REVISTA ELETRÔNICA
ACERVO ENFERMAGEM
ISSN 2674-7189



Percepção de enfermeiras obstetras sobre o acolhimento de maternidades em transferências de partos domiciliares planejados em Recife/PE

Obstetric nurses' perception of the reception at maternity wards during planned home birth transfers in Recife/PE

Percepción de las enfermeras obstétricas sobre la recepción en las salas de maternidad durante los traslados planificados para partos domiciliarios en Recife/PE

Ruth Silva dos Santos[1], Tatianne Cavalcanti Frank[2].

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de enfermeiras obstetras prestadoras de assistência em partos domiciliares planejados quanto ao acolhimento nas maternidades em situação de transferência em Recife, Pernambuco. **Métodos:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em Recife (PE). A amostra foi composta por cinco enfermeiras obstetras com experiência no parto domiciliar planejado. A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas por chamada de vídeo, posteriormente gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise temática, com apoio do software QCamap. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas: 1) Acolhimento e postura da equipe hospitalar; 2) Desafios na integração entre assistência domiciliar e hospitalar; e 3) Cenário e perspectivas para o acolhimento nas transferências do parto domiciliar planejado. **Conclusão:** As percepções das enfermeiras obstetras demonstraram fragilidades no acolhimento às transferências do parto domiciliar planejado nas maternidades, reforçando a necessidade de integração entre serviços domiciliares e hospitalares, fluxos assistenciais colaborativos e educação permanente, bem como de novas pesquisas que ampliem esse debate e subsidiem práticas e políticas mais seguras e respeitosas, com base em evidências científicas.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica, Parto domiciliar, Acolhimento.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perceptions of obstetric nurses who provide care in planned home births regarding the reception offered by maternity services during transfer situations in Recife, Pernambuco. **Methods:** This descriptive, qualitative study was conducted in Recife (PE). The sample consisted of five obstetric nurses with experience in planned home birth. Data were collected between June and August 2025 through semi-structured interviews conducted via video call, which were subsequently recorded, transcribed, and analyzed using thematic analysis with the support of QCamap software. **Results:** Three thematic categories emerged: 1) Reception and attitude of the hospital team; 2) Challenges in the integration between home-based and hospital care; and 3) Scenario and perspectives for reception during transfers from planned home birth. **Conclusion:** The perceptions of obstetric nurses revealed weaknesses in the reception of planned home birth transfers in maternity services, reinforcing the need for greater integration between home-based and hospital services, collaborative care pathways, and continuing education, as well as further research to broaden this debate and support safer and more respectful evidence-based practices and policies.

Keywords: Obstetric nursing, Home birth, User embracement.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las percepciones de enfermeras obstétricas que brindan atención en partos domiciliarios planificados sobre la acogida ofrecida por los servicios de maternidad durante situaciones de transferencia en Recife, Pernambuco. **Métodos:** Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, realizado en Recife (PE). La muestra estuvo compuesta por cinco enfermeras obstétricas con experiencia en el parto domiciliario

[1] Secretaria de Saúde do Recife, Recife – PE.
[2] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife – PE.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

planificado. Los datos se recolectaron entre junio y agosto de 2025 mediante entrevistas semiestructuradas realizadas por videollamada, que posteriormente fueron grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático, con el apoyo del software QCamap. **Resultados:** Emergieron tres categorías temáticas: (1) Acogida y actitud del equipo hospitalario; (2) Desafíos en la integración entre la atención domiciliaria y hospitalaria; y (3) Escenario y perspectivas para la acogida en las transferencias del parto domiciliario planificado. **Conclusión:** Las percepciones de las enfermeras obstétricas revelaron debilidades en la acogida de las transferencias del parto domiciliario planificado en los servicios de maternidad, reforzando la necesidad de una mayor integración entre los servicios domiciliarios y hospitalarios, flujos de atención colaborativos y educación permanente, así como de nuevas investigaciones que amplíen este debate y respalden prácticas y políticas más seguras y respetuosas basadas en evidencia científica.
Palabras clave: Enfermería obstétrica, Parto domiciliario, Acogimiento.

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência ao parto limita-se aos hospitais e, em menor expressão, aos centros de parto normal (VOLPATO F, et al., 2021). Porém, algumas mulheres têm optado pelo Parto Domiciliar Planejado (PDP), motivadas por diversos fatores: desejo de vivenciar o parto, convicções pessoais, receio da violência obstétrica e compreensão de um modelo assistencial distinto do hospitalar. O PDP consiste na assistência prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério imediato no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado e de livre escolha da mulher (COREN/SC, 2016).

