

**VANIA SORGATTO COLLAÇO DOS SANTOS**

**PARTO VERTICAL:  
UMA VIVÊNCIA DO CASAL NA DIMENSÃO CULTURAL  
NO PROCESSO DE PARIR**

**Florianópolis, outubro de 2000.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**PARTO VERTICAL:**  
**UMA VIVÊNCIA DO CASAL NA DIMENSÃO CULTURAL**  
**NO PROCESSO DE PARIR**

**VANIA SORGATTO COLLAÇO DOS SANTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do **Título de Mestre em Assistência de Enfermagem.**

**ORIENTADORA: DRA. MARTA LENISE DO PRADO**

**CO-ORIENTADORA: DDA. ASTRID EGGERT BOEHS**

**FLORIANÓPOLIS, OUTUBRO DE 2000.**

Florianópolis, 16 de outubro de 2000.

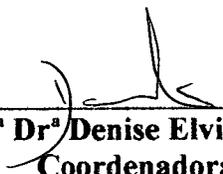
**PARTO VERTICAL:  
UMA VIVÊNCIA DA DIMENSÃO CULTURAL NO PROCESSO DE PARIR**

**VANIA SORGATTO COLLAÇO DOS SANTOS**

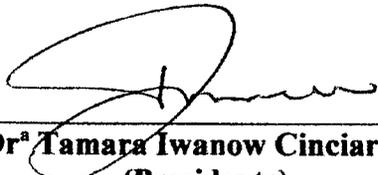
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

E aprovada na sua versão final em 16 de outubro de 2000, atendendo às normas de legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

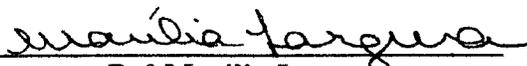
  
\_\_\_\_\_  
**Profª Drª Denise Elvira Pires de Pires**  
Coordenadora do PEN

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Drª Tamara Iwanow Cinciarullo**  
(Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
**Drª Marta Lenise Do Prado**  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Drª Cleusa Rios Martins**  
(Membro)

  
\_\_\_\_\_  
**Drª Marília Larga**  
(Membro)

\_\_\_\_\_  
**Drª Rosane Nitschke**  
(suplente)



**Dedico este estudo aos casais que compartilharam e compartilham o processo de parir juntos, alterando o paradigma do nascimento vivido como um evento exclusivamente feminino.**

Esta imagem me fascinou desde o primeiro instante em que a vi, pelas expressões de felicidade e envolvimento vividos pela família no momento da parturição. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hlkilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1997.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

**A DEUS**, por minha existência.

**À MINHA MÃE, SEVERINA**, por ter me dado seu exemplo de partos normais vividos com naturalidade, como parte integrante da essência feminina. Por ter sido além de uma avó, uma mãe para meus filhos durante a trajetória do mestrado. Por ter sido minha cuidadora, amiga e estimuladora de meus anseios pessoais e profissionais, durante toda a minha vida.

**AO MEU PAI, DIOGO**, por sempre ter me dito que o estudo era minha maior herança.

**AO MARCELO**, pelo homem e pai maravilhoso que é, pelo grande incentivo, amor, dedicação, confiança, paciência e apoio incansável durante nossa trajetória de vida. Quero viver ao seu lado também na eternidade. Te amo.

**AOS FILHOS YURI E RÚBIA**, por terem me dado a oportunidade de experimentar a maternidade de maneira tão especial. Vocês são minha inspiração. Amo vocês.

**AOS MEUS SOGROS**, cunhadas e cunhados pelo grande estímulo nesta caminhada.

**À MARTA LENISE DO PRADO**, orientadora e amiga, por ter acreditado em meu potencial, sendo grande estimuladora e me ensinando por

seu exemplo, a superar as dificuldades, estando sempre de bom humor e de bem com a vida. Obrigada por estar ao meu lado nesta etapa de minha vida.

**À ASTRID BOES**, co-orientadora e amiga, por ter compartilhado comigo seu conhecimento e ter sido sempre uma estimuladora, me ensinado a vislumbrar a cultura no processo de parir.

**À TAMARA CINCIARULLO**, inicialmente orientadora, pois sem o seu aceite não seria possível meu ingresso no mestrado.

**ÀS PROFESSORAS E PROFESSORES DA PEN-UFSC**, por terem contribuído muito para meu crescimento durante o mestrado.

**À DR<sup>a</sup> CLEUSA RIOS MARTINS, DR<sup>a</sup> ROSANE NITSCHKE, DR<sup>a</sup> TAMARA CINCIARULLO, DR<sup>a</sup> MARÍLIA LARGURA, DDA MARISA MONTICELLI**, componentes da Banca Examinadora, por terem aceitado avaliar este estudo, fornecendo maravilhosas e valiosas contribuições.

**AOS CASAIS** que permitiram o vivenciar da experiência do processo de parir compartilhando-o comigo. Obrigada por seus valiosos depoimentos que contribuíram significativamente para o desenvolvimento desse estudo. Por terem me ensinado que o respeito à cultura também passa pela repadronização daquele que cuida.

**À COLEGA DE ESPECIALIZAÇÃO VIRGÍNIA**, pelo grande incentivo, ajuda e apoio durante a realização da proposta de mestrado. Sem você, provavelmente, eu não teria conseguido.

**ÀS COLEGAS E AMIGAS DA TURMA DO CURSO DE MESTRADO**, que contribuíram muito para meu processo de crescimento pessoal e

profissional. Foram momentos valiosos de trocas, discussões, estímulos e amadurecimento. Sentirei saudades.

**ÀS AMIGAS DIONICE FURLANI, JOYCE KOETTKER E MARIA ANGELA FERREIRA**, por terem estado ao meu lado nesta caminhada, me estimulando e apoiando.

**ÀS COLEGAS DE TRABALHO** do Centro Obstétrico da Maternidade do HU, Eli, Jacqueline, Elizete, Nezi, Daniela, Sônia e Dionice, pela cobertura da minha liberação/99.

**ÀS CHEFIA DO CENTRO OBSTÉTRICO** na pessoa da Eli Siebert, pelas folgas durante a realização das disciplinas do mestrado. Obrigada pela força.

Aos Médicos Obstetras, **SÉRGIO MURILO E MARCOS LEITE**, pelo grande apoio e estímulo durante a realização da prática assistencial.

**À BEATRIZ CAPELLA** (Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário), **à TEREZINHA ONÓRIO** (Divisão de Pacientes Internos) e **à TÂNIA RABELLO** (Enfermeira Coordenadora da Maternidade), pela liberação parcial no ano de 1999. Obrigada pelo estímulo.

**A UNISUL**, pela oportunidade de docência no ensino superior, na área de Ginecologia e Obstetrícia.

**A TODOS** que, de alguma forma, direta ou indiretamente contribuíram na realização deste trabalho.

SANTOS, Vania Sorgatto Colloço dos. Parto Vertical: Uma Vivência do casal na Dimensão Cultural no Processo de Parir. Florianópolis, UFSC, 2000. 220p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

## RESUMO

Este estudo convergente-assistencial teve por objetivo implementar uma proposta assistencial com enfoque na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, junto ao casal/RN no processo de parir. Foi desenvolvido na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, de junho a agosto de 1999. A clientela foi composta por três casais, os quais esperavam o segundo e o terceiro filho, cujos partos anteriores foram na posição horizontal, residentes em Florianópolis - SC. A ambientalização, o cuidado no pré-parto, o cuidado no parto, o cuidado no pós-parto imediato e a entrevista, foram às etapas do caminho metodológico traçado. Já na ambientalização e durante os passos seguintes a enfermeira foi conhecendo as percepções, experiências e crenças do casal com relação aos momentos que antecedem a internação, ao pré-parto, parto e pós-parto, o que possibilitou a manutenção, acomodação e repadronização do cuidado. A repadronização da posição de parir para a posição vertical ocorreu com dois casais. Com o terceiro casal foi realizada a manutenção da posição horizontal respeitando-se as crenças, a experiência do parto anterior e as informações compartilhadas no pré-natal da parturiente com seus familiares. O cuidado prestado aconteceu de várias formas e estas foram denominadas de: cuidado de ambientalização, cuidado presente, cuidado investigativo, cuidado vigilante, cuidado explicativo, cuidado integrativo, cuidado relacional, cuidado vincular, cuidado educativo, cuidado de apoio, cuidado de estímulo, cuidado respeitoso, cuidado obstétrico, cuidado impositivo, cuidado familiar, cuidado interdisciplinar, cuidado solidário, cuidado avaliativo. Todas essas formas de cuidado foram parte integrante do cuidado cultural, ou seja, o conjunto das diversas formas de cuidado compuseram o cuidado cultural durante o processo de parir. Este estudo remeteu a muitas reflexões a respeito da influência da cultura na vida destes casais e o reflexo destas no processo de parir, sendo contribuições valiosas para a prática de cuidado em enfermagem obstétrica.

**Palavras chave:** casal, processo de parir, cultura e cuidado cultural.

SANTOS, Vania Sorgatto Collaço dos. Upright Position Childbirth: A Cultural Dimension Experience of Couple with the Childbirth Process. Florianópolis, UFSC, 2000. 220p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

### ABSTRACT

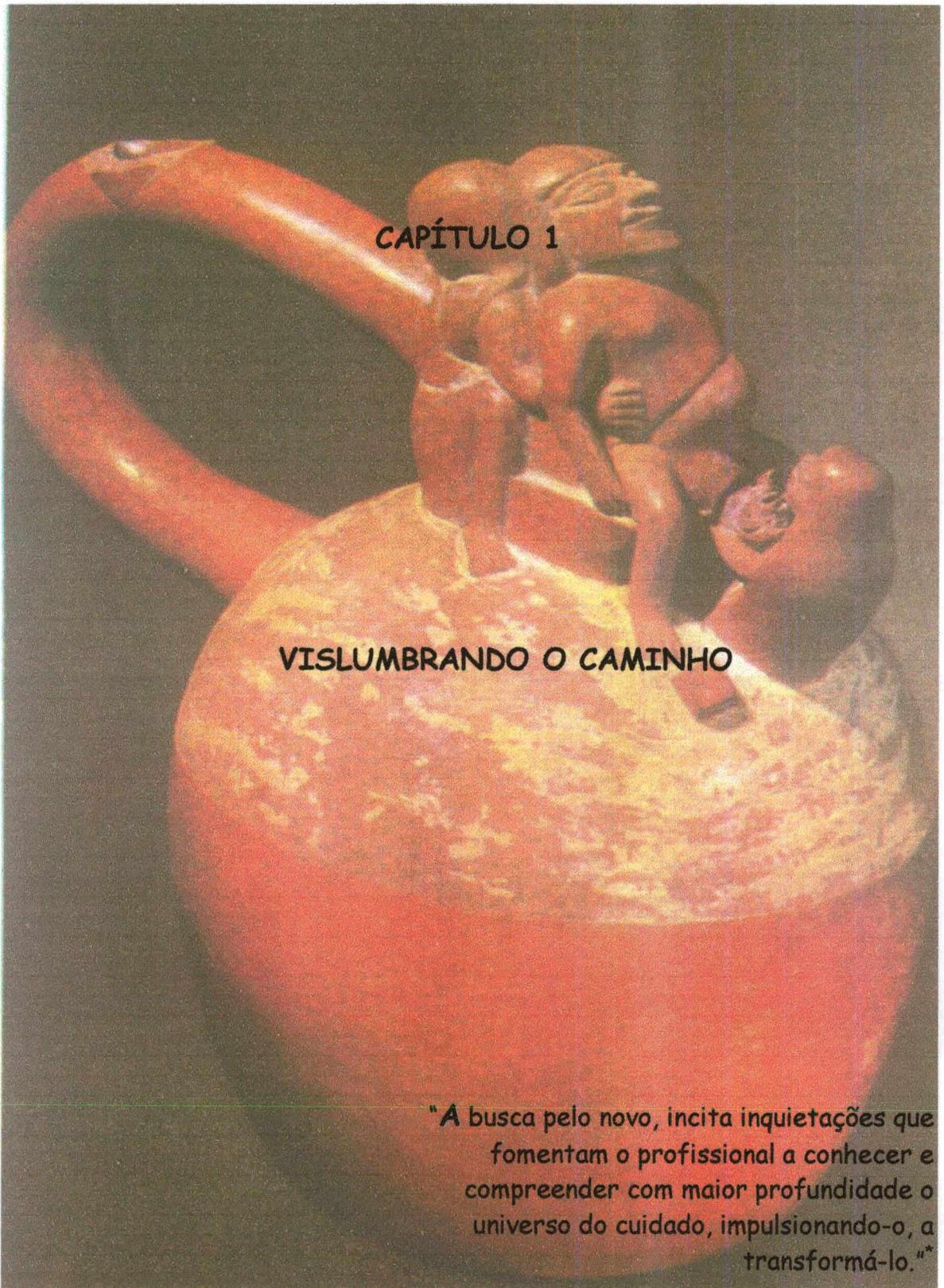
The objective of this assistance-converging study was to implement a proposal of assistance based on the Diversity and Universality of Cultural Care of Madeleine Leininger with couples/newly born children in the childbirth process. It was developed at the maternity of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina from June to August 1999. The subjects were composed of three couples, from Florianópolis/SC, who were expecting their second or third child and whose previous childbirth was carried out in the horizontal position. Five stages of observation were as follows: the environment, pre-childbirth care, childbirth care, immediate post-childbirth care and interview. During the environment observation and the following stages the nurse became acquainted with the perceptions, experiences, and beliefs of the couples in relation to the moments that precede admission, pre-childbirth care, childbirth care, and post-childbirth care which, in turn, made possible the maintenance, accommodation and restandardisation of care. The restandardisation of the childbirth position from the horizontal to the upright one occurred with two couples. With the third couple, the horizontal position was maintained in respect to their beliefs, previous childbirth experience and prenatal information shared among the mother and relatives. The assistance which was provided to the mothers was conducted in different ways and was named as follows: environmental care, present care, investigative care, vigilant care, explanatory care, integrative care, relational care, link care, educational care, support care, incentive care, respectful care, obstetric care, imposing care, family care, interdisciplinary care, solidarity care, and evaluative care. All these diverse forms of care composed the Cultural Care during the childbirth process. This study demanded numerous reflections in relation to the influence of culture in the lives of these couples and, in turn, in the childbirth process thus bringing important contributions to the practice and care in obstetric nursing.

**Keywords:** couple, childbirth process, culture and cultural care.

## SUMÁRIO

<b>1. VISLUMBRANDO O CAMINHO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 As Diversas Facetas do Processo de Parir – um enfoque cultural .....	11
2.2 O Casal no Processo de Parir .....	19
2.3 A Enfermagem e o Processo de Parir .....	27
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>40</b>
3.1 Pressupostos .....	41
3.2 Conceitos .....	42
3.2.1 Ser Humano .....	43
3.2.2 Contexto Ambiental .....	44
3.2.3 Saúde.....	45
3.2.4 Enfermagem.....	46
3.2.5 Cultura .....	47
3.2.6 Cuidado Cultural.....	49
3.2.7 Processo de Parir.....	52
3.3 As Formas de Atuação Propostas por Leininger.....	53
<b>4. REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>56</b>
4.1 O Local da Prática Assistencial - Cena cultural .....	57
4.2 A Clientela .....	61
4.3 Desenvolvendo o Processo para o Alcance dos Objetivos Específicos.....	63
4.4 Método de coleta, Registro e Análise dos Dados .....	69
4.5 Aspectos Éticos do Estudo.....	70
<b>5. VIVENCIANDO O PROCESSO DE PARIR JUNTO AO CASAL COM ENFOQUE CULTURAL.....</b>	<b>75</b>

<b>6. O CUIDADO CULTURAL DURANTE A CAMINHADA JUNTO AOS CASAIS</b>	
<b>NO PROCESSO DE PARIR .....</b>	<b>95</b>
6.1 A Primeira Etapa da Caminhada: Ambientalização.....	98
6.2 A Segunda Etapa da Caminhada: Cuidado no Período de Dilatação.....	106
6.3 A Terceira Etapa da Caminhada: Cuidado no Parto .....	122
6.4 A Quarta Etapa da Caminhada: Cuidado no Pós-Parto Imediato .....	127
6.5 A Quinta Etapa da Caminhada: Entrevista .....	130
<b>7. AS CRENÇAS E VALORES QUE PERMEARAM O PROCESSO DE PARIR ....</b>	<b>144</b>
7.1 Percepções, Crenças e Valores Relativas aos Momentos que Antecedem a Internação na Maternidade.....	146
7.2 As Percepções, Crenças e Valores Relativas ao Período Pré-Parto.....	149
7.3 Percepções, Crenças e Valores Relativas ao Parto .....	168
7.4 Percepções, Crenças e Valores relativos ao Pós-Parto Imediato .....	183
7.5 Percepções, Crenças e Valores relativos ao Acompanhante/Companheiro.....	186
7.6 Outras Percepções, Crenças e Valores.....	193
<b>8. PARTO VERTICAL: BUSCANDO A COMPREENSÃO CULTURAL .....</b>	<b>200</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>211</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>221</b>



## CAPÍTULO 1

### VISLUMBRANDO O CAMINHO

"A busca pelo novo, incita inquietações que fomentam o profissional a conhecer e compreender com maior profundidade o universo do cuidado, impulsionando-o, a transformá-lo."\*

\* Reflexão da autora. Esta imagem me fascina por mostrar uma mulher vivenciando junto ao companheiro a parturição e o profissional num patamar mais abaixo, promovendo auxílio. Fonte: MACY, Christopher & FALKNER, Samuel Pfromm. **Gravidez e parto: prazeres e problemas.** São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda, 1981, p. 101.

