

FATORES ENVOLVIDOS NA ESCOLHA DAS MULHERES PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO EM CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

FACTORS INVOLVED IN WOMEN'S CHOICE FOR PLANNED HOME BIRTH IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

FACTORES IMPLICADOS EN LA ELECCIÓN DE LAS MUJERES POR UN PARTO PLANIFICADO EN CASA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Thalita Rocha Oliveira¹
 Marcela Rosa Antunes²
 Valdecyr Herdy Alves³
 Audrey Vidal Pereira⁴
 Paolla Amorim Malheiros Dufre⁵
 Diego Pereira Rodrigues⁶
 Joyce Gonçalves Barcellos Evangelista⁷
 Andreia Maria Thurler Fontoura⁸

¹Enfermeira. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: 1soliveira.thalita@gmail.com
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3316-4880>

²Enfermeira. Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg. Mainz. Alemanha. E-mail: m_antunes@ymail.com
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7778-2798>

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular. Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, Brasil. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8671-5063>.

⁴Enfermeiro. Doutor pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Professor Associado. Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, Brasil. E-mail: avpereira@id.uff.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6570-9016>

⁵Enfermeira. Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: paolla_amorim@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1653-4640>

⁶Enfermeiro. Doutor em Ciências do Cuidado em Saúde. Professor Adjunto. Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, Brasil. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8383-7663>

⁷Enfermeira. Professora da Universidade de Vassouras Pólo de Maricá. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: joyce.barcellos.jb@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2728-2111>

⁸Psicóloga. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: andreiathurler@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3438-6648>

RESUMO

Objetivo: compreender os aspectos envolvidos na escolha das mulheres pelo parto domiciliar planejado como opção de nascimento no contexto da pandemia. **Método:** pesquisa qualitativa do tipo descritivo, com dez mulheres que tiveram partos domiciliares após a COVID-19 ser caracterizada uma pandemia. As entrevistas on-line foram realizadas em domicílio, por meio da plataforma de videoconferência. Após a transcrição das entrevistas, foi feita a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Identificaram-se os sentimentos de solidão, medo e incerteza; as motivações para esta modalidade de nascimento, que perpassaram os princípios pessoais que valorizam a essencialidade feminina, mas também de preocupações sobre o risco de contaminação e a privação da participação de familiares. Ainda, caracterizou-se a assistência pelas enfermeiras obstétricas, pautada por diretrizes de segurança e humanização. **Conclusão:** Este estudo possibilitou conhecer o gestar e parir em um contexto de pandemia e trazer subsídios para a atuação das enfermeiras obstétricas no ambiente domiciliar.

Palavras-chave: COVID-19; Enfermagem Obstétrica; Pandemias; Parto Domiciliar; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: to understand the aspects involved in women's choice of planned home birth as an option in the context of the pandemic. **Method:** qualitative descriptive research, with ten women who had home births after COVID-19 was characterized as a pandemic. The online interviews were conducted at home, via a videoconferencing platform. After the interviews were transcribed, thematic content analysis was performed. **Results:** Feelings of loneliness, fear and uncertainty were identified; the motivations for this type of birth, which encompassed personal principles that value feminine essence, but also concerns about contamination risk and the deprivation of family participation. Furthermore, care provided by obstetric nurses was characterized by safety and humanization guidelines. **Conclusion:** This study made it possible to understand pregnancy and childbirth in a pandemic context and provide support for the work of obstetric nurses in the home environment.

Keywords: COVID-19; Obstetric Nursing; Pandemics; Home Childbirth; Humanizing Delivery.

RESUMEN

Objetivo: comprender los aspectos involucrados en la elección de las mujeres del parto domiciliario planificado como opción de parto en el contexto de la pandemia. **Método:** investigación descriptiva cualitativa, con diez mujeres que tuvieron partos domiciliarios después de que el COVID-19 se caracterizara como pandemia. Las entrevistas online se realizaron en casa, utilizando la plataforma de videoconferencia. Luego de transcribir las entrevistas, se realizó un análisis de contenido temático. **Resultados:** Se identificaron sentimientos de soledad, miedo e incertidumbre; las motivaciones para este tipo de parto, que permearon principios personales que valoran la esencialidad femenina, pero también preocupaciones por el riesgo de contaminación y la privación de participación familiar. Además, se caracterizó la asistencia brindada por enfermeros obstétricos, orientada por directrices de seguridad y humanización. **Conclusión:** Este estudio permitió comprender el embarazo y el parto en contexto de pandemia y brindar apoyo al trabajo del enfermero obstétrico en el ámbito domiciliario.

Palabras clave: COVID-19; Enfermería Obstétrica; Pandemias; Parto Domiciliario; Parto Humanizado.

