistência", "tempo de deslocamento".
Ambiente do domicílio e conforto emocional:	"estar em casa", "estar em família", "aconchego", "conforto", "ambiente acolhedor", "acolhimento", "intimidade", "calmo", "estar à vontade", "liberdade de deambulação/posições", "música", "comida", "pós-parto em casa", "privacidade", "alegre", "prazeroso", "liberdade".
Segurança e confiança:	"segurança", "monitorização", "ambulância", "equipamentos", "responsabilidade", "suporte à amamentação", "risco habitual", "seu próprio ritmo", "confiança", "rápida recuperação".
Assistência humanizada e de qualidade:	"boa assistência", "equipe preparada", "equipe de qualidade", "formação", "qualificação", "competência", "condutas bem estabelecidas", "evidências científicas", "experiência", "humanização", "sensibilidade", "disposição", "instrução", "conhecimento", "comunicação".
Protagonismo e autonomia da mulher:	"protagonismo", "respeito à fisiologia", "respeito", "não sofrer violência obstétrica (V.O.)", "menos intervenções", "protagonismo", "poder de decisão", "força", "exercer maternidade".
Medos e receios relacionados ao parto hospitalar	"medo de violência obstétrica (V.O.)", "medo de cesariana mal indicada", "medo de anestesia", "desencontros de informação".
Benefícios e satisfação com a experiência	"prazer", "maravilhoso", "plenitude", "alegria", "experiência", "benefícios", "conexão".

Direitos e ampliação do acesso ao PDP	"necessário", "revolucionário", "avanço", "direitos", "essencial", "importante", "acessibilidade", "oportunidade", "humanização do parto", "reduzir o sistema hospitalocêntrico", "aumento da capacitação profissional", "aumento de empregos", "individualização do parto".
---------------------------------------	--

Fonte: Dados da pesquisa

A partir dos eixos temáticos principais presentes nos discursos das participantes, foram identificadas e elencadas em quatro categorias temáticas e subcategorias relacionadas ao objeto de pesquisa investigado:

- Motivação para a escolha do PDP
- A experiência do PDP
 - Benefícios do PDP
 - A percepção da mulher acerca do preparo da equipe para o PDP
- Recomendação do PDP a partir do vivido
- O acesso ao PDP pelo SUS
 - O percurso até o PDP
 - Fragilidades do acesso ao PDP
 - Ampliação do acesso ao PDP pelo SUS

3.5 Aspectos éticos

O estudo seguiu os critérios éticos regulamentados pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 (Conselho Nacional de Saúde, 2013; 2016), que tratam da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando assim os princípios bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF), com o número do parecer 3.471.144, sob parecer CAAE nº 17481619.9.0000.5132.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização do cuidado à mulher durante o parto domiciliar

As mulheres que participaram do estudo tiveram partos domiciliares entre os anos de 2014 e 2024, e a faixa etária dessas mulheres variou entre 23 e 40 anos. Participaram do estudo 14 mulheres.

Em relação à raça/cor, nove se autodeclararam brancas, três pardas e duas pretas. Quanto ao nível de escolaridade, predominou o ensino superior completo; uma participante possuía ensino superior incompleto e outra, ensino médio completo. No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes era casada (dez), seguida por três em união estável e uma solteira (Quadro 1).

Quadro 1 - Perfil das participantes do estudo.

Fruto	Raça/cor	Escolaridade	Estado civil
1	Preta	Superior completo	União estável
2	Branca	Superior completo	Casada
3	Branca	Superior incompleto	União estável
4	Branca	Superior completo	Casada
5	Preta	Superior completo	Casada
6	Branca	Superior completo	Solteira
7	Parda	Superior completo	Casada
8	Parda	Superior completo	Casada
9	Branca	Superior completo	Casada
10	Branca	Médio completo	Casada
11	Branca	Superior completo	Casada
12	Branca	Superior completo	Casada
13	Branca	Superior completo	Casada
14	Parda	Superior completo	União estável

Fonte: Dados da pesquisa.

O perfil sociodemográfico das participantes deste estudo é compatível com os achados da literatura nacional sobre parto domiciliar planejado, especialmente no que tange à prevalência de mulheres adultas, jovens, brancas, com elevado nível de escolaridade e inseridas em relações conjugais estáveis. Esse padrão tende a refletir um grupo com maior acesso à informação e capacidade de exercer escolhas conscientes acerca do local e da forma de parir, o que, por sua vez, está relacionado a melhores condições socioeconômicas e culturais (Moura et al., 2023; Leal et al., 2021).

Estudos recentes indicam que a predominância de mulheres com ensino superior completo no PDP pode ser interpretada como um indicativo de que essa modalidade de assistência ainda permanece como uma opção restrita a parcelas da população que dispõem de maior capital cultural e social. Essa configuração evidencia um cenário de desigualdade no que diz respeito ao direito de escolha e ao acesso a práticas obstétricas baseadas na autonomia e no respeito à fisiologia do parto (Moura et al., 2023).

Em relação à renda mensal, observou-se que as participantes apresentavam, em geral, um padrão de renda médio a alto. Na ocasião em que realizaram o PDP, dez mulheres relataram possuir trabalho remunerado, enquanto quatro não exerciam atividade remunerada (Quadro 2).

Quanto à renda mensal no período em que vivenciaram o PDP, cinco participantes declararam renda entre um e três salários-mínimos; quatro entre seis e nove salários-mínimos; duas entre 12 e 15 salários-mínimos; uma entre nove e 12 salários-mínimos; uma entre três e seis salários-mínimos; e uma com renda de até um salário-mínimo (Quadro 2)

Atualmente, essas mulheres continuam apresentando, em sua maioria, um padrão de renda médio a alto (Quadro 2).

Quadro 2 - Perfil financeiro das participantes do estudo.

Fruto	Trabalho remunerado (quando teve o PDP)	Renda (quando teve o PDP)	Renda atual
1	Não	1 a 3 salários mínimos	Abstenção
2	Sim	1 a 3 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos
3	Sim	1 a 3 salários mínimos	Mais de 15 salários mínimos
4	Sim	6 a 9 salários mínimos	6 a 9 salários mínimos
5	Sim	9 a 12 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos

6	Não	1 a 3 salários mínimos	6 a 9 salários mínimos
7	Sim	12 a 15 salários mínimos	12 a 15 salários mínimos
8	Sim	6 a 9 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos
9	Sim	6 a 9 salários mínimos	3 a 6 salários mínimos
10	Não	1 a 3 salários mínimos	1 a 3 salários mínimos
11	Sim	12 a 15 salários mínimos	Mais de 15 salários mínimos
12	Sim	6 a 9 salários mínimos	9 a 12 salários mínimos
13	Sim	3 a 6 salários mínimos	9 a 12 salários mínimos
14	Não	Até 1 salário mínimo	1 a 3 salários mínimos

Fonte: Dados da pesquisa

Sendo assim, o perfil socioeconômico das participantes está em consonância com os achados da literatura, que apontam para uma prevalência da escolha pelo PDP entre mulheres com maior escolaridade, autonomia e acesso a recursos financeiros. Estudos recentes evidenciam que esse perfil está diretamente relacionado à capacidade dessas mulheres de arcar com os custos do atendimento domiciliar, o qual, em grande parte dos contextos brasileiros, é custeado de forma particular, dada a ausência de ampla cobertura pelo SUS (Moura *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2020).

Além disso, a literatura destaca que a renda mais elevada permite maior acesso à informação e à construção de uma rede de cuidado qualificada e de confiança, composta por profissionais com formação específica para atender ao parto domiciliar, favorecendo a tomada de decisão consciente e embasada (Leal *et al.*, 2021). Dessa forma, o presente estudo reforça o entendimento de que o PDP no Brasil ainda se configura como uma alternativa elitizada e acessível a um grupo restrito da população, o que evidencia a necessidade de discutir políticas públicas que ampliem o acesso a essa modalidade de cuidado com segurança e equidade.

No que diz respeito à história ginecológica e obstétrica das participantes no momento do PDP, observa-se que apenas duas eram primíparas (Quadro 3).

Quadro 3 - Paridade das participantes do estudo.

Fruto	Quantas gestações	Quantos partos	Quantos abortos
1	2 gestações	2 partos	0 abortos
2	2 gestações	2 partos	0 abortos
3	3 gestações	2 partos	1 aborto
4	2 gestações	2 partos	0 abortos
5	4 gestações	2 partos	2 abortos
6	2 gestações	1 parto	1 aborto
7	2 gestações	2 partos	0 abortos
8	3 gestações	1 parto	2 abortos
9	2 gestações	2 partos	0 abortos
10	2 gestações	2 partos	0 abortos
11	2 gestações	2 partos	0 abortos
12	3 gestações	3 partos	0 abortos
13	3 gestações	2 partos	1 aborto
14	3 gestações	2 partos	1 aborto

Fonte: Dados da pesquisa

Estudos demonstram que mulheres múltiparas apresentam maior tendência a escolher o PDP, muitas vezes motivadas por experiências hospitalares anteriores negativas, pelo desejo de uma vivência mais respeitosa e pelo sentimento de segurança baseado em partos anteriores bem-sucedidos (Rangel et al., 2020; Leite et al., 2018).