## 1. VISLUMBRANDO O CAMINHO

Neste capítulo, evidencio alguns momentos da minha vida profissional e pessoal, que foram significativos e influenciadores na busca sobre o casal no processo de parir, sob a óptica cultural, os quais também recaem sobre a escolha do Referencial Teórico-Metodológico utilizado no estudo.

O interesse pela enfermagem obstétrica ficou evidente quando cursei a disciplina de Obstetrícia na sexta fase da graduação da Fundação de Ensino do Pólo Geo Educacional do Vale do Itajaí em Itajaí - SC. Com o passar do tempo, durante a realização das fases seguintes da graduação, amadureci a idéia de permanecer nesta área de atuação. Cada vez mais percebia que todo o processo de nascimento me fascinava, culminando com a realização da especialização em Enfermagem Obstétrica Perinatal e Obstetrícia Social logo depois de formada.

Próximo ao término da especialização engravidei e pude vivenciar a experiência maravilhosa da maternidade colocando no meu cotidiano os conhecimentos adquiridos durante os cursos de graduação e especialização. Somente após o oitavo mês de vida de meu filho Yuri é que pude iniciar minha carreira profissional, porém esta ainda não era como eu havia imaginado. Não tive oportunidade de iniciar atuando somente na obstetrícia. Trabalhei no interior do estado de Santa Catarina em dois hospitais gerais durante três anos como enfermeira chefe. Lá eu também prestava assistência à mulher/recém-nascido e realizava partos quando tinha oportunidade. Ao sair do interior, vim morar em Florianópolis, onde inicialmente trabalhei em área distinta da obstetrícia. Por três anos, trabalhei em clínica médica masculina, quando então surgiu a tão esperada oportunidade de trabalhar na obstetrícia e, mais especificamente, no Centro Obstétrico. Isso não se concretizaria naquele momento, pois estava em licença gestação da minha filha Rúbia.

Somente ao término da licença é que pude iniciar minhas atividades obstétricas. Após um mês de trabalho fui acometida de depressão que foi considerada pelo psiquiatra como pós-parto, que me manteve novamente afastada por cinco meses. Somente após esta longa trajetória é que pude concretizar meu sonho de atuar diretamente na enfermagem obstétrica e é isso que faço com muito prazer até os dias de hoje. Esta atividade levo juntamente com o curso de mestrado.

Durante toda minha trajetória de vida, percebi que existem muitas formas de se nascer, viver e morrer. Precisei passar por esta longa caminhada para concluir algo tão simples, que é o respeito ao casal, sua cultura, seu modo de viver, suas escolhas. Estas precisam ser valorizadas pelos profissionais que os cuidam, pois muitas vezes durante o meu processo de vida enfrentei situações, nas quais me sentia desrespeitada e sequer estes profissionais pensavam ou percebiam sobre o que aquilo estava significando para mim.

Minha trajetória de vida fez-me refletir sobre o porquê da escolha pela vida profissional na obstetrícia. Essa descoberta fez-me enxergar que tenho uma necessidade de assistir e atender partos e que nesses momentos faço um processo pessoal de renascimento, como se a cada nascimento eu renascesse para a vida também. Como profissional, acredito que este assistir e atender partos deve acontecer de maneira que respeite a cultura do casal e promova o máximo de atenção, pois o momento é permeado por um processo de sentimentos antagônicos de felicidade e dor.

A Maternidade do Hospital Universitário, local onde desenvolvo minha atividade profissional, tem como filosofia à presença de um acompanhante durante todo o processo do nascimento (da internação à alta hospitalar). A mulher escolhe o acompanhante, porém é dado ênfase para que o acompanhante seja o pai do bebê, pois assim, acredita estar contribuindo para a formação do vínculo afetivo familiar precoce.

Na minha experiência diária, percebi uma forte relação do parto com crenças e valores do casal, conseqüentemente suscitaram indagações sobre o motivo da opção, por parte do casal, pelo parto vertical em detrimento do tipo horizontal, ou vice-versa, e o que esta experiência significava para o casal. Deparei-me também com situações nas quais minhas orientações não foram seguidas, permitindo-me perceber, que havia diferenças entre o que acreditava e a crença do casal com relação ao processo de parir. Observando,

dia a dia, cada experiência, resolvi mergulhar mais profundamente nestas indagações.

Minha experiência anterior, como enfermeira obstétrica, sempre foi com o parto horizontal. Este já revelou que as influências culturais pesam muito no processo de parir, porém, ao me deparar com o parto vertical isso ficou ainda mais forte. Visualizei, então, a utilização da Teoria de Madeleine Leininger, não por conhecê-la em profundidade, mas por saber que ela contempla uma abordagem cultural, a qual auxiliaria na atuação da enfermeira no processo de parir.

A busca pelo Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC em 1998, aconteceu como necessidade de aprofundar meus conhecimentos profissionais que emergiram de minha vivência na enfermagem obstétrica com o parto vertical. Elementos que proporcionaram a observação e atuação direta no cotidiano no pré, trans e pós-parto, geraram questionamentos motivadores para buscar um suporte teórico-metodológico para respondê-los.

Ao realizar no segundo semestre do mestrado, a disciplina de “Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Enfermagem”, desenvolvi junto com uma colega de turma, o estudo da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger; momento este, muito prazeroso de aprofundamento teórico, no qual, pude certificar-me de que este seria o referencial teórico a ser utilizado. Como consequência realizei o trabalho de conclusão da disciplina a construção dos conceitos que iluminaram o presente estudo.

Desta forma na Disciplina Prática Assistencial do Curso de Mestrado optei pela Teoria de Leininger para a assistência de enfermagem ao casal no processo de parir, no Centro Obstétrico.

O Referencial Teórico de Madeleine Leininger guiou a prática assistencial, permeando todo o processo de parir e fornecendo sustentação para que a enfermeira obstétrica pudesse visualizar e vislumbrar o cuidado cultural, possibilitando assim responder às indagações que a experiência na prática de enfermagem da obstetrícia lhe trouxeram e que foram acima citadas. Utilizei os pressupostos e alguns conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de forma contextualizada à prática,

bem como pressupostos pessoais.

Esta Teoria veio ao encontro com a necessidade de prestar um cuidado cultural coerente, humanizado ao casal/RN, bem como compreender as diversas facetas culturais no processo de parir. Para isso, utilizei a observação participante e os processos de manutenção, acomodação e repadronização do cuidado propostos por Leininger, nas situações vivenciadas pelo casal/RN e enfermeira obstétrica no processo de parir.

A realização da prática assistencial, junto ao casal, me transportou à construção do relatório que se limitou à descrição desta prática, em dezembro de 1999. De posse do relatório pude fazer uma reflexão mais profunda sobre o processo proposto e vivenciado. Por estar decidida que meu foco de estudo era o processo de parir junto ao casal, no Centro Obstétrico, ao realizar este estudo, mergulhei meu pensamento e direcionei meu olhar para este momento da prática assistencial junto aos casais.

Confrontando a Teoria de Leininger (1991) com minha prática profissional junto ao casal no processo de parir, surgiram as questões de pesquisa:

**Como o casal recebe a opção de parir na posição vertical? Como prestar assistência considerando a cultura da clientela?**

Desta forma, ao construir o projeto para essa dissertação, tomei como objeto de estudo da mesma, os dados que emergiram da atuação junto ao casal no processo de parir, realizados na prática assistencial. Esta etapa visou transpor o processo de descrição dos resultados, realizando a análise e interpretação dos dados.

Assim, o estudo trata-se de um redirecionamento do olhar a prática assistencial realizada, retomando o que havia me proposto.

### **Objetivo Geral**

Implementar uma proposta assistencial com enfoque na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, junto ao casal/RN no processo de parir, propondo a vivência do parto vertical.

## **Objetivos Específicos**

1. Prestar cuidados de enfermagem ao casal/RN no processo de parir, durante sua estada no Centro Obstétrico da Maternidade do HU;
2. Reconhecer as crenças e valores do casal em sua experiência no processo de parir, buscando compreender o porquê da escolha por determinado tipo de parto;
3. Identificar as necessidades de cuidado cultural junto ao casal/RN no processo de parir; e,
4. Avaliar a proposta de cuidado cultural aplicada junto ao casal no processo de parir.

Assim, após evidenciar, neste primeiro capítulo, minha trajetória pessoal e profissional que justificam os motivos que me levaram a querer desenvolver este estudo e que apontam a relevância do tema para a prática da enfermagem obstétrica, passo a uma breve descrição dos demais capítulos deste estudo.

No segundo capítulo, realizo uma revisão de literatura, abordando as diversas facetas do processo de parir com um enfoque cultural. Enfoco o casal no processo de parir e procuro enfatizar a enfermagem, fazendo revisão dos trabalhos de conclusão de curso e dissertações da UFSC que trabalharam o processo de parir sob a óptica cultural.

O terceiro capítulo contém a descrição do referencial Teórico, que apontou como “uma bússola” a direção teórica da prática de cuidado e da interpretação dos dados obtidos.

No quarto capítulo descrevo a metodologia utilizada, incluindo a contextualização da cena cultural do cuidado, a clientela, a descrição do processo para o alcance dos objetivos; coleta, registro e análise dos dados e os aspectos éticos do estudo.

No quinto capítulo, relato a vivência do processo de parir junto ao casal com enfoque cultural, o qual mostra muitas das emoções vividas pela enfermeira obstétrica no cuidado aos casais.

No sexto capítulo, apresento o cuidado cultural durante o processo de parir. No sétimo capítulo apresento as percepções, crenças e valores apresentados pelos casais e que permearam toda a trajetória do cuidado.

O oitavo capítulo compõe o fechamento do estudo no qual realizo algumas considerações e reflexões a cerca do estudo desenvolvido.

## CAPÍTULO 2

### REVISÃO DA LITERATURA

"O processo do parto sempre foi mais ou menos o mesmo mas para cada mãe ele ainda é extraordinário."  
(MACY; FALKNER, 1981, p.101)

Esta imagem foi escolhida para ilustrar este capítulo por representar a parturição vivenciada em família em algumas culturas. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hikilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1997.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

**"Os fatores culturais são responsáveis pelo estilo de parto de uma dada sociedade... Para se compreender o parto em sua forma institucionalizada, tem-se que conhecer muitas coisas a cerca da estrutura da sociedade envolvida e das relações entre os grupos de pessoas que as integram."  
(Kitzinger, 1987, p. 150)**

### **2.1 As Diversas Facetas do Processo de Parir - um enfoque cultural**

Segundo Ribeiro e Campos (1996), na evolução histórica do parto as diversas civilizações seguiam maneiras diferentes de comportamento frente ao mesmo e as posições variavam de civilização para civilização, sendo que a posição vertical prevalecia. Muitos rituais eram utilizados para o parto. Estes visavam medidas de ajuda à mulher no momento do nascimento que participava e concordava com os rituais.

Nascimento (1984), diz que na evolução histórica da assistência ao parto, a parturiente recebeu desde cuidados empíricos de feitiçadeiras e curiosas até os cuidados científicos de profissionais (médicos e enfermeiros) realizados em domicílios e em hospitais.

Com o desenvolvimento da ciência, a assistência ao parto passou por muitas

transformações e o nascimento que era algo tão natural, deixou de ser visto assim, tanto para a gestante e sua família, quanto para os profissionais da saúde (Nascimento, 1984).

Segundo Helman (1994), os antropólogos relatam diferenças evidentes sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos, e os chamam de sistema de crenças herdados da cultura do nascimento. Descrevem a cultura do nascimento nos mundos industrializados e não industrializados. Exemplificam que na moderna sociedade europeia e americana, cada vez mais a menstruação, a gravidez, o parto e a menopausa, são vistos como condições médicas e por isso, precisam de diagnóstico e tratamento médicos.

No Reino Unido, o trabalho de parteira, era uma atividade exclusivamente feminina até o século XVII, quando surgiram os primeiros “parteiros” (médico). Grande parte do conhecimento das parteiras tradicionais era advindo da própria experiência da gravidez e do parto. Com o tempo, as parteiras foram sendo introduzidas no sistema médico e podiam atender apenas os partos “normais”. A profissão de parteira foi formalizada com o Ato da Parteira em 1902, embora continuassem subordinadas aos obstetras de formação médica. Um processo semelhante aconteceu nos Estados Unidos. De 1880 a 1920, apesar da maioria dos partos acontecerem em casa, à profissão médica foi cada vez mais adquirindo autoridade sobre o processo e o manejo do nascimento. Na década de 30, pela primeira vez, o número de partos hospitalares foi maior que os domiciliares. Neste novo ambiente o manejo do nascimento passou a ser quase exclusivamente de controle médico (Helman, 1994).

As origens da cultura do nascimento na obstetria ocidental moderna foram remontadas a partir do século XVII. O modelo cartesiano do dualismo mente/corpo evoluiu para o corpo como uma máquina, e a divisão conceitual entre o corpo e a alma retirou o corpo do jugo da religião e o depositou nas mãos da ciência. O corpo masculino foi considerado, naquela época, como o protótipo desta máquina, sendo o corpo feminino um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens. A base filosófica sobre a qual se fundamentou a obstetria moderna foi a extinção do trabalho de parteira e a evolução da metáfora do corpo feminino como uma máquina defeituosa. A visão que caracterizava a obstetria americana foi a do hospital

como uma indústria de alta tecnologia, destinada à produção de bebês perfeitos para a sociedade e a mãe era um produto derivado secundário (Helman, 1994).

O nascimento de uma criança é um dos eventos mais significativos da vida de uma mulher. As práticas associadas ao processo de parturição são fundamentais para a saúde e o bem estar da mulher, assim como para um desfecho bem sucedido de sua gestação. Entre essas práticas está a posição de parto horizontal, que tem sido considerada controversa. Esta posição passou a ser largamente utilizada nas culturas ocidentais nos últimos 200 anos. Os registros históricos anteriores sobre parto indicam o uso freqüente da posição vertical. Nos últimos cem anos cresceram a tendência de encorajar as parturientes a utilizar posições laterais, dorsais reclinando-se para dar à luz, porém estas práticas não se tornaram universais. Os registros mais antigos de posições para o parto mostram a parturiente em posição vertical, geralmente acorçada ou ajoelhada. A cadeira de parto vertical<sup>1</sup>(século XIV) data da cultura babilônica 2000 anos AC (Figura 1). Atualmente, em muitos países em desenvolvimento, as parteiras tradicionais atendem o parto na posição vertical, diferente da adotada pela medicina e pelas parteiras treinadas (Dundes, 1987).

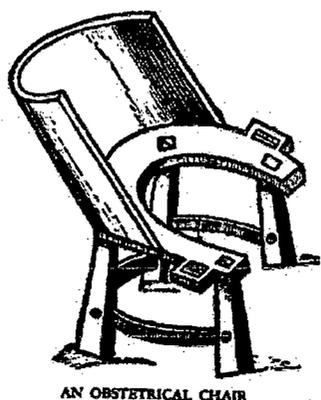


Figura 1 - Banqueta de parto do século XIV

Sabatino (1997), descreve que o parto na grande maioria das civilizações era atendido na posição vertical e que a partir do século XVI foi adotada a posição horizontal

<sup>1</sup> Fonte: DUNDES, Lauren. **A evolução da posição materna do parto.** Tradução por Daphne Rattner. São Paulo: Seção Saúde Pública Então e Agora, 1996. 7 p. Tradução de: Evolution of childbirth.

para a civilização, que é antifisiológica. As modificações na posição vertical para deitada, litotomia, semi-sentada, foram sugeridas em Londres e em Paris, que tiveram como causas à comodidade do médico ou do pessoal responsável pelo atendimento ao parto, não esquecendo de ressaltar o desrespeito aos mecanismos fisiológicos do parto, prejudicando assim a qualidade de atendimento ao parto normal de baixo risco. Esta alteração passou a ser adotada pela maioria das escolas de medicina. Tal visão mudou muito pouco até os dias de hoje.

Caldeyro-Barcia (1979), na década de 1960, além de chamar a atenção sobre as condutas médicas desnecessárias utilizadas para acelerar o parto (ruptura artificial das membranas), sugeriu também a utilização de uma cadeira especial onde a mulher seria colocada numa posição verticalizada (sentada) no momento do parto. Nesta mesma época iniciou a defesa pela verticalização do parto, bem como a utilização de outros métodos alternativos de parturição.

No Brasil, segundo Paciornik (1981), desde a sua descoberta, o parto vertical de cócoras era utilizado pelas índias do Paraná e Santa Catarina. Descreveu que em função do mundo civilizado ter difundido o parto em decúbito dorsal, a obstetria se transformou na maior fonte de iatrogenias, por esse motivo, resolveu aconselhar as mulheres civilizadas a imitarem as índias brasileiras numa tentativa de melhorar suas condições orgânicas.

Em 1983 dois médicos<sup>2</sup> paranaenses sugeriram a utilização de uma cadeira que viria a facilitar às mulheres civilizadas a adoção da posição de cócoras durante o parto (Sabatino, 1997). Também, nesta década, o Grupo de Parto Alternativo do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina da UNICAMP, apresentou uma sala de parto com desnível de 40 cm, apropriado para colocar uma cadeira, a parturiente, o companheiro e familiares, permitindo, também, o conforto para os responsáveis pelo atendimento ao parto. Sabatino, em 1994, sugere o parto de “cócoras supino”, onde a mulher é deitada imediatamente após o parto, evitando assim a perda sangüínea materna, ponto que contava desfavoravelmente no parto vertical descrito (Sabatino, 1997).

