



Mapeamento das equipes de parto domiciliar planejado: revelando o cenário brasileiro

Mapping of planned home birth teams: revealing the brazilian scenario

Mapeo de los equipos de parto domiciliario planificado: revelando el escenario brasileño

DOI: 10.55905/revconv.17n.12-312

Originals received: 10/25/2024

Acceptance for publication: 11/15/2024

Kelen da Costa Pompeu

Mestra em Saúde Materno Infantil

Instituição: Universidade Franciscana (UFN)

Endereço: Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: kperotoni@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1387-0884>

Claudia Zamberlan

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Endereço: Santa Maria - Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: claudiaz@ufn.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4664-0666>

Graziele de Lima Dalmolin

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Endereço: Santa Maria - Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: graziele.dalmolin@ufsm.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0985-5788>

Carolina Miguel da Graça Henriques

Pós-Doutora em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Endereço: Leiria - Leiria, Portugal

E-mail: carolina.henriques@ipleiria.pt

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0904-8057>



Silvana Cruz da Silva

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Endereço: Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: silvana.cruz@ufn.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4563-3704>

Cristina Saling Kruel

Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Endereço: Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: cristinaskruel@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1996-7708>

RESUMO

Nos últimos anos, o Parto Domiciliar Planejado (PDP) tem despertado interesse crescente entre mulheres brasileiras que buscam uma experiência de parto mais humanizada, personalizada e segura. Esta preferência surge como alternativa ao modelo hospitalar tradicional, visto como inadequado para o processo fisiológico do parto. Este estudo observacional descritivo mapeou e descreveu 34 equipes de PDP no Brasil, analisando sua composição, práticas e organização, via questionário eletrônico nacional. A análise, realizada de forma descritiva, utilizou frequências e proporções para caracterizar as equipes. Os resultados indicam que as equipes de PDP são compostas por profissionais qualificados, embora concentradas nas regiões Sudeste e Sul. A equipe mais antiga iniciou sua atividade em 2003, marcando a consolidação do PDP como uma opção viável para mulheres que buscam um parto mais natural e centrado em suas necessidades. A pesquisa revelou a expansão do PDP no Brasil, com profissionais qualificados e uma organização que reforça a humanização do cuidado materno-infantil. No entanto, há desafios, como a necessidade de padronizar protocolos de atendimento e melhorar a articulação entre equipes e hospitais, especialmente em transferências. Esses achados destacam a urgência de políticas públicas que regulamentem o PDP de forma mais ampla, garantindo equidade no acesso e qualidade do cuidado em todas as regiões do país.

Palavras-chave: parto domiciliar, parto humanizado, parto normal, saúde materno-infantil, enfermagemobstétrica, obstetrícia.

ABSTRACT

In recent years, Planned Home Birth (PHB) has gained growing interest among Brazilian women seeking a more humanized, personalized, and safe childbirth experience. This preference emerges as an alternative to the traditional hospital model, seen as inadequate for the physiological childbirth process. This descriptive observational study mapped and described PHB teams in Brazil, analyzing their composition, practices, and organization. Data was collected through a nationwide electronic questionnaire, identifying 70 teams, with 34 participants. The analysis, conducted descriptively, used frequencies and proportions to characterize the teams. Results indicate that PHB teams are composed of qualified professionals, although they are concentrated in the Southeast and South regions. The oldest team began its activities in 2003, marking PHB as a viable option for women seeking a more natural childbirth experience centered on their needs. The research revealed the expansion of PHB in Brazil, with qualified professionals and an organization that enhances humanized



maternal and child care. However, challenges remain, such as the need to standardize care protocols and improve coordination between teams and hospitals, especially during transfers. These findings highlight the urgency of public policies to more broadly regulate PHB, ensuring equity in access and quality of care across all regions of the country.

Keywords: home childbirth, humanizing delivery, natural childbirth, maternal and child health, obstetric nursing, obstetrics.

RESUMEN

En los últimos años, el Parto Domiciliario Planificado (PDP) ha ganado un creciente interés entre las mujeres brasileñas que buscan una experiencia de parto más humanizada, personalizada y segura. Esta preferencia surge como una alternativa al modelo hospitalario tradicional, visto como inadecuado para el proceso fisiológico del parto. Este estudio observacional descriptivo mapeó y describió los equipos de PDP en Brasil, analizando su composición, prácticas y organización. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario electrónico nacional, identificando 70 equipos, con 34 participantes. El análisis, realizado de manera descriptiva, utilizó frecuencias y proporciones para caracterizar los equipos. Los resultados indican que los equipos de PDP están compuestos por profesionales calificados, aunque se concentran en las regiones Sudeste y Sur. El equipo más antiguo comenzó sus actividades en 2003, marcando el PDP como una opción viable para mujeres que buscan una experiencia de parto más natural centrada en sus necesidades. La investigación reveló la expansión del PDP en Brasil, con profesionales calificados y una organización que refuerza la humanización del cuidado materno-infantil. Sin embargo, persisten desafíos, como la necesidad de estandarizar los protocolos de atención y mejorar la coordinación entre equipos y hospitales, especialmente en transferencias. Estos hallazgos destacan la urgencia de políticas públicas que regulen el PDP de manera más amplia, garantizando equidad en el acceso y calidad de la atención en todas las regiones del país.

