

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

Emanuely Scramim¹, Eduarda Luiza Maciel da Silva²

Tassiana Potrich³, Máira Rossetto⁴

Andréia Machado Cardoso⁵, Joice Moreira Schmalfuss⁶

Destaques: (1) Mulheres relatam traumas e violência obstétrica em partos hospitalares. (2) Experiências prévias negativas motivaram a escolha pelo Parto Domiciliar Planejado. (3) Parto domiciliar oferece maior protagonismo e respeito às escolhas das mulheres. (4) Relatos destacam a busca por segurança e atendimento humanizado no parto. (5) Necessidade de revisão das práticas hospitalares para reduzir a violência obstétrica.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.16418>

Como citar:

Scramim E, da Silva ELM, Potrich T, Rossetto M, Cardoso AMC, Schmalfuss JM. Motivações de mulheres pelo parto domiciliar planejado após parto vaginal hospitalar. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e16418

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6344-2840>

² Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1757-5559>

³ Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5180-5736>

⁴ Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5683-4835>

⁵ Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4243-8855>

⁶ Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Chapecó/SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0293-9957>

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

RESUMO

Objetivo: analisar as experiências que motivaram a escolha de mulheres pelo parto domiciliar planejado após parto vaginal hospitalar. **Método:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado no oeste catarinense, sul do Brasil, com mulheres que tiveram parto domiciliar planejado após parto vaginal hospitalar anterior. Os dados foram coletados de setembro a dezembro de 2022, de forma triangulada, por meio de entrevistas semiestruturadas, informações recolhidas das cadernetas de gestantes e das fichas de registros das equipes que atenderam aos partos. Foi utilizada análise de conteúdo temática, culminando no tema “Experiências hospitalares prévias”. **Resultados:** participaram do estudo 11 mulheres que relataram experiências hospitalares prévias negativas, incluindo diversas formas de violência obstétrica e neonatal como principais motivações para a escolha pelo parto domiciliar. Os relatos revelaram traumas e insatisfações com a assistência hospitalar, destacando intervenções desnecessárias, falta de privacidade e desrespeito às preferências pessoais durante o período parturitivo e no pós-parto, o que levou as mulheres a desejarem um ambiente mais respeitoso e personalizado nas gestações seguintes. **Conclusão:** a escolha pelo parto domiciliar planejado reflete a busca das mulheres por maior autonomia e segurança no processo parturitivo, com uma assistência que preza pelo respeito, centrada na qualidade do atendimento prestado ao binômio mãe e bebê. Destaca-se a necessidade de revisão das práticas hospitalares e promoção de acompanhamento humanizado que valorize o protagonismo e a fisiologia da parturiente.

Palavra-chaves: Enfermagem obstétrica. Parto domiciliar. Parto humanizado. Violência Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O modelo obstétrico vigente no Brasil é, prevalentemente, medicalizado e institucionalizado na rede hospitalar, guiado por uma assistência biomédica e intervencionista, na qual o processo fisiológico da parturição foi transformado em uma prática que, na maioria das vezes, não respeita a autonomia das mulheres e suas escolhas. Ainda, historicamente percebe-se uma alteração estrutural no modelo de assistência ao parto, quando esta prática deixou de ser realizada no ambiente domiciliar, com o auxílio das parteiras, e migrou para o âmbito hospitalar, computando um percentual de cerca de 98% de partos ocorridos em hospitais do total dos partos que acontecem no Brasil¹.

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

Dessa forma, muitas mulheres que possuem experiências hospitalares relatam sua insatisfação e traumas associados a esse momento, gerando grande desconforto e insegurança frente à possibilidade de estarem expostas a muitas formas de violência obstétrica e intervenções. Frente a algumas incertezas e receios relacionados ao parto, mulheres têm buscado alternativas para vivenciarem o processo parturitivo de forma respeitosa, optando pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP)².

Entende-se por PDP a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado, de livre escolha da mulher e registrado em seu conselho de classe³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende como profissionais habilitados e capacitados para a realização do PDP, médicos, enfermeiros obstetras e/ou obstetrizes, além da participação das pessoas e profissionais que a mulher desejar, como amigos, familiares, doulas e outras⁴. Ainda, a Resolução do COFEN número 737, de fevereiro de 2024, normatiza a atuação dos enfermeiros obstétricos e obstetrizes na assistência ao PDP, determinando que esses profissionais, devidamente registrados e capacitados, sejam os responsáveis por conduzir esse modelo de assistência ao parto de acordo com protocolos específicos⁵.

Frente a isso, o PDP é uma opção coerente com os princípios da humanização da assistência, no qual a mulher restabelece seu protagonismo no processo parturitivo, fortalecendo os vínculos familiares e a sua autonomia⁶. Ainda, o atendimento no domicílio propicia maior bem-estar entre o binômio mãe-bebê, visto que ocorre de forma menos invasiva possível, garantindo um ambiente acolhedor para a parturiente, liberdade de posições conforme a preferência da mulher, atrelado ao uso de práticas terapêuticas complementares, além de considerar o mínimo de intervenções com o recém-nascido (RN), garantindo um contato pele a pele eficiente e prolongado entre mãe e bebê⁷.

Diante do exposto, essa pesquisa teve como questões norteadoras: como foram as experiências de mulheres que tiveram parto vaginal hospitalar anterior e quais foram as motivações relacionadas ao processo parturitivo prévio que as levaram a escolher por um PDP? Sendo assim, objetivou-se analisar as experiências que motivaram a escolha de mulheres pelo PDP após parto vaginal hospitalar.

