

O PAPEL DOS (AS) ENFERMEIROS (AS) OBSTETRAS NA SEGURANÇA E BEM-ESTAR DURANTE O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

¹Ana Carolina Benigno de Lima Sousa

²Kaline Dantas Magalhães

RESUMO

Este estudo explora o papel da enfermeira obstétrica na garantia da segurança e do bem-estar da parturiente durante o parto domiciliar planejado (PDP). O parto evoluiu de um evento doméstico com parteiras para um processo hospitalar e medicalizado após a Segunda Guerra Mundial. Essa mudança reduziu a mortalidade, mas também a autonomia da mulher. Profissionais passaram a controlar o parto, tornando a gestante mais passiva. Em reação, muitas mulheres buscam hoje partos mais humanizados e com mais protagonismo, diante deste cenário foi realizado buscas nas bases de dados BVS (Biblioteca virtual de saúde) PUBMED (Publisher Medline) para uma revisão integrativa da literatura, abordando a transição histórica do parto, o movimento crescente em direção ao PDP no Brasil impulsionado pela insatisfação com o modelo hospitalar medicalizado, e a atuação essencial das enfermeiras obstétricas e obstetrizes nesse contexto. Os resultados destacam que a escolha pelo PDP é multifacetada, motivada por experiências negativas prévias, busca por protagonismo, segurança e conforto no ambiente familiar. A atuação profissional envolve tecnologias leves, leve-duras e duras, promovendo empoderamento e confiança. Apesar dos benefícios, o PDP enfrenta desafios como elitização do acesso, ausência de regulamentação no SUS, preconceito social e carência de produção científica nacional. As perspectivas futuras apontam para a inclusão do PDP no SUS, valorização da enfermagem obstétrica e a necessidade de políticas públicas que democratizem o acesso. Conclui-se que a enfermeira obstétrica é

¹ Aluna do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

² Professor (a) Orientador (a) do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

indispensável para um PDP seguro e humanizado, e a superação dos desafios exige apoio governamental e mudança cultural.

Palavras-chave: Parto domiciliar,
Enfermeira obstétrica, humanização

ABSTRACT

This study investigates the role of the obstetric nurse in ensuring the safety and well-being of the parturient during planned home birth (PHB). The research, an integrative literature review, addresses the historical transition of childbirth, the growing movement towards PHB in Brazil driven by dissatisfaction with the medicalized hospital model, and the essential role of obstetric nurses and midwives in this context. The results highlight that the choice for PHB is multifaceted, motivated by previous negative experiences, the search for protagonism, safety, and comfort in the family environment. Professional performance involves light, light-hard, and hard technologies, promoting empowerment and confidence. Despite the benefits, PHB faces challenges such as access elitization, absence of regulation in the SUS (Brazil's public healthcare system), social prejudice, and a lack of national scientific production. Future perspectives point to the inclusion of PHB in the SUS, valorization of obstetric nursing, and the need for public policies that democratize access. It is concluded that the obstetric nurse is indispensable for a safe and humanized PHB, and overcoming the challenges requires government support and cultural change.

INTRODUÇÃO

A história do parto é uma jornada complexa, marcada por transformações profundas que refletem avanços científicos, mudanças sociais e a própria evolução da compreensão sobre o nascimento. Durante séculos, parir era um evento intrinsecamente ligado ao ambiente doméstico, com a figura experiente da parteira oferecendo suporte fundamental, embora desprovida do conhecimento científico formal como observado por Figueirôa (2018).

De acordo com Maia (2024), o cenário se altera drasticamente após a Segunda Guerra Mundial, quando a disseminação do parto hospitalar se torna uma estratégia central para combater as alarmantes taxas de mortalidade materna e infantil decorrentes de complicações obstétricas. Essa mudança, embora crucial para a saúde pública, trouxe consigo uma crescente medicalização do parto, visando padronizar o cuidado. Contudo, essa institucionalização, paradoxalmente, levou à perda da autonomia da mulher, que progressivamente deixou de ser a protagonista do seu próprio processo de parir.

Nesse novo contexto hospitalar, a dinâmica do parto se inverteu: a mulher e o bebê, antes sujeitos ativos, passaram a ocupar uma posição mais passiva, enquanto os profissionais de saúde assumiram o controle, implementando uma série de intervenções que modificaram as práticas obstétricas tradicionais.

Segundo Reis (2024), diante desse cenário, impulsionado pelo desejo de um parto menos intervencionista, pela busca por autonomia e pelo receio de perder o controle durante o trabalho de parto, observa-se um movimento significativo de mulheres que buscam alternativas para vivenciar o nascimento de seus filhos de maneira mais humana e com a possibilidade de escolhas compartilhadas.

O parto domiciliar planejado (PDP) surge, então, como uma resposta a essa necessidade, representando um resgate da centralidade da mulher e um modelo de assistência que valoriza suas decisões e o ambiente familiar como palco do nascimento, afirma Maia (2024).