A equipe mínima para assistência ao PDP consiste em, ao menos, duas enfermeiras obstetras ou obstetrizes capacitadas para prestar cuidados às mulheres no trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como ao recém-nascido, incluindo situações de urgência/emergência (COFEN, 2024). No contexto do PDP, as enfermeiras obstetras encontram um espaço favorável para exercer sua atuação autônoma, de acordo com as evidências científicas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que apontam para melhores desfechos maternos-fetais nos partos assistidos por essas profissionais (WEBLER N, et al., 2023).

No Brasil, ainda que de maneira tímida, existe uma tendência crescente de mulheres optando pelo PDP. Entretanto, o PDP não é oferecido pelo SUS, de forma que as famílias são responsáveis por consultar equipes de profissionais que atuam de forma autônoma (KOETTKER JG, et al., 2018). Nesse contexto, o PDP encontra-se em expansão no Brasil, porém na ausência de integração às políticas públicas de saúde, como ocorre em outros modelos de assistência ao PDP no mundo, onde está articulado à rede de atenção.

Durante o período pré-natal, é fundamental que a equipe assistencial informe a mulher quanto às circunstâncias que podem resultar na transferência para o hospital durante todo o ciclo gravídico-puerperal, estabelecendo um plano de transferência. A taxa de transferência de partos domiciliares para o hospital após o início do trabalho de parto varia entre 9% a 13%, sendo a maioria não urgente, e os motivos mais comuns são a falha de progressão do trabalho de parto, desejo por analgesia e exaustão materna, sendo adotado o intervalo máximo de 30 minutos entre a residência da parturiente e o serviço hospitalar de referência (DARLING EK, et al., 2019; VEDAM S, et al., 2014; MAWS, 2011).

A Febrasgo e o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), endossados por outras organizações médicas, consideram as maternidades como o único local seguro para assistência ao parto (FEBRASGO, 2024; ACOG, 2023). Em 2021, período em que o Brasil era governado de forma conservadora, o Ministério da Saúde desaconselhou o parto domiciliar no contexto brasileiro pois considerou o PDP como uma situação na qual o conhecimento científico ainda está incompleto, denotando incerteza aos procedimentos e condutas (BRASIL, 2021). Entretanto, a OMS e a International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) reconhecem o PDP como uma opção para a parturiente, desde que esta seja uma escolha informada (FIGO, 2012; OMS, 2018).

Desse modo, visto que existem diferentes recomendações quanto ao PDP, é fundamental ressaltar que essa discussão, frequentemente, adquire caráter político e polarizado, de forma que os profissionais de saúde devem lembrar-se de exercer as práticas obstétricas com base em evidências científicas de qualidade, em detrimento de convicções e vivências pessoais, como estratégia fundamental para a transformação dos

modelos assistenciais. Nesse sentido, a revisão publicada pela Cochrane em 2023 concluiu que o PDP é considerado seguro quando assistido por uma parteira experiente e com suporte médico colaborativo em caso de necessidade de transferência, enquanto associa o maior número de intervenções e complicações aos partos hospitalares (OLSEN O e CLAUSEN JA, 2023).

Em revisão sistemática nacional, na qual foi possível compilar os dados sobre PDP no Brasil entre 2008 e 2018, concluiu-se que a opção por esse modelo assistencial não acrescenta risco ao processo de parto e nascimento, desde que assistido por profissional capacitado, respeitando os critérios de elegibilidade, e que haja serviço de referência para os casos de transferências (CURSINO TP e BENINCASA M, 2020). Tais dados reafirmam a segurança do parto domiciliar, pois corroboram com os resultados encontrados em âmbito internacional acerca do tema.

Contudo, no cenário de transferência de partos domiciliares para hospitais, os profissionais que atuam na assistência ao PDP, assim como as gestantes e suas famílias, muitas vezes são recepcionados por visões divergentes quanto à segurança e risco do parto domiciliar, que se manifestam por meio de comportamentos estereotipados e dinâmicas de afastamento da equipe que realizava a assistência no domicílio (FOX D, et al., 2018). Assim, destaca-se a importância de identificar as potencialidades e desafios vivenciados nas situações de transferências das parturientes em PDP às maternidades.

O estudo tem como objetivo analisar a percepção de enfermeiras obstetras prestadoras de assistência em partos domiciliares planejados quanto ao acolhimento nas maternidades em situação de transferência em Recife/PE, respondendo a pergunta de pesquisa: “Qual a percepção de enfermeiras obstetras prestadoras de assistência em partos domiciliares planejados sobre o acolhimento dos profissionais de maternidades em casos de transferências em Recife/PE?”.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no município de Recife - PE. A amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, devido à necessidade de reunir uma população específica e de difícil captação. Participaram do estudo cinco enfermeiras obstetras com experiência na assistência ao parto domiciliar planejado (PDP) no referido município (n = 5). Foram excluídas parteiras tradicionais e outros profissionais sem formação em Enfermagem Obstétrica, considerando as diferenças no escopo de atuação e formação técnica.