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado em seis municípios do oeste do estado de Santa Catarina, com mulheres que optaram pelo PDP após parto vaginal hospitalar anterior. Foram critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, que tiveram parto vaginal hospitalar anterior, antes do PDP, e que foram atendidas por enfermeiras obstetras no oeste catarinense. Foram critérios de exclusão: primíparas, mulheres que tiveram o PDP contraindicado segundo os critérios de elegibilidade e as que foram transferidas para o hospital no decorrer do processo parturitivo.

As participantes foram localizadas a partir de listas de contatos disponibilizadas por enfermeiras obstetras que atuam no atendimento de PDP no oeste catarinense, contendo nomes e números telefônicos das mulheres. O contato ocorreu via *whatsapp*, com mensagens de texto explicando os objetivos da pesquisa e convidando-as a participar do estudo, de forma intencional, considerando o atendimento aos critérios de inclusão. A pesquisa contou com três etapas desenvolvidas por meio de um formulário eletrônico (*Google Forms*) encaminhado após o aceite em participar do estudo. Esse preenchimento configurou anuência da mulher em participar da pesquisa. A primeira seção correspondeu ao convite formal de participação no estudo, seus objetivos e a justificativa da pesquisa. Já na segunda seção foram apresentadas as informações acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a manifestação de concordância com o termo pela participante e a autorização de gravação da entrevista. Por fim, na terceira seção, foram questionados os melhores dias e horários para a realização da entrevista.

A fim de compreender o fenômeno estudado em sua complexidade, para a produção dos dados, foi utilizada a triangulação de fontes de evidências⁸, sendo elas: realização de entrevista semiestruturada; coleta de elementos das cadernetas de gestantes e informações das fichas das equipes de PDP acerca do atendimento prestado. As entrevistas foram realizadas de maneira *online*, utilizando plataformas de videoconferências como *Google Meet* e *WhatsApp* e conduzidas a partir de um roteiro de perguntas contendo caracterização e identificação das participantes, bem como dados sociodemográficos.

O roteiro de entrevista continha perguntas relacionadas ao pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério imediato. No pré-natal e parto, as perguntas incluíam o número de consultas, local e data do parto, quem estava presente, idade gestacional, duração da fase ativa, condições da bolsa amniótica, ambiente de nascimento, posição de parto, tempo de expulsão da placenta

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

e uso de substâncias ou técnicas para induzir o parto. No que diz respeito ao puerpério imediato do PDP, explorou-se o estado do períneo, a necessidade de suturas, o escore de apgar do bebê, intercorrências durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto e, por fim, foi questionado acerca das motivações para escolha do PDP de maneira descritiva, incluindo os motivos que levaram a essa decisão, a influência de outras pessoas, as reações frente à escolha, a vivência do PDP e como foram as experiências anteriores de partos hospitalares.

A coleta de dados foi realizada por duas acadêmicas de Enfermagem, na época do estudo, sob orientação e supervisão da pesquisadora responsável, professora universitária e enfermeira especialista em obstetrícia, com experiência na condução de pesquisas qualitativas. Todas as entrevistas foram audiogravadas para posterior transcrição e análise dos dados, sendo realizadas entre outubro e dezembro de 2022, com duração média de 30 minutos. Foi adotado o critério de saturação teórica para a inclusão de novas participantes e as coletas foram interrompidas quando os dados não apresentaram novos elementos e/ou informações para embasar a discussão teórica⁹ em relação ao fenômeno investigado. As entrevistas foram transcritas manual e integralmente pelas acadêmicas, sem qualquer auxílio de *softwares* de transcrição automática, e organizadas em arquivos do Microsoft Word®.

Não havia vínculo prévio entre as entrevistadoras e participantes, não houve recusa de participação das mulheres convidadas e nenhum terceiro esteve presente durante as entrevistas, exceto, eventualmente, filhos das próprias participantes. Não foram realizadas notas de campo ou validação posterior das transcrições pelas participantes.

Os dados coletados foram submetidos à análise temática de conteúdo¹⁰, respeitando-se as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação e todas foram feitas de forma manual, sem o auxílio de *softwares* de análise qualitativa. Na pré-análise, as entrevistas transcritas foram organizadas em ordem cronológica, em pastas digitais e, após, realizada a leitura flutuante das transcrições, com retomada dos objetivos e familiarização com o material, identificando os núcleos de sentido relevantes. Na exploração do material procedeu-se à codificação das falas em unidades de registro enumeradas e agrupadas por semelhança temática e cores. Essa estratégia permitiu agrupar as unidades de registro com significados convergentes, favorecendo a construção progressiva das subcategorias e, após, das categorias temáticas.

Na última etapa os achados foram articulados ao referencial teórico, permitindo compreender o significado atribuído pelas participantes às suas experiências. Ao término do

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

processo foram identificadas 772 unidades de registro organizadas em 22 subcategorias que deram origem a três temas, dentre os quais, neste estudo, será abordado o tema “Experiências hospitalares prévias”, com categorias relacionadas à medicalização do parto, violência obstétrica, puerpério imediato, violência neonatal e Golden Hour.

O presente estudo faz parte da macropesquisa intitulada “Motivações de mulheres frente à tomada de decisão pelo Parto Domiciliar Planejado na pandemia de COVID-19” e seguiu os preceitos legais e éticos, recebendo aprovação ética em dezembro de 2021, sob parecer número 5.170.967 e CAAE número 2930121.1.0000.5564.

Todas as participantes receberam e preencheram o TCLE e o termo de consentimento para uso de imagem e/ou voz, via *link* do *Google Forms*. Nenhum imprevisto ou situação que colocasse as participantes em risco, no decorrer das entrevistas, foi observado. A fim de preservar a identidade das mulheres incluídas no estudo, o nome de cada uma foi substituído pela letra P referente à participante, seguida de um número ordinal crescente (P1, P2, P3...), respeitando-se a ordem das entrevistas. O estudo considerou as recomendações dos Critérios Consolidados para o Relato de Pesquisa Qualitativa (COREQ).