Palabras clave: parto domiciliário, parto humanizado, parto natural, salud materno-infantil, enfermería obstétrica, obstetricia.

1 INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas aplicadas à assistência ao parto e ao nascimento nas últimas décadas desempenharam um papel decisivo na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. No entanto, esse progresso também contribuiu para a disseminação de práticas obstétricas desumanizadas, muitas das quais desconsideram as necessidades individuais das mulheres. No Brasil, a taxa de cesáreas permaneceu elevada, alcançando 59,59% dos nascimentos em 2023, índice muito superior à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece uma faixa ideal de 10% a 15% (Brasil, 2024; OMS, 1996).



Esse cenário, caracterizado pela prevalência de um modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento, implica violações dos direitos humanos e de cidadania das mulheres, o que fomenta o fortalecimento do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento. Esse movimento busca resgatar o respeito à individualidade feminina e reduzir intervenções desnecessárias, apoiando-se na Medicina Baseada em Evidências (MBE) para defender um modelo de atenção ao parto mais humanizado e seguro. Neste contexto, a atuação de enfermeiras obstetras e obstetras se destaca, promovendo uma assistência relacional e empática e centrada na mulher (Diniz *et al.*, 2016; Davis-Floyd, 2001; Leal *et al.*, 2021).

A inclusão dessas profissionais nas equipes de assistência tem sido associada à redução das taxas de intervenções obstétricas desnecessárias e, conseqüentemente, à diminuição da morbimortalidade materna e neonatal (Brasil, 2018; Zamberlan; Rocha, 2018; Medina *et al.*, 2023). Frente à insatisfação crescente das mulheres com o modelo obstétrico predominante, e movidas pelo desejo de exercer autonomia sobre seus corpos, muitas têm optado pelo parto domiciliar planejado (PDP) como alternativa segura e íntima, especialmente em áreas urbanas, em um processo consciente e planejado (Cursino; Benincasa, 2020).

A escolha da modalidade de assistência ao parto frequentemente se inicia com a troca de experiências entre mulheres, que buscam recomendações de profissionais ou instituições que favoreçam uma experiência de parto segura e natural. No entanto, ao perceberem que as instituições disponíveis não oferecem tais condições, algumas mulheres optam pelo PDP, uma alternativa que melhor atende suas expectativas e necessidades individuais (Prates *et al.*, 2018; Rocha; Ferreira, 2020; Floriano; Costa; Silva, 2023).

A segurança das famílias que escolhem o PDP no Brasil está intrinsecamente ligada à competência e responsabilidade dos profissionais envolvidos. O processo exige planejamento rigoroso, classificação adequada da gestante, monitoramento criterioso das fases do parto, disponibilidade de materiais de emergências e necessidade de planos de transferência, quando necessário (Frank; Pelloso, 2013).

Apesar disso, a assistência ao PDP enfrenta forte resistência por parte de órgãos profissionais da área médica, sendo um tema pouco debatido no país. Conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2024), a legalidade da atuação das enfermeiras obstetras no parto domiciliar foi reafirmada pelo STJ, fortalecendo o direito das mulheres de escolher o local e forma de parto (Brasil, 2024). A falta de discussão mais ampla contribui para o isolamento das



equipes que prestam essa modalidade de assistência, as quais, muitas vezes, desconhecem a existência de outras equipes ou carecem de canais de comunicação, mesmo atuando no mesmo estado. Além disso, o respaldo científico e legal para a atuação das enfermeiras obstetras no PDP continua sendo um desafio significativo nesse campo (Sanfelice *et al.*, 2014).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo mapear e descrever as Equipes de Atenção ao PDP no Brasil, com foco em sua composição, práticas e organização. A pesquisa está inserida no projeto maior “Parindo em casa no Brasil: construção de redes entre as equipes de atenção ao Parto Domiciliar Planejado”, que visa fomentar o debate sobre essa modalidade de assistência.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido com um desenho observacional descritivo. A coleta de dados utilizou um questionário online distribuído pela plataforma do Google Forms direcionado a enfermeiras obstetras de todas as cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), abrangendo equipes envolvidas no Parto Domiciliar Planejado (PDP).