Autor correspondente

Diego Pereira Rodrigues

Rua Desembargador Leopoldo Muylaert, 307, Piratininga, Niterói, RJ, Brasil. CEP: 24350-450. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com
 Telefone: +55(21) 992786969.

Submissão: 07-04-2025

Aprovado: 05-12-2025



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a gravidez e o parto passaram a ser considerados eventos de interesse

Considerando este cenário, as mulheres vêm questionando esta prática, ao passo que reivindicam a valorização do processo fisiológico e a autonomia feminina no processo de gestar e parir, presentes em outros modelos de assistência, como o Parto Domiciliar Planejado (PDP). Neste, resgata-se o protagonismo feminino, refletido em melhor conhecimento e controle do corpo, e garante que o evento nascimento coloque a mulher na centralidade da organização assistencial, com condutas obstétricas qualificadas e seguras ⁽²⁻³⁾. Logo, quando comparado à assistência hospitalar, o PDP constitui-se em um modelo de nascimento acompanhado de menos intervenções ⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾.

Resgatando o contexto de pandemia COVID-19, iniciado em 11 de março de 2020, a partir de um surto de doença respiratória causado pelo vírus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) e identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China ⁽⁷⁾. No campo da saúde da mulher, dada a situação extrema e pela classificação de gestantes e puérperas como grupos de risco, foram estabelecidos fluxos de atendimento e ações específicas para o manejo clínico-assistencial dessas mulheres nos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar ⁽⁸⁾.

Assim sendo, com o advento de novos protocolos e rotinas hospitalares quanto ao controle de exposição ao novo coronavírus, as gestantes poderiam se sentir receosas quanto à

médico, o que contribuiu para a aceitação deste acontecimento, antes visto como familiar, como um modelo hospitalar, tratado como um processo mecânico e com a fisiologia ignorada ⁽¹⁻²⁾.

possibilidade de vivenciarem a experiência de nascimento sozinhas. Isso poderia ocorrer devido a limitações quanto à presença de acompanhantes da sua escolha no trabalho de parto. Ainda, podem apresentar sentimentos de apreensão, medo e incerteza acerca da associação da gravidade da doença e das repercussões materno-fetais de uma possível contaminação ⁽⁹⁾. Fenômeno similar observado, em alguns países, como Estados Unidos e Reino Unido, ocasionou a intensificação da procura pelo PDP em resposta à percepção das mulheres sobre os hospitais como locais de insegurança quanto ao contágio da doença ^(1,10-11).

Nessa conjuntura, o PDP já se apresentava como modelo desejado de nascimento para algumas gestantes, devido às suas concepções anteriores sobre a assistência obstétrica hospitalar tradicional. Além disso, é visto como uma alternativa segura, na época da pandemia COVID-19, segundo reflexão e experiência de trabalho neste campo de um dos autores.

Portanto, a presente pesquisa indagou se as medidas restritivas adotadas pelas instituições de saúde e o cerceamento dos direitos das gestantes no momento do parto, associados ao temor relacionado a uma possível contaminação pela COVID-19 em ambiente hospitalar, teriam contribuído para a escolha do PDP como opção de nascimento.



O estudo objetivou compreender os aspectos envolvidos na escolha das mulheres pelo parto domiciliar planejado como opção de nascimento no contexto da pandemia.

MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, o qual atendeu aos critérios definidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) a fim de garantir o rigor e a qualidade da pesquisa realizada.

A coleta de dados foi desenvolvida no âmbito residencial como espaço de produção de informações, por meio de entrevista on-line via plataforma de videoconferência *zoom* e teve como participantes dez mulheres que atenderam ao critério de inclusão: ter vivenciado o PDP no contexto da pandemia. O critério de exclusão considerou aquelas residentes fora do estado do Rio de Janeiro, visto que cada estado da federação adotou medidas restritivas próprias quanto ao isolamento social. Salienta-se que não houve recusa para participação.

Para a seleção das participantes, foi utilizado o recrutamento denominado *Snowball Sampling* (Bola de Neve). Identificou-se a semente, aquela que possui a finalidade de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa na população geral e, assim, aproximar o pesquisador do grupo a ser pesquisado⁽¹²⁾. Desta forma, a primeira participante foi indicada por uma das pesquisadoras que já atuava em um grupo de parto domiciliar; e assim, sucessivamente, foi

constituído um conjunto crescente de contatos potenciais que atendiam ao critério de elegibilidade para participar do estudo. Este processo permanente de coleta de informações foi concluído em dez (10) entrevistas, quando se constatou saturação teórica, por já não serem agregados novos elementos que aprofundassem a teorização do objeto de estudo.