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 mulheres que optaram pelo PDP após parto vaginal hospitalar anterior. A idade que variou entre 30 e 43 anos, com média de 35 anos, todas eram casadas e dez possuíam ensino superior completo e/ou pós-graduação. Em relação à religião, sete participantes eram católicas, cinco tinham renda familiar maior que sete salários-mínimos e as demais apresentavam renda menor que cinco salários-mínimos.

Ao buscar analisar as experiências que motivaram a escolha de mulheres pelo parto domiciliar planejado após parto vaginal hospitalar, emergiu o seguinte tema: “Experiências hospitalares prévias” como motivadoras neste processo.

Nesse sentido, a P2 manifestou que a decisão pelo PDP surgiu imediatamente após ela parir a sua primeira filha.

[...] a decisão pelo PDP veio no momento que meu primeiro trabalho de parto terminou. Quando minha filha nasceu eu olhei para o meu marido e falei: “O próximo vai ser em casa!” Sem nem pestanejar (risos), daí eu já entendi do que se tratava e entendi o que

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

ficou faltando que eu gostaria no primeiro parto e decidi que o segundo seria domiciliar.
(P2)

Outra participante afirmou que suas escolhas pelo PDP foram influenciadas por questões de ambiência do serviço de saúde onde teve o seu primeiro parto. O ambiente hospitalar, descrito como impessoal, frio e com pouca privacidade, contribuiu para a sensação de desconforto e distanciamento emocional, levando-a a escolher uma experiência mais acolhedora, íntima e respeitosa.

[...] o parto hospitalar foi o que mais me instigou a ter o parto domiciliar, porque eu não gostei, mesmo que o tratamento tenha sido bom, eu não gostei de estar naquele ambiente, não é ambiente, hospital é lugar de doente. (P4)

Da mesma forma, experiências negativas anteriores de algumas participantes foram associadas a diversos sentimentos ruins que acabaram criando barreiras relacionadas ao processo vivido no hospital. Tais situações contribuíram para o afastamento das mulheres do modelo de parto institucionalizado, levando-as a buscar alternativas que proporcionassem maior acolhimento e protagonismo durante o nascimento.

[...] a experiência que eu tive no hospital me deixou com medo de ter que ir para o hospital de novo. Eu tinha pânico de pensar em precisar ir parar de novo em um ambiente hospitalar para parir, esse foi o meu sentimento. (P6)

[...] os meus dois partos hospitalares foram experiências ruins, o segundo parto em si não, mas o pós-parto foi muito ruim. (P8)

[...] houve violência obstétrica, enfim, situações desagradáveis e aí me motivou a segunda gestação eu ficar em casa mesmo, todo o trabalho de parto e parto. (P11)

Nesse contexto da violência obstétrica, algumas participantes relataram que foram submetidas a toques desnecessários e repetitivos e à episiotomia sem consentimento durante o

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

processo parturitivo. Tais relatos evidenciam situações invasivas e constrangedoras, gerando sentimentos de impotência, dor e violação de seus direitos enquanto mulheres e parturientes.

[...] e aí ele [o médico] chamou a enfermeira e eles não esperaram, não quiseram nem saber. Um me pegou por um braço, a enfermeira pegou pelo outro e eles me deitaram na marra, o cara me fez um exame de toque, eu nunca senti tanta dor na minha vida, acho que senti mais dor do que no parto, porque ele foi extremamente grosso, eu gritava de dor. (P8)

[...] para mim foi a pior parte mesmo a questão da episiotomia, eu considero assim que é uma violência, eu não fui consultada em nenhum momento. (P9)

[...] eu passei por uma episiotomia no meu parto hospitalar e isso, na verdade, já me incomodou desde o momento que ocorreu. (P10)

Ainda no que concerne à violência obstétrica, uma participante relatou que foi ameaçada pela profissional que atendeu seu parto e que sofreu pressão psicológica para aceitar determinado procedimento. Isso ocorreu com argumentos que a deixaram receosa e vulnerável por envolverem aspectos que, segundo a profissional que a atendia, poderiam ser prejudiciais ao seu filho.

[...] a médica me ameaçou, me chamou de teimosa, disse que não era mais comigo, que tinha que ver a saúde do meu bebê, porque ela queria que eu deitasse para fazer episiotomia. (P11)

Outras práticas recorrentes observadas nas entrevistas foram os puxos dirigidos (pedir para a mulher realizar força empurrando o bebê), além da restrição à adoção de certas posições ou imposição de posicionamentos não desejados para parir. Essas condutas também configuram exemplos de limitações da autonomia da parturiente, principalmente por desconsiderarem a fisiologia do parto e o respeito pelo corpo feminino.

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

[...] a médica dizia: “Força fulana, você tem que se ajudar”. As enfermeiras: “Vamossss”. E você ähn ähn [gemidos e face de força]. (P1)

[...] eu acreditava que eu tinha escolhido livremente a posição para parir, mas na verdade eu fui incentivada a sentar na banqueta. E teve puxo dirigido no meu primeiro parto, e era uma coisa que eu não queria. (P2)

[...] eu lembro que uma auxiliar de Enfermagem me puxou para eu ficar mais para cima [participante faz movimento com o corpo inclinando para frente], e para eu conseguir então fazer a tal da força certa, que na primeira eu fiz a força errada, né (risos irônicos), tanto que assim, saiu um monte de veiazinha. (P7)

A manobra de Kristeller foi outro tipo de intervenção constatada em um dos relatos, ilustrando uma assistência permeada por práticas coercitivas e desumanizadas. Essa conduta, reconhecida como violência obstétrica, evidencia a permanência de um modelo assistencial centrado na autoridade do profissional e na intervenção sobre o corpo feminino, em oposição à proposta de humanização e respeito à autonomia da mulher no processo parturitivo.