Para o recrutamento da amostra, inicialmente, foi realizado um levantamento em redes sociais, a fim de identificar equipes atuantes no PDP em Recife/PE. As possíveis participantes foram contatadas via WhatsApp®, ocasião em que receberam o convite formal, os objetivos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse momento, também foi informado a possibilidade de indicar outras profissionais elegíveis, caracterizando o método bola de neve.

Após o aceite, as entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das participantes e realizadas por chamada de vídeo no WhatsApp®, com duração média de 20 minutos, entre junho e agosto de 2025. A coleta de dados utilizou um roteiro semiestruturado elaborado pelas autoras, composto por duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional, abrangendo formação, tempo de atuação, capacitação em emergências obstétricas e número de partos e transferências assistidos; 2) questões abertas sobre as experiências e percepções das enfermeiras no planejamento e assistência ao PDP, incluindo situações de transferência hospitalar. Ademais, foram elaboradas perguntas norteadoras para serem realizadas em complemento aos questionamentos do formulário, que foram utilizadas como forma de enriquecer a discussão.

As entrevistas foram gravadas com autorização prévia, e os áudios, posteriormente, transcritos na íntegra. O encerramento da coleta ocorreu quando foi observada saturação dos dados, isto é, ausência de novas informações relevantes nas narrativas (FONTANELLA BJB, et al., 2011). A análise qualitativa foi conduzida com o auxílio do software QCamap, seguindo as etapas da análise temática proposta por Gibbs (2009): codificação linha por linha, categorização dos temas e análise dos dados. Desse modo, após a transcrição

das entrevistas, foi iniciada a codificação linha por linha, na qual o texto foi lido de forma reflexiva com o objetivo de identificar códigos relevantes em cada linha do texto. Deste processo analítico, emergiram três categorias temáticas: 1) Acolhimento e postura da equipe hospitalar; 2) Desafios na integração entre assistência domiciliar e hospitalar; e 3) Cenário e perspectivas para o acolhimento nas transferências do PDP.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob número de parecer: 6.038.419 e CAAE: 88154725.5.0000.5569. Todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos e, em seguida, foi-lhes enviado via Google Forms® o TCLE para assinalar o campo "eu aceito participar da pesquisa". Foram garantidos o sigilo e o anonimato às participantes, identificadas por meio de um sistema alfanumérico composto pelas letras "EO" (Enfermeira Obstetra) e o número correspondente à ordem em que os participantes preencheram o TCLE.

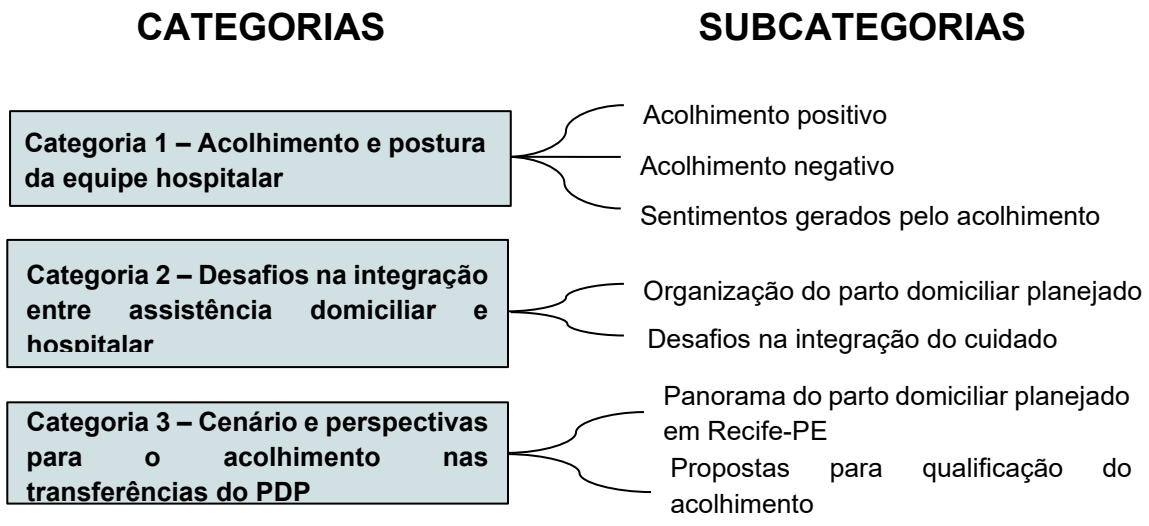
RESULTADOS

Participaram deste estudo cinco enfermeiras obstetras com experiência no planejamento e na assistência ao parto domiciliar planejado em Recife-PE. O tempo de atuação profissional variou de 10 a 20 anos, sendo que, para duas delas, esse período correspondeu também ao tempo de experiência com PDP.