Nos últimos 50 anos, aproximadamente, a obstetria moderna atingiu resultados

---

<sup>2</sup> Moisés e Cláudio Paciornik.

marcantes em relação à redução da mortalidade materna, neonatal e da morbidade na preservação da vida de bebês prematuros, no diagnóstico de doenças congênitas in útero e no tratamento bem sucedido da infertilidade com a inseminação artificial e outras técnicas. No entanto, devido a todos estes êxitos técnicos, a cultura do nascimento ocidental tem sido muito criticada pela mulher. Esta crítica diz respeito à ênfase exagerada dos aspectos fisiológicos, em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto e a tendência a medicalização de um evento biológico, transformando-o em um problema médico. A medicina é criticada principalmente, por ignorar os significados que as mulheres dão às experiências da gravidez e do parto. A medicina (inclusive a obstétrica) passou a definir saúde e os seus problemas, sobretudo em termos de disfunção fisiológica. Com isso, parece ter aumentado o distanciamento entre as culturas do nascimento leigas e a obstetrícia (Helman, 1994).

Atualmente, muitas maternidades públicas e privadas adotam o parto na posição vertical como forma de promover alternativa para a parturição, favorecendo a população formas mais fisiológicas de poderem ter seus filhos (Sabatino, 1997). A Maternidade do HU oferece a posição vertical para o parto como uma forma de humanização do atendimento.

Na Enfermagem brasileira, temos a (o) enfermeira (o) obstétrica (o) como a (o) profissional especializada (o) no cuidado ao atendimento obstétrico. Nos últimos 20 anos as escolas de enfermagem habilitaram em obstetrícia, 1.058 enfermeiras (os). Na modalidade de especialização foram formadas (os) 698 enfermeiras (os). Temos assim, um total de 1756 profissionais preparados especificamente para os cuidados materno-infantil (Bonadio et al, 1999). Questiono a ênfase dada pelos cursos, uma visão quase que exclusivamente biomédica, pois este profissional teria muito a contribuir para a mudança da visão de como pode ser o cuidado a parturição, contemplando também os aspectos culturais da relação.

Com relação aos tipos de parto, Rezende (1982, p. 307), descreve o parto normal horizontal e o parto operatório. Diz que a posição de parir é “decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos”. Sabatino (1997), descreve que a posição deitada nem sempre foi à posição adotada pelas mulheres e descreve e defende a

posição vertical (cócoras).

Existem divergências entre os autores com relação ao parto horizontal e vertical. O parto horizontal é defendido pela maioria dos autores<sup>3</sup> em obstetrícia, pois sequer relatam outra possibilidade de parto. O parto vertical encontra alguns defensores<sup>4</sup> e autores que apenas o relatam.

Trabalho diretamente com as modalidades de parto vertical e horizontal, não só os assistindo, como também os atendendo e percebo que muitas mulheres não aceitam realizar o parto vertical, por acharem que nesta posição se exporiam muito. Sinto restrição por parte delas nestes momentos, como se ter um filho nessa posição não fosse digno, porém, respeito suas decisões e percebo que existe uma razão cultural como pano de fundo, que é mais forte. Vivencio também muitas situações que se contrapõem a esta, na qual a mulher deseja parir na posição vertical e, efetivamente, tem a oportunidade de concretizar seu desejo, nos dando relatos maravilhosos sobre como se sentiram e as facilidades que tiveram. Sou adepta do parto vertical, mas ao respeitar/aceitar a decisão da parturiente/acompanhante pelo parto horizontal sinto-me cumprindo a missão de respeitar o que é importante para a mulher, conseqüentemente sendo o melhor para ela naquele momento. Nesta posição a mulher tem maior possibilidade de ser a protagonista do momento de parir.

O parto é encarado como um momento muito difícil, pois é a passagem de um estado para outro, uma situação que precisa ser vivenciada. É como se a mulher desse um “salto no escuro”, passa por um momento imprevisível, desconhecido, sobre o qual não lhe é permitido na maioria das vezes ter o controle. Ao contrário da gestação, o trabalho de parto é um processo rápido, que determina mudanças internas, como uma nova transformação corporal e a “separação” de dois seres: mãe e filho. A chegada do bebê altera a rotina e a dinâmica familiar. A gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto também pode ser visto como um momento crítico, pois deflagra o início de uma série de mudanças significativas e envolve diversos níveis de simbolização. O parto é um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são

---

<sup>3</sup> Rezende (1982), Martins (1982), Delascio e Guarniento (1987).

multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sociocultural e da individualidade físico-psicológica da parturiente (Maldonado, 1991). Por concordar com estas idéias enfatizarei a seguir alguns aspectos culturais do processo de parir.

Monticelli (1994), faz um rastreamento da visão do nascimento em diversas culturas e sob várias perspectivas, mostrando a grande diversidade mundial na representação do mesmo. O nascimento é visto de diversas maneiras dependendo dos valores, atitudes e crenças de cada cultura. A autora descreve o parto na perspectiva sociocultural como um rito de passagem, como um rito final que admite a mulher em uma nova função social. Sinto-me à vontade para dizer que concordo com o colocado pela autora.

Gualda (1993) relata que a transferência do local de nascimento para o hospital teve como resultado uma substituição de rituais do processo de nascimento. Com certeza cada vez mais os aparatos tecnológicos para o controle do trabalho de parto e parto, são armas poderosas para o incremento de um rito hospitalar cada vez mais distante do processo de parir, no qual a mulher possa expressar suas crenças e valores. Creio ser este um grande desafio, ou seja, termos um monitoramento que seja humanizado e que respeite a cultura da cliente.

Centa (1981) relata que é na gravidez que o casal assume o compromisso de ambos serem responsáveis pela vida e pelo bem estar da criança que vai nascer. Situam-se como pais e criam novas expectativas, sensações, dúvidas e temores que são próprios da gravidez, parto e puerpério.

Com o intuito de focar o cuidado cultural remeto-me às idéias de Madeleine Leininger, que foi a primeira enfermeira a identificar a falta de conhecimentos sobre as variações de cuidados realizados em diferentes culturas. Foi com a vivência de um choque cultural com crianças do meio-oeste americano que ela sentiu necessidade em aprofundar seus conhecimentos na área de antropologia. Desta área, tirou subsídios para desenvolver um novo campo da enfermagem, o qual denominou de Transcultural (Silva; Franco, 1996). Desde a década de 60, Madeleine Leininger vem pesquisando e aprofundando sobre sua Teoria, a Teoria Transcultural, ou Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado

---

<sup>4</sup> Paciornik (1981), Sabatino (1997), Freitas et al (1997), Somacal (1997).

Cultural, ou ainda Teoria do Cuidado Cultural. Para ela, as ações de cuidar/cuidado devem se iniciar a partir da visão do cliente sobre saúde e não da visão das enfermeiras. Considera um ato falho que o cuidar/ cuidado seja visto somente a partir do olhar das enfermeiras. A Enfermagem é um fenômeno cultural e sua essência é o cuidado às pessoas em suas diversas culturas. Os processos, funções e as atividades de enfermagem mudam de acordo com a estrutura social, o sistema cultural e a aculturação (Leininger, 1991).

Podemos encontrar maneiras distintas e variadas de padrões de cuidar/cuidado, porém cabe à Enfermagem estabelecer em que base vai atuar em sua prática, considerando sempre a pessoa a ser cuidada e o contexto histórico-cultural onde está inserida. A Antropologia configura uma compreensão do significado de uma ação em que a experiência é vista dentro de um contexto social e não de forma isolada (Silva; Franco, 1996).

Cabe salientar que a cultura é propriedade de uma sociedade ou grupo e que esta mesma sociedade ou grupo é quem a cria para uso e benefício próprio. Portanto, cultura e cuidado apresentam-se intimamente relacionados. Cultura não é algo estático, pode mudar e transformar-se. Não é algo celular, que seja individual, mas sim compartilhado. Langdon (1991) baseia-se na definição de cultura do conceito de Geertz (1978), que a concebe como um sistema simbólico fornecendo um modelo de realidade e um modelo para a realidade. Sendo esta cultura pública e centrada na pessoa, que a utiliza para interpretar seu mundo e seu modo de agir, também o reproduzindo. Todos têm cultura e é ela que determina em grande parte nossas diferenças. A autora também define cultura como “qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo. A cultura inclui valores, símbolos, regras da vida, e costumes” (Langdon, 1991, p.1). Para que se possa entender o que é atividade cultural, ela descreve cultura como algo que é aprendido, compartilhado, padronizado. Não nega o papel biológico da natureza humana, porém não é ele quem determina nossas diferenças, afirmando que as necessidades e características biológicas são modeladas pela cultura. Ao aprofundar o conceito de cultura a autora diz que ela organiza o mundo para o grupo e o organiza segundo sua própria lógica para formar um total. Assim, a cultura tem sua própria lógica e sua integração depende dessa lógica. A cultura, antes de tudo, mostra uma visão

do mundo, de como é organizado, como atuar nele e quais são os valores sobre estas atividades (Langdon, 1994).

A cultura permeia todo o processo de parir interferindo no significado que o casal venha a ter neste momento. A introdução do ser humano na cultura acontece primeiramente na família, na qual o mundo inicia sua simbolização e estruturação. Ser favorável à presença do pai em todos os processos do nascimento é com certeza uma prática que promoverá alterações no modo como o homem enxerga à mulher, bem como na estruturação familiar futura, pois estamos resgatando o homem para estar ao lado de sua mulher e filho.

Na Enfermagem, alguns trabalhos têm sido escritos sob os aspectos culturais e o nascimento, porém é de suma importância que as enfermeiras ampliem seus conhecimentos sobre o cuidado cultural, pois com este podemos perceber a mulher dentro do contexto tempo-espço, tendo como princípio norteador o significado qualitativo da experiência vivenciada.

## **2.2 O Casal no Processo de Parir**

Ao longo de minha experiência profissional como enfermeira obstétrica, pude refletir sobre a assistência à mulher no processo de parir em várias instituições. Estas possuem cultura própria, que se fundamentam em bases científicas e se mostram em suas rotinas que na sua maioria desconsideram o casal e deixam o pai do lado de fora. Em minha prática diária, na Maternidade do Hospital Universitário, a presença do pai ou de um acompanhante da escolha da mulher é a rotina que contraria a rotina de todas as outras instituições públicas de Santa Catarina que atendem ao parto. A presença do homem no processo de parir me fez refletir e perceber que sua presença promove apoio, conforto, segurança para a mulher e que o casal vive o nascimento do filho (a) com muito

envolvimento afetivo, o que favorece o estabelecimento de vínculo afetivo familiar precoce. Por considerar a experiência extremamente positiva, acredito que esta deva ser estudada, divulgada e difundida.

Apesar da gravidez e do nascimento serem considerados em nossa cultura como eventos femininos, os homens sentem-se envolvidos com o nascimento de seus filhos. Em diversas culturas o envolvimento emocional masculino é reconhecido através de vários rituais realizados por ele durante o ciclo grávido-puerperal da mulher. Contudo, nas modernas culturas ocidentais, o marido desempenha um papel mínimo, geralmente como um espectador ansioso no momento do nascimento de seus filhos. A maioria das culturas exclui os homens da cena do parto, porém isto não é regra, pois nos grupos de americanos nativos, esquimós, africanos e nos grupos Maori a presença do pai é quase sempre funcional e seus rituais são partes integrantes do processo do nascimento. Sua incumbência é de proteger a mãe, o bebê e facilitar o nascimento. Estas funções integram os rituais de couvade<sup>5</sup> que é uma participação consciente do homem (embora possa ter uma base subconsciente) no processo de parir. Há evidências de que os homens se envolvem física e emocionalmente com o nascimento de seus filhos (Helman, 1994).

A presença ou ausência do pai no momento do nascimento, sua participação ou seu papel de testemunha passiva são variantes rituais suscetíveis de modificar qualitativamente uma sociedade. As presenças cada vez mais freqüentes do pai durante o nascimento e principalmente a sua participação são fatos importantes. Em culturas passadas havia de um lado, o mundo dos homens e do outro, o mundo das mulheres. A gestação, o parto e o recém-nascido faziam parte do mundo das mulheres. O encontro destes dois mundos dependia do ritual próprio de cada cultura. Quando o mundo dos homens não é mais excluído do nascimento, ele deixa de ser um estranho aos vários episódios do ciclo grávido-puerperal e na vida do recém-nascido. Esta evolução em direção à fusão do mundo

---

<sup>5</sup> Em todo o curso da gravidez, as múltiplas modificações que se processam na mulher podem ter diferentes repercussões no marido, nos mais variados graus da síndrome de couvade. A síndrome de couvade é um conjunto de sintomas que surgem em homens de culturas industrializadas no decorrer da gravidez de suas mulheres. Os diferentes graus da síndrome, portanto, expressam simbolicamente a participação e o envolvimento do marido na gravidez da mulher. É de origem psicogênica, e seus sintomas são semelhantes aos sintomas comuns da gravidez. O termo foi dado por causa da semelhança ao ritual de couvade, em que o homem simula o processo de parto ou se põe de "resguardo" no lugar da mulher. O pai da couvade é o pai que deita e sofre (Maldonado, 2000).

dos homens e do mundo das mulheres é uma transformação na história da humanidade. Permite pensar em uma nova imagem paterna, mais forte e tranquilizadora, o que poderá favorecer o surgimento da criança do futuro, mais doce e forte. Perceber as influências da cultura no momento do nascimento sobre o modo como são vividas a maternidade e a paternidade já é perceber a importância desta cultura para o futuro recém-nascido (Odent, 1982).

Para Maldonado (1991), a presença do pai é de suma importância na hora do rito de passagem do nascimento, pois o casal pode vivenciar junto o nascimento do filho.

Boehs (1990) afirma, dentro de uma perspectiva transcultural, que o nascimento de um novo membro da família inicia um novo ciclo de desenvolvimento, onde ocorrem diferenças culturais que influenciam no relacionamento familiar.

Segundo Centa (1981), o marido também está dando à luz, por este motivo é importante sua presença na sala de parto. Concordo com a autora, pois não consigo conceber a gravidez como somente da mulher; acredito que a gravidez seja do casal, por isso ele também passa pelo processo de parir. Pergunto-me como fica este processo quando na maioria das vezes, é negado ao casal vivenciar junto o nascimento?

Para Maldonado (1991), a presença do pai no processo de parir, é muito importante para que ambos, mãe e pai possam vivenciar o nascimento do filho. Porém, este processo nem sempre acontece de maneira ideal, pois muitos homens sentem-se muito tensos, ansiosos e transmitem sua insegurança à mulher. Concordo com a autora, pois em nossa sociedade, na maioria das vezes, o homem é excluído do processo de parir. Portanto, acredito ser normal este comportamento do homem, pois como pode um homem estar seguro e transmitir segurança se aprendeu que não deveria participar do parto e nascimento. Como enfermeira obstétrica que vivencia diariamente a presença do homem no processo de parir encontrá-los inseguro e temeroso é um fato comum, mas a própria oportunidade que é dada ao casal de poder vivenciar este processo junto, contribui para modificar esta visão de que o gestar, parir e cuidar do novo serem é algo que só pertence ao mundo feminino.

A reflexão a cerca da presença do casal no processo de parir é recente em nossa

cultura, o que justifica a escassa oferta de literatura a cerca do tema. Pereira (1999)<sup>6</sup> desenvolveu especificamente a faceta do pai no processo de nascimento em família. Utilizou uma abordagem cultural embasada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger e enfatizou que a figura paterna, por considerá-la ainda à margem desse processo pelos profissionais de saúde, embora considere o papel do pai cada vez mais significativo no cuidado aos filhos. O que chama a atenção foi à abordagem da interação pai-filho e homem-pai na relação conjugal, o que acrescenta em relação a outros trabalhos<sup>7</sup> que só registram a figura paterna na relação pai-filho. Este trabalho difere de Minatti et al (1997), que descreveram a figura paterna sob a visão de homem-pai. O autor sentiu dificuldades em inserir o pai no processo de parir como acompanhante no parto, por diversas razões, quais sejam, ou por não se tratar de rotina da instituição, ou por não poderem participar mesmo que quisessem, ou não se fizeram presentes ou, ainda, não quiseram participar do momento do parto. Para Pereira (1999), o homem-pai vive um pesadelo histórico e os aconselha que conquistem o espaço perdido e que busquem redefinir os papéis sociais da paternidade; percebeu a necessidade do pai estar mais seguro de seu papel de cuidador, questionando o fato de que muitas vezes a própria família o impede de sê-lo, como se o homem fosse incapaz de ser um homem-pai. Um pai preparado e melhor informado reforça o vínculo familiar, o que favorece para que seja um pai presente e participante não apenas no ciclo gravídico atual, mas nas etapas futuras de um viver em família, para um viver melhor.

Centa (1981)<sup>8</sup> também abordou a temática específica do homem no processo grávido-puerperal. Através de uma pesquisa exploratório-descritiva, a autora destacou que o homem apresenta modificação comportamental, preocupa-se com a mulher e com complicações maternas e fetais, preocupa-se com as relações sexuais e possíveis complicações; com as dores no início do trabalho de parto e com o tipo de parto, com o cuidado à mulher no pós-parto e com o futuro da família. Além das preocupações

---

<sup>6</sup> Trabalho intitulado: "Compartilhando com o Pai o processo de nascimento em família, através de uma Abordagem Cultural de Cuidado" - Florianópolis (Fpolis)

<sup>7</sup> Bernardino et al, 1996 - Fpolis; Mattos e Bunn, 1998 - Fpolis; Stahl, Locatelli e Delaiti, 1998 - Fpolis; Farias, Wolf e Schieffélbein, 1998 - Fpolis.