[...] da pessoa subir em cima, subir em cima para empurrar a criança. Como que faz isso? São coisas absurdas, nem com os animais a gente não faz isso, imagina fazer para uma pessoa, isso é uma vergonha. (P4)

Outra fala revelou o desrespeito à Lei do acompanhante que, além de representar violação dos direitos da mulher, contribui para o aumento da sua vulnerabilidade e sensação de solidão em um momento que exige apoio físico e emocional.

[...] o meu primeiro parto foi um parto bem difícil, eu tive um trabalho de parto que durou, ao todo, umas 30 e poucas horas e eu passei sozinha no hospital [...] eu passei uma madrugada, uma noite toda sozinha, a manhã sozinha, o meu esposo só podia entrar nos horários de visita. (P9)

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

Outro fato relevante mencionado foi a restrição da ingesta hídrica e alimentar que algumas participantes foram submetidas pelos profissionais que acompanharam seus partos no ambiente hospitalar, fato que as deixou muito abaladas e desconfortáveis. Essa prática, ainda recorrente em alguns serviços, contraria as recomendações atuais de organismos de saúde, que reconhecem a importância da liberdade de movimentação e alimentação da mulher como parte do cuidado humanizado e seguro.

[...] então eu internei às oito da manhã e ela nasceu às quatro e meia da tarde, o que eu mais lembro é que eu pedia desesperadamente água para a enfermeira, e elas não me davam, então eu senti muita fome e muita sede, foi muito ruim. (P8)

[...] eu fiquei sem alimentação durante esse tempo que fiquei internada. (...) hoje se fala muito que episiotomia é violência, eu acho que você não ganhar alimentação também é violência. (P9)

Situações desagradáveis também estiveram relacionadas ao período de puerpério imediato, tais como a falta de privacidade, o desrespeito, atitudes e falas desnecessárias para com uma das entrevistadas. Tais experiências revelam a persistência de práticas invasivas e pouco empáticas no cuidado à mulher após o parto, o que contribui para a vivência de sentimentos de vulnerabilidade e desconforto nesse momento de vulnerabilidade.

[...] muitas intervenções desnecessárias, principalmente no pós-parto né, uma falta de privacidade. O pessoal foi muito invasivo, porque eu pari, acho que eles não tão acostumados com mulher parindo [participante sorri em tom irônico]. Aquela coisa de entrar uma enfermeira e falar: "Fiquei sabendo que você pariu um bebê de 4,5kg, posso ver como ficou a laceração?" (P6)

Ainda sobre o puerpério, destacam-se inúmeras intervenções realizadas com os RNs, alvos de profissionais da saúde e de rotinas preestabelecidas em instituições hospitalares. Essas práticas, muitas vezes executadas sem o consentimento materno ou sem explicações adequadas, geraram sentimentos de impotência e afastamento entre mãe e bebê, reforçando a percepção de desumanização do cuidado.

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO
VAGINAL HOSPITALAR**

[...] então foi bastante vergonhoso assim, o atendimento deles, o que eles fizeram com o meu filho também. (P6)

[...] ele nasceu, nasceu bem, mas aí já foi levado para o banho, toda aquela coisa de hospital, não sei se foi usado a prata [nitrato] no olho, não sei o que foi usado e o meu esposo pôde acompanhar essa parte da enfermeira lavando ele, trocando a roupa, mas ele acompanhou através de um vidro. (P9)

Nesse contexto do puerpério, destaca-se a *Golden Hour* ou hora de ouro, que se refere à primeira hora após o nascimento do bebê, quando acontece o contato pele a pele com a mãe e a amamentação precoce no sentido de promover o vínculo, estabilidade térmica e outros benefícios à saúde do RN. Sobre esse momento, a maioria das participantes relatou que não vivenciou com seu RN na ocasião do parto hospitalar, fato que gerou consequências como desgaste emocional e psicológico por ficarem longe de seus bebês e por vê-los serem submetidos a tantos manuseios desnecessários.

[...] eu acreditei que a gente tivesse tido um contato pele a pele duradouro e depois eu descobri que ela ficou cinco minutos nos meus braços e aí eles tiraram ela, levaram pra pesar, pra medir, e depois trouxeram ela de volta pros meus braços, então, ela ficou cinco minutos comigo, dez minutos ela foi tirada de mim, depois ela foi colocada de volta (no colo). Depois eu descobri que esses dez minutos que ela foi levada longe de mim nesses primeiros momentos foram muito impactantes e muito significativos. (P2)

[...] eu tive a minha primeira hora com o bebê roubada, eles deixaram o [bebê] chorando, isolado no berçário, por duas horas e meia, ele só veio para o meu peito porque a doula saiu do meu lado e foi lá buscar a criança, ele chorava tanto que todo mundo escutava. (P6)

[...] então eu digo assim: “Por que que ele não veio pro meu colo? Ele tava bem, não precisou de oxigênio, não precisou de nada. Ele sofreu todas as intervenções que no hospital fazem de praxe, meu marido ficou assustado de ver, porque ele acompanhou,

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO
VAGINAL HOSPITALAR**

ele pediu pra uma moça se era normal aquilo, porque ele não tava perto, ele tava longe.
(P7)

[...] eu fiquei olhando aquele relógio na parede que tinha, eu fiquei lá uma hora, uma hora (paciente enfatiza em um tom de indignação), isso que a minha bebê tinha mamado um pouquinho só, então eu meio que perdi aquela hora... (pensando). (P8)

Também observou-se que muitos RNs não foram colocados no seio materno na primeira hora de vida e também não foram estimulados à amamentação, muitas vezes, recebendo fórmula láctea artificial. Essa complementação dos bebês com leite artificial após o nascimento foi algo que as participantes relataram nas entrevistas, afirmando que seus RNs eram levados pela equipe para cuidados de rotina e retornavam para o quarto complementados.