Após cada indicação da semente, a pesquisadora entrou em contato com a participante em potencial, que não possuía contato prévio, relação pessoal ou profissional, por meio de aplicativo de mensagens, a fim de explicitar os objetivos da pesquisa e formalizar o convite para participação. Em seguida, as entrevistas foram agendadas segundo a disponibilidade das participantes e ocorreram remotamente, na residência da própria participante, em cômodo escolhido por ela para garantir privacidade, sigilo e o mínimo de interrupções.

O momento inicial ocorreu com o recebimento, através do *WhatsApp*, do documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em forma de arquivo digital, escaneado com assinatura da participante. Lembra-se que uma cópia do documento foi arquivada digitalmente pelo participante. Para garantir o sigilo e o anonimato da entrevista, foi aplicado o código alfanumérico, identificando pela letra P de Participante, seguido de um numeral arábico indicando a ordem de execução das entrevistas como P1, P2, P3, ..., P10.

Seguiu-se a entrevista semiestruturada, guiada por roteiro composto por perguntas



fechadas de cunho sociodemográfico e cinco questões abertas: “Como você se sentiu em meio à pandemia COVID-19 durante o seu processo de gestação, parto e puerpério?”; “Como você percebeu as restrições impostas pela pandemia para a sua gestação, parto e puerpério?”; “A pandemia teve influência na escolha do PDP como uma opção de nascimento?”; “Em que momento da pandemia você teve a certeza de que o PDP seria a melhor opção?”; “Conte-nos como foi sua experiência com o PDP e como você percebeu o cuidado da enfermeira obstétrica no seu parto.” Vale destacar que a coleta de informações se deu por uma única entrevistadora, à época residente em enfermagem obstétrica, que foi adequadamente orientada pelo pesquisador principal, com credencial de Doutorado e experiência em técnica de aplicação de entrevistas.

As entrevistas aconteceram no período de outubro de 2021 a abril de 2022, com duração média de quarenta e cinco minutos. Em alguns momentos, foi necessária a interrupção da entrevista pela entrevistadora devido à rápida presença de outras pessoas no cômodo escolhido pela mulher para esta etapa. Após confirmar com a participante sua privacidade, a entrevista era reiniciada.

Estas ocorreram de maneira única para cada entrevistada, registradas por gravação de áudio/vídeo, recurso oferecido pela própria plataforma de videoconferência e compartilhadas com as participantes para validação em até dois dias. Posteriormente, houve a devolução pelos participantes que confirmaram o seu discurso

proferido. Ainda, pontua-se que não foram utilizadas notas de campo como recurso adicional para a coleta de dados.

As narrativas, transcritas na íntegra, constituíram o *corpus* submetido à análise de conteúdo na modalidade temática⁽¹³⁾, compreendido em três etapas, a saber: 1) pré-análise dos depoimentos; 2) exploração do material e tratamento dos resultados; e 3) inferência e interpretação. Deste modo, após a leitura flutuante dos relatos, foi aplicada a técnica de marcação das unidades de registro, utilizando a ferramenta “Cor do realce do texto” no *Microsoft-Word* para iniciar a decodificação dessas narrativas. Ao final deste processo, foram obtidas 124 unidades de registro, ou seja, frases que se destacam por representar as motivações de opiniões, atitudes, valores e tendências, as quais foram agrupadas por aproximação dos significados e originaram quatro núcleos temáticos, a saber: “Percepções sobre o parto domiciliar”; “Percepções sobre o parto hospitalar”; “Influência da pandemia na gestação”; e “Normas de segurança da equipe”. Imediatamente, foram realizadas interpretações e inter-relações por semelhança, que permitiram a estruturação de três categorias: “O sentimento de gestar e parir durante a pandemia”; “Por que parir em casa?”; e “A assistência ao PDP na pandemia”.

Salienta-se que a pesquisa iniciou após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF-Fiocruz sob CAAE n.º 50231221.9.0000.5269, conforme a Resolução

n.º 466/2012, a qual determina as diretrizes para pesquisa em seres humanos.

RESULTADOS

A faixa etária das mulheres participantes do estudo é de 28 a 41 anos. Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres tem nível superior completo (n=8). Com relação ao estado civil, grande parte vive em união estável ou são casadas (n=9). A renda mensal familiar corresponde a mais de dez salários mínimos para a maioria das famílias representadas (n=7). Quanto ao perfil obstétrico, são multíparas (n=7) e tiveram experiências anteriores de parto hospitalar (n=6).

O sentimento de gestar e parir durante a pandemia

A pandemia COVID-19 imprimiu na sociedade o isolamento social como determinação para redução do contato físico entre as pessoas e o risco de contaminação. Essa medida sanitária afetou os sentimentos vivenciados pelas gestantes, causando solidão, diminuição da rede de apoio e privação de eventos sociais familiares tradicionais.