<sup>8</sup> Trabalho intitulado "*Experiências e Vivenciadas pelos Homens Durante a Primeira Gravidez e Parto de suas Mulheres*" - Fpolis

especificadas, registrou expressões referentes às emoções/sentimentos relativos à paternidade tais como: medo, preocupação, ansiedade, insegurança, nervosismo, apreensão e tensão. O conhecimento destes sentimentos poderá fornecer ajuda aos homens, fortalecendo seu papel de pai e de cônjuge, podendo se transformar no principal apoio para suas mulheres no processo de parturição. Concluiu que os homens vivenciam sentimentos de paternidade tais como: orgulho, realização, alegria, responsabilidade, associados à preocupação, medo, insegurança, expectativas, entre outros. Os homens percebem o período gravídico com alegria, mas também com dificuldades para enfrentá-lo. Os homens buscam ajuda para minimizar suas dificuldades, com informações sobre gravidez e seus cuidados, apoio material e emocional de amigos e familiar. Os sentimentos de tensão são aliviados com a consumação do parto e são substituídos por sentimentos de virilidade e potência. O nascimento do filho provoca sentimento de responsabilidade e de protetor familiar. Destaca que no meio profissional a ênfase é a preocupação com o binômio (mãe/filho), no qual não se dá atenção especial ao homem e recomendou às instituições que permitissem a presença do homem no trabalho de parto e parto de suas mulheres. Pode-se perceber que desde 1981 esta realidade ainda não sofreu alterações significativas, e que ainda estamos engatinhando neste sentido.

Nitschke (1991)<sup>9</sup> aborda o cuidado à família do recém-nascido internado na unidade de neonatologia e no domicílio desta. Relata que antes de pensar em abordar a família teve como proposta o cuidado ao pai por este estar sempre em segundo plano na esfera assistencial da saúde, pois a assistência estava voltada para o cuidado com o binômio mãe-filho. Percebeu, também, que a mulher se integra cada vez mais ao trabalho remunerado fora do lar, assumindo assim outro papel e, conseqüentemente, dividindo os cuidados com a criança com outros membros da família, o que faz que o homem deixe de ser apenas o “provedor financeiro” para também atuar no cuidado junto aos filhos.

A temática tem sido abordada em encontros científicos<sup>10</sup>, demonstrando uma crescente preocupação da enfermagem com o mesmo.

---

<sup>9</sup> Dissertação intitulada “*Nascer em Família: Uma Proposta de Assistência de Enfermagem para a Interação Familiar Saudável*” - Fpolis.

<sup>10</sup> 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería. Tema Central: Enfermagem: Situando-se no mundo e construindo o futuro. Florianópolis - SC.

Abreu e Souza (1999)<sup>11</sup> relatam que a paternidade ao longo da história se reveste de um caráter de responsabilidade, autoridade e masculinidade, mas que a modernidade tem influenciado e modificado estes aspectos, apresentando novos papéis que o pai assume na sociedade. Na área da saúde, a paternidade tem sido pouco discutida e o pai não é contemplado com propostas específicas.

Em outro estudo, Abreu e Souza (1999)<sup>12</sup> abordam o desvelamento do fenômeno do que parece, do que aparece e do que realmente é. Dentre as unidades de significados construídas, o medo do desconhecido emergiu como uma possibilidade do ser-pai.

Gregório et al (1999)<sup>13</sup>, no estudo realizado, afirmam que a maioria dos profissionais da saúde é favorável à presença do acompanhante no Centro Obstétrico, apontando como benefício a maior segurança e tranquilidade da parturiente e melhor evolução no trabalho de parto. Destacaram, como fatores limitantes, a falta de espaço, o fato da decisão estar centrada no médico, o despreparo de funcionários e médicos para receber o acompanhante, a invasão de privacidade das outras parturientes, o despreparo do acompanhante para o parto. Ressaltaram, também, a alegação de que o acompanhante é uma testemunha em potencial em nível de justiça comum contra o profissional médico, por não compreender o procedimento realizado. Já, a maioria das puérperas com um acompanhante, considerou a experiência ótima. Os homens relataram que ter presenciado o nascimento interferiu no modo de ver o processo de nascimento e o relacionamento pai-filho. A maioria das puérperas sem acompanhante gostaria da presença do companheiro no Centro Obstétrico. Estudos como este demonstram que, na visão do profissional, não há benefícios emocionais, vinculares, nem familiares, contendo uma visão tão limitada e reduzida do nascimento, onde tudo circunda em torno do profissional médico que tem medo de ter seu “poder” questionado, transformando um momento mágico, num ato mecânico de remover recém-nascidos das entranhas de suas mães. Apesar de não vivenciar meu dia a dia nesta visão, preciso demonstrar indignação e reforçar junto aos casais que atendo, que o homem deve estar ao lado de sua mulher no processo de parir, pois é um

---

<sup>11</sup> Trabalho intitulado “*Paternidade: o que É e o Que Pode...Ser*”.

<sup>12</sup> Trabalho intitulado “*Medo do Desconhecido: o Significado da Espera do Parto para o Pai*”.

<sup>13</sup> Trabalho intitulado “*Percepções e Sentimentos do Casal Grávido e da Equipe de Saúde, quanto a Presença ou Ausência do Pai no Centro Obstétrico*”.

direito de cidadão. Só quem vive com intensidade e envolvimento o processo de parir, junto ao casal, é que pode perceber o quão importante é para a família este momento e, conseqüentemente, para nossa sociedade. Este estudo mostrou claramente o que é cultura etnocêntrica dos profissionais que atendem ao nascimento.

Pontes et al (1999)<sup>14</sup> afirmam que a participação do companheiro nas consultas pré-natais deve ser implementada pelos benefícios para o trinômio pai-mãe-filho e à família. Proporciona ao pai condições de ser a gente participante da assistência pré-natal da companheira e do filho, fornecendo-lhe subsídios para entender as adaptações anátomo-fisiológicas e psicológicas do organismo da mulher durante a gestação. Acredito que a participação do homem não deve ser somente no momento do parto, por isso concordo com o estudo e sua importância, porém acrescentaria que no pré-natal o homem também teria seu espaço para trabalhar suas ansiedades e angústias e teria a visão de um casal grávido realizando pré-natal.

Ferreira et al (1999)<sup>15</sup>, relatam a percepção dos homens sobre as modificações que ocorrem em suas vidas devido à paternidade, e como estas interferiram na assistência paterna, no exercício da sexualidade do casal e na dinâmica familiar. Os autores recomendam, nas conclusões do trabalho, que o pai deve receber uma atenção especial nos serviços de saúde para proporcionar apoio efetivo e afetivo à mulher no período grávido-puerperal, diminuindo a visão estereotipada das funções paternas.

Os diferentes estudos nos mostram que a participação do homem no processo de parir acarreta uma transformação no indivíduo como um todo e não somente na relação pai-filho, quando ele vivencia o “parir” seu filho “junto” a sua mulher. Este parir a que me refiro é um “parir emocional” gerador de transformações internas na vida do homem. O fato do homem-pai não ter podido estar, ou não querer estar ao lado da mulher no processo de parir não significa que este esteja “fora” do processo, ou que por isso suas emoções sejam menores. O que acredito é que a presença do pai vai acelerar sua transformação. Oportunizar ao homem este vivenciar, lado a lado, frente a frente, com a mulher e o nascimento do filho é, também, colaborar para que as transformações “emocionais”

---

<sup>14</sup> Trabalho intitulado “*A Participação do Companheiro na Consulta Pré-Natal*”.

<sup>15</sup> Trabalho intitulado “*Percepção de um Grupo de Homens sobre a Gravidez e o Puerpério*”.

aconteçam de maneira mais suave, mais tranqüila. Já pude vivenciar muitas vezes, junto do casal, que alguns homens além de estarem ao lado, também, se permitem “parir”, deixando de lado o aprendizado culturalmente que ser macho é ser duro, é ser frio e que parir é coisa de mulher, transparecendo assim que houve um turbilhão de processos internos que foram remexidos, o que provavelmente os levará a um crescimento enquanto ser humano, podendo estar mais por inteiro para a vida, para ele mesmo, para sua mulher e, conseqüentemente, para seu filho. Penso ser reducionista a visão de paternidade que só percebe alterações no homem nas relações de cuidado com o filho.

Montgomery (1998) vem, há quinze anos, estudando a participação do pai em consultas pré-natais, exclusivas para os homens sem suas esposas. Tais consultas iniciaram-se a pedido dos homens, para que pudessem desabafar sobre suas dificuldades. As reuniões foram denominadas de “clube do bolinha”, onde os homens poderiam falar de suas expectativas, seus medos, suas responsabilidades, esperanças e alegrias. O autor compartilhou com os “maridos-pais” nas reuniões e destas surgiram quatro grupos naturais, baseado nas reações semelhantes que os homens apresentavam durante o pré-natal. Sendo estes:

**1- Maridos-pais românticos:** estes encaravam a paternidade de forma entusiasmada e espontânea, empolgados com a novidade. Sentiram a responsabilidade de diversas formas ao longo da gravidez. O relacionamento com suas esposas era ótimo, superavam suas dificuldades de forma bem humorada e esperançosa. Todos estiveram presentes no parto e não tiveram problemas em pegar, segurar e cuidar do filho nos primeiros meses de vida.

**2- Maridos-pais centrados na carreira:** consideravam a gestação um peso que seria uma barreira às obrigações profissionais. Aumentaram suas atividades fora de casa, no trabalho e com os amigos durante o período de gravidez e no pós-parto. Faltavam com freqüência às reuniões. Poucos participaram do parto e quase todos tiveram dificuldade em pegar, segurar e cuidar do recém-nascido. Os homens muito centrados no trabalho perdem o contato afetivo com o bebê desde o pré-natal como também não podem desfrutar a paternidade porque não sentem o filho como seu.

---

**3- Maridos-pais orientados para a família:** aceitavam com tranquilidade as novas responsabilidades e sentiam-se satisfeitos por serem pai em sua plenitude, assim como “chefes de família”. Envolviam-se nas reuniões e estavam presentes no parto, tendo facilidade em pegar e cuidar do bebê no pós-parto.

**4- Maridos-pais distantes e ausentes:** era minoria. Não participavam das reuniões, não queriam conversar nada a respeito de gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido no pós-parto. Todos tiveram dificuldades no relacionamento com os filhos durante um bom tempo no pós-parto.

Macy e Falkner (1981) descrevem que os homens cada vez mais estão descobrindo, juntamente com suas esposas, que o momento do nascimento de seus filhos pode ser a experiência mais sensacional de suas vidas.

De acordo com Kitzinger (1987), o companheiro pode ser a única pessoa que a mulher sente que deve ter ao seu lado no trabalho de parto e parto, pois é nele que ela vê um guia, um conselheiro.

Portanto, os profissionais de saúde que atendem ao nascimento, deveriam estar conscientes ou serem conscientizados desde a sua formação universitária, dos direitos e vantagens da participação do casal no processo de parir, deixando de excluir o homem-pai do nascimento dos filhos.

### **2.3 A Enfermagem e o Processo de Parir**

Para Madureira (1994), a enfermeira raramente procura saber o que a clientela conhece, como ela enfrenta as situações de cuidado, o que este representa, por quem quer ser cuidada. Isso impede que o saber popular possuído pela clientela seja colocado em prática. Não posso negar a importância, nem a existência de profissionais que tenham a visão de cliente exposta por Madureira (1994). Entretanto, não consigo ser uma enfermeira

com esta visão. Para mim é muito importante saber o que o casal conhece, suas crenças, como ele percebe o cuidado e o que isso representa para ele durante o processo de parir, assim como, por quem quer ou não ser cuidado durante este processo em sua estada no Centro Obstétrico.

Percebi que a busca da alteração da visão do enfermeiro sobre a sua clientela, sobre como cuidá-la tem sido contemplada em muitos estudos<sup>16</sup> que trabalharam com o enfoque cultural.

Por querer dar um salto qualitativo para o cuidado no processo de parir busquei trabalhos que utilizaram o referencial de Leininger (1991) e outros que utilizaram o processo de parir embasados em outros referenciais. Apresento-os a seguir, em ordem cronológica, para que se possa fazer uma imagem mental e seqüencial dos mesmos, facilitando uma análise.

O primeiro trabalho foi o de Colombo et al (1995) intitulado “*Promovendo Vínculo Afetivo: Mãe/Filho/Acompanhante*”, que utilizou a Teoria das necessidades Humanas Básicas de Horta (1979). O estudo aconteceu no Centro Obstétrico e tinha o intuito de promover o parto humanizado. Por não ser permitido a presença do acompanhante, as autoras realizaram a função de “Doulas”<sup>17</sup>. Registraram que vislumbravam uma visão holística do nascimento e que se tornaram partidárias do parto humanizado.

O segundo trabalho foi o de Bernardino et al (1996) intitulado “*O Cuidado no Processo de Parir/Nascer Para um Viver Saudável*”. O referencial teórico utilizado foi o do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício (1995) que possui em sua base várias (os) Teóricas (os) de enfermagem, sendo Leininger uma delas. É um estudo que ressalta a importância da presença do pai no processo de parir. A visão de pai, descrita no estudo, é a de cuidador na relação pai/filho.

O terceiro trabalho foi o de Beirão (1996) intitulado “*Uma Prática de Cuidar*

---

<sup>16</sup> Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem, de Especialização, de Mestrado e de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

*Participante no Processo de Parir-Nascer um Recém-Nascido Pré Termo: Contribuindo para a qualidade de vida*". O referencial teórico utilizado também foi, o do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício (1995). O estudo foi realizado com puérperas e seus recém-nascidos pré-termos. A autora não aprofundou o processo de parir no Centro Obstétrico uma vez que o cuidado aconteceu no alojamento conjunto. Registrou que as mulheres comentavam e criticavam sobre o cuidado profissional e comparava-os aos populares que possuíam, mas não houve aprofundamento neste sentido.

O quarto trabalho foi o de Minatti et al (1997) intitulado "*O Processo de Parir: Uma Experiência Assistencial do Cuidado de Enfermagem Baseado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger*". Considerei este estudo muito interessante, pois focalizou o cuidado no processo de parir no Centro Obstétrico, sendo comum, portanto, ao meu foco de interesse. Atenderam parturientes e familiares, sendo que deu ênfase a presença do pai como acompanhante no Centro Obstétrico. O que chamou a minha atenção foi à elaboração por parte das autoras de um roteiro de observação participante para o diagnóstico de enfermagem, buscando através deste, crenças, costumes, valores e padrões de comportamento. O roteiro traça o perfil das clientes, levantando alguns comportamentos apresentados com fundo cultural e crenças em relação à placenta e cuidados com o recém-nascido. Trabalharam também com as formas de atuação propostas por Leininger (1991), a manutenção, adaptação e repadronização. Registraram que para que haja repadronização há necessidade de maior tempo junto à parturiente, o que não foi possível às autoras. Durante a avaliação do alcance do objetivo das formas de atuação deixam registrado que consideraram o objetivo alcançado por acharem que conseguiram realizar manutenção, acomodação e repadronização, mas que estavam cientes que não conseguiram saber se houve incorporação por parte da clientela, pois tiveram pouco tempo para isso. Ressaltaram que existem questionamentos a respeito da aplicabilidade prática da Teoria de Leininger (1991), mas que para as autoras há aplicabilidade prática, embora tivessem se deparado com a limitação de tempo para a repadronização de padrões de comportamento.

---

<sup>17</sup> É definida como uma prestadora de serviços que recebeu treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, consistindo elogios, reafirmação, medidas para aumentar o conforto materno, contato físico, como friccionar as costas da parturiente e segurar suas mãos, explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto e uma presença amigável constante (OMS, 1996).

Percebi a relevância que deram à terminologia “trinômio” designando mãe-pai-filho, enfatizando que a presença do pai junto à esposa durante o trabalho de parto traz a ambos um momento mais tranquilo e seguro. Segundo as autoras, os pais mostraram-se ativos no processo, atribuindo maior valor à companhia, bem como tiveram uma efetiva interação com a mãe e o RN, confirmando o “trinômio” mãe-pai-filho. Ao se referirem ao pai, deram um enfoque para o homem-pai.

O quinto trabalho é o de Santos et al (1997) intitulado “*Vivendo o Processo de nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural*”. Foi realizado no Alojamento Conjunto da Maternidade do HU e no domicílio com a puérpera, recém-nascido e a família, embasado na Teoria Transcultural de Leininger. Apesar do trabalho focar o processo de parir no Centro Obstétrico, alguns registros e relatos ressaltam que o vínculo entre os pais e o RN não nasce pronto, é construído já desde o pré-natal. Um de seus relatos chamou atenção que foi a fala da avó paterna do RN: “meu filho mudou muito após a gravidez da minha nora, ele está muito melhor agora (M.S.,41 anos, avó)” (p. 109). Esta fala confirma a transformação que o homem-pai passa ao vivenciar o processo de parir, não só em relação à paternidade, mas sim uma alteração no todo. Concluíram que a maioria das crenças e valores da clientela é ignorada pelos profissionais numa instituição, levando a um descaso que pode ser prejudicial ao cuidado do RN e que a família interfere junto à mulher quando esta quer seguir as orientações hospitalares. Com relação às formas de atuação propostas por Leininger, registraram que a condutas para acomodar e repadronizar, foram às orientações, conversas, ênfase na importância de cuidados, apoio, reforço de orientações, oferecimento de novos conhecimentos, esclarecimentos, discussões. Descreveram que tiveram dificuldade em repadronizar alguns cuidados, principalmente pela forte influência cultural da família e que no domicílio foi visível que as famílias adotaram atitudes contrárias às orientações recebidas pelo cuidado profissional.