O questionário foi composto por perguntas organizadas em três seções temáticas. A primeira seção continha treze perguntas voltadas às características gerais da equipe, como o nome da equipe, anos de atuação e o número de partos atendidos. A segunda seção consistia em sete perguntas que investigam a formação, titulação e outros vínculos empregatícios dos membros da equipe. Por fim, a terceira seção incluía seis perguntas voltadas às dificuldades enfrentadas pelas equipes e as estratégias adotadas para superá-las.

O método de amostragem utilizado foi o *Snowball* ou Bola de Neve, uma técnica não probabilística em que os participantes indicam novos participantes relevantes ao estudo (VINUTO, 2014). A aplicação do questionário ocorreu via Google Forms, onde as participantes receberam um link contendo uma breve explicação sobre a pesquisa, além de acesso direto ao questionário. Com o link, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após a concordância, as participantes responderam ao questionário, no período de maio a outubro de 2018. Cada participante teve a liberdade de acessar ou não o link e participar da pesquisa. A responsabilidade e os riscos relacionados ao não recebimento dos questionários respondidos foram exclusivamente dos pesquisadores.



Os critérios de inclusão adotados foram a atuação das equipes no território brasileiro e a sua organização específica para prestar assistência ao PDP. O processo de coleta de dados foi iniciado com o convite direto de três equipes de PDP, denominadas “equipes sementes”, localizadas nos estados do Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC) e Distrito Federal (DF). Essas equipes, no que lhe concerne, indicaram outras três equipes, e assim sucessivamente, durante o período de maio a outubro de 2018.

A análise dos dados coletados foi realizada por meio de estatísticas descritivas, com a utilização de frequências absolutas e relativas para caracterizar as variáveis investigadas. Inicialmente, os dados foram organizados e inseridos em planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel. Em seguida, essas planilhas foram processadas no software SPSS Statistics, versão 21, para gerar tabelas de frequências e proporções. As variáveis categóricas, como a composição das equipes, a formação profissional e a distribuição regional, foram analisadas em termos de número e porcentagem de respostas. Para identificar tendências e padrões, foram comparadas as proporções entre diferentes regiões e tipos de equipes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (protocolo CAAE 80135517.1.0000.5316). As informações que viabilizam o mapeamento das equipes são consideradas de domínio público, pois são amplamente divulgadas em redes sociais e outros meios de comunicação.

3 RESULTADOS

Os resultados apresentam o mapeamento e a composição das equipes de PDP, a formação dos profissionais que as compõem, como organizam suas atividades e como agem quando a transferência ao hospital se faz necessária.

3.1 MAPEAMENTO DAS EQUIPES

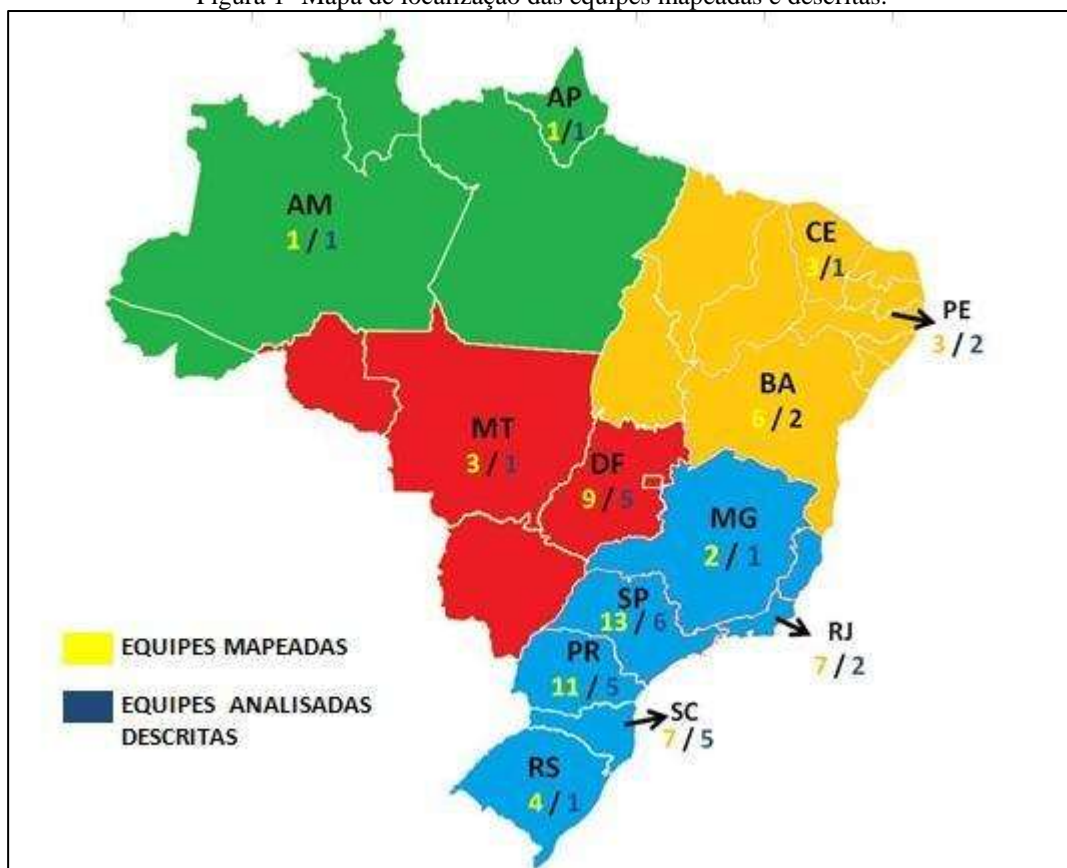
O estudo identificou 74 equipes de atenção ao Parto Domiciliar Planejado (PDP). No entanto, quatro equipes não puderam ser localizadas pelas pesquisadoras. Das 70 equipes localizadas e convidadas a participar da pesquisa, 34 aceitaram o convite e responderam ao