Nós ficamos muito sozinhos, os familiares não participaram da minha gestação, as pessoas não me viram grávida [...] considero que minha gestação não foi muito aproveitada, principalmente por falta do contato social (P2).

A minha gestação foi todo o tempo completamente isolada. [...] E assim, ninguém me viu grávida. Nenhuma amiga minha tem foto comigo grávida, a minha mãe muito mal me viu grávida também. Foi muito difícil (P5).

Mas quando você está presencialmente com as pessoas que têm afeto por você, você acaba sendo mimada. [...], então eu senti, que perdi esse afeto, esse momento em que a família dá uma atenção especial a você. [...]. A gente passou sozinho (P10).

Através das narrativas, as participantes manifestaram o medo, a insegurança e o conflito de informações decorrentes do desconhecimento das possíveis repercussões da COVID-19 na gestação e no feto, visto que gestantes foram classificadas como grupo de risco pelo Ministério da Saúde. Um cenário amedrontador, devido às incertezas quanto à evolução da COVID-19.

Começamos a ver a situação de hospital piorar demais, e então a gente se sentiu bastante desprotegida, insegura (P1).

Tudo foi um motivo de preocupação, o medo de pegar COVID, de ter complicações. Fora também as pesquisas que eu lia e ouvia sobre as consequências do COVID para as gestantes (P2).

O medo era maior porque eu ficava: “E se eu pegar COVID grave agora? Então, enquanto todo mundo estava usando máscara de pano, eu estava usando PFF (P10).

Diante desse contexto, devido às incertezas quanto à evolução da COVID-19, as informações sobre o desenvolvimento da vacina e a priorização desta medida de imunização em políticas internacionais, a fim de controlar o avanço da pandemia, criaram uma grande expectativa para estas mulheres, que passaram a vislumbrar dias melhores.

Eu tive a oportunidade de tomar logo a vacina e tomei, então fiquei um pouco mais

tranquila com isso. Eu saía para as consultas e de vez em quando ia para lugar aberto, só para respirar mais à vontade mesmo (P3).

Eu tomei a primeira vacina grávida. Fui a primeira grávida do posto de saúde a tomar vacina [...]. “Eu só saio daqui vacinada”, e aí eles me vacinaram. Quando a minha bebê completou três meses, eu tomei a minha segunda dose da vacina (P5).

Começou a movimentação para vacina, e eu esperando ânimo de sair dessa situação de pandemia. Foi quando eu comecei realmente a organizar a vida, até a escolha do nome e a aceitação da gravidez demorou um pouco (P8).

Com o início da vacinação para a população de risco, as gestantes retomaram seus planejamentos e a possibilidade de vivenciar todos os sentimentos e momentos relacionados ao processo de gestar, acompanhada por seus entes queridos.

Por que parir em casa?

A opção pelo PDP ocorre por diferentes motivos, razões e justificativas definidas pelo casal. No entanto, com o advento da pandemia, a COVID-19 tornou-se um importante impulsionador para a opção pelo PDP, embora não represente para as mulheres o principal motivo por essa escolha, como sinalizado pelas participantes.

Foi a pandemia que determinou a nossa decisão, por conta desta minha amiga, que precisou ser internada com 28 semanas e acabou pegando COVID [...]. isso me deixou muito apreensiva e vimos o quanto a gestante estava em risco (P1).

A pandemia não foi um fator determinante, mas foi um dos fatores, pensar num

ambiente hospitalar para parir para mim sempre foi algo estranho, e ainda pensar agora estar no hospital com o risco de contaminação de COVID (P2).

Eu já tinha essa vontade de ter um parto humanizado, com ou sem a pandemia, mas sabendo que a gente estava numa pandemia e que tudo era muito novo reforçou muito (P6).

A pandemia de COVID-19 impôs às instituições hospitalares novas determinações e readequação de fluxos e processos de trabalho, a fim de evitar aglomerações e aumento na circulação de pessoas em ambientes fechados. Medidas de controle resultaram em triagem de pacientes e funcionários, teste de COVID em pacientes, política rigorosa de visitação nas maternidades, regras para a presença de acompanhantes e isolamento de pacientes suspeitas ou infectadas. Sendo assim, observa-se nos trechos abaixo um temor em estar sozinha ou sem a sua rede de apoio no momento do parto, o que foi considerado pelas entrevistadas outro fator determinante para a opção pelo PDP.

Para mim o parto sempre foi um evento familiar, nunca pari sozinha, nas minhas outras gestações eu tive meu marido, minha mãe e irmãs me acompanhando, e eu queria ter esta experiência de novo, acho que passa uma segurança, é um afago e apoio (P1).

