



MULHERES AMAZÔNICAS EM PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UM ESTUDO QUALITATIVO

AMAZONIAN WOMEN IN PLANNED HOME BIRTH: A QUALITATIVE STUDY

Larissa Gabrieli Batista Pereira¹

ORCID: 0000-0003-3179-378X

Laena Costa dos Reis²

ORCID: 0000-0001-5042-1370

Valdecyr Herdy Alves³

ORCID: 0000-0001-8671-5063

Lucia Helena Garcia Penna⁴

ORCID: 0000-0001-9227-628X

Joyce Gonçalves Barcellos Evangelista⁵

ORCID: 0000-0002-2728-2111

Angela Mitrano Perazzini de Sá⁶

ORCID: 0009-0002-7590-0778

Francisleine de Souza Pace Ferreira⁷

ORCID: 0009-0000-0331-1005

Diego Pereira Rodrigues³

ORCID: 0000-0001-8383-7663

¹ Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil

² Secretaria de Estado da Saúde do Pará. Belém, Pará, Brasil

³ Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

⁴ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

⁵ Universidade Salgado de Oliveira. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil

⁶ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil

⁷ Hospital Universitário Antônio Pedro. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

Como citar: Pereira LGB, Reis LC, Alves VH, Penna LHG, Evangelista JGCB, Sá AMP, et al. Amazonian women in planned home birth: a qualitative study. *Online Braz J Nurs.* 2025;24(Suppl 2):e20256857. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20256857>

RESUMO

Objetivo: explorar as experiências de mulheres amazônicas com parto domiciliar planejado. **Método:** estudo qualitativo com 20 mulheres do estado do Pará (Região Norte do Brasil), com entrevistas semiestruturadas realizadas entre agosto de 2021 e fevereiro de 2022. As entrevistas foram integralmente transcritas e analisadas por análise de conteúdo no ATLAS.ti 8.0, o que resultou em duas categorias: (1) a experiência do parto domiciliar planejado; e (2) o parto domiciliar e a ruptura com o modelo hospitalocêntrico. **Resultados:** o parto foi descrito como um ritual envolvendo o corpo e práticas de cuidado, como parto na água, relaxamento e massagem, e posições verticais de parto. O parto domiciliar planejado foi associado a menos intervenções desnecessárias e a maior autoconhecimento corporal, fortalecendo o protagonismo das mulheres no ato de parir. **Conclusão:** a experiência do parto domiciliar planejado foi caracterizada como satisfatória, marcada por autonomia e poder de decisão no cuidado, e sustentada por uma rede social escolhida pela própria mulher, com o objetivo de preservar a escolha sobre o processo de cuidado.

Descritores: Mulheres; Parto domiciliar; Política de saúde.

ABSTRACT

Objective: to explore the experiences of Amazonian women with planned home birth. **Method:** qualitative study with 20 women from the state of Pará (Northern Brazil). Semistructured interviews were conducted between August 2021 and February 2022, fully transcribed, and analyzed using content analysis in ATLAS.ti 8.0. Two categories emerged: (1) the PHB experience; and (2) home birth and the break with the hospital-centric model. **Results:** birth was described as a ritual involving the body and care practices such as water birth, relaxation and massage, and upright birthing positions. Planned home birth was associated with fewer unnecessary interventions and greater body awareness, strengthening women's agency in the act of giving birth. **Conclusion:** the planned home birth experience was characterized as satisfactory, marked by autonomy and decision-making power in care, and supported by a social network chosen by the woman to preserve control over the care process.

Descriptors: Women; Home birth; Health policy.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)

Audrey Vidal Pereira (ORCID: 0000-0002-6570-9016)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil

E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

Autor Correspondente:

Diego Pereira Rodrigues

E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com

O que é do conhecimento:

- O parto domiciliar planejado apresenta desfechos de risco comparáveis; portanto, escolher parir em casa não implica aumento de risco;
- O cuidado integral, centrado na mulher e fundamentado na fisiologia e nas evidências, favorece uma assistência obstétrica mais segura no domicílio.

O que este artigo acrescenta:

- Valorização da autonomia e da agência das mulheres no parto: mostra que o parto domiciliar planejado possibilita às mulheres amazônicas exercer maior controle sobre seus corpos, fortalecendo o autoconhecimento, a liberdade de escolha e o poder de decisão no processo de parto;
- Ruptura com o modelo hospitalocêntrico e medicalizado: indica que o parto domiciliar planejado representa uma forma de resistência ao modelo obstétrico hegemônico, caracterizado por práticas intervencionistas e, muitas vezes, violentas;
- Rigor metodológico e relevância para a pesquisa qualitativa: aplica de forma robusta o método qualitativo, com análise de conteúdo temática e o protocolo COREQ, assegurando a validade e a confiabilidade dos dados.