formulário eletrônico. Portanto, foram mapeadas 70 equipes em território nacional, sendo 34 descritas e caracterizadas.

A maior concentração de equipes foi observada na região Sudeste, com 22 equipes, seguida pela região Sul, com 15 equipes. Em contrapartida, houve uma escassez de equipes na região Norte, onde apenas duas foram localizadas. Não foram localizadas equipes nos estados do Espírito Santo (ES), Mato Grosso do Sul (MS), Goiás (GO), Sergipe (SE), Alagoas (AL), Paraíba (PB), Rio Grande do Norte (RN), Piauí (PI), Maranhão (MA), Tocantins (TO), Pará (PA), Roraima (RR), Acre (AC) e Rondônia (RO), conforme ilustrado na Figura 1:

Figura 1- Mapa de localização das equipes mapeadas e descritas.



Fonte: Autores, 2019

3.2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

Das 34 equipes que participaram do estudo, a maioria era composta exclusivamente por mulheres, com exceção de duas equipes que incluíam um enfermeiro obstétrico do sexo masculino. Por esse motivo, os resultados são apresentados utilizando o substantivo feminino.



Quanto ao número de integrantes, 19 equipes eram formadas por dois ou três profissionais, 14 equipes contavam com quatro ou cinco integrantes, e apenas uma equipe possuía seis profissionais, totalizando 112 profissionais envolvidas na assistência ao PDP.

3.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A qualificação das profissionais foi um dos pontos analisados. Verificou-se que 33 das 34 equipes contavam com enfermeiras obstétricas em sua composição. Dessas, 21 equipes eram exclusivamente formadas por enfermeiras obstétricas, enquanto as outras 12 incluíam também enfermeiras neonatologistas e assistenciais. Apenas uma equipe era composta exclusivamente por obstetritz. Além disso, duas equipes mencionaram a presença de parteiras tradicionais ou profissionais, outras duas relataram a inclusão de doulas, e uma equipe tinha entre seus membros uma publicitária e uma estudante de psicologia.

Em relação à qualificação acadêmica, quatro equipes incluíam profissionais com doutorado ou em doutoramento, 17 contavam com mestres ou mestrandas, e todas as 34 equipes eram compostas por especialistas ou pós-graduandas, incluindo aquelas em residência. Ao todo, havia seis doutoras ou doutorandas, 32 mestres ou mestrandas, 64 especialistas ou pós-graduandas, além de duas profissionais com graduação e oito não graduadas.