Dados de Oliveira (2020), apontam que no Brasil, desde meados dos anos 1990, ocorreu verdadeira epidemia de cesarianas que podem ser constatadas pelo aumento das taxas ao longo dos anos, que passaram de 14,5%, em 1970, para mais de 50%, em 2010. Até 2014, as cesarianas cresceram 67% no país, tornando-se o principal método de nascimento. O Brasil está ocupando, desde 2015, o segundo lugar de maiores países com taxa de cesariana, com 55%, em que somente a República Dominicana (58,1%) apresenta maiores índices na América Latina.

Esses dados são totalmente contrários às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual recomenda que os países não devem ultrapassar a taxa de 15%, podendo chegar até 90%.

Como citado por Maia (2024), considerando o contexto social onde o ato de parir ainda é envolto por receios e tabus, especialmente no que se refere à dor inerente ao parto vaginal, a escolha pelo (PDP) representa uma decisão que se distancia da norma

estabelecida e amplamente difundida do parto hospitalar. Essa opção surge como um movimento que desafia as convenções e busca uma vivência do nascimento que se contraponha à hegemonia do ambiente clínico.

Nesse contexto de valorização do parto como um acontecimento inerente ao corpo feminino e à natureza, a Enfermagem Obstétrica assume um papel cada vez mais central na promoção de um parto humanizado, contribuindo significativamente para a segurança e o bem-estar da mulher que está parindo, como citado por Baggio (2016).

De acordo com a Resolução 737 COFEN (2024), apesar da ausência de uma legislação específica para o PDP, a atuação da enfermeira obstétrica (EO) encontra amparo na Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem. Essa lei atribui à enfermeira, dentro de uma equipe multidisciplinar, a responsabilidade pelo acompanhamento pré-natal, pela assistência ao parto sem complicações e pelos cuidados no pós-parto. Além disso, compete à enfermeira identificar possíveis riscos para a mãe e o bebê e tomar decisões até a chegada do médico, se necessário.

É importante ressaltar que a legislação vigente não impõe restrições quanto ao local de atuação desses profissionais, o que significa que não existe nenhuma barreira legal que impeça a assistência qualificada da EO no ambiente do PDP conforme Almeida (2020).

Diante desse panorama, o presente estudo tem como objetivo discutir o papel do enfermeiro obstétrico na garantia da segurança e do bem-estar da parturiente durante o parto domiciliar.

Este artigo se justifica pela crescente relevância do parto domiciliar planejado e a atuação central do enfermeiro obstetra nesse contexto. Há uma lacuna na literatura sobre as competências específicas e contribuições desse profissional, que garante a segurança e o suporte humanizado. Pesquisar o tema é crucial para valorizar a enfermagem, aprimorar a prática e subsidiar políticas públicas, promovendo um cuidado de qualidade e a autonomia da gestante no parto em casa.

METODOLOGIA

O presente estudo será feito uma revisão integrativa da literatura, que permitirá sintetizar o conhecimento produzido sobre o papel dos (as) enfermeiros (as) no parto domiciliar planejado na segurança e bem-estar da parturiente.

A pergunta norteadora desta revisão integrativa foi: "Qual o papel das EO's na garantia da segurança e do bem-estar da parturiente durante o parto domiciliar?". A fim de que essa pergunta traga uma ampla discussão e reflexão sobre a temática e como os (as) EO'S podem levar segurança e bem-estar para as mulheres que optam pelo PDP.

As buscas foram realizadas a partir das palavras-chave "Parto domiciliar" e "Humanização" e "enfermeira obstétrica". As bases de dados utilizadas foram Biblioteca virtual de saúde (BVS) e Publisher Medline (PUBMED). Foi realizado o método de cruzamento das palavras-chave.