Além disso, a multigesta tende a buscar maior protagonismo no processo de parto, com autonomia na tomada de decisões, o que a aproxima de modelos de cuidado baseados nas boas práticas, como o PDP. Essa preferência também pode estar associada à maior familiaridade com os processos fisiológicos do parto e à confiança adquirida ao longo das experiências obstétricas anteriores (Dias; Ferreira; Menezes, 2019).

Em relação aos PDPs, dez mulheres vivenciaram o PDP uma única vez, três passaram por dois PDPs, e uma participante não chegou a concluir o seu PDP (Quadro 4).

No que se refere às experiências de parto antes e após o PDP, sete participantes haviam tido um parto vaginal hospitalar anteriormente, enquanto as outras sete não haviam passado por essa experiência. Entretanto, quatro participantes relataram ter vivenciado aborto antes do PDP,

sendo que três delas tiveram um aborto e uma participante teve dois abortos (Quadro 4).

Após a realização do PDP, três mulheres relataram ter tido um parto vaginal hospitalar (Quadro 4).

Quadro 4 - Caracterização da história obstétrica da mulher

Fruto	Idade (s) no PDP (s)	Ano (s) do (s) PDP (s)	PV hospitalar antes do PDP	Aborto antes do PDP	Gestação (ões) do PDP foi (ram) planejada (s) ?	Parto hospitalar após o PDP
1	32	2014	1	Não	Não	Não
2	23/25	2014/ 2016	Não	Não	Sim	Não
3	25	2018	Não	1	Não	Sim
4	32	2024	1	Não	Sim	Não
5	40	2018/ 2022	1	2	Não	Não
6	31	2020	Não	1	Não	Não
7	34/36	2015/ 2016	Não	Não	A 1º sim e a 2º não	Não
8	34	2015	Não	1	Sim	Sim
9	34	2020	Não	Não	Sim	Sim
10	25	2021	1	Não	Não	Não
11	34	2022	1	Não	Sim	Não
12	39	2020	2	Não	Sim	Não
13	35/37	2018/ 2020	Não	Não	Sim	Não
14	26	2020	1	Não	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados apresentados revelam uma trajetória reprodutiva marcada, majoritariamente, por experiências anteriores de parto vaginal hospitalar e ausência de cesáreas prévias, o que é similar ao perfil descrito em diversas pesquisas sobre mulheres que optam pelo PDP.

Segundo Rangel *et al.* (2020), a vivência de partos anteriores, especialmente vaginais e sem complicações, contribui para o fortalecimento da autoconfiança das mulheres e para a escolha de locais de parto onde se sintam mais acolhidas e no controle da experiência.

Adicionalmente, a ausência de cesáreas anteriores entre as participantes reforça o achado de que o PDP é reservado a mulheres de baixo risco obstétrico, conforme apontado por Leite *et al.* (2018).

A literatura também evidencia que a experiência de abortos prévios, embora dolorosa, pode atuar como um fator de intensificação do desejo por um cuidado mais humanizado, afetivo e respeitoso no parto subsequente, como observado por Silva *et al.* (2021), o que pode ter influenciado algumas das escolhas das participantes deste estudo.

Por fim, o fato de três mulheres terem optado por partos vaginais hospitalares após a experiência com o PDP evidencia a fluidez das trajetórias reprodutivas e o caráter dinâmico das decisões das mulheres, que não necessariamente se vinculam a um único modelo de cuidado, mas que, em cada contexto, priorizam aquilo que consideram mais seguro, viável ou desejável.

No que se refere à forma de acesso ao PDP no SUS em Belo Horizonte, a maioria das participantes tomou conhecimento da oferta dessa modalidade por meio da indicação de outras mulheres, familiares, amigos ou conhecidos. Em seguida, destacam-se aquelas que souberam da possibilidade diretamente pelo hospital, seguidas por aquelas que receberam a informação por recomendação de profissionais de saúde. Outros meios de informação também foram mencionados, como o contato com um filme que retratava o hospital e a participação em grupos de gestantes (Quadro 5).

Quanto à facilidade de acesso à equipe do PDP, todas as 14 participantes relataram que o acesso foi fácil. No entanto, duas delas informaram ter buscado inicialmente equipes que prestam assistência no privado para acompanhamento do parto domiciliar, mas acabaram não optando por esses serviços devido ao alto custo financeiro e à percepção de que a assistência oferecida pelo hospital seria mais adequada (Quadro 5).

Quadro 5 - Acesso ao parto domiciliar no SUS

Fruto	Como ficou sabendo do da oferta de PDP por este hospital	Facilidade e no acesso	Facilitadores do acesso	Dificultadores do acesso	Procura por outra equipe de PDP	O porquê de não ter escolhido outra equipe
1	Pelo hospital	Sim	Baixa procura	Não se aplica	Não	Não se aplica
2	Por indicação de conhecidos	Sim	Enfermeiras da equipe	Não se aplica	Não	Não se aplica
3	Por indicação de conhecidos	Sim	Enfermeiras da equipe	Critérios de elegibilidade	Não	Não se aplica
4	Pelo hospital/ Por indicação de conhecidos	Sim	Enfermeiras da equipe	(idade gestacional) Não se aplica	Não	Não se aplica
5	Pelo hospital/ Por indicação de profissional/ Por indicação de conhecidos	Sim	Abstenção	Critérios de elegibilidade (raio de distância do hospital)	Não	Não se aplica
6	Por indicação profissional/ Por indicação de conhecidos	Sim	Ligação para o hospital	Não se aplica	Não	Não se aplica
7	Outros (grupos de gestantes)	Sim	Sem dificuldades	Não se aplica	Não	Não se aplica
8	Por indicação de conhecidos	Sim	Pré-natal pela instituição	Não se aplica	Não	Não se aplica
9	Por indicação de conhecidos/ Outros (por um filme)	Sim	Enfermeiras da equipe	Não se aplica	Sim	Desejo por um parto mais natural
10	Por indicação profissional	Sim	Sem dificuldades	Não se aplica	Não	Não se aplica
11	Por indicação de conhecidos	Sim	Pré-natal pela instituição	Não se aplica	Não	Não se aplica
12	Por indicação profissional/ por indicação de conhecidos	Sim	Disponibilidade do serviço	Não se aplica	Não	Não se aplica
13	Por indicação de conhecidos	Sim	Contato presencial	Não se aplica	Não	Não se aplica
14	Por indicação de conhecidos/ Pelo Hospital	Sim	Contato presencial	Não se aplica	Sim	Alto custo

Fonte: Dados da pesquisa

A forma como as mulheres acessam a oferta de PDP no contexto do SUS reflete aspectos socioculturais, de rede de apoio e do alcance das estratégias de divulgação institucional. Neste estudo, a prevalência da obtenção da informação via redes informais tais como familiares, amigas e conhecidas evidencia o papel central da comunicação entre mulheres e a potência do compartilhamento de experiências no fortalecimento de escolhas informadas e emancipatórias, como já apontado por Pires et al. (2021).

A informação recebida diretamente do hospital ou por intermédio de profissionais de saúde também se destaca como um canal relevante, o que pode indicar uma crescente institucionalização e legitimação do PDP enquanto prática segura dentro da rede pública de saúde (Lima et al., 2020). No entanto, a menção a fontes não convencionais, como filmes e grupos de gestantes, amplia a compreensão sobre a diversidade de trajetórias informacionais.

Quanto à acessibilidade, o relato unânime de facilidade de contato com a equipe do PDP representa um avanço significativo frente à histórica dificuldade de acesso aos serviços de atenção obstétrica humanizada no país (Silva et al., 2019). Ainda assim, a busca inicial por serviços privados por parte de algumas mulheres, seguida da desistência por razões financeiras ou por maior confiança no serviço público, reflete tanto os desafios de acesso equitativo quanto a credibilidade conquistada pelo modelo público de PDP, especialmente em instituições de referência, como o do estudo.

No que diz respeito à quantidade de profissionais que prestaram cuidados durante o trabalho de parto e o parto, 13 participantes relataram ter sido acompanhadas por três ou mais profissionais, enquanto apenas uma mencionou não ter sido assistida por nenhum profissional, devido à falta de tempo para a chegada de profissionais ao domicílio.

Quanto à percepção das mulheres sobre a equipe que prestou a assistência, todas as 14 consideraram a equipe bem-preparada para o atendimento durante o trabalho de parto e o parto domiciliar. Os relatos variaram desde as informações fornecidas pelos profissionais até as condutas adotadas e a disponibilidade de equipamentos e estrutura para os atendimentos (Quadro 6).

Quadro 6 – Equipe e avaliação do preparo da assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto.