O sexto trabalho foi o de Maestri e Liz (1998) intitulado “*Acompanhando a Mulher-Mãe em seu Processo de Maternidade: Vivenciando o Cuidado Cultural*”. As autoras deste estudo trabalharam com a mulher-mãe em seu processo de Maternidade, enfocando o cuidado cultural, porém a ênfase foi para crenças e valores no pré-natal e puerpério. Apesar

de não abordar o período de parto propriamente dito, foi compatível com o que buscavam sobre o processo de parir. É importante registrar uma das conclusões de que há ainda uma lacuna assistencial a ser preenchida entre o período da alta hospitalar e a primeira consulta puerperal, pois a mulher sente-se desamparada profissionalmente neste período. Com relação às formas de atuação propostas por Leininger (1991), pude perceber que estas foram aprofundadas e registradas de maneira a se compreender o processo utilizado, mas ao avaliar como realizaram a repadronização e acomodação, ficou nítido o etnocentrismo<sup>18</sup>.

O sétimo trabalho foi o de Gonçalves, Franzon (1997) intitulado “*Do Hospital ao Domicílio: Cuidando do Binômio Mãe-Filho, na Iniciação do Rito de Passagem do Nascimento*”, fundamentado do modelo Teórico de Madeleine Leininger. Acompanharam a mulher no Centro Obstétrico com o objetivo de interação e utilizaram um roteiro adaptado de Minatti et al (1997) para o levantamento das crenças e valores. Tiveram como foco principal o cuidado no puerpério e no domicílio. Considero importante registrar algumas das conclusões levantadas que foram: a interferência que a hospitalização traz, inibindo as expressões culturais da cliente que por sua vez “passa” a responsabilidade do processo de cuidar à equipe de saúde; que *o rito de passagem do nascimento é capaz de sensibilizar, fragilizar, deprimir, de produzir somatizações, ou seja, é um momento de intenso movimento, em que a ordem anterior, o que já estava estabelecido, sofre transformações* (Gonçalves, Franzon, 1997, p.150), que as orientações às mães no trabalho de parto devem ser restritas a situação, pois perceberam que as orientações à cerca dos cuidados com a mãe e o recém-nascido se perderam no domicílio; que o rito de passagem do nascimento exige cuidado e que o acompanhamento domiciliar é de fundamental importância para apoiar e cuidar do binômio no seu contexto sócio-cultural. Com relação às formas de atuação percebi que se detiveram a descrever situações de preservação do cuidado, não aprofundando acomodação e a repadronização, porém deixam implícito durante os relatos que houve tentativas, mas as descrições foram superficiais.

O oitavo trabalho foi o de Mattos, Bunn (1998) intitulado “*Do Hospital ao Domicílio: Continuando o Cuidado ao Binômio Mãe-Filho, na Iniciação do Rito de*

---

<sup>18</sup> Etnocentrismo - Tendência para considerar a cultura de seu próprio povo como a medida de todas as demais (Aurélio, 1995), ou seja, é a imposição cultural do profissional não respeitando sua clientela.

*Passagem do Nascimento*”. Baseou-se em Gonçalves, Franzon (1997) com a proposta de dar continuidade ao realizado pelas autoras, porém o cuidado deu-se desde o pré-parto até o puerpério domiciliar, buscando desde o princípio crenças e valores, utilizando um roteiro adaptado de Minatti et al (1997). O que chama atenção também foi à preocupação com a diminuição da lacuna assistencial entre o período da alta hospitalar e a primeira consulta puerperal, que foi uma sugestão dada por Maestri, Liz (1998), em seu estudo. Houve, também, a preocupação da inserção do pai durante todo o processo, porém nos registros não houve ênfase sobre como este esteve envolvido. Apesar de parte deste estudo ter ocorrido no Centro Obstétrico, não aprofunda a questão do processo de parir. Salienta a importância do aumento de afetividade por parte da equipe em relação à parturiente, pois assim se poderia buscar a humanização da assistência.

O nono e o décimo trabalhos foram os de Farias, Wolf, Schieffelbein (1998) e Stahl, Locatelli, Delaiti (1998), intitulados como “*Do Hospitalar ao Domicílio: Continuando o Cuidado ao Binômio Mãe-Filho, na Iniciação do Rito de Passagem do Nascimento, Inserindo o Pai no Processo de Cuidar*”<sup>19</sup>. Descrevo-os juntos por terem sido trabalhos que tiveram como base o trabalho de Gonçalves, Franzon (1997) e Mattos, Bunn (1998). Ambos aconteceram ao mesmo tempo, porém em maternidades diferentes. Utilizaram o roteiro adaptado de Minatti et al (1997) e aplicaram um roteiro para identificarem as percepções e sentimentos do pai, da parturiente e da equipe de saúde quanto à presença ou ausência do pai no Centro Obstétrico por ocasião do nascimento do filho.

Faria, Schieffelbein, Wolf (1998), fizeram a tentativa de inserir o pai no processo de parir, porém isto foi frustrado pela instituição ter negado a permissão da presença do pai no Centro Obstétrico. Registraram que a equipe médica e de enfermagem se mostrou resistente à presença do pai e por isso impôs barreiras. Este fato que me deixou perplexa, pois quando Minatti et al (1997), um ano antes realizaram seu estudo, nesta mesma instituição, registraram a presença do pai como acompanhante e teceram comentários a respeito. Pude perceber que a falta de um acompanhante ficou muito visível nos resultados

---

<sup>19</sup> Apesar de serem dois trabalhos e realizados por grupos diferentes, apresentaram uma pequena diferença na denominação de ambos.

do estudo. Um comentário interessante foi que as parturientes não referiam suas crenças e/ou valores, o que confirmou a possível falta de interação entre a equipe de saúde e a cliente, por ser o modelo do parto hospitalar, fazendo com que as mulheres não tivessem liberdade de expressão. Visualizei que a maioria das crenças e valores realizadas tinha relação com o pós-parto e não com o processo de parir. As necessidades de cuidado, portanto tiveram este direcionamento. Não foi dado ênfase às formas de atuação proposta pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, registraram uma repadronização do banho do recém-nascido no domicílio e para que pudessem repadronizar tiveram que realizar uma reflexão com a puérpera sobre as implicações para o RN na demora do banho e tiveram que demonstrá-lo. Avaliaram que a primeira repadronização foi satisfatória. Apontaram para a deficiência de demonstração de cuidados para as mães na maternidade durante a internação.

Stahl, Locatelli, Delaiti (1998) fizeram um acréscimo inserindo o pai no processo de cuidado pela importância que dão a este, o que foi favorecido pela filosofia da instituição, que permite a presença de um acompanhante durante toda a internação da mulher na maternidade, sendo que é dada preferência ao pai. Apontaram que a presença do homem no trabalho de parto tranquiliza, dá segurança e apoio à mulher, fazendo com que a cliente solicite menos a equipe de saúde. A inserção do pai nos cuidados ao recém-nascido foi considerada muito difícil devido a forte concepção dos homens, de serem provedores da família e não cuidadores, sugerido, no entanto, que esta ênfase ao pai continuasse com outros estudos. Levantaram que houve por parte dos profissionais da área médica (médicos e acadêmicos de medicina) reações de indiferença, agressividade e impaciência com a mulher no período expulsivo. Na percepção dos autores estes comportamentos se contrapõem à filosofia do parto humanizado, preconizado pela instituição, sendo um dado relevante para que a instituição repense maneiras de tentar engajar os profissionais que apresentam atitudes que chocam com o preconizado. Com relação às formas de atuação, houve uma descrição de repadronização do retorno ao aleitamento materno, pois a mãe estava utilizando leite em pó. Na avaliação foi considerado que a repadronização ocorreu, pois a mãe retornou ao leite materno exclusivo.

Avalio que os estudos realizados por Gonçalves, Franzon (1997), Mattos, Bunn

(1998) Farias, Wolf, Schieffelbein (1998) e Stahl, Locatelli, Delaiti (1998) se processaram de forma crescente, mas talvez este acréscimo poderia ter sido maior se a primeira recomendação feita por Gonçalves, Franzon (1997) tivesse sido implementada, que seria a alteração do roteiro de Minatti et al (1997), para aprofundar um pouco mais a busca de crenças e valores em relação ao processo de parir. Também, percebi que as considerações finais foram muito semelhantes nos quatro estudos, quando na verdade, ao observar profundamente cada estudo, percebi que obtiveram resultados que, algumas vezes fortaleciam o que Gonçalves, Franzon (1997) registraram e que, em outras, acrescentavam ou até mesmo inovavam, o que não transparece tirando muito a individualidade, a riqueza e a beleza dos estudos. Em relação às formas de atuação propostas por Leininger (1991) pude perceber que nenhum dos estudos teve muita preocupação em registrar como realizou a preservação, acomodação e repadronização e que quando o fizeram não demonstram de maneira clara como aconteceu, como conduziram, como se sentiram. Senti falta de uma reflexão mais crítica sobre as formas de atuação, porém cabe aqui justificar que são trabalhos em nível de graduação, no qual muitos ainda não conseguem realizar uma análise mais crítica do estudo que realizam, pois possuem pouco exercício de produção científica.

As dissertações de mestrado e teses de doutorado em Enfermagem disponíveis apontaram que muitos trabalhos foram realizados à luz do Referencial de Leininger, nas mais diversas áreas temáticas (Patrício, 1990; Boehs, 1990; Koller, 1992; Lenardt, 1996; Santini, 1998; Henckemaier, 1999; entre outros) porém nenhum deles trabalhou especificamente o processo de parir no Centro Obstétrico. O estudo que mais se aproximou foi o de Monticelli (1994,) que desenvolveu seu estudo com puérperas, seus recém-nascidos e a família (co-participantes). Para Monticelli (1994) o nascimento como um rito de passagem é um momento de profundas transformações físicas, simbólicas e sociais, não só para a mulher, mas para todos que estejam envolvidos. O nascimento é um grande marco do processo da vida e postula transição de estágios, carregando consigo um novo horizonte existencial. Recomenda que a enfermagem/enfermeiro considere os seres humanos que co-participam no processo em suas singularidades e complexidades; que esteja atenta às ligações cultura-cuidado; que ultrapasse a visão fisiológica e obstétrica, superando a compreensão de que o cuidar as puérperas e recém-nascidos seja “cuidar de

doentes”; que valorize os saberes das mulheres, incentivando suas práticas e alcançando a adequada compreensão do que os ritos de cuidado significam para elas; que reflita a necessidade de ampliar seu papel social e redimensione sua cultura profissional; que atue como facilitadora entre os ritos institucionais e os populares, colaborando para que os co-participantes exijam seus direitos de cidadãos, levando-os a reflexão para que se tornem sujeitos de transformação da realidade institucional.; propicie aos co-participantes do processo de enfermagem a compreensão de que a enfermeira, também, é parceira do processo de cuidar, que ajuda a refletir, dá apoio, facilita, esclarece, estimula, valoriza, compartilha na tomada de decisões e auxilia na transição de papéis; entre outras recomendações.

Quando se aborda a temática sobre o parto normal no Brasil, não se pode esquecer de questionar a “cultura da cesariana” na qual profissionais e mulheres estão envolvidos. Vários trabalhos<sup>20</sup> têm registrado os altos índices de cesariana, assim como traçaram alguns comparativos entre a cesariana X parto normal. Sendo eles:

Aldama, Leite (1999) realizaram um estudo sobre os índices de parto normal e cesariana em Montes Claros, Minas Gerais e chegaram a conclusão que o município apresenta um índice de cesariana de 28%, e que ainda está longe do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (15%). Ressaltam que as maternidades particulares (61,8%) tiveram um índice bem maior em relação às maternidades públicas (27%). Sugerem a reorientação na indicação da cesariana e um trabalho de conscientização, tanto para a equipe quanto para as gestantes.

Lopes et al. (1999), em seu estudo sobre as opiniões a cerca do parto normal ou cesariana, a partir da vivência de mulheres com os dois tipos de parto, encontraram que a opção pela cesariana foi principalmente do médico; que a maior parte das mulheres teve partos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); para a maioria, o parto normal foi pior no pré-parto, porém muito melhor no pós, elas optariam por só ter parto normal. Concluíram que muitas mulheres são induzidas a fazer a cesariana, registrando que o parto vem se transformando, com os tempos, em um processo patológico, medicalizado e cirúrgico.

Amaral et al (1999) trabalharam as percepções das gestantes em relação aos partos cesariano e normal. Descreveram que o Brasil é campeão mundial em partos cesáreos, onde o óbito materno é o dano mais indesejável. Em suas conclusões apontaram que a reversão da incidência de cesáreas é uma missão muito difícil, porém possível.

Biazi et al (1999) buscaram apontar os valores vigentes em diferentes épocas a cerca do processo do nascimento e do parto. Os resultados mostram que a partir da década de 40 as mulheres passaram a ser assistidas quase, exclusivamente, pelo médico. Evidenciaram que as terciparas e múltiparas estão entre as mulheres nascidas na década de 50 e que a maioria valoriza o parto cesáreo, medicalizado.

Siqueira et al (1999), ao contrário dos estudos supracitados, registram que é notório que nos últimos anos o parto normal, vem ganhando uma maior valorização por parte dos profissionais da saúde. Em seu estudo realizado na cidade de Jequié-Bahia (BA), o índice de partos normais foi de 88,6% e o de cesárea foi de 17,1%. Com relação à satisfação no parto normal, obtiveram que esta foi positiva. Sugerem, mesmo assim, reforço com relação à importância do parto normal, uma melhora na qualidade de assistência contemplando a individualidade e qualidade no atendimento ao pré e pós-partos e que a enfermagem tem um papel muito importante na orientação e educação em saúde.

Albuquerque, Pontes (1999) descreveram que, no Brasil, o índice de cesariana é de 36,4%, sendo responsável por um saldo médio anual de 114 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos. No estudo detectaram um índice de 65,20% de partos normais e 34,80% de cesarianas, índices acima do preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Concluíram haver necessidade de outras diretrizes políticas que visem reverter este problema de Saúde Pública e o estigma do Brasil, líder mundial em partos cesáreos.

Outros trabalhos<sup>21</sup> apontam na direção de que há no Brasil uma “cultura de cesariana”.

Além da temática da importância da reorientação das práticas de assistência ao parto - da cesariana ao parto normal, a enfermagem tem abordado em seus estudos o parto

---

<sup>20</sup> Apresentados no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem.

<sup>21</sup> Aldama, Leite (1999); Lopes et al (1999); Amaral et al (1999); Biazi et al (1999); Siqueira et al (1999) e Albuquerque, Pontes (1999)

humanizado, demonstrando uma preocupação crescente da enfermagem com a revisão de seus procedimentos no processo de parir. Discutir o processo de parir junto ao casal embasada na Teoria Transcultural de Leininger é também, focalizar o cuidado humanizado, nesse processo, como me proponho no presente estudo.

Silveira (1999), coloca que o parto é um acontecimento natural e fisiológico onde os valores e cuidados devem ser respeitados. Indica a importância do respeito à mulher durante a evolução do trabalho de parto natural e humanizado.

Xavier et al (1999) estudaram os sentimentos das enfermeiras obstétricas que atendem ao parto, sob a perspectiva de que as mulheres apresentam comportamentos variados no trabalho de parto, pois possuem a idéia de parir, culturalmente ligada à dor, sofrimento e angústia. Para as autoras estes comportamentos são geradores de reações dos profissionais da saúde. Concluíram que, para as enfermeiras obstétricas, a prática do cuidado ao parir é repleta de emoções, sentimentos, preocupações. Constataram que a prática do cuidar pelas enfermeiras obstétricas está pautada no modelo biomédico, mas que reconhecem que a humanização do cuidado contribui para a qualidade do atendimento prestado.

Gayeski e Millão (1999) estudaram os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto e obtiveram que os sentimentos que mais se evidenciaram nas mulheres durante o seu trabalho de parto e parto são: dor/medo da dor (62,50%), emoção (62,50%) e medo (50%). Este estudo corrobora sobre o aprendido culturalmente e relatado por Xavier et al (1999).

Largura (1998)<sup>22</sup> descreveu pistas para a humanização do parto. Uma delas é a visão da mulher como ser único na sua constituição física, estrutura psíquica e nos valores sociais, culturais e religiosos e que a assistência humanizada deve ser adaptada a essa realidade e que isso se contrapõe aos procedimentos de rotina das instituições, no que diz respeito às intervenções durante o trabalho de parto. Valoriza a capacidade da mulher em resolver os processos fisiológicos, sendo o parto um deles.

Matos et al (1999) descreveram sua vivência, na Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, como um modelo voltado para a humanização do atendimento ao parto e ao

---

<sup>22</sup> Autora do livro: "Assistência ao Parto no Brasil".