A gente chegou a fazer visitas em hospitais e fomos informados de que eu não ia poder ter visitas, que eu não ia poder estar com a minha mãe, que não poderia fazer troca de acompanhante, aí a gente optou pelo PDP (P8).

Além do mais, por meio das falas, essas mulheres demonstraram ter conhecimento e consciência sobre sua capacidade para parir,

considerando a fisiologia feminina e a liberdade para fazer as escolhas relativas ao seu corpo e ao nascimento de seu filho. Essa consciência contribuiu fortemente para a opção pelo PDP, uma vez que esse posicionamento caminhava na contramão da maioria das práticas obstétricas presentes no ambiente hospitalar.

Sou uma mulher, com saúde, estou consciente, cuidei-me na gestação, fisicamente, emocionalmente, mentalmente. O que temerei no meu parto? [...] Para mim, é intuitivo. Depois que entendi que não tem melhor lugar para nascer do que o próprio ninho (P4).

As pessoas podem até sugerir alguma coisa ou outra, mas meu corpo que vai falando e eu vou fazendo, ninguém interfere! (P7).

Preparei-me emocionalmente, estava também muito confiante em mim, no meu corpo, sabia que viria a dor e eu sabia que eu era capaz (P9).

Algumas mulheres fazem parte de um grupo privilegiado da sociedade no que diz respeito à informação e conhecimento sobre as possibilidades para o local de nascimento; mas também em relação a uma experiência mais significativa e pessoal, que considera a grandeza da natureza feminina, decorrente da escolha pelas práticas profissionais nesta modalidade de nascimento.

A assistência no PDP durante a pandemia

A assistência no PDP está culturalmente associada à informalidade, ao intimismo, à proximidade e à criação de relações interpessoais afetuosas, com vínculo e confiança, unindo a gestante, a família e a enfermeira obstétrica.

Entretanto, dado o momento de pandemia, fez-se necessário adaptar esta assistência, com vistas a atender aos protocolos de distanciamento e de uso de equipamentos de proteção individual, de modo a proporcionar uma assistência de qualidade com a devida segurança imposta pela pandemia.

Todas as medidas de prevenção foram tomadas, as enfermeiras [...] permaneceram de máscara o tempo todo (P3).

E elas faziam todos os protocolos, lavagem de mãos, uso de máscara durante as consultas e no parto. Elas me atendiam aqui fora, o qual é o espaço aberto que tenho, a gente não ficava em casa também (P5).

A todo momento, elas tinham a preocupação de me manter informada, atualizando sobre a questão dos testes delas (P8).

Nesse contexto, ainda que fosse necessária a adoção de todas as medidas de segurança necessárias, as enfermeiras obstétricas permaneceram com seu perfil de atendimento em ambiente domiciliar retratado: pela importância do conhecimento da realidade do casal, pelo suporte emocional para esta mulher e sua família, pela oferta de apoio e segurança nas decisões assumidas pela gestante, e seu próprio cuidado técnico ancorado pelo conhecimento científico, como representado nos depoimentos abaixo.

Me chamou muita atenção o olhar da enfermeira obstétrica, porque é mesmo diferente da visão médica, [...] porque eles se colocam muito como protagonistas, e com as enfermeiras eu senti muita diferença, me colocando mesmo como



protagonista. [...] toda a avaliação minuciosa e cuidadosa, mas, ao mesmo tempo, possibilitando que vivêssemos ali aquele momento em família (P2).

A ideia é que a gente vá construindo uma relação pelo pré-natal e se vendo, justamente para que na hora do parto exista uma confiança ali com aquelas pessoas. [...] E elas me respeitaram, eu questioneei muita coisa, mas elas me explicaram o porquê das coisas, eu respeitei e fui respeitada. Foi uma relação muito legal (P4).

Eu me lembro que no trabalho de parto, devido ao tempo e pela pressão, uma das enfermeiras falou para mim que eu estava com um edema [...]. Ela falou para que eu ficasse tranquila, que faríamos algumas manobras. Falei “Beleza, confio em vocês”, e fizemos (P8).

Assim, as limitações impostas por novos processos de trabalho e fluxos de atendimento determinados pela pandemia de COVID-19 foram incorporadas ao cuidado especializado e individualizado da enfermeira obstétrica, trazendo qualidade e segurança para a assistência obstétrica, e uma experiência única de parto humanizado.