Participante	Quantidade de profissionais	Equipe preparada	Avaliação do preparo da equipe
1	3	Sim	Condutas/ evidência científica/ acolhimento/ respeito
2	2	Sim	Monitorização/ equipamentos/ disponibilidade de ambulância
3	2	Sim	Informação/ instrução/ equipamentos/ humanização
4	4	Sim	Perfeição
5	0	Sim	Acolhimento
6	4	Sim	Explicação/ instrução
7	3	Sim	Condutas/ equipamentos
8	3	Sim	Qualificação/ humanização
9	3	Sim	Competência/ responsabilidade/ diálogo
10	4	Sim	Conhecimento/ segurança
11	4	Sim	Preparo/ equipamentos/ segurança/ tranquilidade/ gentileza
12	3	Sim	Conhecimento/ experiência/ explicação/ equipamentos/ humanização
13	No 1º - 4 No 2º - 5	Sim	Formação/experiência/ informação/segurança
14	6	Sim	Sensibilidade/ acolhimento/disposição

Fonte: Dados da pesquisa.

A interprofissionalidade revela uma prática assistencial que valoriza o cuidado em equipe e a atuação colaborativa. O fato de a maioria das participantes ter sido acompanhada por três ou mais profissionais sugere uma configuração assistencial que busca garantir suporte contínuo, segurança clínica e respaldo técnico diante de possíveis intercorrências, em consonância com as diretrizes da OMS para uma atenção segura ao parto (OMS, 2018).

A ocorrência de um parto sem a presença de profissional, ainda que isolada, levanta questões importantes sobre os limites do modelo de atenção e os desafios logísticos que envolvem o deslocamento da equipe até o domicílio. Contudo, o relato foi de caráter pontual frente à totalidade das experiências bem assistidas, o que pode ser considerado positivo.

As participantes do estudo destacaram de forma unânime a competência técnica da equipe envolvida, mencionando tanto o domínio teórico-prático quanto a estrutura e os equipamentos disponibilizados. Tal reconhecimento pode ser interpretado como um indicativo de confiança na atenção obstétrica ofertada no âmbito do PDP pelo SUS, além de refletir um modelo de cuidado centrado na mulher e alinhado aos princípios da humanização do parto (Leal et al., 2019).

A valorização da comunicação clara, da escuta ativa e da segurança transmitida pelos profissionais contribui para a construção de experiências positivas de parto, conforme apontado por estudos que analisam os elementos subjetivos do cuidado obstétrico (Ribeiro et al., 2021). Esses aspectos reforçam a importância da qualificação contínua das equipes, da atuação multiprofissional e da consolidação do PDP como uma alternativa legítima e segura de assistência ao parto no contexto do SUS.

Em relação aos acompanhantes escolhidos pelas mulheres, observa-se que todas as 14 participantes relataram a presença de seus parceiros (as) durante o momento investigado. Em seguida, destacam-se a presença de demais familiares (referida por oito participantes), filhos(as) (seis participantes), amigos (as) (quatro participantes) e animais domésticos (quatro participantes) (Quadro 7).

Quadro 7 – Tipo de acompanhante presente durante o parto domiciliar planejado, de escolha da mulher

Frutos	Acompanhante (s)
1	Companheiro (a)/ Filho (s)
2	Companheiro (a)/ Familiar (es)
3	Companheiro (a)/ Animal (ais) domiciliar (es)
4	Companheiro (a)/ Filho (s)/ Animal (ais) domiciliar (es)
5	Companheiro (a)/ Familiar (es)/ Filho (s)/ Animal (ais) domiciliar (es)
6	Companheiro (a)/ Familiar (es)/ Animal (ais) domiciliar (es)
7	Companheiro (a)/ Familiar (es)
8	Companheiro (a)/ Familiar (es)
9	Companheiro (a)/ Familiar (es)
10	Companheiro (a)/ Familiar (es)/ Amigo (s)/ Filho (s)
11	Companheiro (a)
12	Companheiro (a)/ Familiar (es)/ Filho (s)/ Amigo (s)
13	Companheiro (a)/ Amigo (s)
14	Companheiro (a)/ Familiar (es)/ Filho (s)

Fonte: Dados da pesquisa

A presença de acompanhantes escolhidos pelas mulheres no PDP emerge como elemento central na construção de uma experiência de parto positiva. O relato unânime da presença do (a) parceiro (a) como acompanhante indica a importância atribuída ao suporte afetivo contínuo por parte de pessoas com vínculo íntimo com a parturiente. Tal presença está alinhada com as recomendações da OMS (2018), que preconizam o direito da mulher de estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, reconhecendo os benefícios emocionais, físicos e clínicos desse apoio.

Além do (a) parceiro (a), a presença de outros familiares, filhos (as), amigos (as) e até animais domésticos, relatada por parte das participantes, reflete o caráter acolhedor e personalizado do ambiente domiciliar, que possibilita a integração de aspectos afetivos e culturais ao processo de parto. Essa pluralidade de presenças revela o quanto o PDP permite uma vivência mais ampliada do evento do nascimento, respeitando o protagonismo feminino e a autonomia na tomada de decisões, como já apontado em

estudos nacionais (Reis et al., 2021).

A inserção de animais de estimação e de crianças no cenário do parto, embora pouco explorada na literatura científica, sugere a necessidade de uma escuta sensível por parte da equipe assistencial e de protocolos que, sem comprometer a segurança, respeitem os desejos das famílias, fortalecendo os laços afetivos e o sentimento de pertencimento ao evento do nascimento (Silva et al., 2020).

Esse modelo de cuidado favorece um ambiente mais familiar e seguro para a mulher, contribuindo para a redução da ansiedade, o aumento da sensação de controle e a satisfação com a experiência de parto. Assim, o PDP se destaca como uma modalidade que valoriza o suporte social como ferramenta de promoção de saúde e bem-estar no ciclo gravídico-puerperal.

Em relação às intercorrências, cinco mulheres relataram ter vivenciado algum tipo de ocorrência durante o processo. Dentre as participantes, apenas três mencionaram a necessidade de transferência para o hospital (Quadro 8). Além disso, 13 mulheres afirmaram que recomendariam o parto domiciliar para outras mulheres, enquanto apenas uma participante referiu que talvez o indicaria.

Quadro 8 – Mulheres que apresentaram intercorrências e/ou necessidade de transferência para o hospital.

Fruto	Intercorrência (s)	Transferência ao hospital
1	Não	Não
2	Não	Não
3	Não	Não

4	Não	Não
5	Não	Não
6	Não	Não
7	Não	Não
8	Ameaça de parto prematuro/ hemorragia pós-parto/ placenta retida/ pré-eclâmpsia	Sim
9	Falha de progressão da dilatação	Sim
10	Não	Não
11	Não	Não
12	Sangramento pós-parto aumentado	Não
13	Lipotimia materna e icterícia neonatal	Sim
14	Líquido amniótico meconial	Não

Fonte: Dados da pesquisa

Assim sendo, a baixa taxa de transferência hospitalar das participantes do estudo coincide com dados da literatura que apontam o PDP, quando conduzido por equipe qualificada e com critérios bem definidos de elegibilidade, como uma prática segura e com desfechos perinatais favoráveis (Hutton et al., 2016; Reitsma et al., 2020).

A ocorrência de intercorrências, embora esperada dentro do processo fisiológico do parto, foi manejada dentro de protocolos assistenciais previamente estabelecidos pelas equipes, evidenciando a importância da presença de profissionais capacitados (as), bem como da articulação com os serviços hospitalares para garantir a integralidade do cuidado. A segurança do PDP, portanto, está diretamente relacionada à qualificação da equipe e à definição de critérios claros para a tomada de decisão quanto à transferência (Nascimento et al., 2022).

No que tange à recomendação do PDP, é expressiva a proporção de participantes que o indicariam para outras mulheres. Este dado reforça os achados de estudos anteriores sobre a alta satisfação com o modelo de assistência domiciliar, especialmente por promover autonomia, protagonismo feminino e centralidade da experiência da mulher (Oliveira et al., 2021). A única participante que demonstrou hesitação em recomendar a prática revela, por outro lado, a importância de considerar a singularidade de cada experiência de parto, incluindo aspectos emocionais, sociais e clínicos que influenciam na avaliação subjetiva da vivência.

Esse conjunto de elementos aponta para a necessidade de fortalecer políticas públicas

que garantam a oferta segura e acessível do PDP, bem como de ampliar o debate social e profissional sobre sua legitimidade como escolha informada e respeitosa aos direitos reprodutivos das mulheres.

4.2 Categorias temáticas

4.2.1 Categoria: Motivação para a escolha do PDP

A partir da consolidação da hegemonia da medicina contemporânea, caracterizada por um modelo hospitalocêntrico, medicalizado e centrado na figura do médico, observa-se, em escala global e, particularmente, no Brasil, o crescente surgimento de sentimentos de não pertencimento, insegurança e insatisfação nos contextos de parturição (Oliveira; et al., 2017).