3.4 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

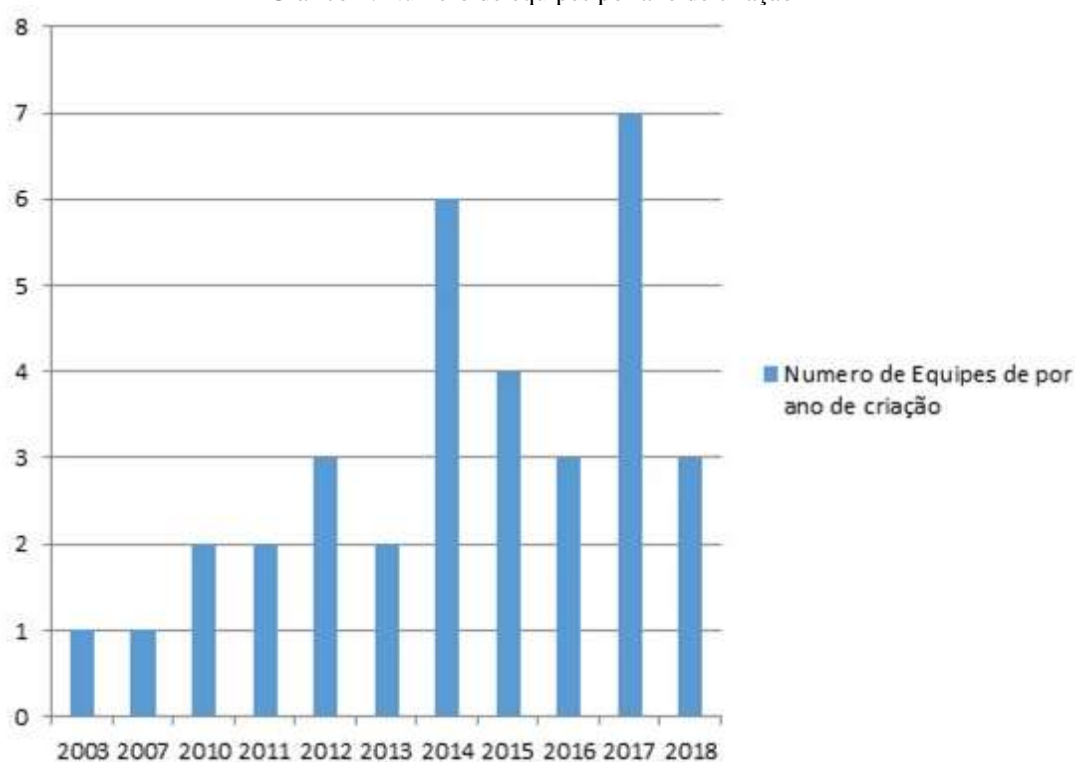
As equipes de atenção ao PDP realizam diversas atividades, que incluem consultas de pré-natal, atendimento ao parto e acompanhamento pós-parto. A quantidade de consultas varia conforme a organização de cada equipe, mas todas iniciam o acompanhamento pré-natal no domicílio entre a 28^a e 36^a semana de gestação, com visitas semanais a partir da 37^a semana até o parto. O acompanhamento pós-parto geralmente começa nas primeiras 24 horas após o parto e se estende até a consulta final, que ocorre no 42^o dia pós-parto. Nessas consultas, são abordados temas como amamentação, recuperação pós-parto, saúde emocional da puérpera e bem-estar do recém-nascido.



Além do atendimento ao PDP, 32 das 34 equipes oferecem outros serviços relacionados à saúde materno-infantil, como cursos de preparação para o parto, cuidados com o recém-nascido e consultoria em aleitamento materno.

Quanto à distribuição temporal do início das atividades das equipes, observa-se um crescimento gradual ao longo dos anos. A primeira equipe iniciou suas atividades em 2003, e a partir de 2014 houve um aumento significativo no número de equipes, conforme ilustrado no Gráfico 1:

Gráfico 1: Número de equipes por ano de criação



Fonte: Autores, 2018

3.5 TRANSFERÊNCIAS HOSPITALARES

A transferência hospitalar é um aspecto crítico para a segurança do parto domiciliar, sendo considerada um recurso importante em casos de complicações. As equipes relataram que as transferências ocorrem principalmente por parada na progressão do trabalho de parto (nove



equipes), pedido da gestante (sete equipes), situação fetal não tranquilizadora (cinco equipes) e necessidade de analgesia (cinco equipes).

Outros motivos relatados com menor frequência incluíram bolsa rota por tempo prolongado, retenção placentária, hemorragia pós-parto, feto em posição assinclítica, aumento da pressão arterial, problemas respiratórios no recém-nascido e insegurança familiar.

4 DISCUSSÃO

Este estudo revelou que o Parto Domiciliar Planejado (PDP) tem se consolidado como uma alternativa viável para um número crescente de mulheres brasileiras desde 2003, impulsionado pela institucionalização da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) (Rattner *et al.*, 2010). A partir de 2013, o aumento no número de equipes de PDP coincidiu com o lançamento do filme *O Renascimento do Parto*, que gerou um impacto significativo na conscientização sobre o parto humanizado e a redução de intervenções desnecessárias (Diniz, 2014). Outro marco importante foi o Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), realizado pela primeira vez em 2014, que contribuiu para a divulgação de evidências científicas sobre a segurança e a legitimidade do parto domiciliar, facilitando a troca de saberes entre profissionais da área (Cahyaningrum, 2023).