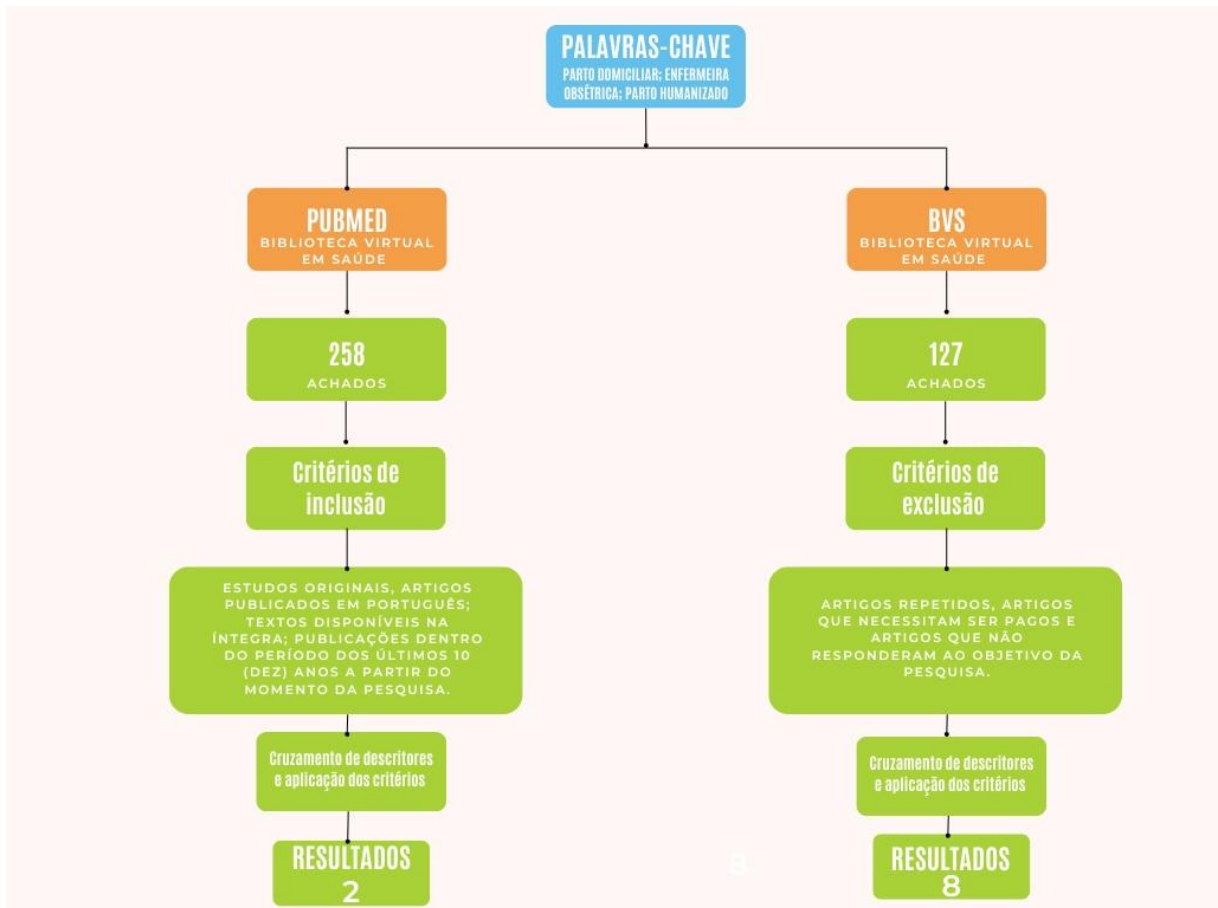
A busca foi realizada nas bases de dados utilizando as seguintes estratégias de cruzamento: Enfermeira obstétrica AND Parto humanizado; Enfermeira obstétrica AND Parto domiciliar; Parto humanizado AND Parto domiciliar. Os termos foram adaptados para os descritores controlados DeCS e MeSH quando disponíveis.

Para selecionar os estudos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Estudos originais, artigos publicados em português; textos disponíveis na íntegra; publicações dentro do período dos últimos 10 (dez) anos a partir do momento da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos, artigos que necessitam ser pagos e artigos que não responderam ao objetivo da pesquisa. Os estudos que foram elegíveis passaram pelas seguintes etapas: leitura dos títulos e resumos dos artigos e, em seguida, a leitura na íntegra dos artigos no período de março de 2025 a abril de 2025.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos



Fonte: autoral, 2025.

Quadros – Síntese dos artigos selecionados.

Autor	Título	Objetivo	Conclusão
Carla Cristina Garcia; Mary Jane Paris Spink; Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini; (2022)	A arte de endurecer sem perder a ternura: o uso de tecnologias por obstetrizes na atenção ao parto domiciliar planejado	O estudo buscou identificar as ferramentas presentes na valise de parteiras diplomadas formadas pelo curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo	Verificou-se que as obstetrizes utilizam tecnologias duras como um complemento às tecnologias leves quando estas últimas não alcançam o êxito esperado. Essa prática coexiste com o uso contínuo e transversal dos recursos relacionais. As profissionais integram e aplicam uma vasta gama de conhecimentos distintos para isso, sem estabelecer uma hierarquia entre eles.
Carla Braz Evangelista; Mayrla Vitória Dunga Maia; Jaqueline Queiroz de Macedo; (2024)	Elementos direcionados do parto domiciliar planejado	Analisar os elementos que conduzem as gestantes na escolha pelo parto domiciliar planejado	Os elementos que conduzem as gestantes na escolha e preferência pelo parto domiciliar planejado decorrem da descredibilização da parturiente no processo de parto/nascimento no hospital vivenciado ou percebido e da possibilidade de Ser sujeito ativo no processo de parto/nascimento no PDP.
Brenda	O Parto	O estudo teve	tornam-se

Caroline Martins da Silva; Diego Pereira Rodrigues; Giovanna Rosario Soanno Marchiori; Laena Costa dos Reis; Leila Fernanda Silva de Oliveira; Tatiana Socorro dos Santos Calandrini; Valdecyr Herdy Alves; (2024)	domiciliar planejado	como objetivo mapear os conceitos existentes em relação ao parto domiciliar planejado	necessárias as políticas públicas que garantam o acesso e direito das mulheres em parir em domicílio, com apoio de profissionais de saúde qualificados, com foco no respeito, com assistência individualizada e integral.
Camila Girardi; Maria Aparecida Baggio; Maycon Hoffmann Cheffer. Taís Regina Schapko; (2016)	Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha	compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica e a motivação (das mulheres) para essa escolha	A assistência obstétrica foi centrada nas necessidades da parturiente, proporcionou confiança, segurança, tranquilidade e respeito às suas escolhas. Aponta-se a necessidade de ampliar a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas às mulheres que desejam o parto domiciliar planejado. Políticas públicas de assistência ao parto podem viabilizar isso.
Chris	Maternal and	Para comparar os	Vinte e oito artigos