Os partos domiciliares, anteriormente considerados práticas comuns até o século XX, passaram a ser progressivamente deslegitimados, sendo deslocados para o ambiente institucionalizado e submetidos ao controle médico. Esse processo resultou na predominância de práticas intervencionistas, medicalizadas e, frequentemente, cirúrgicas, que reafirmam o poder biomédico sobre o corpo feminino e sobre o processo de nascer (Oliveira; et al., 2017).

Diante do crescimento alarmante das taxas de cesarianas, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a recomendação de que não ultrapassasse 15% do total de nascimentos, em consonância com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, em 2010, observou-se que as taxas de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atingiram 37%, sendo esse índice ainda mais elevado na rede privada, onde 87% dos nascimentos ocorreram por via cirúrgica (Oliveira; et al., 2017).

Considerando esse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) implementou medidas com o objetivo de conter o avanço das cesarianas, especialmente na rede privada. Entre as ações propostas, destacam-se: o direito das gestantes ao acesso aos indicadores de parto dos serviços e profissionais de saúde; a obrigatoriedade da distribuição da Caderneta da Gestante; e o estímulo ao preenchimento do partograma pelos profissionais de saúde. Apesar dessas intervenções terem contribuído para a redução das cesarianas na rede privada, não houve impacto significativo sobre as taxas do SUS, que continuaram a apresentar crescimento, atingindo 40% (Oliveira; et al., 2017).

Destaca-se, ainda, um aspecto relevante apontado na literatura: aproximadamente 70% das mulheres brasileiras iniciam o ciclo gestacional desejando o parto normal; entretanto, ao longo do processo, acabam optando pela cesariana. Essa mudança decorre de múltiplos fatores, como dificuldades de acesso a informações de qualidade, desinformação, medos, inseguranças e, especialmente, pela apropriação institucionalizada de seus corpos. Tal contexto evidencia

uma desarticulação entre as políticas e recomendações dos órgãos de saúde e a prática cotidiana dos profissionais da área, que, muitas vezes, deixam de exercer sua função educativa e de apoio à gestante (Sanfelice; Shumo, 2015).

Assim, na busca pela transformação desse cenário, têm-se intensificado ações e políticas de estímulo ao parto normal e fisiológico, visando à redução das cesarianas, à diminuição das taxas de mortalidade materno-infantil e à prevenção de infecções hospitalares (Oliveira; et al., 2017).

Nesse contexto, o parto domiciliar planejado surge como uma alternativa viável, resgatando as boas práticas no momento do parto e nascimento, proporcionando experiências positivas e humanizadas para as mulheres e suas famílias (Lessa; Tyrrel; Alves; Rodrigues, 2018).

Os relatos das mulheres que optam pelo parto domiciliar planejado (PDP) evidenciam que essa escolha está, em grande parte, relacionada à busca por menores chances de intervenções desnecessárias, à prevenção de situações de violência obstétrica, bem como à procura por um ambiente que proporcione maior conforto, acolhimento, segurança e protagonismo durante o trabalho de parto e nascimento:

“Eu queria me assegurar de que seria respeitada durante o parto. Eu tinha acompanhado muitos relatos de parto e acreditava que ter um parto natural e humanizado no meu próprio lar seria a melhor opção para mim e para o bebê.” (F2)

“Falta de confiança no sistema hospitalar e por me sentir mais segura em meu domicílio” (F3)

“Medo de sofrer VO (violência obstétrica) em ambiente hospitalar, ser conduzida a cesárea sem necessidade, promover um parto respeitando a fisiologia dos corpos” (F7)

“Parto no conforto do meu lar e com o menor número de intervenções possíveis” (F9)

A partir de alguns dos relatos apresentados, pôde-se perceber o desejo das mulheres por um parto seguro, o qual envolve, entre outros aspectos, a presença em um ambiente conhecido, familiar e acolhedor; cercado por pessoas de sua escolha e confiança; fora do sistema hospitalar e distante dos riscos de intervenções desnecessárias. Além disso, destaca-se a valorização da fisiologia do corpo e a busca por um cuidado mais humanizado durante o processo de parturição.

Entre os fatores comumente apontados como motivadores para a escolha do parto domiciliar planejado (PDP), destaca-se o apoio do parceiro e dos profissionais de saúde que acompanham a gestação, elementos que conferem maior segurança e confiança no momento da

tomada de decisão. Para aquelas que já vivenciaram partos anteriores em ambiente hospitalar, muitas vezes marcados por experiências negativas, como episódios de violência obstétrica e traumas, o desejo de evitar essas vivências novamente constitui uma motivação relevante para a escolha do PDP (Volpato et al., 2020).

Prática comum em diversos países, como Canadá, Austrália e Reino Unido, os PDPs, quando bem planejados e conduzidos por equipe capacitada, têm apresentado desfechos maternos e neonatais positivos, configurando-se como uma alternativa viável e segura para gestações de baixo risco (Lessa; Tyrrel; Alves; Rodrigues, 2018).

Entretanto, no contexto brasileiro, publicações do Ministério da Saúde (MS) ressaltam que as experiências internacionais não são diretamente aplicáveis à realidade do país. Além disso, não se recomenda o PDP para gestantes nulíparas, sendo esta indicação restrita a mulheres multíparas, com gestação de risco habitual, e desde que haja proximidade de uma maternidade em caso de necessidade de transferência. Apesar dessas restrições, observa-se um crescimento na incidência de partos domiciliares no Brasil, embora os dados não distingam entre partos planejados ou não (Santos; Boeckman; Baraldi; Melo, 2018).

Mesmo diante das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da implementação de programas nacionais, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Alyne, ainda se observa a necessidade de avanços significativos para a promoção de boas práticas obstétricas, especialmente no que se refere ao parto domiciliar (Santos; Boeckman; Baraldi; Melo, 2018).

Um exemplo disso é a limitada oferta de PDP pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que restringe o direito de escolha das mulheres e de suas famílias. A divulgação dessa modalidade de parto também é insuficiente, sendo mais conhecida e acessível por mulheres com maior nível de escolaridade e, sobretudo, com melhores condições socioeconômicas para custeá-lo (Oliveira; et al., 2017).

4.2.2 Categoria: A experiência do PDP

4.2.2.1 Benefícios do PDP

No que tange aos benefícios do Parto Domiciliar Planejado, a partir das experiências vivenciadas pelas participantes desta pesquisa, verificou-se consonância e aproximação com os achados de estudos previamente analisados, evidenciando a similaridade dos relatos em relação às vantagens percebidas nesse contexto:

”Os partos aconteceram de forma muito tranquila. Não tive transtornos em ter que esperar em recepção de hospital dentre outras burocracias que acontecem

nesse ambiente. Não passei por nenhuma conduta invasiva. Tive todos os meus pedidos respeitados. Meus filhos e eu fomos bem assistidos. E ainda estava no aconchego da minha casa. Parir em casa é mais acolhedor, confortável, íntimo e te traz uma segurança maior, pois você sabe que as intervenções desnecessárias dificilmente vão acontecer, eu pude, de fato, ser a protagonista do meu próprio parto.” (F2)

”Foi tudo maravilhoso, foi rápido e muito prazeroso pra mim. Poder estar perto do meu filho mais velho antes, durante e depois, dormir na minha própria cama, tomar banho no meu chuveiro e ter minha intimidade e privacidade totalmente preservadas durante e depois do parto.” (F10)

”Conforto, segurança, aconchego, ambiente mais acolhedor. Já estar em casa no imediato pós parto foi ótimo. Até pra eu e meu filhos sermos examinados no pós parto tivemos a visita da equipe no dia seguinte em casa.” (F11)

”Liberdade, filhos e quem eu escolhi estavam comigo, a tranquilidade da minha casa, me senti segura no aconchego do meu lar, ninguém interferindo nas minhas escolhas, respeitando o plano de parto o com a segurança necessária.” (F12)

Dentre os principais benefícios destacados pelas mulheres que vivenciaram o PDP, sobressaem-se o respeito à fisiologia do parto, a valorização da autonomia e do protagonismo feminino, bem como a construção de uma relação de confiança com a equipe assistente. Ademais, o ambiente domiciliar aliado à presença de profissionais de sua escolha, contribui significativamente para a sensação de segurança e tranquilidade da parturiente (Volpato et al., 2020)

Outro aspecto muito destacado pelas participantes foi a liberdade para se alimentar durante o trabalho de parto. Elas relataram a importância de escolher o que comer, quando desejassem, com preferência por alimentos caseiros e afetivos. Esse cenário contrasta com a realidade hospitalar, onde ainda persiste, em muitos casos, a restrição alimentar durante o parto.

A prática do jejum, amplamente adotada nas instituições de saúde, tem origem no estudo de Mendelson (1940), que relacionou a anestesia geral ao risco de aspiração pulmonar. No entanto, com o avanço das técnicas anestésicas e os relatos de desconforto das mulheres, essa conduta passou a ser questionada (Singata; Tranmer. Gyte, 2013).