INTRODUÇÃO

O parto domiciliar planejado (PDP) é uma opção de nascimento adotada em diversos países — como Canadá, Austrália, Holanda e Reino Unido — e está associado a maior segurança e a menores riscos perinatais, incluindo redução no número de intervenções obstétricas⁽¹⁾.

No Brasil, os dados disponíveis indicam taxa de PDP em torno de 0,1%, registrada na região Sudeste, o que aponta para a necessidade de ampliar essa opção para mulheres brasileiras⁽²⁾. Em países desenvolvidos, a prevalência de PDP assistido por profissional qualificado varia: 2,8% na Inglaterra, 11,3% na Nova Zelândia e até 62,7% na Holanda, onde o acesso a essa modalidade é mais consolidado⁽²⁾. Nesse sentido, é fundamental assegurar, no contexto brasileiro, o direito das mulheres à experiência do PDP como política pública, desde que a gestação seja saudável, sem riscos aparentes, e que haja acompanhamento durante todo o pré-natal⁽³⁾.

As evidências científicas indicam que o PDP é uma forma segura de nascer e reduz intervenções obstétricas — especialmente as não recomendadas como boas práticas, como episiotomia, manobra de Kristeller, amniotomia e cesariana eletiva⁽⁴⁻⁷⁾. Estudos mostram que o PDP pode ser tão seguro quanto o parto hospitalar.

O PDP também envolve um componente de conexão com o corpo e o autoconhecimento da mulher sobre o próprio processo de parir. Muitas optam por essa experiência em busca de um cuidado centrado na mulher e de um afastamento do modelo obstétrico predominante⁽⁴⁻⁷⁾.

No Brasil, o parto hospitalar apresenta elevado uso de intervenções. Um estudo mostrou que, nesse ambiente, as mulheres têm maior chance de amniotomia, episiotomia e manobra de Kristeller⁽⁸⁾. Assim, o contexto hospitalar tende a ser mais intervencionista, com potencial aumento de riscos maternos e neonatais.

O resgate do PDP ocorreu como movimento de enfrentamento às intervenções excessivas e à medicalização do parto, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de setores organizados da sociedade. Esses esforços culminaram em políticas públicas que favoreceram a atuação de enfermeiras obstétricas nos PDP em centros urbanos, incentivando essa alternativa de nascimento. No Brasil, contudo, o PDP ainda não conta com apoio governamental: ele não é recomendado como diretriz pelo Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

Para ampliar a efetividade dessas iniciativas, é necessário romper com o modelo hegemônico de assistência obstétrica, transformar o cuidado ao nascimento e favorecer o PDP para mulheres de risco habitual. Isso contribui para garantir, de forma efetiva, o direito das mulheres de vivenciar seus desejos, vontades e necessidades⁽⁴⁾.

Este estudo aborda a experiência de mulheres amazônicas com o PDP, discutindo seus direitos, desejos e expectativas quanto ao local do parto. Busca-se oferecer subsídios de evidência sobre o PDP a partir da voz dessas mulheres, contribuindo para disseminar conhecimento e fortalecer essa opção. Ressalta-se que, durante o período do estudo, vigorava a Rede Cegonha; em 2024, houve reconfiguração para a Rede Alyne, com foco na redução de desigualdades raciais e da mortalidade materna. A ampliação do acesso ao PDP deve integrar a agenda política para fortalecer a rede obstétrica, tornar o cuidado mais efetivo e integrar a assistência ao nascimento — em especial no PDP.

No contexto amazônico, especialmente entre povos e comunidades tradicionais, o PDP é socialmente construído a partir de uma cultura que reconhece a parturição como fenômeno natural, baseado em saberes históricos e significados compartilhados. Ainda assim, a literatura científica sobre o Norte do Brasil apresenta lacunas: faltam dados sobre o impacto do PDP na saúde materna, sobre o acesso e sobre o cuidado de enfermagem obstétrica no cotidiano do PDP. Diante disso, a pergunta norteadora desta pesquisa foi: como se caracteriza a experiência de mulheres amazônicas no PDP?