Rossiter, BA Hons, Research Assistant; Vanessa L Scarf, RM, PhD Candidate, Project Coordinator, Birthplace in Australia Study. (2018)	perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis	resultados maternos e perinatais de diferentes locais de nascimento através de uma revisão sistemática de pesquisas de alta qualidade e meta-análise de dados apropriados (Registro Prospero CRD42016042291). Desenho: Os revisores pesquisaram as bases de dados CINAHL, Embase, Maternity and Infant Care, Medline e PsycINFO para identificar estudos que comparam os resultados selecionados por local de nascimento entre mulheres com gravidez de baixo risco em países de alta renda. Eles avaliaram criticamente os estudos identificados usando um instrumento específico para pesquisa de local de nascimento e, em seguida, combinaram os dados de resultados via meta-análise, usando o software	preencheram os critérios de inclusão, fornecendo dados comparativos sobre mortalidade perinatal, tipo de parto, morbidade materna e/ou admissões em UTIN. A meta-análise indicou que mulheres que planejavam partos hospitalares tinham chances estatisticamente significativamente menores de parto vaginal normal do que em outros ambientes planejados. Mulheres sofreram trauma perineal grave ou hemorragia em uma taxa menor em partos domiciliares planejados do que em unidades obstétricas. Não houve diferenças estatisticamente significativas na mortalidade infantil por local de nascimento planejado.
---	---	---	---

		RevMan.	
Floriano ME, Costa JR, Silva MAP. (2023)	Motivações para a escolha do parto domiciliar planejado	compreender as motivações das mulheres na escolha do parto domiciliar planejado e as percepções dessa vivência. Método: estudo descritivo, exploratório e qualitativo, desenvolvido com 14 mulheres que vivenciaram um parto domiciliar planejado entre janeiro de 2019 e dezembro de 2020	o modelo obstétrico vigente precisa ser repensado e readequado, com vistas à oferta assistencial ao parto segura e respeitosa, seja em âmbito domiciliar ou hospitalar.
Department of Obstetrics and Gynecology, Herlev University Hospital, Herlev, Denmark. Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark. Siv Steffen Nygaard Ulrik Schiøler Kesmodel	Home births—Where are we heading?	In developing countries, efforts are being made to get women to a hospital or health care facility in time for giving birth. However, several developed countries are currently experiencing a significant increase in home births including the United Kingdom, the United States, Canada, and Denmark, among others. The Netherlands is the	Evidence-informed guidelines, high quality studies and standardised data collection methods are needed in the area of home births both in terms of safety and also regarding reasons behind the trends and women's needs, motivations and attitudes toward birthplace. Both women and health care providers deserve that

		only European country where homebirths have been common for a long period. Here, the rate of homebirths has dropped from around 25% in 2005 to 13% in 2015, and women with uncomplicated pregnancies who choose to give birth in a hospital pay a fee of around 300 Euros. In Denmark, homebirths increased from approximately 1% to 3% between 2012 and 2016, and among nulliparous women around one third of planned home births end up in a hospital with varying levels of urgency. Approximately 8% of multiparous women are transferred to a hospital.	
--	--	---	--

Alves, Valdecyr Herdy; Barbosa, Alessandra Franco; Dulfe, Paolla Amorim Malheiros; Maciel, Vivian Linhares; Oliveira, Thalita Rocha; Rodrigues, Diego Pereira;	Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica	analisar a trajetória profissional das enfermeiras obstétricas, que atuam em parto domiciliar planejado.	Os resultados consolidam que as enfermeiras obstétricas, as quais atuam no parto domiciliar planejado têm uma trajetória profissional focada, no constante aprimoramento teórico associado a uma aproximação com "experts" na área, conferindo experiência, segurança e qualidade da assistência obstétrica, bem como uma atuação autônoma, neste cenário de cuidado.
Santos LM, Mata JAL, Vaccari A, Sanfelice CFO. Trajetórias de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado: história oral. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42(esp):e20200191. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200191	Trajetórias de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado: história oral	Descrever a trajetória da inserção de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado no Rio Grande do Sul.	As experiências pessoais, formativas e profissionais e o descontentamento com a atenção obstétrica hospitalar no estado, considerada intervencionista e centrada no médico, foram propulsores para as enfermeiras obstetras inserirem-se no parto domiciliar planejado.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039- 1061.	Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde"	O objetivo é destacar a valorização desses saberes e práticas no Brasil junto à população por meio da educação não formal em museus	A exposição "Mulheres e práticas de saúde" destaca a importância das parteiras e médicas na obstetrícia, preservando o saber popular das parteiras e abordando a questão de gênero na medicina. A mostra promove o debate sobre a medicalização do parto e as desigualdades de gênero.
---	--	--	---

Fonte: autoral, 2025.