Estudos recomendam que mulheres de baixo risco mantenham-se alimentadas e hidratadas durante o trabalho de parto, preconiza-se alimentos leves e ingesta hídrica para contribuir para o bem-estar e manutenção da energia, não sendo evidenciado, em estudos científicos, a restrição alimentar para mulheres saudáveis, e ser considerado apenas em casos de alto risco e previsão de possível anestesia geral em situações emergenciais (Singata; Tranmer. Gyte, 2013).

Desta forma, considerando que os partos domiciliares planejados são indicados para gestantes de baixo risco e se caracterizam por oferecer maior flexibilidade, liberdade e autonomia à mulher, a possibilidade de se alimentar livremente configura-se como um dos benefícios relevantes dessa modalidade de assistência, conforme evidenciado nos relatos das participantes:

"Nossa, foram vários! Pude passar todo o TP no aconchego do meu lar da forma que eu quis, com total liberdade de transitar pelos ambientes que quisesse, sem ficar limitada em uma suite, com liberdade de movimentos, com roupa ou sem roupa, comendo coisas preparadas por nós, escutando o que quis, com as companhias que escolhi e também precisei. Um ambiente preparado com muito carinho por nós mesmos pra receber nosso filho. Fiquei um pouco na cama, bastante tempo no chuveiro e também na piscina onde meu filho nasceu. Não tivemos nenhuma interferência externa de outros profissionais entrando a qualquer momento, conversas paralelas ou intervenções desnecessárias. Foi uma experiência ainda melhor do que eu imaginava." (F8)

"ter tranquilidade de estar em casa com minha família e poder comer a comida na minha sogra após parir" (F6)

A partir dos relatos, percebe-se a compatibilidade entre os motivos que levaram as mulheres a escolher um PDP e os benefícios vivenciados, que realmente se concretizaram, contribuindo para uma experiência satisfatória do parto. Essa experiência foi marcada por conforto, familiaridade, segurança, respeito, prazer, satisfação, autonomia e liberdade, além da ausência de burocracias hospitalares. Esses fatores, além de proporcionarem uma vivência satisfatória, também favorecem uma maior imersão no trabalho de parto e no parto, permitindo que a parturiente se sinta segura para se concentrar apenas em suas sensações, o que também contribui para os desfechos perinatais (Oliveira; et al., 2017).

4.2.2.2 A percepção da mulher acerca do preparo da equipe para o PDP

Um elemento fundamental para uma experiência positiva no parto domiciliar planejado (PDP) é a relação de confiança estabelecida entre a mulher, sua família e os profissionais responsáveis pela assistência. Essa confiança é construída previamente, por meio de encontros, consultas de pré-natal, oferta de informações, esclarecimento de dúvidas, disponibilidade, cuidado e acolhimento por parte da equipe.

Os PDPs, em sua maioria, são assistidos por enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizas, profissionais qualificadas para prestar uma assistência segura, baseada em evidências científicas e orientada por práticas humanizadas. A atuação dessas profissionais contribui para a redução de intervenções desnecessárias e para o aumento da satisfação materna. Nesse

contexto, mulheres que vivenciam o parto domiciliar com a presença de enfermeiras obstétricas ou obstetrizas relatam sentir-se cuidadas, apoiadas e seguras (Volpato et al. 2020).

Outro fator importante para a segurança da mulher no parto domiciliar planejado (PDP) é o acesso à informação, tanto no período prévio quanto durante o trabalho de parto. O fornecimento de informações claras, associado ao estabelecimento de acordos e condutas previamente definidas, contribui para que a mulher se sinta segura, confiante e participativa nas decisões relacionadas ao seu parto. Essa abordagem contrasta com o modelo de assistência hierarquizado, comumente observado em ambientes hospitalares, no qual as mulheres frequentemente são colocadas em posição de vulnerabilidade e passividade frente às decisões que envolvem seu próprio corpo e processo de parto (Volpato et al. 2020).

Assim, muitas participantes deste estudo evidenciaram a relação entre o acesso à informação e a construção de uma sensação de segurança durante o parto:

”Formação, conhecimento e experiência em parto; alinhadas ao meu plano de parto, objetivas na comunicação dos riscos, objetivas e claras na comunicação durante o trabalho de parto, me passaram muita segurança do início do pré natal ao pós parto imediato” (F13)

O relato apresentado permite identificar o impacto positivo do acesso às informações desde o pré-natal até o pós-parto. Destaca-se, ainda, a referência ao plano de parto como um recurso relevante nesse processo.

Nesse sentido, as evidências disponíveis acerca das contribuições do plano de parto no contexto hospitalar indicam que esse instrumento é fundamental para estimular boas práticas obstétricas, promover a autonomia das mulheres, qualificar a comunicação com a equipe de saúde e aumentar a satisfação materna com o parto. Ademais, o plano de parto contribui para um atendimento mais humanizado e qualificado, refletindo-se em desfechos maternos e neonatais mais favoráveis. Assim, configura-se como uma ferramenta eficaz na promoção de práticas obstétricas adequadas durante o parto e o nascimento (Silva et al., 2019):

”Consultas de pré parto com a equipe de PDP foram excelentes, me deixaram ainda mais segura da minha escolha. Equipe preparada, com materiais adequados, seguras e tranquilas durante todo o processo, gentis.” (F11)

” Extremamente bem preparada. Com condutas muito bem estabelecidas e embasadas em evidências científicas, e de muito acolhimento e respeito.”(F1)

”Durante todo o parto o bebê e eu fomos bem monitorados , tinha uma ambulância para emergência e todos os equipamentos necessários para atender uma intercorrência imediata.”(F2)

“Disponibilidade para instruir prós e contras, muita informação, todos equipamentos foram levados em minha residência e tive toda assistência de forma muito humanizada . “ (F3)

Demonstraram conhecimento, experiência, me explicaram sobre os cuidados e deram todas as orientações, levaram tudo que seria necessário para o parto e possíveis intercorrências, tratamento humanizado”. (F12)

Observou-se, contudo, uma ampla valorização, por parte das participantes, da presença de equipamentos, recursos, suporte técnico e, em alguns casos, ambulância disponibilizados no domicílio para a assistência ao parto. Esses fatores foram apontados como contribuintes para o aumento da sensação de segurança da mulher, especialmente diante da possibilidade de necessidade de intervenções.

A disponibilidade desses recursos é um aspecto relevante, por ser essencial para a atuação em situações de emergência de forma oportuna, conferindo maior segurança à assistência no parto domiciliar.

4.2.3 Categoria: Recomendação do PDP a partir do vivido

A experiência de parir em casa, consiste em conforto, segurança, menores burocracias, sem intervenções, estar cercado de pessoas que ama e de sua escolha, ser suscetível a uma experiência positiva e entre outros benefícios já citados. Outrossim, esta experiência também contribui para um puerpério mais tranquilo, bem como favorece a intimidade do casal e a relação entre eles e o filho (Quitete; Monteiro, 2018).

Muitas mulheres também relatam uma sensação de transformação durante esta passagem, configurando este momento como mágico, poderoso e memorável:

“Porque o parto precisa ser visto como um evento natural e familiar antes de tudo, sendo assim, nada melhor do que ser na sua casa! Claro que com segurança e sendo uma gestação de risco habitual, acompanhada pela equipe! “ (F1)

“Sempre recomendo! Para mim foi uma experiência transformadora. Como doula, eu acompanhei inúmeros partos no hospital, e reforço que parir em casa é muito melhor. As coisas acontecem no seu próprio ritmo e não no ritmo do hospital, você tem mais liberdade para se movimentar e viver a experiência de forma plena.”(F2)

“Se está com assistência, é seguro, descobrimos uma força que boa acompanha para além do parto, Rápida recuperação, espaço seguro e protegido da casa, acompanhantes por perto, assistência às nossas necessidades físicas e emocionais.”(F12)

”Recomendo para todas as mulheres que consideram sua casa, o seu local mais seguro, tendo uma gestação de risco habitual. Parir tem uma conexão muito forte com a sensação de segurança.” (F13)

Apesar da unânime recomendação do PDP pelo SUS, sobre a importância da ampliação do seu acesso, também foi possível perceber o discernimento das participantes acerca das implicações para realizar um PDP: para além de estar acessível e elegível para o PDP, também é necessário que a pessoa que gesta se cerque de conhecimentos, tire suas dúvidas, empodere-se e estude para analisar se realmente compreende ao seu perfil, como mencionado por uma das participantes:

”Depende do grau de informação e empoderamento da gestante frente ao parto normal e seus benefícios. Não recomendo PD para gestante que não buscou informações durante sua gestação suficientes para bancar um PD” (F7)

4.2.4 Categoria: O acesso ao PDP pelo SUS.

Na tentativa de resgatar o parto normal e promover práticas humanizadas de assistência, diversas políticas públicas e programas foram implementados pelo Governo brasileiro, resultando em avanços significativos na área da saúde materno-infantil. Destacam-se, entre essas ações, a criação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000 (Brasil, 2000); a implantação de Centros de Parto Normal (CPN) (Brasil, 2015); e a aprovação da Lei nº 14.737/2023 (Brasil, 2023), que garante à mulher o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (Castro, 2015).