DISCUSSÃO

Nesta investigação, as mulheres se expressaram quanto à vivência da sua gestação em período de pandemia da COVID-19. O distanciamento físico como uma das medidas de saúde pública foi uma recomendação primordial para inibir ou retardar a propagação do vírus, impedindo o aparecimento de novos casos. No entanto, esse distanciamento causou impactos psicológicos em meio à sociedade, evidenciados por estudos que apontam que de 16,5% a 35,2% da população em geral apresentaram sintomas de

tristeza ou depressão; e de 28,8% a 41,3% manifestaram sintomas de ansiedade, principalmente no público feminino⁽¹⁴⁾.

A vivência desta experiência de maneira solitária e uma certa fragilização dos sentimentos, devido ao isolamento social, tiveram repercussões no processo de gestar. Dificultaram a construção da identidade de estar gestante, uma vez que o auxílio do sistema familiar e do compartilhamento social são essenciais para que a mulher se aproxime desse novo papel⁽¹⁵⁾.

Preocupações surgiram com a evolução do COVID-19. No caso das gestantes, observou-se que, no início, o número de grávidas infectadas era menor do que o da população em geral. Porém, quando infectadas, as gestantes mostraram-se vulneráveis às manifestações mais agressivas da doença, com desfechos perinatais negativos^(7,16), o que justificou a classificação deste conjunto da população como grupo de risco⁽⁸⁾. Em decorrência de tais complicações, registrou-se um incremento na taxa de mortalidade materna nos meses de março a maio de 2021 em 70%, comparado aos anos anteriores⁽¹⁷⁾. Assim sendo, estes fatores, veiculados diariamente pela mídia, emergiram como preocupações para essas mulheres e suas famílias sobre uma contaminação potencial advinda da hospitalização e o impacto para a saúde materno-fetal.

A vacinação para a COVID-19 tornou-se uma expectativa mundial para o enfrentamento da pandemia. A partir de março de 2021, devido à constatação de incremento da mortalidade, grávidas e puérperas, com ou sem comorbidades,

passaram a constituir grupo prioritário para vacinação, confirmada após uma avaliação individualizada do perfil de risco-benefício⁽⁸⁾. Nesse cenário, a vacinação trouxe sentimentos de esperança para a retomada da vida cotidiana e a possibilidade dos reencontros almejados pelas mulheres desta pesquisa, que entendem que a gestação deve ser vivenciada no convívio familiar e social.

Diante deste obscuro contexto de crise sanitária para os sistemas de saúde, para seus usuários e para o público, as participantes deste estudo consideraram o PDP como importante alternativa para o nascimento. Fenômeno similar foi observado internacionalmente^(1,10,11) e no Brasil, pesquisa *on-line* em abril de 2020, sinalizou que 52,7% das entrevistadas referiram que seus planos de parto foram alterados, e 28,2% afirmaram que se sentiriam mais seguras se o parto ocorresse em seus domicílios⁽¹⁸⁾.

À vista disso, o crescente movimento das mulheres pelo PDP, em consequência da pandemia, corroborou recomendações de alguns organismos internacionais, entre os quais a Confederação Internacional de Obstetizes (*International Confederation of Midwives*). Esta publicou documento oficial sobre a necessidade de países adotarem partos extra-hospitalares como proposta mais segura quando comparada ao ambiente hospitalar, por meio do atendimento de enfermeiras obstétricas qualificadas⁽¹⁹⁾. No Brasil, porém, o Ministério da Saúde, na vigência da pandemia, manifestou-se contrário a partos domiciliares ou em Centros de Parto Normal para aquelas mulheres suspeitas, ou confirmadas para SARS-CoV-2, recomendando

a assistência em centros e hospitais de referência, devido ao potencial para agravamento dos sintomas⁽²⁰⁾.

O início da pandemia veio acompanhado por restrições de práticas e comportamentos em maternidades, visando limitar o risco de contaminações cruzadas. Para gestantes e puérperas que não testaram positivo para COVID-19, estabeleceu-se que a presença do acompanhante seria aceita, porém, os revezamentos e as visitas hospitalares foram suspensos, com intuito de minimizar a circulação de pessoas no ambiente hospitalar^(8,20).

Essas medidas impactaram nos direitos humanos das mulheres e de seus bebês, reduziram os benefícios psicológicos e fisiológicos desse atendimento e vieram acompanhadas de sobre medicalização⁽²¹⁾, condutas que comprometem a atenção centralizada na mulher e a oferta de cuidados seguros e de qualidade.

Tais condutas podem interferir no plano de parto e em sentimentos como angústia, ansiedade e insegurança para aquelas que contavam com a presença de mais de um acompanhante e um suporte familiar^(14,22). Ressalta-se que, embora perca prestígio com a institucionalização do parto, a rede familiar fornece suporte físico e emocional, contribuindo para a humanização da experiência do nascimento.