Após uma análise minuciosa dos estudos selecionados, foi possível identificar as seguintes categorias: Motivações e Escolha pelo Parto Domiciliar; A Atuação dos Profissionais de Saúde no PDP; Desafios e Perspectivas Futuras.

MOTIVAÇÕES E ESCOLHA PELO PARTO DOMICILIAR

Segundo Baggio (2016), a decisão pelo PDP é multifacetada e fortemente influenciada por experiências anteriores negativas no ambiente hospitalar, como a violência obstétrica e o excesso de intervenções desnecessárias. Mulheres que optam pelo PDP frequentemente buscam maior autonomia e protagonismo em seu processo de parto, percebendo o ambiente domiciliar como um local seguro, confortável e tranquilo.

Conforme relata Maia (2024), um dos pilares motivacionais para a opção pelo PDP reside no profundo descontentamento com o modelo de assistência hospitalar vigente no Brasil. Este modelo é frequentemente percebido como excessivamente medicalizado e intervencionista, resultando na perda da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e o processo de nascimento. A percepção de que a mulher e o bebê assumem uma posição passiva no ambiente hospitalar, com profissionais de saúde tomando o controle sobre o nascimento e realizando uma série de intervenções desnecessárias, fomenta a busca por alternativas.

Relatos de violência obstétrica, como a realização de procedimentos sem aviso prévio ou consentimento, são um motor significativo para essa busca. A mulher anseia por um parto que respeite sua individualidade, sua fisiologia e suas escolhas, algo que o ambiente domiciliar parece oferecer de forma mais efetiva, o lar é percebido pelas mulheres como um local intrinsecamente seguro, confortável e tranquilo para o parto.

Floriano (2023), afirma que essa percepção não se baseia apenas no conforto físico, mas também na tranquilidade psicológica que o ambiente familiar proporciona. A possibilidade de estar em seu próprio espaço, rodeada por objetos e pessoas de sua escolha, e de vivenciar o parto de forma mais natural e controlada, é um atrativo poderoso.

A vivência de um parto tranquilo e a liberdade para deambular (andar/se movimentar), alimentar-se e escolher posições durante o trabalho de parto, sem a imposição de normas e rotinas institucionais, são aspectos altamente valorizados.

A dor, embora reconhecida como intensa, é compreendida como parte natural do processo, e a utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, facilitadas pelo ambiente domiciliar, contribui para uma experiência mais positiva além disso a escolha da mulher pelo PDP parte não somente de um sentimento intrínseco pela segurança e conforto do seu lar mas também pela facilidade ao acesso a informações qualificadas,

seja por meio de artigos científicos, relatos de parto ou grupos de apoio, como o Gesta Cascavel (citado em Bagaggio 2016) , que é um fator determinante para essa escolha informada, esse conhecimento prévio sobre as etapas do parto e as opções disponíveis favorece o empoderamento e o protagonismo feminino.

O estudo de Floriano (2023), ressalta a suma importância da participação da família, em especial do companheiro, como um pilar de apoio fundamental no PDP, promovendo um ambiente de acolhimento e segurança. Embora a decisão nem sempre seja compreendida por todos os familiares, que por vezes expressam desconfiança, o apoio do cônjuge e a discricão sobre a escolha são estratégias utilizadas pelas mulheres para preservar sua autonomia.

Em suma, a escolha pelo (PDP) é um reflexo do desejo da mulher de resgatar o controle sobre seu próprio corpo e sua experiência de nascimento, buscando um cuidado que vá além da medicalização e priorize a humanização, a autonomia e o bem-estar, tudo isso respaldado por informações qualificadas e o apoio de sua rede familiar.

A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS (AS) NO PDP

O estudo de Reis (2024), ressalta que a segurança e o sucesso do (PDP) estão intrinsecamente ligados à atuação qualificada e humanizada dos profissionais de saúde, em particular das EO's e obstetrizes. Longe de ser um evento sem assistência, o PDP se baseia na expertise desses profissionais para garantir um cuidado integral e respeitoso, a assistência, centrada nas necessidades da mulher e baseada em evidências científicas, promove o empoderamento e a confiança na capacidade feminina de parir como observado em Baggio (2016).

As EO e obstetrizes incentivam a liberdade de posições, a deambulação e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, bola suíça e imersão em água, que facilitam o relaxamento e a evolução do trabalho de parto. O uso da materialidade do corpo da mulher, por meio de exercícios e posições específicas, também é uma ferramenta importante utilizada por esses profissionais para otimizar o processo de parturição.

O estudo de Franceschini (2018), nos mostra um método de conduta tecnológico utilizado em PDP'S separado em três grupos denominado de Tecnologias Leves, Leve-Duras e Duras.

Tecnologias leves: Incluem o afeto, a comunicação efetiva (saber falar e saber ouvir) e o estabelecimento de vínculo. A comunicação é vista como a ferramenta principal para identificar as demandas da mulher, acolhê-las e informar de maneira clara sobre o que está acontecendo, promovendo uma experiência positiva e de empoderamento.