Entretanto, tais iniciativas têm se concentrado, majoritariamente, na gestão dos serviços institucionais e na definição de procedimentos clínicos mínimos para a assistência ao parto, sem contemplar de forma efetiva o PDP. Quando esse modelo de assistência é mencionado em documentos e políticas públicas, frequentemente aparece de forma reduzida e associado a contextos de vulnerabilidade social, como a falta de recursos econômicos ou a dificuldade de acesso a serviços de saúde, especialmente em comunidades onde atuam parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas (Castro, 2015).

Todavia, é justamente em áreas rurais e populações tradicionais que os partos domiciliares ocorrem com maior frequência. No entanto, o PDP não é contemplado pelo SUS, o que restringe seu acesso, predominantemente, a mulheres de grandes centros urbanos, com maior escolaridade e poder aquisitivo. Ainda assim, mesmo aquelas que podem arcar com os custos do PDP enfrentam preconceitos institucionais, sociais e familiares.

No contexto hospitalar, o parto tornou-se um evento medicalizado, em que o corpo da mulher é visto como incapaz, o hospital como ambiente indispensável e o profissional como detentor do saber. Assim, mulheres que optam pelo PDP muitas vezes são vistas como negligentes ou irresponsáveis, o que pode desencorajá-las ou levá-las a ocultar essa escolha de seus círculos sociais (Castro, 2015).

Nesse cenário, o acesso ao PDP tem se consolidado, muitas vezes, como uma escolha individual na busca por uma assistência humanizada. Assim, o PDP se apresenta não apenas como uma alternativa assistencial, mas também como um movimento de resistência frente ao modelo hospitalocêntrico e tecnocrático de assistência ao parto. Em muitos casos, a decisão por parir em casa está ancorada em um processo ativo de busca por informação, empoderamento e engajamento político, como evidenciam os relatos das participantes do presente estudo:

“Já tinha descoberto o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e estava super envolvida no ativismo. Avaliei que era a minha melhor opção para um parto que respeitasse minhas necessidades e desejos, e fui apoiada pelo meu marido” (F8)

4.2.4.1 O percurso até PDP

Análogo aos resultados dos estudos, as participantes desta pesquisa são mulheres brancas, com acesso a maiores níveis de escolaridade e de renda, bem como residentes de regiões metropolitanas e que, por consequência, não tiveram grandes problemas em acessarem ao PDP, mesmo que pelo SUS, tendo em vista suas características e residirem consideravelmente próximo e dentro da área de cobertura do único hospital que presta este serviço gratuitamente.

“Foi fácil, era o primeiro ano de PDP do Sofia Feldman a procura não era grande, o acesso foi muito fácil.” (F1)

“Foi simplesmente realizar uma ligação e marcar o dia de iniciar o acompanhamento” (F6)

Contudo, apesar de corresponderem às características facilitadoras que foram mencionadas, para que estas mulheres tivessem o acesso ao PDP pelo SUS, também foram de encontro com outros componentes necessários para possibilitar o acesso: baixa demanda, quando o serviço estava iniciando suas atividades para esta modalidade; o conhecimento e encaminhamento por meio do pré-natal realizado por esta instituição; conhecer e/ou entrar em contato com profissionais que fazem parte da equipe de PDP do hospital, como pode ser percebido a partir dos relatos:

”Eu moro na região metropolitana, onde o acesso ao Sofia não era tão simples e consegui atendimento apenas ligando para uma das enfermeiras responsáveis. Todas elas foram muito solícitas e me auxiliaram em tudo muito prontamente.”(F2)

”Iniciei meu pré-natal no Sofia e logo de cara falei do meu interesse pelo PDP, logo que possível fui encaminhada para a equipe.(F8)

”Já fazia pré natal no Sofia. A própria equipe de pré natal me passou os contatos da equipe de parto domiciliar.”(F11)

”Porque busquei presencialmente e alinhei as minhas expectativas x oferta da assistência da equipe”(F13)

Ou seja, o acesso é limitado e dificultoso, tornando-se fácil apenas para uma pequena e limitada parcela de mulheres. Compreende-se e se reafirma a baixa acessibilidade ao PDP por não ser ofertado pelo SUS, a não ser por uma única instituição; pelo público que têm acesso a esta informação; a não divulgação e incentivo; aos critérios de elegibilidade e entre outros.

4.2.4.2 Fragilidades do acesso ao PDP

No Brasil, o acesso ao parto vaginal humanizado, especialmente em Casas de Parto e no parto domiciliar planejado (PDP), ainda é limitado, principalmente pela baixa oferta desses serviços no SUS e pela falta de divulgação e incentivo durante o pré-natal.

Assim, além de conhecer e desejar essa modalidade de assistência, a mulher precisa atender aos critérios de elegibilidade de baixo risco e outros para ter acesso ao serviço. Atualmente, o único serviço Público que oferece o PDP está localizado em Belo Horizonte (MG), o que restringe ainda mais o acesso como relataram algumas participantes:

”A única dificuldade foi o PDP só ser confirmado com 37s o que me deixou muito tensa e me fez buscar uma equipe de PDP particular no segundo” (F3)

”A questão do raio de distância do hospital é um dificultador” (F5)

4.2.4.3. Ampliação do acesso do PDP pelo SUS

Diante da baixa oferta do PDP, as participantes deste estudo ressaltam a importância de sua ampliação no SUS. Para elas, o parto domiciliar não é um luxo, mas um direito que garante segurança, reduz intervenções desnecessárias, favorece experiências positivas, melhora os desfechos materno-infantis e contribui para a redução da violência obstétrica, como apontado em seus relatos:

”Necessário e um avanço gigantesco nos direitos das mulheres “(F3)

”Muito importante para oferecer de forma mais acessível quem deseja ter uma experiência mais íntima e segura de parto.”(F7)

”Muito importante para a humanização do parto”(F10)

”Um sonho! Importante demais para desafogar o sistema hospitalocêntrico, aumentar a capacitação de profissionais técnicas (EOs), aumentar a oferta de empregos, aumentar a individualização da experiência do parto, passar mais segurança para mulheres retornarem a sua confiança em seus corpos e em suas vidas, fortalecer o início da jornada da maternidade.”(F13)

Em última análise, a desigualdade atua como uma engrenagem que transcende a questão da renda, impactando diretamente o acesso a direitos básicos, como saúde e educação. No contexto do parto domiciliar planejado (PDP), essas desigualdades tornam-se evidentes à medida que apenas mulheres com maior nível de escolaridade e maior capacidade de articulação com os serviços públicos conseguem acessar essa modalidade de assistência. Esse cenário reforça a compreensão de que a desigualdade social também se manifesta na área da saúde, limitando o pleno exercício da autonomia reprodutiva a determinados grupos sociais (Costa; Silva, 2020).

Dessa forma, observa-se que as desigualdades geram desconfiança, fragilizam a coesão social e comprometem a qualidade de vida. No campo da assistência obstétrica, essa realidade se reflete no fato de que o parto domiciliar, mesmo quando ofertado pelo SUS, não é igualmente difundido nem legitimado para todas as mulheres. Isso cria um cenário em que confiar na oferta de um cuidado seguro e respeitoso torna-se um privilégio, e não um direito amplamente garantido. O perfil traçado neste estudo evidencia, portanto, a necessidade urgente de políticas públicas que enfrentem, de forma integrada, não apenas as desigualdades econômicas, mas também as barreiras no acesso a práticas de saúde baseadas nos direitos e na autonomia das mulheres (Costa; Silva, 2020).

CONCLUSÃO

O estudo caracterizou o perfil das mulheres que tiveram acesso ao parto domiciliar planejado (PDP) oferecido por um hospital público e filantrópico de Belo Horizonte: em sua maioria, mulheres brancas, com alta escolaridade, renda média a alta, casadas, múltiparas, entre 23 e 40 anos, ou seja, mulheres menos vulneráveis e com mais acesso a informação. A maior parte das mulheres tiveram gestação planejada e parto vaginal hospitalar anterior ao PDP.

O conhecimento sobre o PDP ocorreu, principalmente, por indicações de conhecidos e pelo próprio hospital. Todas as participantes consideraram o acesso fácil, sendo o principal facilitador o contato direto com a equipe do hospital. Já o principal dificultador apontado para a assistência ao PDP foram os critérios clínicos de elegibilidade institucional. A maioria das mulheres do estudo não buscaram outras equipes particulares, principalmente pelo alto custo e pela confiança na qualidade da assistência oferecida pela equipe do SUS.

Na assistência ao parto, a maioria das mulheres foi acompanhada por mais de três profissionais, tendo como principais acompanhantes os parceiros e familiares. Todas avaliaram a equipe como bem-preparada e a maior parte não enfrentou intercorrências ou necessidade de transferência para o hospital.