No que se refere à titulação, todas possuíam especialização em enfermagem obstétrica, obtida por meio de pós-graduação *lato sensu* (40%) ou residência (60%). Ademais, quatro participantes (80%) relataram ter concluído o mestrado na área. Todas afirmaram ter recebido capacitação específica para a assistência ao PDP, incluindo treinamento voltado ao manejo de urgências e emergências nesse contexto.

Em relação às experiências vivenciadas na assistência ao PDP, todas as enfermeiras afirmaram ter acompanhado entre 10 e 50 partos, sendo informado uma média de 1 a 10 pacientes que evoluíram para transferência eletiva ou de emergência. A partir da leitura reflexiva do conteúdo resultante das entrevistas e codificação dos dados, foram construídas três categorias para discussão dos resultados, conforme **Figura 1**.

Figura 1 - Categorias e subcategorias do artigo.



Fonte: Santos RS e Frank TC, 2026.

Categoria 1 - Acolhimento e postura da equipe hospitalar

Essa categoria refere-se à forma como a equipe domiciliar foi acolhida pela equipe hospitalar diante da transferência de gestante proveniente do PDP para a maternidade. A categoria foi subdividida em três subcategorias. A primeira – Acolhimento positivo – destaca situações em que o acolhimento às gestantes transferidas do PDP ocorreu de forma respeitosa e colaborativa entre as equipes, favorecendo a continuidade do cuidado e reduzindo tensões durante a transferência.

> *"Outros casos a gente conseguiu entrar e finalizar. Inclusive, dar assistência ao parto normal em ambiente hospitalar."* – EO1

> *"(...) na maioria das vezes, a gente consegue se comunicar com a equipe. Depende muito de pra onde a paciente vai."* – EO2

Um aspecto recorrente na fala das profissionais foi a percepção de que o acolhimento adequado nas maternidades, em muitos casos, está condicionado à existência de relações interpessoais entre a equipe de parto domiciliar e plantonistas.

> *"(...) confesso que todos que eu fui, não tive nenhum problema. Não sei se coincidiu de eu sempre conhecer o profissional que 'tava' no plantão."* – EO1

> *"Nem sempre recebiam bem. Algumas vezes sim, porque eram colegas. Quando conhecia alguém da*
>
> *equipe facilitava."* – EO3

Na segunda subcategoria – Acolhimento negativo – foram descritas experiências onde o acolhimento nas maternidades estava marcado por atitudes de resistência, hostilidade ou preconceito por parte da equipe hospitalar, principalmente direcionado às gestantes.

> *"Ainda tem muito preconceito. (...) o que recebe a mulher é o preconceito da equipe, e depois vem o*
>
> *atendimento"* – EO3

> "*(...) é um desrespeito total. Não só com a gente que é profissional, mas com a paciente."* – EO2

> *"(...) a gente percebia alguma hostilidade às vezes, mas era mais com a mulher."* – EO4

A terceira subcategoria – Sentimentos gerados pelo acolhimento - demonstrou que as experiências de acolhimento, positivas ou negativas, repercutiram nos sentimentos das enfermeiras obstetras, das gestantes e de seus familiares. Enquanto situações de receptividade favoreceram a confiança e a segurança, os episódios de desrespeito e deslegitimação provocaram sensações de frustração e desvalorização profissional.

> *"Eu me sinto uma profissional habilitada e capacitada, que estou passando um caso para que eles resolvam."* – EO1

> *"(...) e eu como profissional sou irresponsável porque faço isso, né? (*presta assistência ao PDP*). Isso em todos os lugares. No público e no privado."* – EO2

Quanto à percepção sobre as sensações geradas entre as gestantes e suas famílias, as enfermeiras relataram sentimentos de vergonha, medo e culpabilização por terem optado pelo PDP.

> *"Eu como profissional não escutei. Mas sei que as gestantes escutaram, principalmente essa que foi pro alto risco. É quase como se a pressão tivesse subido porque você pariu em casa."* – EO3

> *"Eles culpabilizam a paciente pela escolha que ela fez (...) a culpa é sua porque você escolheu isso."* – EO2

Categoria 2 - Desafios na integração entre assistência domiciliar e hospitalar

Nesta categoria, foram apresentados os desafios presentes na integração entre a assistência domiciliar e hospitalar, da qual emergiram duas subcategorias. A primeira, denominada "Organização do parto domiciliar planejado", descreve como a assistência ao PDP é estruturada pelas enfermeiras obstetras, incluindo a elaboração conjunta com a gestante do plano de transferência, a definição da maternidade de referência, a avaliação prévia do tempo de deslocamento e a preparação de materiais e registros clínicos.