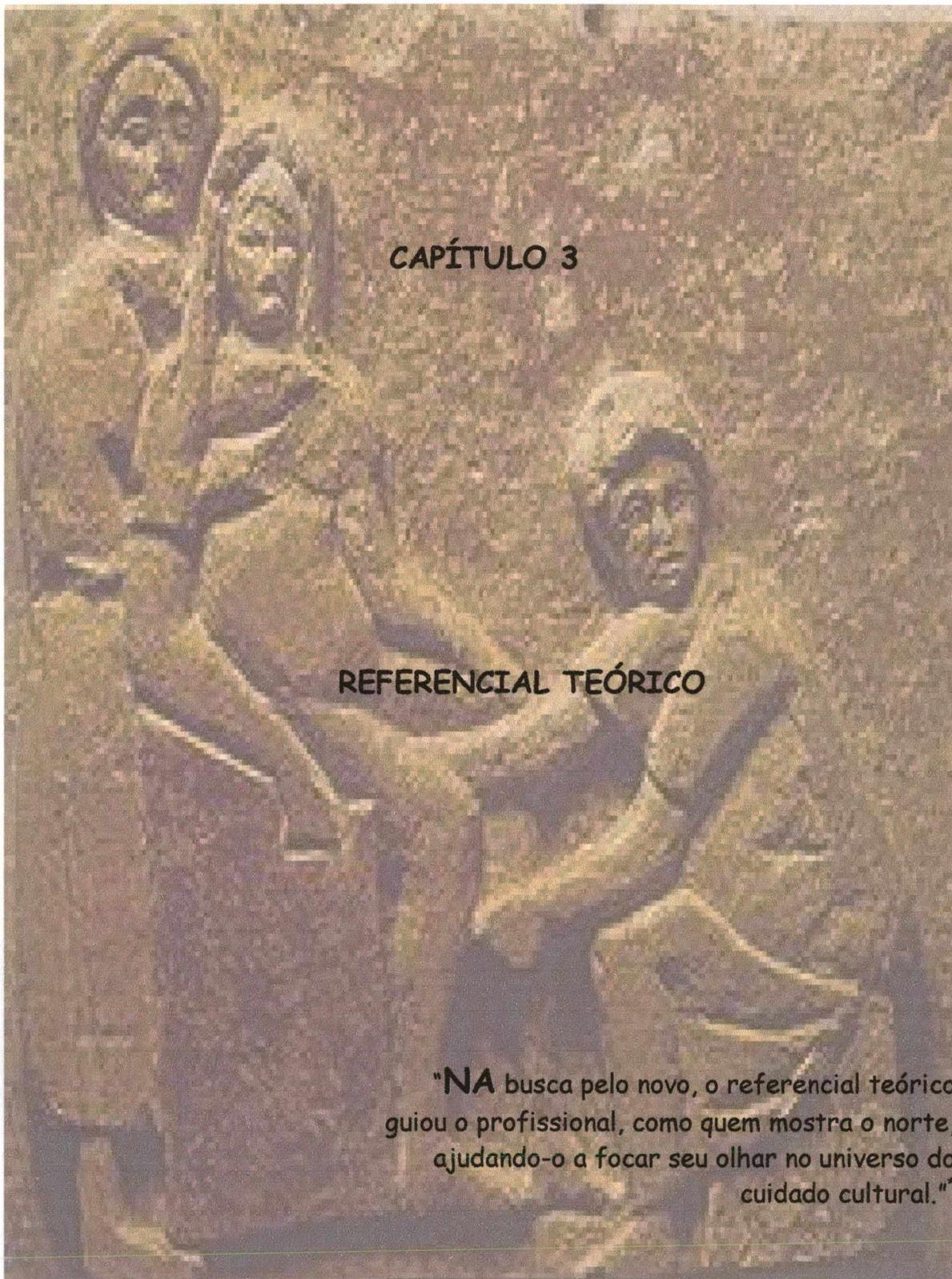
nascimento. Entre outros cuidados, proporcionam o vivenciar o parto em família.

Almeida, Kantorski (1999) entendem que para o evento do nascimento e parto precisa-se desenvolver atenuantes às intervenções impostas pelo ambiente hospitalar. A cultura hospitalar impõe a parturiente um ambiente cheio de objetos, e pessoas estranhos ao seu universo cultural, cerceando-a da possibilidade de ter o seu filho, de modo que suas crenças, valores e práticas culturais sejam consideradas e respeitadas. Ressaltam o fato da cultura ser considerada e não servir de impedimento à assistência. Sugerem que os cursos de formação de enfermeiros, técnicos e auxiliares direcionem um olhar diferente que aponte para a construção de um novo paradigma assistencial na enfermagem obstétrica, visando compreender a mulher como um todo, indivisível.

Santos et al (1999) relatam nos resultados da oficina sobre “o prazer de gestar”, realizado no dia Internacional da Mulher em Florianópolis, que se destacou o fato das mulheres consideraram o parto normal sem analgesia e o parto de cócoras como prazerosos e a cesariana como desprazeroso. Inferiram que pode estar havendo mudança sobre a percepção da melhor forma de parir.

Davim (1999) reforça em seu estudo que o método cartesiano, favoreceu a visão do homem como máquina. Esta visão teve, também, suas implicações na saúde e na assistência ao parto. Nesta perspectiva, a condução do trabalho de parto e do parto foi marcada com etapas-regras, com intervenções desnecessárias, contrariando a naturalidade do parto e do delivramento. Relata que há uma violência institucional na atenção à mulher e aponta para a necessidade de buscar resgatar e respeitar a naturalidade do nascimento, ensinando-se a convivência tranqüila com o parto, sem os traumas das rotinas hospitalares.

A revisão destes resumos me leva a inferir que algumas questões têm sido estudadas sobre a cultura e o processo de parir, mas ainda necessitamos, como enfermeiras obstétricas, de uma maior valorização da cultura e do parir, para tornarmos-nos a gentes transformadores.



### CAPÍTULO 3

### REFERENCIAL TEÓRICO

"**NA** busca pelo novo, o referencial teórico guiou o profissional, como quem mostra o norte, ajudando-o a focar seu olhar no universo do cuidado cultural."<sup>\*</sup>

---

\* Reflexão da autora. Esta imagem foi escolhida por mostrar que o parto com a presença do companheiro já era esculpido na pedra nas antigas civilizações. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hklilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1997.



### CAPÍTULO 3

### REFERENCIAL TEÓRICO

"**NA** busca pelo novo, o referencial teórico guiou o profissional, como quem mostra o norte, ajudando-o a focar seu olhar no universo do cuidado cultural."\*

---

\* Reflexão da autora. Esta imagem foi escolhida por mostrar que o parto com a presença do companheiro já era esculpido na pedra nas antigas civilizações. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hlkilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1997.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico atua como um guia que norteia a prática assistencial. Permeia todos os processos e momentos da prática, constituindo-se num conjunto de crenças, valores, conhecimentos, técnicas e reflexões que conduzem o pensar-fazer da enfermeira.

Este guia fez parte constante de todos os processos da assistência, atuando assim como referencial sobre o que é importante observar, planejar, organizar, analisar, compreender e refletir durante a atuação da enfermeira, junto ao casal, no processo de parir.

Os conceitos do referencial teórico representam as vigas mestras da construção teórica. São operações mentais que refletem uma visão da realidade, focalizando alguns aspectos dos fenômenos, de forma hierárquica. Torna-se uma maneira de ordenar a realidade e observar os fatos e as relações, podendo ser também um caminho criativo (Minayo, 1998).

Segundo Monticelli (1998), o referencial teórico é uma construção mental que tem comportamento lógico havendo inter-relação entre os vários conceitos, direcionando ou guiando o cuidado de enfermagem.

O cuidado cultural ao respeitar a visão de mundo do casal, fornece sustentação para a compreensão da atuação da enfermeira, junto ao casal, no processo de parir. Ele foi elaborado com o intuito de orientar minha prática assistencial junto ao casal no processo de parir. Nesta perspectiva, a Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural da Dr.<sup>a</sup> Madeleine Leininger iluminou esta construção, por contemplar, em especial, a cultura dos indivíduos que recebem cuidados, bem como, conceitos pessoais e antropológicos, vindo ao encontro com minhas concepções e pressupostos.

### 3.1 Pressupostos

Os pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros. São idéias que antecedem a formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor. São significados assumidos e aceitos, que são, até certo ponto, verdades (Duldt e Giffin apud Monticelli, 1998).

Os pressupostos são afirmações que explicam os conceitos, hipóteses, ou seja, são afirmações que possuem uma lógica inter-relacionada que norteiam a obtenção de dados e a análise dos mesmos (George, 1993).

Baseada nas afirmações supracitadas, apresento, a seguir, os pressupostos que orientaram a formulação dos conceitos deste referencial teórico:

- ⇒ O cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos desde o seu surgimento. Este cuidado pode ser diferente (diversidade) ou similar (universalidade), dependendo de cada uma das culturas do mundo (Leininger, 1991);
- ⇒ Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico e ambiental de cada cultura em particular (Leininger, 1991);
- ⇒ O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas. Sendo esta a característica central, dominante e unificadora da enfermagem (Leininger, 1991);
- ⇒ O cuidado é a essência da enfermagem. Este é essencial para o bem estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das dificuldades ou da morte. Para Leininger não existe cura sem cuidados, mas pode haver cuidado sem que seja para a cura (Leininger, 1991);
- ⇒ As culturas possuem práticas de cuidado de saúde que são as profissionais e as populares e estas influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem (Leininger, 1991);

- ⇒ A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, humanístico e uma profissão cujo propósito maior é servir ao ser humano. Para ela o paradigma qualitativo proporciona novas formas de saber e diferentes meios de descobrir as dimensões epistemo e ontológicas do cuidado humano (Leininger, 1991);
- ⇒ O casal deve ser respeitado quanto às suas expectativas, crenças, valores, decisões e significados expressados durante o processo de parir;
- ⇒ O parto não é um processo apenas biológico, nem muito menos uma técnica de retirada do bebê das entranhas da mulher, no qual só ela está envolvida, mas sim um acontecimento social/cultural, envolvendo o companheiro, a família que passará a transformar a sociedade com a chegada de um novo ser;
- ⇒ O contexto e a vivência social do casal tem influência sobre o significado do processo de parir, bem como sobre a posição que a mulher adotará para a parturição;
- ⇒ No desenvolvimento da prática assistencial enfermeira/clientela (casal/RN) utilizam o cuidado como maneira de compreensão dos processos vivenciados no processo de parir.

Os pressupostos supracitados foram à base de sustentação na construção dos conceitos, os quais passo a descrevê-los.

### **3.2 Conceitos**

O referencial teórico foi elaborado com base em alguns conceitos da Teoria de Leininger, de autores da antropologia, bem como de alguns conceitos pessoais advindos de minhas crenças.

Segundo Fawcett (1982), conceitos são representados por palavras que descrevem o que se imagina mentalmente de um fenômeno.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural está fundamentada no Modelo do Sol Nascente (Sunrise Model). Este modelo compreende o cuidar/cuidado

humano em suas diferenças e similaridades, nas diversas culturas do mundo, demonstrando a inter-relação entre os conceitos em sua Teoria. Apresenta quatro níveis de enfoque que inicia pela estrutura social e cultural, passando pelos indivíduos, famílias, grupos e instituições em sistemas de saúde, até as decisões e ações de cuidado em enfermagem, os quais poderão ser preservados, acomodados e repadronizados para se chegar ao cuidado cultural coerente.

Nesta perspectiva, os conceitos trabalhados foram: Ser Humano; Contexto Ambiental; Saúde; Enfermagem; Cultura; Cuidado Cultural e Processo de Parir.

### **3.2.1 Ser Humano**

É um ser único, indivisível, individual, social, relacional e cultural que aprende, partilha e padroniza suas ações (Langdon, 1994). O ser humano não sobrevive e nem vive sozinho, ele já nasce como membro de uma família que o ensina a viver social e culturalmente, carregando desde o princípio este aprendizado por toda a sua vida.

Neste estudo, o ser humano corresponde ao recém-nascido, à mulher e seu companheiro que a acompanha no processo de parir, internados na Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis, à enfermeira e qualquer outra pessoa que participe deste processo.

“O recém-nascido é um ser humano liminar, em passagem. Encontra-se num grau intermediário entre a natureza e a cultura” (Monticelli, 1998, p.74).

A mulher é vista como mulher-mãe inserida em uma sociedade que em algum momento de sua vida passa a desempenhar mais um papel, o de mãe, além dos que já exercia como cidadã, filha, mulher, esposa, trabalhadora etc. A mulher-mãe é aquela que está vivenciando o processo de parir, junto ao seu companheiro, experimentando este momento de acordo com sua visão de mundo, sua cultura.

O companheiro é visto como o homem-pai que em algum momento de sua vida passa a desempenhar seu papel de pai, vivenciando com sua companheira (mulher-mãe) o surgimento de um novo ser. Esta experiência é vivenciada também de acordo com sua visão de mundo, sua cultura.

O casal é fruto da união entre o ser mulher e o ser homem que passam a viver em família, vivenciando uma nova experiência com acréscimo de papéis, pois passam a desempenhar a função biológica, social e cultural de ser mãe e pai de um ser que é liminar (recém chegado) neste momento.

A enfermeira, como ser humano, tem sua própria cultura, ou seja, a que traz de seu grupo cultural anterior, unida a sua formação profissional. Por isso, durante todo o processo de parir, ela precisa estar consciente de que estes seres humanos que está cuidando, são membros de outras culturas, diferentes da sua cultural pessoal e profissional. Este estado de consciência possibilita um cuidado cultural coerente, que acontecerá no contexto ambiental da Maternidade do Hospital Universitário - UFSC.

### **3.2.2 Contexto Ambiental**

Para Leininger (1991), o contexto ambiental contempla a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular conferindo sentido às expressões humanas, as quais incluem as interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais.

No processo de parir, o contexto ambiental fará parte de toda a experiência de parir, no qual o casal chega com sua cultura, sua visão de mundo, interage com os profissionais (médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicóloga, nutricionista, assistente social, acadêmicos, etc.), desde a chegada na maternidade, na internação, até sua alta hospitalar. Todos os momentos e experiências vivenciadas na triagem obstétrica,

Centro Obstétrico, algumas vezes neonatologia e alojamento conjunto fazem parte deste contexto.

O processo de parir transcorre em um período muito delicado da vida do casal, pois durante este processo muitas emoções, traumas, alegrias podem estar sendo revividos por eles, reforçando ou desfazendo suas crenças. Neste sentido, profissionais que os assistem precisam estar cientes de que este processo pode estar acontecendo, favorecendo um ambiente tranqüilo, harmonioso com respeito às crenças e valores do casal.

### **3.2.3 Saúde**

**“Um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória” (Leininger, 1985, p. 261)**

Neste contexto, significa um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que o casal possui para realizar ações de apoio e cuidado de forma culturalmente satisfatória no processo de parir .

Os termos “saúde” e “doença” diferem entre os indivíduos, grupos e classes sociais. Saúde transcende o significado de ausência de sintomas desagradáveis. Pode ser conceituada como o equilíbrio no relacionamento humano, com a natureza e com o mundo sobrenatural. Qualquer distúrbio nestas relações pode provocar manifestações físicas e emocionais. O processo de ficar doente é envolvido por experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais e cada cultura possui sua linguagem de sofrimento, a qual está interligada com as experiências subjetivas de mal-estar e com seu reconhecimento social. Fatores culturais determinam que sinais e sintomas são percebidos como anormais, colaborando com as mudanças físicas e emocionais, padronizando-as, podendo assim ser

identificadas pela pessoa ou pelo grupo que a cerca (Helman, 1994).

Saúde e doença permeiam todo o processo de viver, porém, no processo de parir o casal passa por um momento ímpar que transpira uma magia saudável e que nem sempre é assim considerado nas instituições de saúde. Eles podem sentir-se no limite entre saúde e doença, em um extremo ou em outro. O que altera esta visão e sensação será a pré-concepção cultural unido aos acontecimentos do momento. Cada casal possui sua linguagem para expressar a condição de saúde e de sofrimento.

De acordo com Langdon (1991), a forma como o indivíduo, família ou grupo organiza e pensa saúde/doença não é diferente de sua visão de mundo. Tendo isso com clareza é possível compreender seus comportamentos e crenças sobre saúde/doença.

Saúde também é concebida como a interação do casal com o contexto ambiental, de maneira flexível e harmônica, satisfazendo suas necessidades, segundo a dinâmica social e cultural do processo do nascimento (Lenardt, 1996).

### **3.2.4 Enfermagem**

**“A Enfermagem diz respeito à disciplina e profissão, humanística/aprendida e científica, com seu foco no fenômeno e atividades de cuidado humano com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou permitir que indivíduos ou grupos mantenham ou recuperem seu bem estar (ou saúde) de modo culturalmente significativo e benéfico, ou ajudar as pessoas a encarar o sofrimento físico/mental ou a morte” (Leininger, 1991, p. 47).**

Neste estudo, enfermagem diz respeito à disciplina e profissão, humanística/aprendida e científica, com seu foco no fenômeno e atividades de cuidado humano ao casal/ RN no processo de parir, com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou

permitir um trabalho de parto, um parto e um pós-parto saudáveis e com o mínimo de intercorrências e intervenções possíveis, de modo culturalmente significativo e benéfico, ou o casal/RN em face de sofrimento ou morte.

A enfermeira e o casal são os cuidadores e seres cuidados, durante o processo de parir. A enfermeira participará do processo, repetindo a visão de mundo do casal, suas crenças e valores, ou seja, sua cultura; praticando um cuidado de acordo com as situações vivenciadas e que em algumas situações poderão oscilar entre a saúde e a doença, evitando imposição cultural (etnocentrismo), compartilhando e descobrindo o melhor caminho para um processo de parir saudável.

### **3.2.5 Cultura**

**"São os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada." (Leininger, 1985, p. 261)**

Neste estudo, cultura é os valores, crenças, normas e práticas de vida do casal que foram aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam seu pensamento, suas decisões e ações, de maneira padronizada durante o processo de parir. Ou seja: são valores, crenças, normas que nos são repassadas desde a vida intra-uterina, e que carregamos por toda a existência. Embora possamos modificá-los e reorganizá-los, ainda assim, estarão arraigados em nossa essência.

Entendo, de acordo com Langdon (1991), que a cultura não é algo estático, pode mudar e transformar-se. A autora apoia-se no conceito de Geertz (1978) "cultura é uma rede de significados dentro da qual o homem se move..." e a partir deste conceito cultura é um sistema simbólico fornecendo um modelo de realidade e um modelo para a realidade.