Apesar do crescimento do PDP, os resultados apontam disparidades regionais significativas. A concentração de equipes nas regiões Sul e Sudeste, em contraste com a oferta limitada no Norte e Nordeste, reflete desigualdades econômicas e a ausência de políticas públicas que incluam o PDP no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa exclusão restringe o acesso de mulheres em áreas menos favorecidas economicamente, evidenciando a necessidade de democratizar o acesso ao parto humanizado (Brasil, 2022).



A composição variada das equipes, que incluem desde obstetrias até profissionais com formações menos convencionais para o contexto de assistência ao parto, como publicitárias e estudantes de psicologia, revela uma tentativa de integrar diferentes perspectivas e formas de cuidado no PDP. A presença de parteiras tradicionais e doulas, embora pouco frequente, sugere que algumas equipes estão abertas à valorização de saberes não acadêmicos e práticas alternativas de cuidado, o que poderia fortalecer a abordagem centrada na mulher e nos princípios de humanização do parto. No entanto, essa diversidade de formação também aponta para um desafio em relação à padronização das práticas e à uniformidade de qualificações nas equipes.

O estudo observou que as parteiras tradicionais continuam desempenhando um papel fundamental em comunidades mais isoladas, como áreas rurais, quilombolas e indígenas, embora muitas vezes atuem em condições de precariedade e sem o devido suporte da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2010). Isso ressalta a urgência de integrar o conhecimento tradicional das parteiras com os padrões de segurança recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), garantindo a qualidade do atendimento.

A qualificação acadêmica das profissionais envolvidas na atenção ao PDP demonstra um alto nível de especialização, com mais da metade das equipes contando com pelo menos uma mestra ou doutoranda. As equipes também são compostas majoritariamente por enfermeiras obstétricas. Esse dado sublinha o comprometimento das equipes com a formação contínua e a qualificação técnica para oferecer um atendimento de qualidade. A formação avançada dessas profissionais, incluindo mestres e doutoras, reforça o alinhamento entre a teoria acadêmica e a prática assistencial, melhorando significativamente a qualidade do serviço, pois se correlacionam positivamente com a melhoria das habilidades interpessoais, a satisfação do paciente e os resultados gerais da saúde (Alghamdi *et al.*, 2024). Contudo, a concentração de profissionais com qualificações mais avançadas em determinadas regiões ou equipes pode indicar uma desigualdade no acesso à capacitação profissional em nível nacional, o que pode ter impacto na equidade do atendimento oferecido em diferentes contextos geográficos.



As atividades das equipes, com destaque para o acompanhamento pré-natal e pós-parto domiciliar, estão em consonância com as recomendações de cuidados humanizados e contínuos para gestantes (OMS, 2024). O início do acompanhamento entre a 28^a e a 36^a semana de gestação, com visitas semanais no final da gravidez, reflete uma prática de proximidade e monitoramento que favorece a criação de um vínculo sólido entre a equipe e a gestante. Além disso, a continuidade do cuidado até o 42^o dia pós-parto destaca a importância do apoio à saúde física e emocional da puérpera, aspecto frequentemente negligenciado no modelo hospitalar tradicional. A oferta de cursos e consultorias adicionais por grande parte das equipes também reflete um compromisso com a educação e o empoderamento das famílias.

No entanto, práticas desnecessárias ainda persistem, refletindo a influência contínua do modelo biomédico na formação de profissionais da saúde no Brasil (Carvalho *et al.*, 2020). A OMS reconhece a competência de médicos, enfermeiras obstétricas e obstetrizas para assistir partos de risco habitual, incluindo o PDP, mas a falta de políticas públicas que regulem essa prática no SUS limita seu potencial de expansão (OMS, 2016)

O PDP também representa uma resposta à insatisfação com o modelo obstétrico hospitalar, marcado por altas taxas de cesáreas e intervenções desnecessárias. A centralidade do protagonismo feminino, o envolvimento familiar e a autonomia das mulheres nas decisões sobre o parto são aspectos fundamentais do PDP, promovendo uma experiência de parto mais humanizada (Péres, 2022). Ademais, a atuação autônoma no PDP abre novas oportunidades no mercado de trabalho para as profissionais, permitindo que desenvolvam práticas empreendedoras sem as limitações institucionais presentes no ambiente hospitalar (Backes, 2018).