> *"O nosso plano fazemos junto com a gestante. (…) Vê questão de distância do local do parto e deixa tudo pré-estabelecido." – EO1*

> *"Todos os encontros falamos sobre as possibilidades de intercorrência e de transferência. E quais as*
>
> *intercorrências precisam de transferência."* – EO2

> *"(…) no TCLE a gente coloca as possibilidades de precisar ser transferido, eletivamente ou de urgência. (…) ela precisa estar há 30 minutos, no máximo, de um lugar de referência. A gente pede pro casal fazer (*o percurso*) em horário de pico. (...) a gente levava o que poderia precisar utilizar de urgência, caso durante a transferência se tornasse uma urgência." – EO3*

> *"Tudo que se realiza era documentado e isso era passado para o hospital." – EO5*

Apesar do planejamento que envolve o parto domiciliar, ao chegar às maternidades, as participantes relataram que essa sistematização frequentemente não é reconhecida pelas equipes hospitalares, tendo como consequência a fragmentação do cuidado devido à dificuldade de integração entre os serviços. Nessa perspectiva, a segunda subcategoria – Desafios na integração do cuidado – destacou a inexistência de protocolos e fluxos institucionais, bem como o despreparo técnico das equipes hospitalares para intercorrências oriundas do domicílio.

> *"Não existe um protocolo que a gente entra ou não. (...) No particular demora (...) eles não estão preparados para receber até uma urgência normal (...) para preparar sala é uma burocracia danada."* – EO1

> *"A comunicação anterior com o serviço depende da maternidade. A gente comunica antes quando tem o contato com alguém, mas quando não tem, não tem como. (...) Eles acham que a gente não fez nada. Que a mulher tava morrendo e só a levamos pro hospital. A gente chegava e já tava na manutenção da ocitocina e eles ignoravam isso. Você retarda o atendimento. (...) não estão preparados para atender as demandas. Não estão preparados para atender em equipe, na verdade." – EO2*

Categoria 3 - Cenário e perspectivas para o acolhimento nas transferências do PDP

Essa categoria caracteriza o cenário do PDP no município de realização da pesquisa e detalha as possibilidades para melhoria do acolhimento hospitalar segundo as entrevistadas. Duas subcategorias foram identificadas. A primeira - Panorama do parto domiciliar planejado em Recife-PE - evidenciou o atual contexto de atuação das equipes de PDP no município e a ausência de políticas públicas que regulamentem ou integrem formalmente essa modalidade de assistência.

> "*Não* (sobre a existência de política municipal para o PDP). *Por eles nem tinha parto domiciliar. (...) com o tempo, em vez do número de grupos irem aumentando, eles foram diminuindo."* – EO2

> *"Não sei se é impressão minha, mas deu uma parada nessa questão dos partos domiciliares."* – EO5

Na segunda subcategoria - Propostas para qualificação do acolhimento - as enfermeiras apresentaram diversas propostas voltadas à melhoria do acolhimento nas maternidades durante as transferências do PDP.

> *"(...) poderia ter algo institucionalizado. (...) talvez municipal, algum fluxo de receber essa gestante."* - EO3

> *"Podia ter essa sensibilização dos profissionais pra que eles pudessem olhar a gestante sem tanto*
>
> *preconceito com relação à escolha dela."* - EO4

> *""Repassar informações pras equipes a respeito do que é um parto domiciliar, como é a organização dele. (...) se tentou ainda por um tempo colocar alguns SAMUs específicos para as gestantes, justamente pra dar também suporte a essas mulheres que tavam no domicílio e precisavam ir pra maternidade."* - EO5

DISCUSSÃO

O discurso das enfermeiras obstetras permitiu compreender que o acolhimento nas maternidades, em contextos de transferência do parto domiciliar planejado, reflete um cenário complexo, no qual coexistem conflitos simbólicos, profissionais e institucionais. Nesse contexto, foram evidenciadas barreiras estruturais e relacionais que afetam o acolhimento às parturientes provenientes de PDP, limitando o cuidado e vulnerabilizando a gestante, bem como as potencialidades que emergem das experiências vivenciadas por esses profissionais.

Os relatos descrevem vivências positivas, nas quais o respeito e a cooperação entre as equipes favoreceram a continuidade do cuidado. Contudo, predominaram narrativas que demonstram resistência, hostilidade e preconceito diante da chegada de parturientes transferidas do parto domiciliar. O enfermeiro que atua na equipe de PDP, assim como aquele que recebe a mulher no hospital após a transferência, necessita adotar um olhar sensível para compreender que a transferência constitui um impasse emocional para a parturiente. Nesse sentido, a postura de resistência e hostilidade diante da escolha pelo PDP contraria os princípios que norteiam a ética profissional, os quais devem priorizar, no atendimento, aspectos como o acolhimento, a empatia e humanização do cuidado, a garantia de assistência qualificada e o bem-estar fetal e materno (LIMA C e TRIGUEIRO TH, 2019).