O objetivo deste estudo é compreender a experiência de mulheres amazônicas em relação ao PDP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, elaborado com base no instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), que orientou a construção do relatório desta pesquisa⁽¹⁰⁾.

Inicialmente, realizou-se um levantamento de profissionais de saúde no site do Conselho Regional de Enfermagem do Pará. Verificou-se que, no Estado, havia apenas uma equipe com assistência ao PDP. O mapeamento considerou apenas equipes que realizavam atendimento ao PDP, não incluindo médicos ou obstetrias.

Estabeleceu-se contato com a equipe de Enfermagem Obstétrica “Naiá Parto Domiciliar”, formada por três enfermeiras obstétricas. Solicitou-se a essa equipe os contatos das mulheres atendidas para viabilizar os convites à pesquisa. A pesquisadora principal contactou cada potencial participante por telefone, apresentando o estudo, seus objetivos, técnicas de coleta, riscos, benefícios e demais informações pertinentes, conforme recomenda o COREQ⁽¹⁰⁾. Essa conversa antecedeu a coleta de dados.

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: mulheres com 18 anos ou mais e que tivessem realizado PDP em Belém entre 2019 e 2022. Foram excluídas

aqueles encaminhadas para unidades hospitalares durante o processo de nascimento. Não houve recusas ou desistências.

Participaram do estudo 20 mulheres que tiveram PDP em Belém, Pará, Brasil. Ao todo, foram enviados 35 convites; obteve-se retorno de 25 mulheres. Aplicou-se amostragem por conveniência, os critérios de elegibilidade e o critério de saturação teórica⁽¹¹⁾, a qual foi alcançada quando, ao longo da coleta, os dados passaram a se repetir e novas entrevistas deixaram de acrescentar informações relevantes.

Nenhuma participante tinha conhecimento sobre objetivos pessoais ou características da entrevistadora, e nenhum pesquisador mantinha relação pessoal ou profissional com o local do estudo, evitando potenciais conflitos de interesse. A condução do estudo pautou-se exclusivamente na relevância do problema investigado.

Realizou-se um estudo-piloto com três mulheres para verificar a adequação do roteiro às metas da pesquisa e aos depoimentos. As participantes do piloto não foram incluídas na amostra final.

As entrevistas semiestruturadas, com questões abertas, ocorreram individualmente entre agosto de 2021 e fevereiro de 2022, em encontro único e no local escolhido pela participante (residência ou trabalho). Estiveram presentes apenas a pesquisadora principal e a entrevistada. A duração média foi de 90 minutos. As perguntas foram: 1) “Fale sobre a sua experiência no PDP.” 2) “Como você se sentiu com a realização do PDP e como ocorreu sua tomada de decisão?” As entrevistas foram gravadas em aparelho MP3 mediante autorização.

As falas foram transcritas na íntegra e, 3 dias após cada entrevista, encaminhadas via WhatsApp para leitura e validação pelas participantes, assegurando a confiabilidade dos dados, conforme o COREQ⁽¹⁰⁾. Em seguida, procedeu-se ao tratamento do material.

A condução das entrevistas coube exclusivamente à pesquisadora principal, do sexo feminino, enfermeira e mestrande, com treinamento prévio em técnicas de pesquisa qualitativa. Após a coleta, ela recebeu feedback de seu orientador e de outros membros da equipe — pesquisadores doutores com experiência em entrevistas — sem interferência no processo de coleta. A equipe ficou responsável pelo tratamento e análise dos dados.

A análise seguiu a proposta da análise temática de conteúdo⁽¹²⁾, em três etapas: pré-análise, com organização do material das 20 entrevistas e leitura atenta e flutuante com formulação de hipóteses; exploração do material; e tratamento dos resultados. Todo o processo contou com suporte do software ATLAS.ti 8.0.

Mediante o processo de codificação e categorização, com recorte das unidades de significação⁽¹²⁾, os resultados emergiram pela frequência de repetição de sentidos nas unidades de registro: ritual e rede de apoio; parto na água; relaxamento; musicoterapia; parto verticalizado; equipe capacitada; intervenções obstétricas; poder instituído; e conhecimento e informação. Na etapa de inferência e interpretação — construída a partir dos elementos constitutivos das unidades de significação⁽¹²⁾ — refinou-se o sentido desses achados. Na fase final, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação mostraram-se consistentes e válidas com a apresentação das categorias, configurando uma interpretação controlada apoiada nos elementos constitutivos (significado e código) e nas posições de emissor e receptor⁽¹²⁾. Com base em uma categorização não apriorística, emergiram duas categorias (Tabela 1). Os resultados do processo analítico fo-

ram discutidos à luz da literatura científica sobre PDP, das políticas públicas e das recomendações relativas ao parto e ao nascimento.