O estudo mostrou que as equipes de PDP seguem protocolos adequados de transferência hospitalar, garantindo a segurança das mulheres e dos recém-nascidos quando necessário (Brasil, 2018). A questão das transferências hospitalares aponta para uma necessidade decisiva de integração entre o modelo de PDP e os serviços hospitalares, especialmente diante de complicações. As principais razões para transferência — como parada na progressão do trabalho de parto e pedido da gestante — indicam uma prática que valoriza a segurança da parturiente e a autonomia da mulher em suas escolhas. No entanto, os dados também sugerem a necessidade de protocolos mais robustos para lidar com intercorrências, além de um sistema mais fluido de comunicação e coordenação entre as equipes domiciliares e os hospitais. A redução de complicações no PDP depende, em parte, de uma relação colaborativa entre esses dois ambientes de cuidado.

Finalmente, a baixa adesão das equipes contratadas durante a pesquisa pode ter limitado a representatividade da amostra. Assim, recomenda-se que futuras pesquisas investiguem as barreiras estruturais que dificultam a expansão do PDP e explorem estratégias para integrar essa prática ao SUS, de modo a garantir que o parto domiciliar humanizado seja acessível a todas as mulheres, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo mapear e descrever as equipes de atenção ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) no Brasil, com foco em sua composição, práticas e organização. Os achados revelam que o PDP está em processo de expansão no país, em consonância com modelos internacionais bem-sucedidos de assistência ao parto. A localização de 70 equipes, com um crescimento expressivo nos últimos cinco anos, evidencia o aumento da demanda por essa modalidade de atendimento, que se apresenta como uma alternativa segura, humanizada e centrada nas necessidades individuais das mulheres e suas famílias.

Entretanto, o crescimento do PDP no Brasil ainda enfrenta barreiras significativas, como a estigmatização social e a resistência de alguns setores da área médica. Para consolidar e ampliar essa modalidade de assistência, deve haver um esforço contínuo de profissionais e gestores para superar essas resistências. A adoção de práticas baseadas em evidências, bem como o fortalecimento do diálogo interdisciplinar, é essencial para garantir a qualidade e a segurança do



atendimento. Além disso, deve o PDP ser respaldado por protocolos uniformes e bem definidos, capazes de padronizar e assegurar a qualidade da assistência em todo o território nacional.

A criação de políticas públicas específicas que regulamentem e ampliem o acesso ao PDP é outro aspecto fundamental para o fortalecimento dessa prática. Atualmente, o acesso a esse modelo de assistência é limitado, restrito principalmente às mulheres que podem arcar com os custos. Portanto, para que o PDP se torne uma opção acessível a todas as mulheres, independentemente de sua condição socioeconômica, é indispensável a inclusão dessa modalidade de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A institucionalização do PDP não apenas ampliaria o acesso, mas também contribuiria para uma redução nas intervenções desnecessárias e nos índices elevados de cesáreas, promovendo um cuidado mais humanizado e respeitoso.

Além disso, a consolidação do PDP no Brasil depende de uma rede de comunicação mais estruturada entre as equipes, fomentando o intercâmbio de experiências e a construção coletiva de conhecimento. Estudos como este são fundamentais para mapear e caracterizar as equipes, promovendo a integração entre profissionais e a organização eficiente dos serviços. O fortalecimento das redes de cuidado, aliado à formação contínua das equipes e à adoção de boas práticas, é vital para garantir um atendimento seguro e de qualidade.

Por fim, a expansão do PDP deve ser vista como parte de uma estratégia mais ampla de promoção dos direitos reprodutivos e da autonomia das mulheres, oferecendo-lhes a possibilidade de escolher onde e como dar à luz. O crescimento do empreendedorismo no campo da atenção ao parto também reflete um movimento de transformação no mercado de trabalho da saúde, possibilitando que profissionais atuem de forma autônoma e inovadora. No entanto, para que o PDP seja verdadeiramente consolidado como uma opção segura e acessível, é indispensável o apoio institucional robusto, através da implementação de políticas públicas consistentes e de protocolos clínicos baseados em evidências científicas.

Em síntese, o estudo destaca a relevância crescente do PDP no Brasil, mas reforça a necessidade de maior regulamentação, integração entre equipes e políticas públicas voltadas à ampliação dessa modalidade de assistência. Somente por meio de um esforço conjunto entre profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas será possível consolidar o PDP como uma alternativa viável, segura e acessível para todas as mulheres no país.