A percepção das enfermeiras obstetras indica que o acolhimento ainda é incorporado de forma inadequada nos contextos de urgência e emergência, apesar de constituir uma das diretrizes centrais da Política Nacional de Humanização (2013). Tal diretriz pressupõe que o acolhimento esteja fundamentado na escuta qualificada, no estabelecimento de vínculos e na responsabilização pelo cuidado, aspectos que se contrapõem às práticas observadas. De acordo com Trotta e Honorato (2025), essa fragilidade não é exclusiva da atenção obstétrica, pois está presente em outros contextos de cuidados à saúde, onde a sobrecarga de trabalho, a ênfase em condutas tecnicistas e a falta de preparo emocional e organizacional dos profissionais comprometem o vínculo com o usuário.

Na obstetrícia essas limitações tornam-se ainda mais evidentes, uma vez que o modelo tecnocrático reproduz práticas autoritárias e centradas no controle dos corpos femininos. Nessa perspectiva, Rodrigues DP, et al (2022) aponta que, embora haja uma ampliação dos esforços relacionados à transformação do modelo assistencial e consolidação da humanização do parto, a prática obstétrica ainda necessita de avanços significativos, permanecendo marcada pela medicalização do parto, em detrimento de práticas que promovem a autonomia e o protagonismo da mulher durante o processo de parturição.

As dinâmicas existentes entre as equipes domiciliares e hospitalares demonstrou ser um elemento determinante para a qualidade do acolhimento nas situações de transferência do PDP. O estudo conduzido por Hays K, et al. (2022), no qual foi relatado a experiência de uma iniciativa com foco no aprimoramento da segurança e da satisfação nas transferências hospitalares de partos planejados na comunidade, por meio da colaboração entre parteiras comunitárias, serviços de emergência e equipes hospitalares, evidenciou que o êxito nas transferências de nascimentos planejados fora do ambiente hospitalar depende do compartilhamento de informações, da construção conjunta de fluxos assistenciais e do fortalecimento de relações interprofissionais pautadas na confiança e respeito mútuo entre as equipes de saúde.

De forma semelhante, em estudo realizado por Sosa GA, et al., (2018) no Reino Unido, foi observado que sistemas de comunicação baseados na confiança e respeito entre os profissionais envolvidos no cuidado obstétrico são fundamentais para reduzir conflitos assistenciais e promover experiências positivas durante o processo de transferência. Assim, conclui-se que o fortalecimento das relações interpessoais entre profissionais de diferentes contextos assistenciais representa um fator facilitador importante para o acolhimento e a continuidade do cuidado nas transferências de gestantes provenientes do domicílio.

O preconceito e a resistência ao parto domiciliar foram considerados barreiras significativas na assistência às parturientes. No Brasil, os profissionais que atuam na assistência ao PDP, bem como as mulheres que optam por esse modelo, enfrentam atitudes de oposição e deslegitimação expressas por diferentes grupos sociais. Em muitos casos, a decisão pelo parto na residência é mantida em sigilo como forma de proteção contra críticas e repreensões provenientes de familiares, pessoas próximas e profissionais de saúde que, sob a ótica do modelo biomédico, interpretam o parto em casa como uma escolha imprudente (CURSINO TP e BENINCASA M, 2020).

A estigmatização do PDP, frequentemente associado a uma prática arriscada ou alternativa, decorre da falta de reconhecimento técnico-científico e do conflito entre dois modelos assistenciais: o biomédico, onde a individualidade da mulher perde legitimidade e o trabalho de parto é institucionalizado; e o de humanização do parto e nascimento, que se contrapõe à rigidez dos protocolos hospitalares ao promover um cuidado individualizado e menos intervencionista. Ademais, a escassez de informações qualificadas sobre o PDP favorece a disseminação de representações sociais distorcidas, endossando estigmas e atitudes de marginalização das mulheres e profissionais que o vivenciam (BEVILÁQUA JC, et al., 2023).

Nas situações de transferência, comportamentos de culpabilização e hostilidade por parte da equipe hospitalar comprometem a integralidade da assistência e provocam impactos emocionais nas enfermeiras obstetras, nas gestantes e em suas famílias. Para as profissionais, o processo de transferência é constantemente atravessado por sentimento de frustração, impotência e desvalorização, enquanto as gestantes vivenciam uma experiência marcada pelo medo e pela culpa associada à interrupção do parto idealizado. Nesse contexto, o preparo anteparto, as pactuações, o suporte emocional e a escuta qualificada tornam-se fundamentais para minimizar danos subjetivos e ressignificar a experiência de transferência como uma etapa para continuidade do cuidado, e não de fracasso do trabalho de parto (PEREIRA MFR, et al., 2020; BEVILÁQUA JC, et al., 2023; SOSA GA, et al., 2018).