Tabela 1 – Categorias formuladas no processo analítico dos dados. Belém, Brasil, 2025

Unidade de significação	Unidade temática	Categoria temática
Modelo hegemônico obstétrico	Ritual do nascimento no domicílio	A experiência do PDP
	Ruptura de modelo assistencial	O PDP e a ruptura do modelo hospitalocêntrico

PDP = parto domiciliar planejado.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 4.463.291/2020; CAAE 39952720.3.0000.0018), em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. As participantes foram informadas de que seriam preservados o sigilo, o anonimato e a confidencialidade. Os depoimentos foram identificados pela letra “E” (de “entrevistada”), seguida de um algarismo que indica a ordem das entrevistas (E1, E2, E3 ... E20). A participação foi voluntária e formalizada mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias: uma para a pesquisadora principal e outra para a participante.

RESULTADOS

A experiência do PDP

O parto é um ritual singular para cada mulher, especialmente no ambiente domiciliar, onde a rede de apoio — em particular a família — contribui de forma efetiva para a vivência dessa experiência, ampliando o autoconhecimento e a conexão com o próprio corpo.

Eu sempre tive um ritual de conversar com meu corpo, de dizer para o meu colo do útero se abrir, para correr tudo e era isso o que eu ficava fazendo no banheiro. Sentindo muita dor. E foi isso, foi muito tranquilo, foi muito gostoso. Mamãe participou, tinha uma pessoa aqui ajudando, a minha doula estava aqui, todo mundo, foi muito tranquilo. (E3)

Eu acho que foi a primeira vez que eu realmente senti o meu corpo, a primeira vez que eu senti meu corpo, senti dentro do meu corpo, como se eu fosse dona dele, e o parto na minha casa proporcionou esse sentimento, essa passagem [...] com significados diferentes, mas de empoderamento mesmo sobre meu corpo. Eu falei: gente eu posso fazer qualquer coisa que eu quiser no mundo! [...] não tem nada que eu não possa fazer. (E12)

Entre as participantes, o PDP foi relatado como um momento único e desafiador. Muitas descreveram transformação na forma de parir, destacando recursos como banho

quente e parto em banheira — condições nem sempre disponíveis no ambiente hospitalar.

O meu parto foi mágico, na banheira como sempre sonhei, como sempre planejei [...] quando estava na água, me tranquilizava, ficava relaxada e tudo o que envolvia o parto em casa, um enorme significado para mim passar por isso. (E6)

Elas perguntavam: já queres ir para a banheira? [...] Aquela coisa assim, não teve muito desses detalhes a mais que às vezes as mulheres querem, e conseguir vivenciar, onde dificilmente no hospital teria esse cuidado, o parto na minha casa proporcionou isso. (E15)

E aí fizeram água quente na piscina para mim. O que ajudou foi também o chuveiro, me acalmava com a água, relaxava para as contrações. (E20)

Técnicas de relaxamento com massagem, associadas à musicoterapia, também foram vivenciadas no PDP, favorecendo o cuidado centrado nas necessidades da mulher e na sua maneira de parir.

Como era tudo muito novidade, foi uma vivência muito mais forte e foi bastante tempo de trabalho de parto, mas eu pude comer em casa, relaxar, deitar na minha cama, eu consegui dançar com o meu marido, com uma música que escolhi e foi mágico esse cuidado, tudo e além do que imaginei. (E1)

As massagens das meninas relaxaram bastante, fiquei muita relaxada e logo depois, comecei a andar, fazer alguns momentos e tudo isso foi maravilhoso, ajudou a ter o parto com toda a segurança. (E4)

Observou-se participação direta das mulheres nas decisões sobre a posição de parto, incluindo o uso de banqueta, em contraste com o modelo institucionalizado do parto em posição horizontal. A presença do companheiro foi recorrente, estabelecendo vínculo com o cuidado no PDP, inclusive no corte do cordão umbilical.