Nesta e em outras investigações, níveis mais altos de escolaridade e de renda familiar mensal das participantes evidenciam um público com certa condição socioeconômica, que dispõe de recursos particulares para custear uma equipe privada de assistência ao PDP^(2,3,5). Fazem esta



opção por compreenderem que os(as) profissionais que praticam o PDP implementam as boas práticas em obstetrícia, consideram as expectativas e desejos, valorizam a escuta e o acolhimento e acreditam na capacidade feminina de parir naturalmente^(2,5,23).

Dessa forma, essas mulheres escolhem um contraponto à assistência hospitalar, que desconsidera as evidências científicas existentes e mantém práticas que reproduzem um atendimento despersonalizado, que atende a normas e rotinas inflexíveis e impõe condutas e procedimentos que ignoram o diálogo e a decisão materna⁽²⁾.

Por outro lado, aquelas mulheres com baixa escolaridade e renda, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciaram as restrições impostas pela pandemia em seu parto, devido à necessária reorganização dos processos de trabalho. Revelou-se, por meio de pesquisa, que estas mulheres tiveram alguns de seus direitos furtados, tais como a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério e o comprometimento do vínculo estabelecido nos primeiros dias de vida com seu bebê. Isso se deu devido à separação do binômio em caso de positividade para COVID-19⁽²⁴⁾.

Foi constatada a inexistência de protocolos assistenciais diante da COVID-19 para atendimento às gestantes em domicílio, o que determinou a adaptação para o ambiente domiciliar de protocolos obstétricos oficiais, tais como: a higienização do espaço de trabalho e dos equipamentos, alternância entre as modalidades presencial e on-line para a realização de consultas pré-natais e a restrição no número de

pessoas presentes no cenário do parto, recomendando a presença da doula e de um acompanhante de escolha da mulher^(1,25). Novas medidas foram implementadas para evitar a exposição das enfermeiras obstétricas, de suas clientes e familiares.

As novas condutas voltadas à segurança necessária diante da pandemia foram agregadas aos conhecimentos e às experiências das enfermeiras obstétricas, que consideram o domicílio como ambiente de trabalho. Estas profissionais, apesar da reconfiguração de práticas e do distanciamento determinados pela COVID-19, ainda conseguiram estabelecer uma relação de confiança, segurança e vínculo com a mulher, por meio de uma interação que vai além da comunicação verbal. Tal interação é expressa também pelo toque e pelo olhar^(23,25), considerados fatores de peso na opção por este tipo de parto escolhido pelas participantes.

À vista disso, na intenção de contribuir para as mulheres experimentarem as potencialidades do PDP, as enfermeiras obstétricas alinham os princípios do respeito e segurança às proposições científicas para as boas práticas obstétricas no seu cuidado.^(2,5) Portanto, conseguem instituir o parto humanizado em ambiente domiciliar por considerar o compartilhamento de decisões e a abolição de práticas intervencionistas, medidas que garantem os resultados benéficos para a saúde materno-infantil, a qualidade da assistência e a satisfação da mulher.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou compreender os aspectos que envolveram o gestar e parir no ambiente domiciliar no contexto da pandemia. Os sentimentos experimentados por elas envolveram solidão e frustrações por não compartilharem a gestação com familiares e pessoas de seu convívio devido ao afastamento social imposto, bem como ansiedade e medo sobre a contaminação pelo vírus e suas repercussões para a saúde materno-fetal.

Já as motivações das mulheres para a opção pelo PDP, perpassaram pelo descrédito na assistência obstétrica hospitalar, potencializado pelo potencial de contaminação pelo SARS-CoV-2 em ambiente hospitalar e pela restrição à presença de familiares considerados vitais no planejamento do seu parto.

Assim sendo, as mulheres que vivenciaram a gestação e o parto nesse contexto pandêmico percebem que seu questionamento “onde e como o parto deve ocorrer” foi afetado pela pandemia e determinou, positivamente, a decisão para a escolha do PDP como local de nascimento. Portanto, esta pesquisa contribuiu para que as enfermeiras obstétricas atuantes no ambiente domiciliar conheçam os determinantes para a decisão pelo PDP. Esta inclui o contexto de assistência à saúde específico imposto pela COVID-19, possibilitando empoderar as gestantes que desejam resgatar sua essencialidade feminina, a partir de seus princípios e concepções sobre a humanização do parto e o local de nascimento.

As concepções advindas desta vivência apresentam limitações por tratar-se de um recorte que pode revelar diferenciações territoriais. Ainda, a utilização da modalidade on-line para a coleta de dados pode ter afetado o sigilo e a privacidade do participante, necessário no ambiente, aspecto amenizado pelo entrevistador ao interromper o diálogo quando percebia a presença de familiares no cômodo da residência.