Desse modo, o discurso das enfermeiras obstetras destacou a necessidade de sensibilização das equipes hospitalares quanto à segurança do PDP e ao respeito à autonomia da mulher em escolher o local do nascimento. A literatura demonstra que muitos profissionais vinculados às maternidades apresentam lacunas de conhecimento acerca do processo de trabalho e das práticas seguras que fundamentam o PDP, o que contribui para a manutenção de estigmas e concepções distorcidas sobre essa modalidade assistencial. Assim, torna-se evidente a necessidade de implementação de estratégias de educação permanente e sensibilização interprofissional (PASCOTO GS, et al., 2020).

A análise das narrativas também apontou a divergência entre o cuidado prestado no domicílio e aquele oferecido nas maternidades durante as transferências. Embora as enfermeiras obstetras organizem o PDP de forma criteriosa, com planos de cuidado e de transferência definidos em conjunto com a gestante, com documentação dos cuidados prestados em prontuário, a ausência de políticas públicas e protocolos integrados às maternidades resultam na inserção do PDP em uma lacuna organizacional, na qual são geradas incertezas sobre os fluxos assistenciais e a corresponsabilidade entre profissionais. Um estudo executado por Comeau ABA, et al. (2018) avaliou o nível de integração do parto domiciliar em sistemas de saúde de 11 jurisdições internacionais, evidenciando que, nos países onde o parto domiciliar não está bem integrado, há menor reconhecimento institucional e maior dificuldade de acesso ao suporte hospitalar. No contexto brasileiro, Beviláqua JC, et al. (2023) destaca que a ausência de políticas públicas e de articulação formal entre os serviços compromete o processo de transferência e o suporte logístico necessário à continuidade do cuidado.

Assim, a interrupção da assistência compromete a experiência da parturiente e fragiliza a comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado obstétrico, resultando em condutas descoordenadas, com duplicidade de intervenções e atraso no atendimento. A OMS (2018) enfatiza que a continuidade do cuidado é um componente essencial da atenção obstétrica centrada na mulher, sendo indispensável para assegurar uma experiência positiva de parto, com segurança e resultados perinatais adequados. Desta maneira, a integração deficiente entre os pontos da rede obstétrica reforça a fragmentação do sistema de saúde e distancia a prática assistencial dos princípios da humanização e da integralidade.

No caso de Recife/PE, as participantes revelaram que o cenário do PDP permanece restrito. Foram mencionadas a redução no número de equipes atuantes como resultado do estigma social associado ao parto fora do ambiente hospitalar e a falta de incentivos institucionais, que inibem a expansão e legitimação dessa prática. Apesar desse cenário, o estudo de Freitas MP (2020) demonstrou que o parto domiciliar planejado é um modelo viável e seguro, pois apresenta baixo custo para o sistema de saúde, elevado nível de satisfação das gestantes e bons desfechos maternos e neonatais. Esses resultados reforçam o potencial do PDP como estratégia de qualificação da atenção obstétrica, ao contribuir para a redução de intervenções desnecessárias e, consequentemente, melhorar resultados perinatais.

As propostas apresentadas pelas enfermeiras obstetras participantes revelaram o potencial transformador dessa categoria na reorganização do cuidado obstétrico e fortalecimento do PDP. Entre as sugestões, destacam-se a criação de fluxos integrados de transferência, o fortalecimento da comunicação entre serviços domiciliares e hospitalares e a ampliação da educação permanente voltada à sensibilização das equipes hospitalares sobre a segurança e legitimidade do PDP. Tais propostas se alinham às experiências de países como Reino Unido, Canadá e Holanda, onde a integração entre os modelos assistenciais e a valorização da enfermagem obstétrica resultaram em maior segurança, continuidade assistencial e satisfação das gestantes (SCARF VL, et al., 2018; VAN DER KOOY J, et al., 2017; BRUNTON G, et al., 2021).

Assim, a análise das percepções das enfermeiras obstetras demonstra que o acolhimento nas situações de transferência do PDP ainda se apresenta fragilizado, refletindo lacunas na integração entre os níveis assistenciais e a persistência do estigma social que envolve o parto domiciliar. O contexto de Recife/PE exemplifica os desafios enfrentados em regiões onde o PDP não está integrado ao sistema de saúde, ressaltando a urgência de políticas públicas que reconheçam sua legitimidade e assegurem fluxos assistenciais integrados.