Tecnologias leve-duras: Compreendem os saberes estruturados que fundamentam o processo de tomada de decisão e ação, como anatomia, fisiologia do parto, evidências científicas e a experiência acumulada. A intuição também é um componente importante, permitindo uma ação adaptada à singularidade de cada parto.

Tecnologias duras: Referem-se a instrumentos produzidos pela atividade humana e o uso da materialidade do corpo. Isso inclui desde equipamentos de reanimação neonatal e kits de sutura até a utilização de posições e exercícios que favoreçam o nascimento (como o método Spinning Babies), e as próprias mãos para manobras específicas. O uso de tecnologias duras é complementar e estratégico, acionado quando as tecnologias leves não são suficientes, sempre com o objetivo de garantir a segurança.

O presente estudo, ao explorar os significados, experiências e motivações de mulheres que vivenciaram o PDP, corrobora que a comunicação efetiva, o afeto e o estabelecimento de vínculo são tecnologias leves essenciais utilizadas pelas EO's e obstetrizes. Essa abordagem relacional permite que as mulheres se sintam acolhidas, compreendidas e ativamente envolvidas nas decisões sobre o parto, inclusive em situações que exigem intervenções mais complexas ou transferências para o hospital.

Embora a literatura sustente a segurança do PDP para gestantes de risco habitual, e o papel das EO's e obstetrizes seja fundamental, o acesso a esse serviço não somente no Brasil mas como no mundo ainda é limitado conforme apresenta o estudo de L. Scarf (2018), o que restringe sua disponibilidade a parcelas mais privilegiadas da população. A expansão do PDP no sistema público de saúde no Brasil, com a valorização e inclusão desses profissionais, é crucial para democratizar o acesso a essa modalidade de parto e promover um cuidado mais humanizado para todas as mulheres, através de políticas públicas e/ou programas que viabilizem esse acesso.

A formação contínua e a experiência dos profissionais são aspectos importantes para garantir a segurança e a qualidade da assistência no PDP. A habilidade de conjugar conhecimentos científicos, a experiência prática e a intuição, permite que esses

profissionais ofereçam um cuidado individualizado e adaptado às necessidades de cada mulher, mesmo diante de situações complexas.

No entanto nota-se que há pouco apoio e incentivo governamental para que profissionais se capacitem para essa prática, até mesmo por parte dos próprios profissionais há uma resistência em atuar na área.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Apesar do crescente interesse e dos benefícios demonstrados, o (PDP) no Brasil enfrenta uma série de desafios significativos que limitam sua expansão e reconhecimento pleno, ao mesmo tempo em que abre portas para perspectivas futuras promissoras. A superação desses obstáculos exige um esforço conjunto de políticas públicas, conscientização social e valorização dos profissionais envolvidos.

Maia (2024), mostra que um dos maiores desafios do PDP no Brasil é a sua acessibilidade. Atualmente, o PDP é predominantemente um serviço privado, o que o torna acessível principalmente a mulheres com maior nível de escolaridade e condição econômica. Essa elitização do acesso é uma limitação marcante, visto que a imensa maioria das mulheres brasileiras, mesmo aquelas com gestações de baixo risco elegíveis para o PDP, não conseguem arcar com os custos dos honorários profissionais e das equipes particulares. Isso cria uma disparidade significativa, onde o direito à escolha informada do local de parto fica restrito a uma minoria.

Dados de Santos (2021), apontam a experiência de países como Holanda, Canadá e Austrália, onde o parto domiciliar é reconhecido e estimulado pelo sistema público de saúde, serve como um modelo a ser considerado para a democratização do acesso no Brasil.

Segundo Baggio (2024), o PDP ainda é visto com preconceito pela sociedade brasileira, muitas vezes associado a riscos desnecessários para a mãe e o bebê. A divulgação de conceitos equivocados sobre o tema contribui para essa desconfiança e para a percepção de que a escolha é "irresponsável" por parte de alguns familiares e da própria sociedade. Muitas mulheres, para evitar a repressão e a desaprovação, optam por manter sua decisão em segredo. É fundamental combater essa desinformação com

evidências científicas que comprovem a segurança do PDP para mulheres de risco habitual, quando assistido por profissionais capacitados.

No Brasil, o PDP não é um serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deixando as mulheres que o desejam dependentes de equipes privadas. Considerando os achados deste estudo, concluiu-se que, essa ausência de reconhecimento e regulamentação no SUS é um entrave significativo para a sua ampliação e para a garantia do direito de escolha das mulheres. A construção de protocolos de saúde que regulamentem o acesso, os critérios e os cuidados no PDP dentro do SUS é uma necessidade premente.

Reis (2024), notou que apesar da importância da EO e da obstetriz no PDP, há uma necessidade de maior visibilidade e valorização da atuação desses profissionais, inclusive no âmbito domiciliar. A formação em saúde muitas vezes não aborda o parto domiciliar em programas de aperfeiçoamento, como a residência em saúde. A expansão da área de atuação da enfermagem obstétrica, com cursos de especialização e atualização nas práticas obstétricas, é crucial para fortalecer essa modalidade de assistência.