Mas foi muito intenso também, porque nasceu, meu marido pegou, colocou nos meus braços, ele cortou o cordão. Então, foi muita entrega também [...] entregar naquele momento, para mim foi primordial. (E15)

Então, me acordei no expulsivo e foi supertranquilo. Eu tinha feito no plano de parto: eu quero ir para a piscina, todo aquele negócio. Não deu tempo de encher a piscina, só deu tempo para sentar na banqueta, quando estava coroando fui para banqueta e foi maravilhoso, vendo o meu filho nascer [...] no final, meu marido cortou o cordão umbilical até parar de pulsar e foi lindo! (E19)

O PDP e a ruptura do modelo hospitalocêntrico

A experiência das mulheres foi marcada por significados associados a uma assistência que respeita suas decisões. No ambiente hospitalar, esse protagonismo costuma ser

limitado por intervenções que, em muitos casos, se articulam com situações de violência obstétrica.

Se eu fosse para o hospital, com certeza eles iriam fazer cesárea, iriam te induzir a uma cirurgia sem necessidade, ou iam cortar teu perineo. E eu não tive laceração, entendeu. Tipo assim, minha filha nasceu gigante, e eu não tive laceração. Todo mundo falava: não te cortaram? Gente, cortar é violência obstétrica, não se faz, não pode. (E8)

Ah, o parto domiciliar é transformador. Eu acho que toda mulher deveria ter acesso às informações, porque o que eu percebo quando atendo alguma mulher gestante, é que 90% tem muito medo, não só do parto domiciliar, mas de ter um parto normal, pela assistência, das intervenções, como episiotomia, até uma cesariana, a violência dos profissionais que vão atender. E, no parto domiciliar você tem todo o amor, cuidado. (E18)

O domínio institucional do hospital, ancorado na autoridade do saber médico, concentra o poder de decisão sobre a assistência obstétrica. Em contraste, o PDP favoreceu o rompimento desse modelo e contribuiu para experiências mais autônomas no parto.

Ela disse [Mulher], mas você tem que pensar bem, porque em casa tem muitos riscos, se você passar mal como é que você vai ser levada para o hospital e tudo mais? [...] eu falei doutora desculpa, mas a senhora sabe que hospital também tem riscos, eu mesmo sei de várias histórias de mulheres que perderam seus filhos, histórias horríveis enfim, então eu acho que em qualquer lugar existe o risco, tanto no hospital quanto no parto em casa. (E1)

O conhecimento foi um condicionante central para a escolha e a vivência do PDP: ampliou o autoconhecimento corporal e sustentou o protagonismo das mulheres na forma de parir em casa.

Desde que eu soube que estava grávida, sabia que eu não iria de jeito nenhum para o hospital. Eu já tinha muita informação, estudado muito, depois do meu primeiro filho. Conheci alguns pesquisadores que falavam muito sobre o parto em casa, e já tinha certeza que eu não iria mais para o hospital, que iria ter em casa. (E4)

A gente pesquisou bastante, aí eu já tinha pessoas bem próximas a mim, amigos que tiveram o parto domiciliar e indicaram a equipe, as pessoas com quem eu poderia falar para conseguir fazer. (E6)

A presença de uma equipe capacitada foi apontada como elemento decisivo. Uma equipe especializada transmite confiança e segurança na assistência e reforça o protagonismo da mulher na cena do nascimento em domicílio.

Então assim, se não tivesse um profissional qualificado talvez não iria saber tirar, porque quando tem distopia de ombro, tem um método específico para poder tirar, e essa menina [enfermeira], ela fez um

curso, tinha pouco tempo que ela fez esse curso, justamente de distocia de ombro. E ela falou: tem um monte de profissional que não sabe tirar quando acontece, e acabam quebrando a clavícula do bebê para tirar, e futuramente o bebê tem que fazer fisioterapia e sofre. Eu falei: meu Deus, era para mim ter parto em casa, porque se não fosse essa menina. Se tivesse pegado um profissional que não soubesse fazer essa técnica, será que a minha filha teria sobrevivido? Será que ela teria sequelas? [...] Ela salvou a vida da minha filha e isso não tem preço. (E10)

DISCUSSÃO

A autonomia das mulheres no processo de tomada de decisão é um fator que favorece o PDP⁽¹³⁾ e sustenta as experiências corporais vividas no domicílio⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No PDP, a autonomia se articula à rede de apoio, conformando um processo construtivo individual e coletivo. Esse apoio funciona como um ritual: um vínculo com o próprio corpo, que amplia o autoconhecimento e marca uma passagem importante na vida. Observa-se um movimento crescente para assegurar que a mulher esteja no centro do cuidado e seja ouvida em suas decisões. Nessa direção, a rede de apoio — especialmente a família — exerce papel decisivo⁽¹⁶⁾.