Para ela, cultura não é algo celular, que seja individual, mas sim compartilhado. Sendo esta cultura pública e centrada na pessoa que a utiliza para interpretar seu mundo e seu modo de agir, também os reproduzindo.

Cabe salientar que a cultura é propriedade de uma sociedade ou grupo e que esta mesma sociedade ou grupo é quem a cria para uso e benefício próprio. Portanto, cultura e cuidado apresentam-se intimamente relacionados. A introdução do ser humano na cultura acontece primeiramente na família, na qual o mundo inicia sua simbolização e estruturação (Elsen, 1984).

Para Langdon (1991, p.1), todos têm cultura e é ela que determina, em grande parte, nossas diferenças. Define cultura como “qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo. A cultura inclui valores, símbolos, regras da vida, e costumes”. Para que se possa entender o que é atividade cultural, a autora descreve cultura como algo que é *aprendido, compartilhado, padronizado*. Não nega o papel biológico da natureza humana, porém não é ela quem determina nossas diferenças, afirmando que as necessidades e características biológicas são modeladas pela cultura. Ainda segundo esta autora, cultura é o resultado das nossas interações.

Ao aprofundar o conceito de cultura, a autora diz que ela organiza o mundo para o grupo e o organiza segundo sua própria lógica para formar um total. Assim, a cultura tem sua própria lógica e sua integração depende dessa lógica. A cultura, antes de tudo, mostra uma *visão do mundo*, de como é organizado, como atuar nele e quais são os valores sobre estas atividades (Langdon, 1994).

Mesmo adotando o conceito de Leininger (1985), acredito que os valores, crenças e práticas sobre o processo de parir na medida em que vão ocorrendo as interações, elas se modificam de forma dinâmica.

Leininger (1978, 1985) define valores, normas e crenças como sendo:

- Valores: são forças diretivas que comandam ou dão significado ao pensamento, às decisões e às ações de indivíduos de um determinado grupo, que se mantém numa mesma cultura por certo período de tempo.

- Normas: são regras que guiam o comportamento humano e fluem dos valores de uma cultura. São diretrizes que ajudam as pessoas a atingirem os valores. O conjunto de normas forma os padrões de uma cultura.

- Crenças: são traços culturais, que são representações do tipo cognitivo.

A cultura permeia todo o processo de parir interferindo no significado que o casal venha a ter neste momento, por este motivo o cuidado cultural coerente, pode favorecer um processo de parir mais tranquilo e harmonioso e condizente com a cultura do casal, ou seja, com seus valores, normas e crenças.

### 3.2.6 Cuidado Cultural

**“É aquele em que os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apóiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, a melhorar suas condições e modo de vida, a enfrentar a doença, a incapacidade e a morte. Este cuidado cultural pode ser diversificado ou universal” (Leininger, 1991, p. 47)**

Para Leininger (1991, p. 47), “a universalidade do cuidado cultural, diz respeito aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos daqueles cuidados com uma dominação uniforme, comuns ou similares, manifestados em várias culturas e que refletem maneiras de ajudar as pessoas, nos atos de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar”. E, “a diversidade do cuidado cultural, se refere às variações e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro ou entre grupos que se relacionam com assistência, suporte, facilitações ou capacitações, na prática do cuidado ao ser humano”.

O cuidado cultural respeitará as diferenças (diversidade) dos significados, padrões,

valores e símbolos concebidos pelo casal no processo de parir. Tendo também compromisso com as semelhanças, uniformidades e igualdades (universalidade) do cuidado cultural neste processo.

A enfermeira deverá ter claro que o cuidado concebido pelo casal pode ser diferente do que a enfermeira possui, isto deve ser valorizado e respeitado.

No processo de parir, tanto a mulher quanto seu companheiro (casal) passam por um momento novo, frágil, no qual algumas questões culturais se tornam mais visíveis, devendo estas ser respeitadas, pois se houver necessidade de preservação, acomodação e/ou repadronização de cuidados este processo pode acontecer de maneira mais tranqüila e eficiente.

A preservação cultural do cuidado é um fenômeno culturalmente embasado, de assistir, facilitar ou capacitar a enfermeira que auxilia o casal a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde durante o processo de parir.

A acomodação cultural do cuidado é o ato culturalmente embasado de assistir, facilitar ou capacitar, que revela formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida do casal no processo de parir.

A repadronização cultural do cuidado consiste num modelo reconstruído ou alterado para auxiliar o casal a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo o processo de parir ou coerente com o significado que possuem.

A Enfermagem é uma disciplina e uma profissão que habilita a(o) enfermeira (o) a prestar o cuidado cultural coerente. Refere-se às atividades/ações (nessas estão inclusas atividades de educação em saúde) de assistência, apoio ou facilitadoras para com o casal/RN no processo de parir para amenizar processos (dolorosos, angustiantes, conflitantes etc.) ou melhorar a condições do nascimento tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

O cuidado vai iniciar quando a mulher internar junto ao companheiro no Centro Obstétrico, com o início efetivo do processo de parir, permanecendo sob acompanhamento ainda na internação, no Alojamento Conjunto, pela mestranda.

A enfermeira prestará cuidado ao casal/RN, durante a vivência no processo de parir, respeitando, conhecendo e compreendendo o significado do cuidado cultural, participando também ativamente deste processo.

O cuidado de enfermagem acontecerá dentro do sistema profissional de saúde. De acordo com Leininger (1985), este sistema é composto pelos serviços organizados, sistematizados, com vínculo institucional de prestação de cuidado por profissionais da saúde. Neste estudo, a Maternidade do Hospital Universitário, bem como seus profissionais são integrantes deste sistema. Em contraposição, o casal fará parte integrante do sistema popular/familiar de saúde, pois o companheiro prestará ações de cuidados durante todo o processo de parir. Entende-se, aqui, como sistema popular, a visão de mundo, as crenças, os valores e às ações de cuidado executadas pelo casal na situação de parir, sendo que este possui um vínculo afetivo-cultural.

Para Leininger (1985), interação é um processo dinâmico e interdependente de diferentes elementos estruturais ou organizacionais da sociedade e o modo como estes elementos interatuam e funcionam, inclui o sistema religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelo contexto lingüísticos e ambientais.

O cuidado cultural coerente pode favorecer um processo de parir mais harmonioso, tranqüilo, menos traumático e mais feliz para o casal. Nesta vivência, juntos, enfermeira e casal/RN experenciam uma situação ímpar, estabelecendo uma nova situação de cuidado. A parturiente é a protagonista do processo de parir junto a seu companheiro, e a enfermeira age como co-participante, mediadora/facilitadora e não como detentora do conhecimento ou como condicionadora das ações a serem desenvolvidas durante o processo de parir.

### 3.2.7 Processo de Parir

**“O parto constitui um ponto importante no processo da maternidade. Dar a luz a uma criança não é nunca simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural.” (Gualda, 1993, p. 9)**

O processo de parir vai além do momento em a mulher dá à luz ao novo ser. Compreendem todas as emoções, sensações, as relações, acontecimentos vivenciados pelo casal neste contexto ambiental que os remete a um conjunto de significados.

É uma situação em que o casal torna-se biológica e culturalmente capaz de receber e cuidar do novo ser humano (RN), utilizando seu conhecimento cultural como base para este cuidado.

Neste processo, a enfermeira não perceberá que o cuidado deve ser controlado somente por meios tecnológicos e cirúrgicos (não o perceberá como um evento médico), mas sim levará em consideração as crenças e valores do casal, respeitando e compreendendo o significado deste processo para eles.

No processo de parir, o nascimento é um fato muito importante, pois completa a mudança de um estado para outro, em que se inicia um novo ciclo de desenvolvimento na organização de como será o cuidado ao novo ser e de como serão mantidas as relações com os outros membros da família (Boehs, 1990).

Compreendo o início do processo de parir já com os primeiros sinais e sintomas do trabalho de parto (pródromos), percebidos pela mulher e que também pode ser vivenciado junto ao seu companheiro, passando pelo franco trabalho de parto com internação no Centro Obstétrico, o parto e o período de permanência destes no alojamento conjunto.

O cuidado cultural coerente será a chave do segredo para que o processo de parir seja algo vivido de maneira harmoniosa e equilibrada.

### 3.3 As Formas de Atuação Propostas por Leininger

**"Em âmbito geral, o propósito desta teoria é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo. Na realidade o objetivo é conhecer a natureza, sua essência e propósitos sociais, desenvolver e melhorar o cuidado de enfermagem que tem funções culturais universais específicas." (Leininger, 1985, p. 264)**

O Modelo Sunrise (ANEXO 1), proposto por Leininger (1985), simboliza o surgimento do sol, mostrando os principais fatores a serem considerados para compreender o cuidado humanizado. Representa a teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Este modelo pode ser entendido como tendo 4 níveis, sendo o primeiro deles o mais abstrato e o quarto, o menos abstrato. Os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimentos para o planejamento e a execução de cuidado cultural coerente (Leininger, 1985).

O nível um é a visão de mundo, é o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo. O nível dois oferece conhecimento sobre os indivíduos, família, grupos e instituições em vários sistemas de saúde. Esse nível propicia significados e expressões culturalmente específicos em relação ao cuidado e a saúde. O nível três focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem. As informações incluem as características de cada sistema, bem como os aspectos específicos do cuidado de cada um. Essa informação possibilita a identificação de semelhanças e diferenças, ou diversidade cultural de cuidado e universalidade cultural de cuidado (Leininger, 1985).

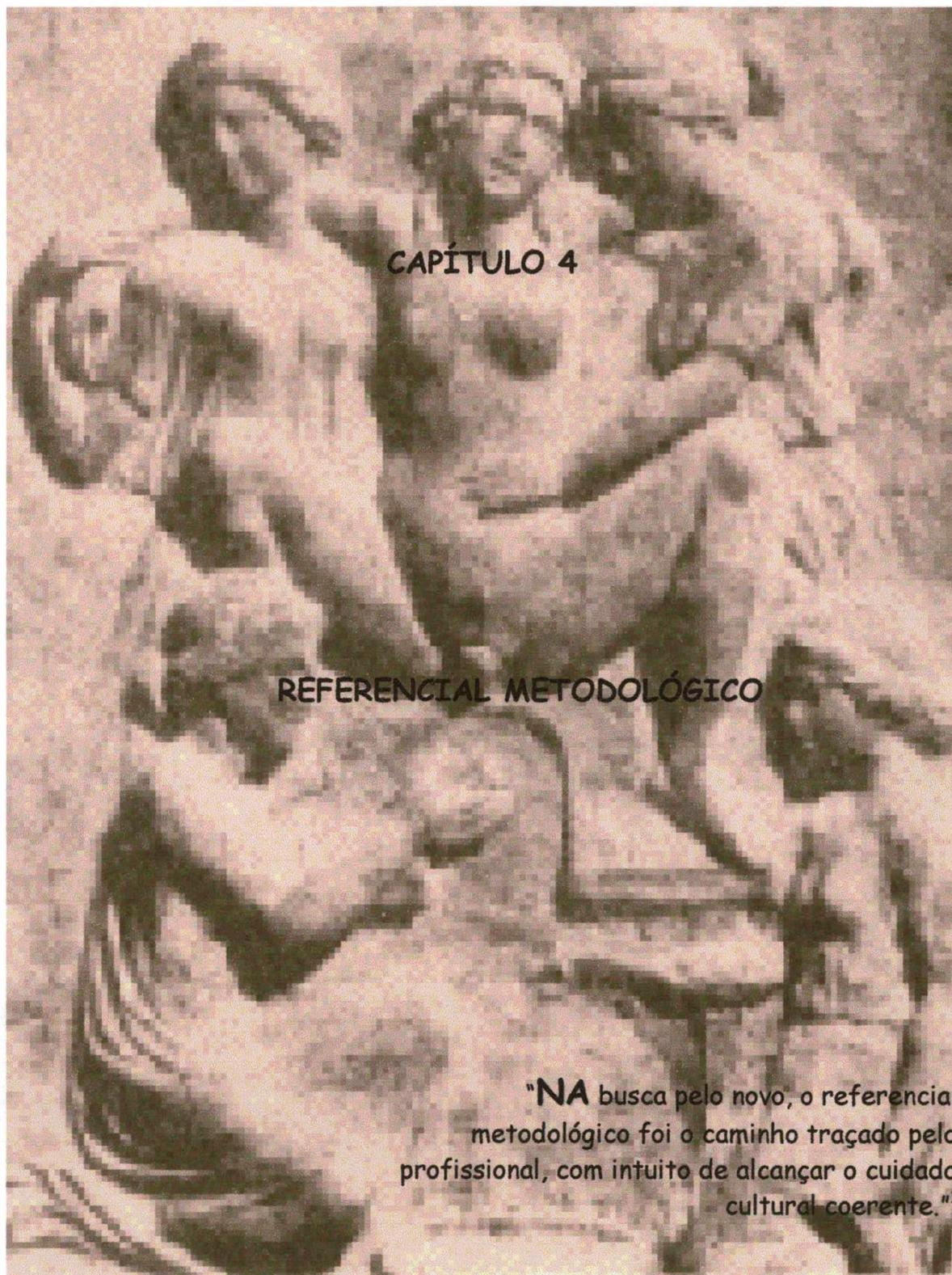
O nível quatro é o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem e envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado. É nesse nível que ocorre o

cuidado de enfermagem. Esse cuidado é coerente com os membros da cultura e avaliado por eles (Leininger, 1985). Minha prática assistencial foi baseada neste nível, pois o cuidado prestado no processo de parir prevê a preservação, no caso do casal querer manter o parto horizontal e a repadronização quando o casal decidir experimentar o processo de parir na posição vertical. A intervenção se dará neste nível, a partir dos níveis anteriores.

A teórica salienta que o Modelo Sunrise não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. O objetivo do modelo é auxiliar o estudo de como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura (Leininger, 1985).

Fazendo uma analogia do Modelo Sunrise observa-se na metade superior do círculo a representação dos componentes da estrutura social e os fatores sobre a visão de mundo que influenciam nos cuidados e na saúde. A metade inferior representa os sistemas populares e profissionais. As duas metades juntas constituem o sol completo que representa o universo que os enfermeiros devem considerar ao prestar cuidado ao ser humano (Alexander et al, 1997).

Leininger (1985, 1991), acredita que a Teoria Transcultural seja capaz de prever e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares, dos profissionais de saúde e da enfermagem. Por meio deste conhecimento as decisões e as ações de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos. Na análise da abordagem de enfermagem distinguiu três formas de atuação: a preservação cultural do cuidado, a acomodação cultural do cuidado e a repadronização cultural do cuidado, já descritas no conceito de cuidado cultural.



## CAPÍTULO 4

### REFERENCIAL METODOLÓGICO

**"NA** busca pelo novo, o referencial metodológico foi o caminho traçado pelo profissional, com intuito de alcançar o cuidado cultural coerente."<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Reflexão da autora. Esta imagem foi escolhida por mostrar de perto uma imagem embaçada, mas vista de longe surge com nitidez uma mulher sendo amparada e auxiliada no momento da parturição na posição vertical. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hlkilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1997.

## 4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Segundo Leininger (1991), o objetivo do paradigma qualitativo é mais adequado para se descobrir características, padrões e significados do fenômeno em estudo. Em razão disto, optou-se por um estudo convergente-assistencial.

De acordo com Trentini, Paim (1999) a pesquisa convergente-assistencial mantém, durante todo o seu processo, uma relação de proximidade com a situação social, com a intenção de buscar soluções para problemas, mudanças e introduzir inovações. O pesquisador envolve os sujeitos pesquisados de maneira ativa no processo, articulando a prática profissional com o conhecimento teórico. Os resultados são canalizados progressivamente, durante o processo da pesquisa, para as situações práticas; por outro lado, os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades surgidas dos contextos da prática.

Este tipo de pesquisa, convergente-assistencial, não se propõe a generalizações; ao contrário, busca descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial. Reflete a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O profissional, pesquisador, enfatiza o “pensar” e o “fazer”, ele pensa fazendo e faz pensando, objetivando, em primeira instância, sistematizar o que faz. Este processo difere daquele em que o profissional se propõe exclusivamente cuidar do cliente e daquele que visa a desenvolver conhecimento científico somente. Neste processo o “saber pensar”, constitui um método apropriado para pesquisar a prática assistencial de enfermagem e pode, perfeitamente, ser desenvolvida pelas enfermeiras durante suas atividades da prática assistencial (Trentini, Paim, 1999).

Convivi com o casal/RN, durante sua estada no Centro Obstétrico, observando, ouvindo, interagindo, refletindo e interpretando o que estava acontecendo e o seu significado neste contexto ambiental. O processo de cuidar foi denominado a priori por “Vivenciando o Processo de Parir junto ao casal/RN com Enfoque Cultural”. Diante disso o pesquisador se tornou o instrumento chave na coleta de dados, pois seu problema fundamental foi o de aprender a selecionar os dados necessários para responder as suas questões e encontrar um meio para obter essas informações. Os tipos de dados relevantes foram: a forma, o conteúdo da interação verbal dos participantes entre si e o pesquisador, o comportamento não-verbal, padrões de ação e não-ação, os provenientes de documentos e entrevistas. Neste caso foram essenciais a utilização de técnicas da observação participante e a entrevista como métodos de coleta de dados (Gualda, 1992).

Na prática assistencial vivenciei o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato junto ao casal/RN no Centro Obstétrico, estando ao lado, atendendo o parto, compartilhando as experiências, as emoções e incluindo o casal/RN na cultura profissional, sempre tendo em mente que o casal possuía crenças e valores que precisavam ser respeitadas e valorizadas no processo de parir.