CONCLUSÃO

O estudo demonstra que o acolhimento nas maternidades, em situações de transferência do PDP, ainda encontra-se permeado por fragilidades, como a fragmentação da assistência e a estigmatização do PDP. Avançar nesse cenário requer o fortalecimento da integração entre os serviços domiciliares e hospitalares, através da construção de diretrizes específicas e de fluxos assistenciais colaborativos, e o investimento na educação permanente, com foco na legitimidade do PDP e respeito à autonomia das mulheres quanto à escolha do ambiente em que desejam parir. Apesar da relevância da temática, observa-se uma escassez de estudos, sobretudo no contexto nacional. Diante disso, recomenda-se que novas pesquisas aprofundem essa discussão em diferentes regiões do país para ampliar o diálogo entre os serviços e contribuir para a construção de políticas públicas e práticas assistenciais mais integradas, seguras e respeitosas.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Planned Home Birth: Committee Opinion, n. 697, 2023.
2. BELIVÁQUA JC, et al. Health professionals' perceptions of planned home birth care within the Brazilian health system. BMC Pregnancy and Childbirth, 2023; 23(844): 1-11.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. 2021. Nota Técnica n° 2/2021. Disponível em:https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf. Acesso em: 24 de novembro de 2025.
4. BRASIL: Política Nacional de Humanização. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 22 de novembro de 2025.
5. BRUNTON, G. et al. Global stakeholder perspectives of home birth: a systematic scoping review. Systematic Reviews. 2021; 10(291): 1-18.
6. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Parecer Técnico COREN/SC n° 023/CT/2016: Parto Domiciliar Planejado. 2016. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf. Acesso em: 24 de novembro de 2025.

7. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 737 de 02 de fevereiro de 2024 (alterada pela Resolução COFEN Nº 786/2025). Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-737-de-02-de-fevereiro-de-2024/. Acesso em: 24 de novembro de 2025.
8. CORNEAU ABA, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. Birth issues in perinatal care, 2018; 45(3): 311-321.
9. CURSINO TP, BENINCASA M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. Ciência e Saúde Coletiva, 2020; 25(4): 1433-1443.
10. DARLING EK, et al. Distance from Home Birth to Emergency Obstetric Services and Neonatal Outcomes: A Cohort Study. Journal of Midwifery & Women's Health. 2019; 64(2):170-178.
11. FIGO. Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Planned Home Birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2012; 120(2): 204–205.
12. FONTANELLA BJB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saúde Pública. 2011; 27(2): 388-394.
13. FOX D, et al. Birthplace in Australia: Processes and interactions during the intrapartum transfer of women from planned homebirth to hospital. Midwifery. 2018; 57: 18-25.
14. FREITAS MP. Avaliação econômica de parto domiciliar planejado na região metropolitana do Recife: uma análise de viabilidade de modelo. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020; 60 p.
15. GIBBS G. Análise de dados qualitativos. Artmed: Porto Alegre, 2009.
16. HAYS K, et al. Smooth Transitions: Enhancing Interprofessional Collaboration when Planned Community Births Transfer to Hospital Care. Journal Midwifery Women's Health, 2022; 67(6):701–706.
17. KOETTKER JG, et al. Resultados maternos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras da Equipe Hanami no sul do Brasil, 2002-2012. Texto Contexto Enfermagem. 2017; 26(1): e3110015.
18. LIMA C, TRIGUEIRO TH. A resiliência de mulheres que necessitaram de transferência hospitalar durante parto domiciliar planejado: estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, 2018; 17:231-242.
19. MIDWIVES ASSOCIATION OF WASHINGTON STATE. Planned out-of-hospital birth transport guideline. Seattle, Washington: MAWS, 2011
20. OLSEN O, CLAUSEN JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023; 3: CD000352.
21. PASCOTO GS, et al. Dificuldades na assistência ao parto domiciliar na ótica de enfermeiras obstetras. Rev baiana enferm, 2020; 34: e36633.
22. PEREIRA MFR, et al. Experience of woman in the transfer from planned home birth to hospital. Rev Rene, 2020; 21: e43948.
23. Posicionamento FEBRASGO e AMB sobre parto domiciliar planejado. 2024. In: Notícias FEBRASGO. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1792-posicionamento-febrasgo-e-amb-sobre-parto-domiciliar-planejado. Acesso em: 24 nov. 2025.
24. RODRIGUES DP, et al. Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022; 75(2): e20210215.
25. SCARF VL, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2018; 62: 240-255.
26. SOSA GA, et al. The experiences of midwives and women during intrapartum transfer from one-to-one midwife-led birth environments to obstetric-led units. Midwifery, 2018; 65: 43-50.
27. TROTTA VS, HONORATO M. Humanização nos atendimentos de urgência e emergência. Revista Saúde dos Vales, 2025; 7(1): 1-11.
28. WEBLER N, et al. Professional autonomy in dealing with complications: discourse of obstetric nurses working in planned home births. Revista Brasileira de Enfermagem. 2023; 76(2): e20220388.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215. Acesso em: 24 de novembro de 2025.
30. VAN DER KOOY J, et al. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2017; 17(177): 1-11.
31. VEDAM S, et al. Transfer from Planned Home Birth to Hospital: Improving Interprofessional Collaboration. Journal of Midwifery & Women's Health. 2014; 59(6): 624-634.
32. VOLPATO F, et al. Informações que (des)motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado. Revista Brasileira de Enfermagem. 2021; 74(4): e20200404.