O PDP é um evento relevante para a mulher e sua família⁽⁷⁾. Quando as escolhas são informadas, garantem autonomia e poder de decisão sobre a vivência do parto. A orientação adequada dos familiares por profissionais de saúde torna o apoio mais efetivo e contribui para a consolidação da escolha⁽⁵⁾.

Diante desse cenário, é essencial que as mulheres tenham acesso a fontes seguras de evidência que amparem sua autonomia, e que o Estado assegure políticas públicas que viabilizem serviços de PDP — como ocorre em países como Reino Unido, Holanda e Suécia⁽¹⁷⁾.

No Brasil, persistem barreiras de acesso devido ao não reconhecimento do PDP por parte do Ministério da Saúde e de entidades médicas⁽¹⁸⁾. Há tentativas de inibir iniciativas de PDP, por serem percebidas como ruptura do modelo obstétrico predominante⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, o que compromete a autonomia e o controle das mulheres sobre os rituais da parturição. Soma-se a isso uma lacuna de equidade: mulheres com maior acesso à informação qualificada e melhores condições socioeconômicas têm mais chances de exercer o direito ao PDP, enquanto muitas permanecem excluídas.

Entre as práticas relatadas no PDP, o banho quente e o parto na água despontam como estratégias que tensionam o modelo assistencial vigente, já que muitas unidades não garantem essa experiência. A imersão em água durante a primeira fase do trabalho de parto associa-se à menor necessidade de analgesia, a menos intervenções e a maior sensação de controle corporal. Posições verticalizadas, inclusive no parto na água, não demonstram associação com eventos adversos maternos e neonatais^(2,19-20).

No PDP, as mulheres também adotam posições mais verticalizadas, descrevendo o parto em banheira como a realização de um desejo e a confirmação de expectativas⁽²⁾. Tais práticas contrastam com o ambiente hospitalar, onde frequentemente não são viabilizadas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. O modo de parir compõe o próprio ritual do nascimento; nesse contexto, o parto na água surge como alternativa que redefine a relação entre assistência e corpo, reduz intervenções e modifica a forma de nascer.

O PDP ganha visibilidade ao ser vivenciado com condutas baseadas em evidências⁽⁷⁾, respeito às decisões da mulher e cuidado centrado em suas necessidades, preservando a autonomia. Equipes atuantes no PDP funcionam como facilitadoras, empregando técnicas recomendadas pela OMS — como musicoterapia e massagem durante o trabalho de parto⁽²⁰⁾.

Com o uso dessas práticas, alinhadas a diretrizes internacionais⁽⁶⁾ e nacionais⁽²¹⁾, fortalecem-se autonomia, protagonismo, autoconhecimento e liberdade. O PDP configura uma alternativa de afastamento das intervenções desnecessárias e de ruptura com o modelo hospitalocêntrico⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Esses elementos sustentam a percepção de segurança no ambiente domiciliar⁽²²⁾. É fundamental oferecer às mulheres oportunidades concretas de vivenciar práticas de assistência inovadoras ao parto, incentivadas pelos profissionais de saúde, para que elas se sintam seguras, confortáveis e confiantes ao longo de todo o processo.

Nesse sentido, a contribuição do PDP se evidencia no processo de nascimento: o autoconhecimento do próprio corpo conecta-se a posições mais verticalizadas, como o uso da banqueta. Essa liberdade contrasta com o ambiente hospitalar, no qual predomina a posição de litotomia⁽²⁾. Parir em posição vertical reforça o poder de decisão da mulher e compõe o ritual do nascer, frequentemente compartilhado com o companheiro.

O PDP opera em lógica distinta da hospitalar: o domicílio e a família se organizam para receber o novo membro. No ambiente doméstico, é possível realizar o clameamento tardio e o corte do cordão umbilical entre 1 e 5 minutos, muitas vezes pelo acompanhante, o que reforça a proteção à saúde do recém-nascido, a humanização do cuidado e a intimidade entre a mulher e seu acompanhante⁽²³⁾.