[...] de eles colocarem complemento, porque sabemos que demora um pouco pro leite descer, mas que o colostro alimenta igual, então foi principalmente esse o motivo pelo qual eu não pari no hospital (novamente). (P3)

[...] eles deram complemento sem o meu consentimento e eu com os peitos assim (participante faz sinal de cheio com as mãos), sério, muito leite eu tinha, nossa... “Pra quê que vai me dar complemento pra criança?” Aquilo pra mim caiu o mundo, nasceu de parto, a mulher tá ali com o leite, pra quê que vai tacer uma porcaria de complemento na criança. (P4)

Para além dos exemplos destacados e que dizem respeito às intervenções realizadas com os RNs, muitas destas serviram de motivações para as mulheres decidirem por um PDP no próximo evento gestacional. Essa escolha reflete o desejo de vivenciar um parto mais humanizado, no qual pudessem exercer sua autonomia, protagonismo e confiança em uma equipe que respeitasse seus ritmos e decisões.

[...] eu acho que o principal foi evitar intervenções no meu bebê no hospital. (P3)

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

[...] então eu não queria que a minha filha sofresse todas aquelas intervenções que eu sei que o [primeiro filho] sofreu desnecessariamente. (P7)

[...] eu não queria passar por tudo aquilo que eu passei no hospital com a minha filha, com a minha primeira filha. (P8)

Por fim, algumas participantes relataram que a percepção de ter vivenciado uma assistência parturitiva prévia negativa no âmbito hospitalar só foi constatada na ocasião do PDP, quando falhas e intervenções ocorridas no hospital se sobressaíram em relação às práticas realizadas no contexto domiciliar. Neste ínterim, uma fala da P2 manifestou o respeito pelo tempo e pela fisiologia dos processos ocorridos no PDP, fatos não respeitados na instituição de saúde onde foi atendida na gestação anterior.

[...] no meu primeiro trabalho de parto eu acreditava que ele tinha sido muito humanizado, que ele tinha sido respeitoso, e depois eu descobri várias falhas, várias pseudo humanizações, posturas que não era o que eu desejava para o nascimento do meu filho (...) o clampeamento tardio do cordão, que eu acreditava: “Nossa, tinha sido respeitado e super tardio.” Apenas esperou-se ele parar de pulsar e o clampeamento já foi feito (...) o nascimento da minha placenta no primeiro parto não foi gentil, não foi natural. O meu cordão foi tracionado para que o nascimento da placenta acontecesse. Apesar de tudo ter dado certo, depois eu descobri que era um procedimento que oferecia muito risco e que poderia não ter dado certo. (P2)

Assim, diante dos aspectos mencionados percebeu-se inúmeros relatos de situações desagradáveis e de intervenções desnecessárias realizadas com a mulher e/ou com o RN, além de narrações de diversos episódios de violência obstétrica e neonatal. Sendo assim, nota-se a importância de discutir esses achados considerando outras literaturas.

DISCUSSÃO

A análise das experiências prévias de partos vaginais hospitalares das participantes do presente estudo demonstrou estreita relação com as motivações pela escolha do PDP. Nesse

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

mesmo viés, todas as participantes mencionaram que suas vivências hospitalares foram motivadoras para a escolha dessa modalidade de parto e nascimento.

Ainda, muitas entrevistadas citaram aspectos que elas gostariam no parto hospitalar e que não ocorreram, além de trazerem à tona muitas questões quanto à ambiência e diferenças entre o hospital e o seu domicílio. Nesse sentido, cabe destacar que o ambiente domiciliar impacta positivamente na vivência da parturição, sendo o local e os profissionais que assistem o parto fatores determinantes para um processo humanizado, com o devido respeito, segurança e acolhimento que o domicílio representa para as mulheres, além da maior autonomia de escolhas sobre o corpo feminino e respeito à fisiologia do nascimento¹¹.

Nessa perspectiva, notou-se que as participantes da pesquisa criaram barreiras em relação ao ambiente hospitalar após suas vivências prévias, manifestando sensações negativas como medo, pânico, apreensão e insegurança, principalmente quando cogitaram a possibilidade de vivenciar uma próxima experiência de parto nesse mesmo contexto de atendimento. Nesse viés, revisão internacional recente evidenciou de maneira concordante com a presente pesquisa que experiências traumáticas vivenciadas em partos hospitalares anteriores e o desejo por um parto fisiológico constituem fatores decisivos para que muitas mulheres optem pelo planejamento do parto domiciliar.¹²

Além do exposto, é importante destacar que pesquisas têm comprovado que inúmeras são as intervenções utilizadas no modelo medicalizado, com o uso de práticas e condutas que distanciam a mulher do protagonismo esperado para esse momento¹³. Também percebe-se a presença de profissionais que desestimulam a realização do parto vaginal, bem como contrariam suas preferências manifestadas durante o pré-natal. Por isso, o preparo das gestantes e a busca por informações de qualidade constituem fatores primordiais para a tranquilidade e tomada de decisão perante determinadas situações que podem surgir ao longo da atenção pré-natal. A informação qualificada emerge, nesse cenário, como um recurso essencial para neutralizar a incerteza que permeia a gestação e o parto, seja ela relacionada ao medo, à insegurança ou à percepção de risco.¹⁴

O processo de busca por informações, por parte das mulheres, não apenas reduz sentimentos negativos, mas também contribui para transformar percepções emocionais sobre o parto, fortalecendo a confiança em si mesmas e nas decisões ao longo do pré-natal¹²⁻¹⁴. Assim, a coleta ativa de informações funciona como uma estratégia de empoderamento que confirma recomendações profissionais, sustenta preferências previamente manifestadas e reforça a

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

compreensão de que o parto pode ser uma experiência positiva e segura, em contraposição à visão medicalizada que o associa à dor e ao sofrimento¹⁴.