REFERÊNCIAS

ALGHAMDI, M. A. M. *et al.* The Significance of Enhancing Health Workers' Skills and Knowledge in Driving Positive Patient Experiences. **International Journal of Religion**, v. 5, n. 2, p. 598 – 608. Fevereiro 2024. ISSN 2633-3538. Disponível em: <https://ijor.co.uk/ijor/article/view/6908>. Acesso em: 18 out. 2024.

BACKES, D. S. Emprendimiento en enfermería: estrategia proponente de un nuevo pensar y actuar. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 2, p. 141 – 142, 2018. Disponível em: <https://ciberindex.com/c/rae/362141ae>[acceso:23/10/2024]. Acesso em: 18 out. 2018.

BRASIL. **Dispõe sobre Normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado**. Resolução COFEN nº 737, de 02 de fevereiro de 2024. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 02 fev. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-737-de-02-de-fevereiro-de-2024>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: SINASC. DATASUS**. Tabnet, Brasília, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf:def>. Acesso em: 08 out. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite**. Resolução nº 42 de 13 de Dezembro. Aprova as diretrizes e estratégias para elaboração do plano de enfrentamento da Mortalidade Materna e na Infância, no contexto da agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e dá outras providências. 2018. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57217977. Acesso em: 18 out. 2018.

CAHYANINGRUM, A. O. Improving knowledge sharing through intrinsic motivation in the integration of self determination theory and theory of reason for action. **The Enrichment: Journal of Management**, v. 13, n. 01, Abril 2023. ISSN 2721-7787. Disponível em: <https://www.enrichment.iocpublisher.org/index.php/enrichment/article/view/1219>. Acesso em: 18 out. 2024.

CARVALHO, E. M. P. de *et al.* The training of obstetric physicians and nurses to change the obstetric model in Brazil: A view of the preceptors in the training process. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 10, n. 11, 2020. ISSN 1925-4040. Disponível em:



<https://www.sciencedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/17951>. Acesso em: 18 out. 2024.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, Apr 2020. ISSN 1413-8123. Disponível em: [https://doi.org/10:1590/1413-81232020254:13582018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020254:13582018). Acesso em: 18 out. 2024.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International journal of gynaecology and obstetrics**: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 75 Suppl 1, S5–S23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742639/> Acesso em: 18 out. 2018.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: Seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 20(56), 253–259. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>. Acesso em: 18 out. 2018.

DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 18, núm. 48, 2014, pp. 217-220. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180130050020>. Acesso em: 08 out. 2018.

FLORIANO, M. E.; COSTA, J. R. da; SILVA, M. de A. P. MOTIVAÇÕES PARA ESCOLHA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 37, Agosto 2023. Disponível em: [https://doi.org/10:18471/rbe.v37:49934](https://doi.org/10.18471/rbe.v37:49934). Acesso em: 18 out. 2024.

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, 34(1), 22–29 2013. Disponível em: [http://www.scielo:br/scielo:php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100003&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 10 out. 2018.

LEAL, M. do C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, Mar 2021. ISSN 1413-8123. Disponível em: [https://doi.org/10:1590/1413-81232021263:06642020](https://doi.org/10.1590/1413-81232021263:06642020). Acesso em: 18 out. 2024.

MEDINA, E. T. *et al.* Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 39, n. 4, 2023. ISSN 0102-311X. Disponível em: [https://doi.org/10:1590/0102-311XPT160822](https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822). Acesso em: 18 out. 2024.

OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16:12-por:pdf?sequence=2>. Acesso em: 18 out. 2018.



OMS. **Transitioning to midwifery models of care**. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>. Acesso em: 23 out. 2024.

PÉRES, E. B. Home birth. A reflection on bioethics and human rights. **Cuadernos de Bioética.**, n. 86, p. 67 – 86, 2022. Disponível em: <http://aebioetica.org/revistas/2022/33/107/67.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

PRATES, L. A. et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 71, 1247–1256. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901247&lng=en&tlng=en. Acesso em: 18 out. 2018.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L. dos; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. pag.215–228, 2010. DOI: 10.18569/tempus.v4i4.849. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>. Acesso em: 20 out. 2024.

ROCHA, N. F. F. da; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 44, n. 125, Apr 2020. ISSN 0103-1104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 18 out. 2024.

SANFELICE, C. F. de O. *et al.* From institutionalized birth to home birth. **Revista RENE** v. 15, n. 2, p. 362 – 370, 2014. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1561/pdf_1. Acesso em: 18 out. 2024.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 23 out. 2018.

ZAMBERLAN, C.; ROCHA, B. D. da. Integrative Review Article Prevention of Perineal Lacerations and Episiotomy : Evidence for Clinical Practice. **Revista de Enfermagem UFPE** v. 12, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230478>. Acesso em: 18 out. 2018.