A segurança também se sustenta na atuação de enfermeiras obstétricas experientes e capacitadas para lidar com as situações do parto^(7,24). Essa expertise inspira confiança e associa teoria e prática para o aprimoramento de habilidades, agregando valor de segurança à assistência no PDP e influenciando a escolha das mulheres⁽²⁴⁾.

Para muitas participantes, o PDP representa uma evasão do modelo obstétrico vigente, em que o parto hospitalar é permeado por múltiplas intervenções^(13-15,17,19,25). A mulher é conduzida ao autoconhecimento e à conexão com o nascimento em diálogo com a equipe — especialmente a enfermeira —, rompendo com o paradigma intervencionista e contrapondo-se a procedimentos como episiotomia, manobra de Kristeller e uso rotineiro de ocitocina sintética, entre outros, em favor de um parto fisiológico e humanizado⁽²⁶⁾.

Desse modo, a ruptura do modelo⁽¹⁾ sustenta a vivência do PDP: a busca por autonomia é um alicerce dessa experiência, orientada pela satisfação e pelos desejos da mulher. O modelo hegemônico⁽²⁶⁾, frequentemente associado a experiências negativas e a um ambiente desconhecido e amedrontador, motiva a procura pelo PDP.

As mulheres buscam romper com a institucionalização do parto e com o poder hegemônico médico. O discurso do risco — que trata a gestação como doença e justifica o excesso de procedimentos em nome da “boa prática” e da segurança — contrasta com o entendimento do PDP como expressão da fisiologia do nascimento, centrada no apoio ao protagonismo e ao conhecimento do corpo feminino⁽⁷⁾. Nesse modelo, prevalece a autonomia da mulher, diferentemente do arranjo hospitalar, salvo em iniciativas que garantem sua centralidade e ações voltadas à fisiologia do parto.

Para transformar o modelo hegemônico, a informação é essencial. Ela permite que as mulheres conheçam riscos e benefícios, optem pelo PDP e passem de posturas passivas a ativas, exercendo a livre escolha conforme suas necessidades⁽¹⁾. O letramento em saúde favorece redes de conhecimento e experiência que ampliam a conscientização e a disseminação — fundamentais para compreender o PDP numa perspectiva social⁽¹⁵⁾.

Assim, as mulheres identificam o PDP como a opção ideal para si, ponderando riscos e benefícios. A informação precisa ser adequada ao perfil de cada mulher para sustentar a escolha e encorajar a decisão. O incentivo profissional ao PDP deve apoiar o processo decisório e a autonomia no parto⁽¹⁹⁾.

Como limitação, devido à impossibilidade de aplicar outras técnicas de coleta, os depoimentos das mulheres foram a única fonte de dados sobre a experiência do PDP.

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa permitiram compreender a experiência de mulheres amazônidas com o PDP, evidenciando o caráter ritual do corpo feminino e a ruptura do modelo obstétrico hegemônico.

O estudo mostrou o PDP como um ritual de autonehecimento. As participantes relataram práticas que favore-

ceram sua autonomia no parto — banho quente, parto em banheira, relaxamento com massagem, musicoterapia e corte do cordão umbilical pelo acompanhante — possibilitadas pelo ambiente domiciliar. O PDP configurou um mecanismo de ruptura do modelo hospitalocêntrico e medicalizado, no qual a autonomia e o protagonismo da mulher tendem a ser limitados.

A pesquisa contribui ao apresentar dados sobre a experiência do PDP com mulheres amazônidas e ao oferecer subsídios para a ampliação de políticas públicas que garantam essa opção a todas as mulheres.

Aponta-se, ainda, a necessidade de novos estudos sobre o tema, especialmente na região Norte do Brasil. Essas investigações poderão apoiar propostas de melhoria da qualidade da assistência, centrada na mulher e na família.