REFERÊNCIAS

1. Floyd RD, Gutschow K, A Schwartz DA. Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Med Anthropol.* 2020; 39(5):413-27. doi: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
2. Prates LA, Timm MS, Wilhelm LA, Cremonese L, Oliveira G, Schimith MD et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71 (Supl 3):1324-34. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>
3. Volpato F, Costa R, Lima MM, Verdi MIM, Gomes IEM, Scapin SQ. Planned home birth in the contexto of covid 19: information for decision making. *SciELO Preprints.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.496>
4. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *E Clinical Medicine.* 2020; 21:100319. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100319>
5. Koetler JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco MLG, Costa R. Obstetric practices in planned home birth assisted in Brazil. *Rev.*



- esc. enferm. USP. 2018; 52:e-03371. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
6. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *E Clinical Medicine*. 2019; 14:59-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
 7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
 8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
 9. Estrela FM, Silva KKA, Cruz MA, Gomes NP. Gestantes no contexto da pandemia Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2020; 30(2): e300215. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>
 10. Cheng RFJ, Fisher AC, Nicholson SC. Interest in Home Birth During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Google Trends Data. *J Midwifery Womens Health*. 2022;67(4):427-34. doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13341>
 11. Romanis EC, Nelson A. Homebirthing in the United Kingdom during COVID-19. *Medical Law International*. 2020; 20(3):183-200. doi: <https://doi.org/10.1177/0968533220955224>
 12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temat*. 2014; 22(44):203-20. doi: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
 13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
 14. Malta DC, Gomes CS, Szwarcwald CL, Barros MBA, Silva AG, Prates EJS et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saúde Debate*. 2020; 44(4):177-190. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411>
 15. Paixao JN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. Maternal solitude before the new guidelines in SARS-COV-2 times: a Brazilian cutting. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2021; 42 (spe):e-20200165. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>
 16. Mascarenhas VHA, Becker AC, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28:e-3348. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4523.3348>
 17. Orellana J, Jacques N, Leventhal DGP, Marrero L, Duarte LSM. Excesse maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. *PLoS One*. 2022; 17(10): e0275333. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>
 18. Santana NM. As gestantes em meio à pandemia de Covid-19. *Le Monde Diplomatique Brasil* [Internet]. Brasília: 2020 [acesso em: 13 mai. 2023]. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/as-gestantes-em-meio-a-pandemia-de-covid-19/>
 19. International Confederation of Midwives (ICM). Women's rights in childbirth must be upheld during the coronavirus pandemic. Países Baixos: 2020.
 20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Recomendações para o trabalho de parto,



parto e puerpério durante a pandemia da COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.

21. Renfrew MJ, Cheyne H, Craig J, Duf E, Dykes F, Hunter B et al. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery*. 2020; 88:102759. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>
22. Aydin E, Glasgow KA, Weiss SM, Khan Z, Austin T, Johnson MT et al. Giving birth in a pandemic: women's birth experiences in England during COVID-19. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22:304. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04637-8>
23. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(4):1433-43. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>
24. Leal CA, Lima MM, Sonaglio BB, Costa R, Wilhelm LA, Drews MP. Atenção ao parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19: implicações na humanização do cuidado. *Rev. Eletr. Enferm*. 2023; 25:73786. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73786>
25. Webler N, Almeida LCG, Carneiro JB, Campos LM, Glaeser TA, Santos MC et al. Planned home birth assistance: challenges during the COVID-19 pandemic. *Rev. Bras. Enferm*. 2022; 75 (Suppl 1):e-20210083. doi: https://www.scielo.br/j/reben/a/FL98mV_kPHhy9pGPHdsQRxKq/?lang=en

Fomento / Agradecimento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código 001.

Declaração de conflito de interesses:

Nada a declarar.

Contribuições de Autoria

Autor 1 - Thalita Rocha Oliveira

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão final com participação crítica no manuscrito.

Autor 2 - Marcela Rosa Antunes

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão final com participação crítica no manuscrito.

Autor 3 - Valdecyr Herdy Alves

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão final com participação crítica no manuscrito.

Autor 4 – Audrey Vidal Pereira

Contribuições: Concepção e desenho do estudo e análise e interpretação dos dados.

Autor 5 - Paolla Amorim Malheiros Dulfe

Contribuições: Revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Autor 6 - Diego Pereira Rodrigues

Contribuições: Concepção e desenho do estudo, revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Autor 7 - Joyce Gonçalves Barcellos Evangelista

Contribuições: Revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Autor 8 - Andreia Maria Thurler Fontoura

Contribuições: Revisão final com participação crítica e análise intelectual no manuscrito.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