Dentre as vivências desagradáveis relatadas pelas participantes do presente estudo, muitas das situações eram condizentes à violência obstétrica. Conceitualmente, essa violência é caracterizada por atos cometidos em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher, praticada por profissionais da saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas ou qualquer outra pessoa que tenha contato com a mulher antes, durante ou após a prestação de um serviço de saúde¹⁴. Nesse ínterim, a violência obstétrica foi tipificada para as abordagens brasileiras e considerou diversos aspectos que podem, inclusive, serem mesclados, sendo eles: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático¹⁵.

Algumas falas também destacaram situações em que foram realizados exames de toque repetitivos e/ou por diferentes profissionais, sem o devido consentimento por parte das entrevistadas, caracterizando violência obstétrica de caráter sexual¹⁵. Desta forma, é preconizado que exames de toque vaginal repetitivos, realizados por diferentes profissionais da saúde na mesma hora ou em diferentes momentos, sejam evitados¹⁶.

Outros fatos presentes em várias entrevistas dizem respeito à realização de episiotomia e episiorrafia, sendo a primeira definida pela incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher, incluindo a pele, músculo e mucosa vaginal, com o objetivo de ampliar o canal de parto durante o período expulsivo, e a segunda consistindo na sutura da episiotomia¹⁶. Nesse contexto, se a mulher não for consultada sobre a realização destas intervenções ou não autorizá-las, configura-se a violação dos seus direitos como uma forma de violência obstétrica de caráter sexual. E mesmo nos casos em que a autorização for dada pela mulher, muitas vezes, tais procedimentos não são necessários, tampouco passíveis de serem realizados sem a devida justificativa¹⁵.

Além dos fatos apresentados, outra forma de classificação da violência obstétrica é a violência psíquica, relacionada tanto ao tratamento cruel com as mulheres, com agressões verbais e discriminatórias e, até mesmo, por casos de omissão de informações. Do mesmo modo, outro estudo contextualiza que a violência obstétrica fere os direitos humanos de diferentes formas, além de outras humilhações que incluem discriminações socioeconômicas e raciais às parturientes¹⁸.

Outrossim, a violência obstétrica também foi percebida pela realização da manobra de Kristeller (ato de pressionar o fundo do útero durante o trabalho de parto ou parto), intervenção que ainda é frequentemente realizada e que ocasiona dor e desconforto à parturiente, como

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

mentionado por uma das participantes do estudo, sendo considerada uma violência de cunho físico. Além disso, a realização dessa manobra pode impactar de maneira prejudicial na vitalidade do feto, visto que desregula a contratilidade uterina e inclui muitos outros riscos como ruptura uterina, lesões perineais, tocotraumatismo e risco de hemorragias. Ainda, essa manobra também pode levar à asfixia e morte fetal ou neonatal¹⁷.

Em concordância, um estudo que analisou desfechos maternos relacionados às intervenções durante o trabalho de parto revelou que mulheres submetidas à manobra de Kristeller durante o período expulsivo apresentaram um aumento de nove vezes na probabilidade de intercorrências no parto, em comparação com aquelas que não passaram pelo procedimento¹⁹. Esses achados ressaltam, novamente, a necessidade urgente de revisão e reformulação das práticas de atendimento ao parto hospitalar, buscando minimizar riscos e respeitar os direitos das parturientes, sua segurança e protagonismo, como evidenciado pelas participantes do presente estudo.

Outro fato importante mencionado por uma das participantes diz respeito à Lei do Acompanhante número 11.108, datada de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde a permitirem a presença de, pelo menos, um acompanhante de escolha da parturiente durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato²⁰. Trata-se de importante marco legal criado no Brasil com o objetivo de melhorar a assistência durante o processo parturitivo e uma grande conquista na saúde da mulher e da criança, pois a garantia da presença do companheiro ou de algum familiar no período parturitivo e no pós-parto tende a reduzir as chances de ocorrência de violência obstétrica e de intervenções desnecessárias.

Do mesmo modo, a educação perinatal de qualidade fortalece a mulher e sua rede de apoio, promovendo decisões mais seguras para o binômio mãe-bebê. Desse modo, a parturiente consegue intervir em práticas desatualizadas, como ocorre frequentemente com a determinação de posições para parir e outras violências que ocorrem dentro das instituições hospitalares. Em concordância, outro estudo evidenciou que o acesso a informações científicas aumenta a segurança das mulheres durante o período gestacional e parturitivo, ajudando-as a entender seus direitos e tomar decisões mais assertivas²¹.

A restrição da ingesta hídrica e alimentar também foi percebida nas entrevistas, sendo que muitas participantes relataram episódios de recusa de alimentos e líquidos pelos profissionais dos ambientes hospitalares, por muitas horas, antes e após o parto, situação que as deixou muito abaladas e desconfortáveis. Em contrapartida, apesar dessa restrição ainda ser

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

uma prática recorrente em muitas maternidades brasileiras, o Ministério da Saúde recomenda a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para parturientes de risco habitual, visto que com as técnicas utilizadas atualmente, as taxas de anestesia geral na obstetrícia são muito baixas e a aspiração do conteúdo estomacal é um evento raro¹⁶. Ainda, outros estudos evidenciaram que a permanência das parturientes em jejum durante o trabalho de parto hospitalar contribuiu para a redução das chances de parto vaginal¹⁹.