Diante dos achados do presente estudo, notou-se que a produção científica nacional sobre o PDP é limitada, e com poucos estudos recentes, especialmente quando comparada a dados internacionais. Embora estudos existentes corroborem a segurança do PDP e seus desfechos positivos, há uma carência de pesquisas que explorem o fenômeno sob a ótica de outros envolvidos, como familiares, ou que investiguem fatores epidemiológicos e contribuições à sociedade em um contexto mais amplo. A ampliação da produção de conhecimento, abordando não apenas a perspectiva das mulheres que optam pelo PDP, mas também as experiências e trajetórias dos profissionais de saúde, é fundamental para solidificar as evidências e subsidiar políticas públicas.

Em contrapartida a todos esses desafios as perspectivas futuras para o PDP no Brasil residem na capacidade de transformar esses desafios em oportunidades. A crescente conscientização sobre a violência obstétrica e a busca por partos mais humanizados podem gerar uma pressão social e política para a inclusão do PDP no sistema público de saúde. A valorização da enfermagem obstétrica e a criação de mais casas de parto e centros de parto normal podem pavimentar o caminho para a oferta do PDP no SUS.

A disseminação de informações baseadas em evidências científicas, por meio de campanhas de conscientização e programas de pré-natal que abordem todas as opções de parto, é vital para capacitar as mulheres a fazerem escolhas informadas. O investimento em pesquisas e a construção de uma base de dados sólida sobre o PDP no Brasil são passos essenciais para embasar a tomada de decisões políticas e promover a democratização do acesso a essa modalidade de parto humanizado. O reconhecimento do PDP como um ato político de resistência e luta pelos direitos femininos pode impulsionar um movimento mais amplo por mudanças no modelo obstétrico nacional.

CONCLUSÃO

O presente estudo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, buscou discutir o papel do (a) EO na garantia da segurança e do bem-estar da parturiente durante o PDP. A análise dos resultados revelou que o PDP representa um movimento significativo de resgate da autonomia feminina e da humanização do nascimento, impulsionado, em grande parte, pela insatisfação com o modelo hospitalar medicalizado e intervencionista predominante no Brasil.

Conforme o mapeamento da literatura, a atuação da enfermagem no PDP é essencial para a segurança e o sucesso do processo, indo muito além da mera assistência técnica. Esses profissionais utilizam uma combinação de tecnologias leves, leve-duras e duras, que incluem o afeto, a comunicação efetiva, o vínculo, o conhecimento científico e a experiência prática, bem como equipamentos e manobras específicas. Assim, a abordagem centrada nas necessidades da mulher, incentivando a liberdade de posições e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, promove o empoderamento e a confiança da parturiente.

Apesar dos benefícios e da segurança comprovada do PDP para gestantes de risco habitual, o estudo ressalta os desafios significativos para sua expansão no Brasil. A elitização do acesso, devido à natureza privada do serviço, a ausência de reconhecimento e regulamentação no SUS, o preconceito social e a necessidade de maior valorização e visibilidade dos profissionais envolvidos são obstáculos a serem superados. A carência de produção científica nacional, abordando diferentes óticas, também foi notada.

As perspectivas futuras para o PDP no Brasil residem na capacidade de transformar esses desafios em oportunidades. A crescente conscientização sobre a

violência obstétrica e a busca por partos humanizados podem impulsionar a inclusão do PDP no SUS, a valorização da enfermagem obstétrica e a criação de políticas públicas que democratizem o acesso. O investimento em pesquisas e a disseminação de informações baseadas em evidências científicas são cruciais para embasar decisões políticas e capacitar as mulheres a fazerem escolhas informadas. O reconhecimento do PDP como um ato político de resistência e luta pelos direitos femininos pode fortalecer o movimento por mudanças no modelo obstétrico nacional.

Em suma, a EO desempenha um papel indispensável na garantia de um (PDP) seguro e humanizado, promovendo o bem-estar da mulher e o protagonismo no nascimento. A superação dos desafios existentes, com o apoio de políticas públicas e uma mudança cultural, é fundamental para que o PDP se torne uma opção acessível e reconhecida para todas as mulheres brasileiras que o desejarem.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, Maria Aparecida et al. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 21, e57364, 2022.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jun. 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 737, de 2 de fevereiro de 2024. Normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no (PDP).

Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Resolucao-Cofen-no-737-2024-Normatiza-a-atuacao-do-enfermeiro-obstetrico-e-Obstetriz-na-assistencia-a-mulher-recem-nascido-e-familia-no-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>. Acesso em: 08 de maio 2025.

CURSINO, Thaís Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1433-1443, 2020.

FRANCESCHINI, Priscila Kiselar Mortelaro; SPINK, Mary Jane Paris; GARCIA, Carla Cristina. A arte de endurecer sem perder a ternura: o uso de tecnologias por obstetrizes na atenção ao parto domiciliar. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 33, n. 3, e230790pt, 2024.

MAIA, Mayrla Vitória Dunga; MACEDO, Jaqueline Queiroz de; EVANGELISTA, Carla Braz. Elementos direcionadores do parto domiciliar planejado: revisão de escopo. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, n. 4, e024418, 2024.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, out.-dez. 2018.