Houve concordância entre os motivos que levaram à escolha do PDP e a experiência vivida: respeito, segurança, acolhimento, humanização, presença da família, liberdade, privacidade e menor número de intervenções. As participantes destacaram a qualificação da equipe, as condutas baseadas em evidências, o acesso à informação, o diálogo e o acolhimento. Um fator que aumentou a sensação de segurança no PDP foi a disponibilidade de equipamentos e, em alguns casos, ambulância disponível caso de necessidade de transferência para o hospital.

Embora todas as participantes tenham relatado facilidade de acesso ao PDP, isso esteve diretamente relacionado a algumas condições: acesso à informação, proximidade do hospital, contato com a equipe e adequação aos critérios de elegibilidade. Ou seja, o acesso existe, mas de forma restrita.

O estudo evidencia, assim, as fragilidades no acesso ao PDP no Brasil: baixa oferta pelo SUS, divulgação limitada e desigualdades no acesso, o que compromete a garantia dos direitos universais assegurados pelo sistema público de saúde.

Por fim, todas as participantes afirmaram que recomendariam o PDP do hospital, destacando a importância da busca por informações e reforçando a necessidade de ampliação do serviço pelo SUS, como garantia de direitos, promoção da humanização do parto e de experiências positivas para mulheres, bebês e famílias.

Potencialidades do estudo

Este estudo se faz importante ao dar visibilidade a uma modalidade de assistência obstétrica ainda restrita no contexto do SUS, ofertado por apenas um hospital público e filantrópico. Ao descrever as experiências de mulheres que vivenciaram essa forma de cuidado, o estudo evidencia a viabilidade, a segurança e a satisfação associadas ao modelo, ressaltando sua potência enquanto estratégia de humanização do parto.

Além disso, contribui para fortalecer a pauta da equidade e do direito à escolha informada no cenário obstétrico brasileiro, reforçando a necessidade de expansão e qualificação dessa oferta no SUS.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta como principal limitação o número reduzido de participantes, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados. Além disso, há a presença de viés de memória, uma vez que a coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva, baseada em eventos passados, o que pode comprometer a precisão das lembranças e, consequentemente, a fidedignidade dos relatos das participantes.

Destaca-se, portanto, a necessidade de realização de novas pesquisas, com um número maior e mais diversificado de mulheres, que possam aprofundar e ampliar o conhecimento sobre o acesso e a experiência com o parto domiciliar planejado no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência:** filosofia e prática da pesquisa. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012. Disponível em:

<https://issuu.com/cengagebrasil/docs/metodologia_ciencia> Acesso em 28 ago. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: ed. 70, 2016. Disponível em:<<https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>>. Acesso em 28 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados nos serviços de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm. Acesso em: 11 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 2012.** Disponível em:<< <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>>. Acesso em 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 2016.** Disponível em:<< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>>. Acesso em 28 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015.** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 jan. 2015. Disponível em: [Biblioteca Virtual em Saúde MS](#). Acesso em: 11 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.** Republicada. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 jun. 2000. Republicada em: Diário Oficial da União, 8 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 11 abr. 2025.

CASTRO, C. M. DE. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 69–75, jan. 2015. Acesso em 25 mar. 2025. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/WbMbrJq7Ky3TjS9RwrVfgpS/abstract/?lang=pt>>.

COSTA, B. L. D.; SILVA, M. A. F. (orgs.). **Desigualdade para inconformados:** dimensões e enfrentamentos das desigualdades no Brasil. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020. eBook. Acesso em 27 abr. 2025. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/213590>>.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4. 2020. Acesso em: 14 Abril 2024], pp. 1433-1444. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>.

DIAS, M. A. B.; FERREIRA, A. C. S.; MENEZES, G. M. S. A escolha pelo parto domiciliar no Brasil contemporâneo: experiências, motivações e trajetórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2985–2994, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31340312>>. Acesso em: 9 abr. 2025.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em:<<https://ayanrafael.com/wp-content/uploads/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em 28 ago. 2024.

GOMES, A. L. R. et al. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. **Rev Fun Care Online**. 2018, v. 8, n. 1, p. 34-42, 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6341>. Acesso em: 13 mar. 2025.

HUTTON, E. K. et al. 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**, London, v. 6, p. 43-51, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(19\)30121-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(19)30121-6/fulltext). Acesso em: 9 abr. 2025.

KOETTKER, J. G. et al.. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03371, 2018. Acesso em 14 abril 2024. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/33NGVhjgfXMkHr6b5SgDS6h/?lang=en#>>.

LEAL, M. C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. e00205920, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105640/>>. Acesso em: 9 abr. 2025.

LESSA, H. F.; TYRRELL, M. A. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online); 10(4): 1118-1122, out.-dez. 2018. Acesso em 14 abril 2024. Disponível em:<https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6341/pdf_1>.

LEITE, T. C. S. et al. Parto domiciliar planejado: motivações de mulheres brasileiras. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e34367, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121526>. Acesso em: 9 abr. 2025.

LIMA, T. H. S. et al. Experiências e motivações de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde para o parto domiciliar planejado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e47010, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1180933>. Acesso em: 9 abr. 2025.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível

em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/FgpDFKSpjsybVGMj4QK6Ssv/>>. Acesso em 28 ago. 2024.

MOURA, A. C. R. et al. Perfil sociodemográfico e motivos da escolha pelo parto domiciliar planejado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, n. 1, p. 45–53, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-38066510>. Acesso em: 9 abr. 2025.

NASCIMENTO, M. M. R. et al. Planejamento e segurança no parto domiciliar: a percepção de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 3, e20210337, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qX8F8JpmR8xPLy4VWYZtkhc>. Acesso em: 9 abr. 2025.

OLIVEIRA, A. V. de; SANTOS, K. F. O. dos; OLIVEIRA, K. M. D. S.; ANDRADE, C. G. de; COSTA, I. C. P.; BRITO, F. M. de. Percepção de gestantes e puérperas acerca do parto domiciliar planejado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 41, n. 3, p. 716–733, jul./set. 2017. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2317>. Acesso em: 12 abr. 2025.

OLIVEIRA, D. C. et al. Satisfação de mulheres com o parto domiciliar planejado: uma abordagem qualitativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e210540, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/KzJrVjFbFchc5TGj7n4Wpzp>>. Acesso em: 9 abr. 2025.

PEROVANO, D. G. **Manual de metodologia científica**. Paraná: Juruá, 2014. Disponível em: <<https://www.jurua.com.br/bv/conteudo.asp?id=23582&pag=227>>. Acesso em 28 ago. 2024.

PIRES, A. D. et al. Redes de apoio e decisões sobre o parto domiciliar: contribuições da antropologia para a atenção obstétrica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 1, p. 51–59, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1347207>. Acesso em: 9 abr. 2025.

PRATES, L. A. et al.. Being born at home is natural: care rituals for home birth. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1247–1256, 2018. Acesso em 14 abril 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/3Mvp3VxQqT6FNmT4mg4SWhN/?lang=en#>>.

QUITETE, J.B.; MONTEIRO, J.A.M. B. A participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher. **Rev. enferm. UERJ** [Internet]. 30º de dezembro de 2018. 26:e18682. Acesso em: 25 mar. 2025. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/18682>>

RANGEL, T. S. A. et al. Parto domiciliar planejado: perfil das mulheres e seus motivos para essa escolha. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, supl. 4, p. e20200080, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1222425>. Acesso em: 9 abr. 2025.

REIS, L. P. et al. A vivência do parto domiciliar planejado: aspectos afetivos e sociais da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e210282, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bcJ8qJjVpr7bNvnYVbqkCRN>. Acesso em: 9 abr. 2025.

REITSMA, A. et al. Maternal and neonatal outcomes among planned home births in high-income countries: a meta-analysis. **Midwifery**, London, v. 85, 102704, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102704>. Acesso em: 9 abr. 2025.

RIBEIRO, J. M. et al. A experiência do parto domiciliar: narrativas de mulheres sobre autonomia, vínculo e cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, e20201315, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9Kr4Xrjq6vhRYdZbDswVxnz>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SANTOS, S. S. dos; BOECKMANN, L. M. M.; BARALDI, A. C. P.; MELO, M. C. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 129–143, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SANFELICE, C. F. DE O.; SHIMO, A. K. K.. HOME BIRTH: UNDERSTANDING THE REASONS FOR THIS CHOICE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 875–882, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cr9pwrq8z3TKKGLMW5J9hRk/?lang=en>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, M. M. et al. O papel do acompanhante no parto: percepção de mulheres assistidas no domicílio. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v. 14, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243902>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SILVA, M. M. J. et al. Acesso e qualidade da assistência obstétrica no SUS: uma análise das práticas e percepções de usuárias e profissionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 61–75, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1011826>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SILVA, N. M. M. et al. O significado do aborto espontâneo para mulheres que optaram por parto domiciliar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. e7048, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1505948>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SILVA, P. D. et al. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista Enfermagem (REVENF)**, v. 9, n. 1, p. 510–519, 2019. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502019000100510. Acesso em: 09 abr. 2025.