*Artigo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada “Parto domiciliar planejado no contexto amazônico: escolha e direito das mulheres”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil, no ano de 2022.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. *Rev. Pesq.: Cuid. Fundam.* 2018;10(4):1118-1122. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122>
2. Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03371. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
3. Pereira MFR, Rodrigues S de S, Rodrigues M de SD, Rodrigues WFG, Batista MG, Braga LS, et al. Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. *Rev Rene (Online)*. [Internet]. 2020 [citado 2024 Set 28];21:e43948. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522020000100340
4. Gurol-Urganci I, Waite L, Webster K, Jardine J, Carroll F, Dunn G, et al. Obstetric interventions and pregnancy outcomes during the COVID-19 pandemic in England: A nationwide cohort study. *PLoS Med.* 2022;19(1):e1003884. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003884>
5. Beviláqua JC, Reis LC dos, Alves VH, Penna LHG, Silva SED da, Parente AT, et al. Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):844. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06161-9>
6. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. 2022 [citado 2024 Set 28]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
7. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cien Saude Colet.* 2020;25(4):1433-1444. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
8. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CN do, Filha Theme MM, Leal M do C, Gama SGN da. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2023;39(4):e00160822. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822>
9. Quitete JB, Monteiro JA de MB. Father's participation in planned home birth: a meaningful act for woman. *Rev. Enferm. UERJ (Online)*. 2018;26:e18682. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.18682>
10. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm. (Online)*. 2021;34:eAP E02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
11. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv.* 2024;6:100174. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>
12. Sousa JR de, Santos SCM dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesqui. Debate Educ. (Online)*. 2020;10(2):1396-1416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
13. Alatinga KA, Affah J, Abiuro GA. Why do women attend antenatal care but give birth at home? a qualitative study in a rural Ghanaian District. *PLoS One.* 2021;16(12):e0261316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261316>

- /journal.pone.0261316
14. Holten L, Hollander M, Miranda E de. When the Hospital Is No Longer an Option: A Multiple Case Study of Defining Moments for Women Choosing Home Birth in High-Risk Pregnancies in The Netherlands. *Qual Health Res.* 2018;28(12):1883-1896. <https://doi.org/10.1177/1049732318791535>
 15. Rodríguez-Garrido P, Pino-Morán JA, Gobernativas J. Exploring social and health care representations about home birth: An Integrative Literature Review. *Public Health Nurs.* 2020;37(3):422-438. <https://doi.org/10.1111/phn.12724>
 16. Leon-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Escuriet R. Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalusia, Spain. *Midwifery.* 2019;70:15-21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>
 17. Brunton G, Wahab S, Sheikh H, Davis BM. Global stakeholder perspectives of home birth: a systematic scoping review. *Syst Rev.* 2021;10(1):291. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01837-9>
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Nota Técnica nº 2/2021-CGCVI/DAPES/SAPS/MS. Orientar e fornecer o posicionamento técnico do Ministério da Saúde do Brasil a respeito de qual ambiente é considerado seguro para a escolha do cenário de parto e nascimento às gestantes brasileiras [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2024 Set 28]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/imag e/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf
 19. Aughey H, Jardine J, Moitt N, Fearon K, Hawdon J, Pasupathy D, et al. Waterbirth: a national retrospective cohort study of factors associated with its use among women in England. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):256. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03724-6>
 20. Reis TL da R dos, Padoim SM de M, Toebe TRP, Paula CC de, Quadros JS de. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev Gaucha Enferm.* 2017;38(1):e64677. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>
 21. Vidal ÁT, Come Y, Barreto JO, Rattner D. Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos. *Physis.* 2021;31(1):e310110. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310110>
 22. Volpato F, Costa R, Brüggemann OM, Monguilhott JJ da C, Gomes IEM, Colossi L. Information that (de)motivate women's decision making on Planned Home Birth. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(4):e20200404. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0404>
 23. Del Mastro NI, Tejada-Llacsá PJ, Reinders S, Pérez R, Solís Y, Alva I, et al. Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. *PLoS One.* 2021;16(5):e0250702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702>
 24. Oliveira TR, Barbosa AF, Alves VH, Rodrigues DP, Dulfe PAM, Maciel VL. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto contexto enferm.* (Online). 2020;29:e20190182. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0182>
 25. Vargens OM da C, Alehagen S, Silva ACV da. Wanting to give birth naturally: women's perspective on planned homebirth with a nurse midwife. *Rev. Enferm. UERJ (Online).* 2021;29:e56113. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56113>
 26. Skrondal TF, Bache-Gabrielsen T, Aune I. All that I need exists within me: a qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery.* 2020;86:102705. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Pereira LGB, Reis LC, Rodrigues DP.

Obtenção de dados: Pereira LGB, Reis LC.

Análise de dados: Pereira LGB, Reis LC.

Interpretação dos dados: Pereira LGB, Alves VH, Penna LHG, Evangelista JGB, Sá AMP, Rodrigues DP.

Todos os autores se responsabilizam pela redação do manuscrito e pela revisão crítica do conteúdo intelectual, pela versão final publicada e por todos os aspectos éticos, legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.



Copyright © 2025 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.