REIS, Laena Costa dos et al. O parto domiciliar planejado: uma revisão de escopo. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 98, n. 2, e024354, 2024.

SCARF, Vanessa L. et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. **Midwifery**, v. 62, p. 240-255, jul. 2018.

SANTOS, Luciana Makarevicz; MATA, Júnia Aparecida Laia da; VACCARI, Alessandra; SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira. Trajetórias de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado: história oral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 42, n. esp., p. e20200191, 2021. Disponível em: no <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200191>. Acesso em: 9 jun. 2025.

NYGAARD, Siv Steffen; KESMODEL, Ulrik Schiøler. Home births—Where are we heading? **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 97, n. 10, p. 1155-1156, 2018. DOI: 10.1111/aogs.13441.

OLIVEIRA, Thalita Rocha et al. Assistência ao parto domiciliar planejado: trajetória profissional e especificidades do cuidado da enfermeira obstétrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20190182, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>.

REVISTA UNI-RN

DIRETRIZES PARA AUTORES

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS DA REVISTA UNI-RN

SUBMISSÃO DE ARTIGOS - Recebemos artigos em submissão online e fluxo contínuo, da comunidade acadêmica interna, docentes e discente do UNI-RN, bem como do público externo de reconhecida qualificação profissional, incentivando-se ao corpo docente o convite a *experts* no âmbito nacional e internacional, para publicarem na REVISTA UNI-RN. Os trabalhos enviados para publicação devem ser originais, de acordo com as normas da revista, e serão avaliados pelos membros do Conselho Editorial (avaliação cega), ou especialistas *ad-hoc*, indicados pelos conselheiros, a fim de que possam colaborar nas avaliações, sempre com imparcialidade e independência, estimulando a produção científica do maior número possível de artigos científicos da instituição. No caso do aluno, seu trabalho deverá sempre vir acompanhado do parecer de um professor do UNI-RN, que deve figurar como orientador ou co-autor.

O procedimento de submissão de artigos seguirá o [Manual do autor - OJS](#), que tem a finalidade de auxiliar os usuários a utilizarem de forma eficiente o sistema, informando como resolver problemas relacionados ao uso do mesmo.

CARACTERÍSTICAS DO ARTIGO - Os tipos de artigos a serem publicados podem ser classificados como artigo científico original, artigo de revisão, ensaio, *paper*, estudo de caso ou relatos de experiência (atividades de extensão; experiência de estudo, de um caso), relatório técnico e memorial acadêmico. Aqueles que se caracterizam como estudo de caso para ensino, ensaio poético, entrevistas, resenha, resumo e nota prévia, embora não sejam artigos científicos, podem vir a compor as seções complementares da revista. Todos os trabalhos devem ser inéditos, não implicando remuneração, publicação ou devolução. A publicação implica a cessão integral dos direitos autorais ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN. Os textos, sob forma de artigos científicos, deverão ser normalizados conforme prescrito nos PADRÕES DA REVISTA e nas normas da ABNT para apresentação de artigos científicos em publicação periódica e serem submetidos pelo site da REVISTA UNI- RN, seguindo as instruções expressas no endereço: <http://revistas.unirn.edu.br>.

NORMAS DA REVISTA E DA FORMATAÇÃO DOS ARTIGOS CIENTÍFICOS

Na **folha de rosto** o artigo deverá trazer o título e subtítulo (se houver), seguido dos(s) nome(s) do(s) autor(es) que deve(m) vir alinhado(s) a direita e com nota de rodapé

identificando os autores, cargo principal, e-mail e endereço para acessar o CV: <http://lattes.cnpq.br/>. O resumo de ser em **português** e em **inglês** (abstract) contendo o mínimo de 100 (cem) e, no máximo, 250 (duzentas e cinquenta) palavras, seguido de **Palavras-chave/ keywords**. As palavras-chave devem ter no mínimo três e no máximo cinco palavras (separadas por ponto.).

Fonte: *cambria*, tamanho **16**, para o título (em negrito) e subtítulo (sem negrito); **12** para texto; **10** para citações, ilustrações (tabelas, figuras, etc.) e **9** para nota de rodapé (notas apenas explicativas). Alinhamento: esquerdo. Referências: alinhar à esquerda. Margens: Superior: **3cm**, Inferior: **2cm**, Esquerda: **3cm**, Direita: **2** Espaçamento: **1,5** entrelinha e parágrafos; espaço simples entrelinha para citações, tabelas, figuras ou ilustrações (gráficos, fotos, gravuras, esquemas). Os títulos das subseções devem ser separados do texto que os procede e que os sucede por um espaço entrelinha de 1,5. Títulos que ocupem mais de uma linha devem ser, a partir da segunda linha, alinhados abaixo da primeira letra da primeira palavra do título.

As **citações** diretas com até 3 (três) linhas deverão ser transcritas dentro do texto entre aspas duplas; citações diretas com mais de 3 (três) linhas devem aparecer em parágrafo com recuo de 4 cm da margem esquerda e fonte 10, sem aspas e espaço simples entrelinha.

<http://revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/about/submissions#authorGuidelines>.