SILVA, T. P. et al. O parto domiciliar planejado: um recorte da realidade brasileira. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e47475, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1347207>. Acesso em: 9 abr. 2025.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M.L. **Restricting oral fluid and food intake during labour**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3. Acesso em 27 mar. 2025. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full/pt>.

VOLPATO, F. et al.. Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 4, p. e20200404, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/XqwxZS34ppmNWjspynVTt7d/abstract/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 20 mar. 2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Revista Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203 – 220, ago. – dez. 2014. Disponível em:<<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>>. Acesso em 28 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 9 abr. 2025.

Anexo I - Instrumento de coleta de dados**Dados sociodemográficos/ identificação**

Nome completo:

Iniciais do nome:

Contato telefônico (com DDD):

Data de nascimento (DD/MM/AA):

Raça/ cor que se identifica:

() Branca () Amarela () Indígena () Parda () Preta () Escolaridade () Nenhuma

Escolaridade

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Ensino Médio incompleto

() Ensino Médio completo

() Ensino Superior incompleto

() Ensino Superior completo

Em caso de superior completo, especifique a formação:

Estado civil: () Solteira () Casada () União estável

Na época do parto domiciliar, possuía trabalho remunerado? (formal ou informal)

() Sim

() Não

Se sim, qual ocupação?

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, qual ERA sua renda quando teve o PDP, aproximadamente?

- () Nenhuma renda
- () Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.412)
- () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.412 até R\$ 4.236)
- () De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 4.236 até R\$ 8.472)
- () De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 8.472 até R\$ 12.708)
- () De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 12.708 até R\$ 16.944)
- () De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 12.708 até R\$ 21.180)
- () Mais de 15 salários mínimos (acima de R\$ 21.180)
- () Não lembro

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você HOJE, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

- () Nenhuma renda
- () Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.412)
- () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.412 até R\$ 4.236)
- () De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 4.236 até R\$ 8.472)
- () De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 8.472 até R\$ 12.708)
- () De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 12.708 até R\$ 16.944)
- () De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 12.708 até R\$ 21.180)
- () Mais de 15 salários mínimos (acima de R\$ 21.180)

História ginecológica e obstétrica

Esta seção é reservada a obter dados de sua história ginecológica e obstétrica

Quantas vezes já engravidou? (se estiver grávida no momento, considerar):

Quantos partos você teve?

Quantos abortos você teve?

Quantos partos domiciliares você teve?

Qual (ais) a (s) sua (s) idade (s) no (s) parto (s) domiciliar (es), respectivamente?

Qual (ais) a (s) data (s) do seu (s) partos:

O último parto foi PDP?

() Sim

() Não

Teve algum parto vaginal hospitalar antes do seu parto domiciliar planejado?

() Sim

() Não

Se sim, quantos partos vaginais antes do seu PDP?

Teve alguma cesárea antes de seu parto domiciliar?

() Sim

() Não

Se sim, quantas cesarianas antes do seu PDP?

Teve algum aborto antes de seu parto domiciliar planejado?

() Sim

() Não

Se sim, quantos?

Após sua experiência de PDP, você teve algum parto hospitalar?

() Sim

() Não

A(s) gestação (ões) em que teve o PDP foi (ram) planejada (s)?

() Sim

() Não

Se não, qual gestação?

Qual a sua motivação para escolher um PDP?

Você se encontra grávida agora?

() Sim

() Não

Se estiver grávida neste momento, está planejando ter um PDP?

() Sim

() Não

() Não se aplica

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Acesso ao PDP pelo Hospital de Belo Horizonte

Esta seção é reservada a obter informações sobre como foi seu acesso ao parto domiciliar planejado pelo Hospital em Belo Horizonte

Como ficou sabendo da oferta de parto domiciliar planejado pelo Hospital?

() Pelas redes sociais

() Por recomendação de profissional da saúde

() Por indicação de outras mulheres/famílias/amigos/conhecidos

() No Hospital

() Outro:

Você considerou fácil o acesso à equipe e ao PDP do HSF?

() Sim

() Não

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Antes da equipe de PDP do Hospital, você procurou outra equipe para PDP?

() Sim

☐ Não

Se sim à pergunta anterior, por que não teve o PDP com a outra equipe?

Quantos acompanhantes estavam presentes do seu PDP? (em números)

Quantos profissionais estavam presentes do seu PDP?

Quais acompanhantes estavam presentes no seu PDP?

☐ Companheiro(a)/ parceiro (a)

☐ Familiares

☐ Amigo (s)

☐ Animal (ais) domiciliar (es)

☐ Filho (a)/ filhos (as)

☐ Outro:

Você considerou preparada a equipe que prestou atendimento ao seu PDP?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Descreva quais foram os benefícios do seu PDP

Descreva quais foram os pontos frágeis (negativos ou que poderiam ter sido melhores) no seu PDP

Houve alguma intercorrência em seu PDP? Exemplo: hemorragia, placenta retida, estado fetal não tranquilizador, outros.

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual?

Por algum motivo, você e/ou seu RN teve necessidade de transferência ao hospital?

() Sim

() Não

Se sim, quem e por quê?

Recomendaria o PDP para outras mulheres?

() Sim

() Não

() Talvez

Se sim, por quê

Se não, ou talvez, por quê?

Descreva em uma palavra a sua experiência do PDP?

O que você acha sobre ampliar a oferta de acesso ao PDP no SUS?

Por favor, você poderia contribuir com este estudo deixando aqui os contatos de outras mulheres que, assim como você, tiveram o PDP oferecido por meio do Hospital? (Nome e telefone)

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como **voluntário(a)** a participar da pesquisa intitulada “**Acesso ao parto domiciliar planejado pelo SUS em Belo Horizonte: experiências das mulheres**”, conduzido por Maria Eduarda Coelho Claudino, residente de Enfermagem Obstétrica pela UFMG, orientado pela Prof^a Dr^a Nágela Cristine Pinheiro Santos. Este estudo tem por objetivo: I. Conhecer o percurso que as mulheres realizam no SUS para ter o Parto Domiciliar Planejado; II. Identificar os principais fatores que contribuem para que as mulheres escolham o Parto Domiciliar Planejado. Você foi **selecionado(a)** por ser uma mulher que teve parto domiciliar planejado ofertado por um Hospital do SUS em Belo Horizonte. Sua participação **não é obrigatória**. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Quanto aos **possíveis riscos** da participação no estudo destacam-se o risco de constrangimento e de abalo emocional, ambos relacionados à lembrança de situações vivenciadas na prática profissional e ao fornecimento de informações ao questionário. Caso esses riscos venham a ocorrer, causando assim alguma emoção desconfortável, a coleta de dados poderá ser interrompida, bem como o cancelamento da sua participação. Todavia, caso fique confirmado que essa pesquisa lhe causou algum dano à saúde emocional e/ ou física, nos responsabilizamos em disponibilizar a assistência profissional adequada. Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um **questionário semi-estruturado, com perguntas fechadas e abertas constituído por 3 partes: a primeira para os dados sociodemográficos; a segunda para os dados ginecológicos e obstétricos; e a terceira sobre o acesso e a experiência do parto domiciliar planejado**. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. Assim sendo, buscando meios de anonimização da paciente sem utilizar codinome. Caso necessário, em algum momento da pesquisa, as pesquisadoras poderão consultar ao banco de dados da pesquisa a que esta se submete. Os dados serão publicados de maneira a impossibilitar a sua identificação. A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05(cinco) anos, assim como o descarte do material coletado após o fim deste prazo. (O descarte segue a recomendação da Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, é direito do participante buscar indenização, através das vias judiciais (Resolução CNS n.º 466, de 2012, item IV.3.h). Cabe ressaltar que a questão da indenização não é prerrogativa da Resolução CNS nº 466/12, estando originalmente prevista no Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002), sobretudo nos artigos 927 a 954, Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da Obrigação de Indenizar), Título IX (Da Responsabilidade Civil) (Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa, 2020, p.9). Caso você concorde em participar desta pesquisa, clique em aceite abaixo. Caso contrário, clique em não, para não participar.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman: Endereço Rua Antônio Bandeira, 1060, Bairro Tupi. Linha de Ensino e Pesquisa, sala 2. Terças de 13 às 16h. Quintas-feiras de 7 às 12h. Email: cep@sofiafeldman.org.br. Contatos da pesquisadora responsável: Maria Eduarda Coelho Claudino, e-mail: eduardacoelho.enf@gmail.com, telefone pessoal: (21) 99087-1513. Contatos da orientadora: Nagela Santos, e-mail: nagelasantos13@gmail.com, telefone pessoal: (31) 984261027. Ressalta-se, ainda, que um Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado que tem a função de garantir direitos do indivíduo e das coletividades, a partir da bioética.