Outras queixas mencionadas dizem respeito ao puerpério imediato, no qual muitas parturientes relataram situações desagradáveis presenciadas, principalmente, por atitudes desrespeitosas dos profissionais, fato que dificulta ainda mais a recuperação e a vivência do processo parturitivo em ambiente hospitalar.

Outro ponto negativo observado no puerpério em ambiente hospitalar diz respeito às inúmeras intervenções com o RN, alvo das rotinas preestabelecidas de profissionais e instituições hospitalares. Isso também foi destacado em pesquisas internacionais que reforçam os efeitos negativos da separação entre mãe e RN no período pós-parto imediato²². Mesmo separações breves podem gerar angústia e insegurança materna, reforçando a necessidade de que as equipes de saúde responsáveis pelo cuidado materno-infantil devem atuar de forma colaborativa, reconhecendo que isso pode acarretar danos de curto e longo prazo para o binômio²². Diretrizes internacionais, como as adotadas na Suécia, recomendam explicitamente que a assistência seja prestada sem separação entre mãe e bebê. Contudo, barreiras estruturais e rotinas hospitalares ainda perpetuam práticas que afastam o RN da mãe, reduzindo oportunidades essenciais de contato pele a pele e amamentação precoce²³.

Sob esse enfoque, entra em pauta a importância da *Golden Hour* ou hora dourada para criação de vínculo entre o binômio, início da amamentação e muitos outros benefícios para o RN que podem ser garantidos com o adiamento de algumas rotinas, como o seu exame físico. No contexto estudado, muitas participantes não vivenciaram a *Golden Hour* com seu bebê na ocasião do parto hospitalar, fato que dificultou vários dos aspectos citados. Do mesmo modo, um estudo que desenvolveu um questionário de avaliação sobre a qualidade da amamentação por neonatos, observando a pega correta, som da deglutição e outros aspectos, constatou a importância do contato pele a pele na primeira hora de vida, visto que bebês e mães que tiveram a hora dourada apresentaram melhores pontuações no questionário, fato que também associa a *Golden hour* à diminuição dos níveis de mortalidade neonatal e infantil²⁴.

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

Diante de tantas práticas desnecessárias realizadas com as participantes e/ou com seus RNs na ocasião da internação em ambiente hospitalar, as mulheres se sentiram motivadas a evitarem esse local em novas experiências parturitivas a fim de não vivenciarem novamente situações desconfortáveis e/ou violentas. E assim, as mulheres entrevistadas que conheciam a possibilidade de estarem expostas novamente a intervenções e manipulações desnecessárias, tanto direcionadas a elas como a seus RNs, optaram por outras formas de vivenciarem o processo de parto e nascimento, escolhendo um PDP.

Acrescenta-se, ainda, que o fato de as entrevistadas terem passado por experiências prévias hospitalares fez com que estas identificassem erros e falhas ocorridas na assistência prestada a elas, motivando a estabelecerem prioridades para o parto seguinte. Sendo assim, a experiência parturitiva em âmbito domiciliar representou, para essas mulheres, uma nova possibilidade de viverem o processo como um evento fisiológico e humanizado, com participação ativa e, de fato, protagonizada por elas.

Por fim, acredita-se que esse estudo contribuiu significativamente ao evidenciar que experiências anteriores negativas, intervenções desnecessárias e violência obstétrica e neonatal impulsionaram a escolha pelo PDP, ampliando a compreensão sobre o desejo das mulheres por um cuidado mais respeitoso e centrado em suas preferências e necessidades. A pesquisa reforçou a importância de revisitar práticas hospitalares e promoveu o debate sobre a humanização na assistência ao parto. Aponta-se como limitação do estudo o viés de memória das participantes, que pode influenciar na completude das informações relatadas.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados e análises apresentadas constatou-se que as participantes do estudo carregam muitas lembranças negativas, traumas e medos decorrentes das experiências parturitivas prévias hospitalares. Essas experiências negativas foram a principal motivação de escolha pelo PDP em outra vivência gestacional devido às inúmeras intervenções sofridas e relatos de descontentamento com a assistência recebida no ambiente hospitalar, direcionada não só à mulher, mas ao seu RN, caracterizando situações de violência obstétrica e neonatal.

Portanto, conclui-se que a humanização da assistência ao parto exerce impacto significativo na experiência das mulheres e deve ser incorporada desde o pré-natal, discutindo as possibilidades de parto e as opções disponíveis, de forma a garantir a melhor qualidade

MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO VAGINAL HOSPITALAR

possível no atendimento ao binômio mãe-bebê. Nesse mesmo contexto, o aumento na procura e escolha pelo PDP reflete esse cenário, no qual as mulheres vêm buscando por uma experiência em que sejam as protagonistas e possam tomar decisões de forma compartilhada com os profissionais que as acompanham, em um contexto de segurança e confiança na equipe assistencial.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de fortalecer o papel da enfermeira obstetra em todos os níveis de atenção, inclusive na assistência ao PDP. Destaca-se a importância de práticas centradas na mulher que valorizem o acolhimento, a escuta e o respeito às escolhas maternas, contribuindo para a redução de intervenções desnecessárias e de situações de violência obstétrica. Recomenda-se, ainda, a promoção de programas de educação permanente e capacitação continuada para profissionais de Enfermagem e demais profissionais da saúde, voltados à humanização do parto, à comunicação empática e à atuação ética diante das vulnerabilidades femininas.

É fundamental que gestores e formuladores de políticas de saúde revisem protocolos institucionais que ainda sustentam modelos medicalizados e intervencionistas, incentivando a implementação de boas práticas obstétricas e a ampliação do acesso ao cuidado centrado na mulher. Sugere-se, também, a inclusão dos temas da humanização do parto e da violência obstétrica nos currículos da formação acadêmica e na educação continuada em saúde.

Por fim, recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas que explorem os resultados maternos e neonatais em diferentes modelos de parto, contribuindo para o fortalecimento da base científica que subsidia decisões clínicas e políticas voltadas à promoção de experiências de parto mais seguras, respeitosas e humanizadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Informações de Nascidos Vivos do Brasil: banco de dados. DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2023. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
2. Oliveira TSD, Galvão MLS, Ramos TO. Enfermagem obstétrica: assistência ao parto no Brasil reflexos da colonialidade do poder e do saber. Rev Encantar. 2021;3. DOI: <http://dx.doi.org/10.46375/reecs.v3i.13124>.
3. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer Técnico COREN/SC nº 023/CT/2016: Dispõe sobre o Parto Domiciliar Planejado. 2016. [cited 2024 ago 30]. Available

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO
VAGINAL HOSPITALAR**

from: <https://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>.

4. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra; 2018. [Acesso em 30 ago 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 737, de 02 de fevereiro de 2024. Normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetriz na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado. [Acesso em 30 ago 2024]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-737-de-02-de-fevereiro-de-2024/>.

6. Rocha DC, Silva KGS, Coêlho LPI, Silva MB, Silva PC, Calaça MB, et al. O Protagonismo feminino no parto domiciliar: Relatos de experiência: relatos de experiências. *Pesq Soc Desenv*. 2021;7. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16684.

7. Santos LC. Parto Domiciliar Planejado: uma revisão bibliográfica. *Revista Artigos.com*. 2019;v.3:2019.[cited 2024 ago 03]. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1201/532>.

8. Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Penso; 2006.

9. Bowen, G. A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative research*, v. 8, n. 1, p. 137-152, 2008. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1468794107085301>.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.

11. Sampaio, LBC, Salimena, AMO, Amorim, TV, Alves, VH, Rodrigues, D. P, & Dulfe, P. A. M. Parto domiciliar planejado significado por mulheres: contribuições para a humanização da assistência obstétrica. *Saúde (Santa Maria)*. 2020;46(1):1-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583440132>.

12. Gillen, P., Bamidele, O., & Healy, M. (2023). Systematic review of women's experiences of planning home birth in consultation with maternity care providers in middle to high-income countries. *Midwifery*, 124, Article 103733. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103733>

13. Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(11): 4531-4546. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>.

14. Yuill C, McCourt C, Cheyne H, Leister N. Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(343). Doi: 10.1186/s12884-020-03023-6.

15. Parto do Princípio. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa; 2012. Available from: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO
VAGINAL HOSPITALAR**

16. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal - versão preliminar. Brasília, DF; 2022. [cited 2024 ago 29]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf.
17. Montenegro CAB, Rezende FJ. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.
18. Pereira C, Gianfranco FMA. Da responsabilidade civil sobre violência obstétrica contra a mulher nas instituições públicas e privadas de saúde. Rev PSIPRO. 2023;2(6):158-191. DOI: 10.5281/zenodo.10412823. [cited 2024 set 3].
19. Ribeiro AC, Pedroso FI, Arboit J, Honnef F, de Paula CC, Leal TC, et al. Percepções de conselheiros tutelares frente às situações de violência contra crianças e adolescentes. Rev Contexto & Saúde. 2024;24(48). DOI: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14195>.
20. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Lei do acompanhante, Brasília, DF.
21. Baggio MA, Girardi C, Schapko TR, Cheffer MH. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. Rev Ciênc Cuid Saúde. 2022;21. [cited 2024 set 3]. Available from: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612022000100206.
22. Biskop E, Thernström Blomqvist Y, Diderholm B, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed Epub ahead of print. 2025. DOI:10.1136/archdischild-2025-329190
23. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter. Socialstyrelsen; 2025. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/9b3b02698a4e439ead4450b4cad9d77d/2022-12-8287-metodbeskrivning-och-kunskapsunderlag.pdf>
24. Abramovecht J, Vieira L, Vilagra JM, Ferreira BP, Burgarelli JA, Schaefer A et al . A influência da golden hour na qualidade da amamentação de recém-nascidos vivos de um hospital universitário do oeste do Paraná: uma comparação com o instrumento latch. Research, Society and Development. 2022;11(17). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.388171>.

Submetido em: 10/9/2024

Aceito em: 6/2/2026

Publicado em: 16/7/2026

**MOTIVAÇÕES DE MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO APÓS PARTO
VAGINAL HOSPITALAR**

Contribuições dos autores	
Emanuely Scramim:	Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Redação do manuscrito original, Redação - revisão e edição.
Eduarda Luiza Maciel da Silva:	Investigação, Redação - revisão e edição
Tassiana Potrich:	Redação - revisão e edição
Maíra Rossetto:	Redação - revisão e edição
Andréia Machado Cardoso:	Redação - revisão e edição
Joice Moreira Schmalfuss:	Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Disponibilização de ferramentas, Supervisão, Validação de dados e experimentos, Redação do manuscrito original, Redação - revisão e edição
Todos os autores aprovaram a versão final do texto.	
Conflito de interesse:	Não há conflito de interesse.
Financiamento:	Não possui financiamento
Autor correspondente:	Joice Moreira Schmalfuss Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó Rodovia SC 484 - Km 02 - Fronteira Sul Bloco dos Professores - Sala 312 CEP 89815-899 Chapecó, SC, Brasil joice.schmalfuss@uffs.edu.br
Editora:	Dra. Zélia Ferreira Caçador Anastácio

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