#### **4.1 O Local da Prática Assistencial - Cena cultural**

A prática de cuidado foi desenvolvida no Centro Obstétrico e na Unidade de Alojamento Conjunto, da Maternidade do Hospital Universitário (HU). O HU é um hospital escola vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, localizado na cidade de Florianópolis - SC. É uma instituição Federal pública e gratuita, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Maternidade do Hospital Universitário foi inaugurada no dia 23 de outubro de 1995, fazendo parte desta as unidades de: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico,

Neonatologia e Alojamento Conjunto. Juntamente com a inauguração da Maternidade foi criado o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno) que presta orientações e cuidados às parturientes com relação à amamentação. Com uma filosofia própria de atendimento (ANEXO 7), possui como premissa básica à humanização do atendimento. Filosofia essa, que assegura o direito a um acompanhante da escolha da mulher durante todo o período de internação, porém é dada ênfase para que este acompanhante, seja o pai do bebê. Apresenta como rotina um período de 48 horas de internação para pós-parto normal e 72 horas para pós-cesárea, respeitando-se, no entanto, as particularidades de cada trinômio.

A Maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 17/12/97. A iniciativa Hospital Amigo da Criança tem por objetivo a **promoção, proteção e apoio** ao aleitamento materno através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, mediante a adoção dos **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. No Brasil os Hospitais Amigos da criança vêm sendo implantados através do Ministério da Saúde e do Grupo de defesa da saúde da criança, com o apoio do UNICEF e OMS/OPAS. Também, recebeu o prêmio Galba de Araújo, no mês de julho/2000, que é outorgado a instituições que se destacam pela assistência humanizada ao nascimento. Foi considerada uma Maternidade que atendeu a todos os requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde.

Em fase de implantação, estão os “Oito Passos para a Maternidade Segura”. O Projeto faz parte do esforço da Coordenação Materno-Infantil (COMIN), do Ministério da Saúde, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS) e Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e tem por objetivo a redução da morbi-mortalidade materna e infantil (Brasil, 1995).

A **Triagem Obstétrica** é anexada à Unidade de Internação Ginecológica da mesma instituição. Tem como objetivo atender e admitir a parturiente, a fim de promover a assistência no pré-parto, atendendo, também, casos de emergências obstétricas. Sua área física abrange: 1 sala de observação com duas macas, 2 consultórios para anamnese, com respectivos banheiros e 1 posto de enfermagem. O atendimento é realizado por um técnico

e uma enfermeira que atendem os dois setores (ginecologia e triagem).

O **Centro Obstétrico** compõem-se de:

⇒ **Área semi-restrita:** 4 leitos de pré-parto, 4 leitos de recuperação com respectivos berços, 1 corredor externo, onde circulam as parturientes e os acompanhantes que dão entrada no Centro Obstétrico, 1 sala de repouso para os médicos, 1 expurgo, 2 banheiros dos pacientes e acompanhantes, 1 posto de enfermagem, 1 sala de preparo de medicação, 1 corredor de circulação interna, 1 sala de observação, 1 sala para exames de cardiocografia, 1 vestiário masculino, 1 vestiário feminino e sala de lanche.

⇒ **Área Restrita:** 1 Sala de recuperação pós-parto (pós-anestésico), 1 expurgo, 3 salas de parto sendo, uma para parto normal horizontal, outra para parto normal horizontal e de cócoras, tendo a possibilidade de realizar-se também parto cesáreo, e uma sala somente para realização de parto cesáreo; 1 sala de atendimento ao recém-nascido, 1 sala de estoque de material, área dos lavabos, sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

O **Centro Obstétrico** possui 38 servidores de enfermagem, sendo 7 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeiro chefe, 29 técnicos/auxiliares e 1 escriturário.

Na dinâmica do atendimento no Centro Obstétrico o parto é atendido por médicos(as) obstetras, acadêmicos de medicina e enfermeiras obstétricas (no momento temos cinco enfermeiras obstétricas de um total de oito enfermeiras no setor).

O número de partos realizados no Centro Obstétrico desde a sua implantação é de 7350, até agosto de 2000, sendo distribuídos conforme mostra a Tabela 1:

**Tabela 1 - Número de partos realizados no Centro Obstétrico da Maternidade do HU, segundo tipo - 1995- 2000.**

ANO	horizontal		vertical		cesárea		Total/Ano
	Q	%	Q	%	Q	%	
1995	134	67,7%	3	1,5%	61	30,8%	198
1996	529	51,2%	30	2,9%	475	45,9%	1.034
1997	785	48,1%	377	23,1%	471	28,8%	1.633
1998	695	43,7%	415	26,1%	479	30,1%	1.589
1999	727	43,0%	445	26,3%	518	30,7%	1.690
2000/08	416	34,5%	397	32,9%	393	32,6%	1.206
<b>Total/Tipo</b>	<b>3.286</b>		<b>1.667</b>		<b>2.397</b>		<b>7.350</b>

**Fonte - Dados extraídos do livro de registros estatístico do Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade do HU.**

O Alojamento Conjunto é um tipo de unidade de internação (quarto ou enfermaria), em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 h. por dia, num mesmo ambiente, até a alta da maternidade. Essa modalidade de internação possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, inclusive a orientação à mãe sobre a sua saúde e a do bebê.

O Alojamento Conjunto consta de 22 leitos, sendo que deste total, seis são destinados a internação de gestantes de alto risco e 16 leitos para puérperas e seus recém-nascidos. Cada quarto possui 4 leitos com respectivos berços. Anexos aos quartos ficam os banheiros para as pacientes internadas. O posto de enfermagem dispõe de: sala de medicação, balcão para prescrição, sala de exames e curativo (quarto adaptado), sala para exame do recém-nascido, possuindo ainda uma sala de higienização para os mesmos (recém-nascidos). Possui um "Hotelzinho", onde as mães que receberam alta ficam aguardando a alta do recém nascido que necessitou de internação na Neonatologia. Possui ainda copa, sala de lanche e rouparia.

A estrutura da Maternidade foi ajustada às necessidades da realidade e da filosofia de atendimento, durante a implantação, pois a planta foi realizada muitos anos antes da inauguração se tornar uma realidade concreta.

## 4.2 A Clientela

A clientela foi delimitada a partir dos resultados obtidos no estudo do perfil das pacientes que internaram em dezembro de 1998, bem como na revisão de literatura de outros estudos na área de enfermagem que utilizaram Leininger.

Para realizar o perfil das parturientes que internam na Maternidade do HU, procedi a um estudo de característica exploratória, retrospectivo, com abordagem quantitativa. Este perfil resultou de um levantamento de dados coletados, dos prontuários das clientes que estiveram internadas e pariram no mês de dezembro de 1998. A coleta dos dados ocorreu no mês de maio de 1999, após obtenção do livro de registros da Maternidade do HU, onde estão registrados todos os procedimentos realizados a cada mês. Com este foram obtidas as informações sobre o número de parto normais e cesáreas total no mês de dezembro de 1998. Através deste obtive, também, o número de cada prontuário. Junto ao SAME (serviço de arquivo médico) solicitei a autorização para a coleta dos dados. Esta coleta aconteceu em 5 etapas correspondendo ao registro aproximado de 35 prontuários a cada vez. Este levantamento foi efetuado seguindo um roteiro (ANEXO 2). Os dados foram acomodados em uma planilha do Excel no computador e, posteriormente, trabalhados no programa Statistic 5.0, para realização de gráficos e tabelas que contribuíram na análise dos dados coletados. Uma vez tendo o perfil das clientes que internaram na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC.

Portanto, o perfil das parturientes que internaram na Maternidade do HU permitiu vislumbrar a possibilidade de estudar o casal, residente na Grande Florianópolis, cuja mulher fosse múltipara.

Realizei uma revisão dos trabalhos de conclusão de curso, mestrado e doutorado, na área de enfermagem, que utilizaram o referencial de Leininger aplicado no centro obstétrico, buscando conhecer o tipo de clientela que já havia sido estudada, como uma forma de auxílio junto ao perfil traçado para delimitar a população da minha prática assistencial, a fim de buscar o novo e ampliar o conhecimento existente.

A escolha por múltipara se deu em razão de que só nessa condição seria possível a comparação entre a posição do parto escolhida com a vivenciada em parturição anterior.

Finalmente, a clientela foi composta por três casais admitidos no Centro Obstétrico, nos meses de junho a agosto de 1999, que atenderam as seguintes condições: aceitação e interesse em participar da prática assistencial; parturiente internada em trabalho de parto; acompanhada do companheiro; múltipara com parto horizontal anterior;. Foram selecionados, somente casais cuja internação ocorreu no período em que eu me encontrava realizando a prática assistencial.

O primeiro casal foi **Raio de Sol e Chão**:

**Raio de Sol**: 21 anos, tercigesta, com dois partos normais horizontais anteriores; é a primeira vez que possui acompanhante durante a internação em Maternidade. E, **Chão** com 33 anos; é a primeira vez que acompanha o nascimento de um filho. Moram em Florianópolis e vivem juntos sob a forma de união estável há 5 anos.

O segundo casal foi **Tulipa e Geranium**:

**Tulipa** com 26 anos, secundigesta, com um parto normal horizontal anterior; é a primeira vez que possui acompanhante durante a internação em Maternidade. E, **Geranium** com 27 anos; é a primeira vez que acompanha o nascimento de um filho. Moram em Florianópolis e vivem juntos casados apenas no religioso há 11 anos.

E, o terceiro casal foi **Andorinha e Beija-Flor**:

**Andorinha** com 20 anos, secundigesta, com um parto normal horizontal anterior de uma menina que é da outra relação conjugal; é a primeira vez que possui acompanhante durante a internação em maternidade. E, **Beija-Flor** com 23 anos; é a primeira vez que acompanha o nascimento de um filho. Moram em Florianópolis e vivem juntos sob a forma de união estável há 2 anos.

Portanto, estes três casais, compuseram e possibilitaram este estudo convergente-assistencial (Trentini, Paim, 1999) que deu origem a esta dissertação de mestrado.

### **4.3 Desenvolvendo o Processo para o Alcance dos Objetivos Específicos**

**Objetivo n.º 1: Prestar cuidados de enfermagem ao casal/RN no processo de parir, durante sua estadia no Centro Obstétrico da Maternidade do HU.**

#### **O caminho...**

Como etapa preliminar havia buscado no prontuário da parturiente os dados que caracterizassem que o casal estava dentro da fronteira cultural traçada. A partir daí parti para o primeiro contato direto com o casal, utilizando o cuidado para facilitar minha aproximação e a confiança entre mim e o casal. Por meio deste, introduzi os objetivos da proposta fornecendo então, subsídios para que houvesse uma decisão entre querer ou não participar do estudo. Tinha programado duas situações:

- ⇒ Os sujeitos não aceitarem, fazendo com que eu assumisse a postura de agradecimento e posteriormente de encaminhamento para outro profissional do Centro Obstétrico;
- ⇒ Os sujeitos aceitarem, fazendo com que eu iniciasse então o acompanhamento de acordo com o preestabelecido na conversa inicial. Partindo desta decisão iniciei, então, a caminhada propriamente dita, com a entrega do Consentimento livre e esclarecido que foi neste momento assinado pelos casais (ANEXO 3).

#### **A Primeira Etapa da Caminhada (Ambientalização)...**

Foi realizada uma investigação junto ao casal sobre querer conhecer o ambiente

(observando seu estado emocional, psicológico), possuir uma preferência por um tipo de parto (aspectos culturais), ter uma avaliação clínica obstétrica favorável (física). Uma vez que estes requisitos foram preenchidos, aconteceu a ambientalização dos sujeitos. Esta foi uma forma de integrar o casal no ambiente de cuidado profissional, ou seja, na cultura profissional de cuidado. Levei-os para conhecer todos os ambientes a serem percorridos durante a internação no Centro Obstétrico. Durante a etapa de ambientalização, além de conhecerem o ambiente físico, receberam informações sobre o funcionamento do setor, bem como quem eram os elementos da equipe de saúde e suas funções. Neste momento, entre uma conversa e outra comecei a conhecer as crenças e valores do casal, bem como iniciei a identificação das necessidades de cuidado cultural (objetivos 2 e 3), que permaneceram até a 5ª etapa da caminhada. Uma vez que conheceram o ambiente, propus a parturição na posição vertical para o casal, pois de acordo com o descrito no segundo e terceiro objetivos, já estava conhecendo um pouco das experiências anteriores, o que favoreceria uma abordagem mais adequada. Utilizei um roteiro que facilitou o levantamento das experiências anteriores de parturição (ANEXO 4). Segui então para a segunda ou terceira etapa, dependendo do caso.

Previ a possibilidade de não conhecerem o ambiente. Portanto, quando não fosse possível conhecer o ambiente, prosseguiria com uma conversa explicando como era o ambiente e propondo o parto vertical.

### **A Segunda Etapa da Caminhada (Cuidado no pré-parto)...**

Uma vez que o casal conheceu o ambiente, o funcionamento, a equipe, decidindo que tipo de parto queria ter, e a parturiente se encontrava no período clínico de dilatação, parti para os cuidados integrais de enfermagem de acordo com as necessidades vigentes no momento, no pré-parto. Estando então o casal no pré-parto, procedi a orientações, apoio e ações de cuidado que se encerraram no momento em que a parturiente chegou na sala de parto para parir.

Planejei, também, a eventualidade da situação da parturiente, no momento da internação no Centro Obstétrico, encontrar-se no período expulsivo, e assim, a primeira e a

segunda etapa da caminhada não aconteceriam, mas a proposição ao parto vertical se manteve.

### **A Terceira Etapa da Caminhada (Cuidado no parto)...**

Face à situação de período expulsivo previ seguir dois caminhos:

1. de atender ao parto e portanto, os cuidados inerentes a esta situação; ou,
2. de estar ao lado realizando os cuidados de enfermagem tanto ao casal no momento do parto quanto ao recém-nascido.

Na situação de intercorrência no período expulsivo previ seguir de acordo com os seguintes acontecimentos:

- ⇒ Caso o parto não fosse normal e ocorresse a cesariana, permaneceria prestando os cuidados durante e após o ato cirúrgico, porém essa cliente deixaria de fazer parte do meu estudo. Uma vez que a cliente ficasse bem, agradeceria a disponibilidade em participar da proposta e a encaminharia para continuidade dos cuidados pela equipe de enfermagem.
- ⇒ Caso o parto fosse normal e a mulher-mãe, por algum motivo, apresentasse uma intercorrência grave que necessitasse de UTI, procederia da mesma maneira que na situação supracitada.
- ⇒ Caso o recém-nascido ao nascer não apresentasse boas condições de vitalidade e necessitasse de encaminhamento à Unidade de Neonatologia, manteria o acompanhamento com o casal.

Após o término do parto, a mulher-mãe foi encaminhada para a sala de recuperação pós-parto, iniciando-se então a quarta etapa da caminhada.

### **A Quarta Etapa da Caminhada (Cuidado no pós-parto imediato)...**

Na sala de recuperação pós-parto não prestei os cuidados integrais no período de

Greemberg (primeira hora após a dequitação). Realizei um acompanhamento, iniciei as primeiras orientações com relação ao aleitamento materno e a exploração sobre a experiência vivenciada pelo casal com relação ao parir, buscando saber como se sentiram, como foi a vivência, o que foi diferente da experiência anterior, o que poderia ter sido melhor.

Ao término do período de Greemberg com a mulher-mãe em condições de ser encaminhada ao Alojamento Conjunto, prossegui passando o plantão para a enfermeira do referido setor. Fiquei aguardando junto casal/RN até a chegada dos funcionários do Alojamento Conjunto e então, fomos juntos até o quarto, encerrando então as etapas de cuidado direto ao casal durante a caminhada.

### **A Quinta Etapa da Caminhada (Cuidado de Entrevista)...**

Iniciou-se com a mulher-mãe no Alojamento Conjunto. Realizei a(s) entrevista(s) gravada(s) com o casal, seguindo o roteiro roteador pré-estruturado (ANEXO 5), buscando o enfoque da experiência sob a dimensão cultural.

No momento da entrevista, quando houve necessidade, realizei, também, o levantamento das experiências anteriores de parturição.

Durante o processo de parir levantei questões de cuidado cultural relacionadas à posição que foi adotada no parto pois necessitavam ser avaliadas. Realizei, também, uma avaliação de como foi o cuidado prestado durante a caminhada no Centro Obstétrico.

Quando não houve possibilidade de realizar a entrevista no Alojamento Conjunto a mesma foi realizada no domicílio, com consentimento do casal.

Previ, no caso do RN estar na UTI neonatal, integrar a mãe com as rotinas daquele setor e a estimular a permanência da mesma próxima de seu bebê.

Nesta etapa, entreguei ao casal um documento (ANEXO 6) contendo informações a meu respeito, para que pudessem ter-me como referência como ajuda, no caso de necessidade no pós-parto.

**Objetivo n.º 2: Reconhecer as crenças e valores do casal em sua experiência no processo de parir, buscando compreender o porquê da escolha por determinado tipo de parto.**

Durante o processo de prestar cuidado no Centro Obstétrico, foi feito o reconhecimento das crenças e valores do casal quanto à escolha por determinado tipo de parto, com um levantamento de dados, utilizando questionamentos a respeito da(s) experiência(s) anterior(es) de parturição, buscando saber como as mesmas foram, onde foram, quem foram as pessoas ou profissionais que prestaram cuidados, quem esteve por perto, se recebeu orientações e quem as deu. Também houve questionamentos a respeito da internação atual, sobre qual a razão da escolha pelo companheiro como acompanhante nesta internação.

O levantamento sobre o porquê da aceitação pelo parto vertical iniciou-se na etapa de ambientalização, que se manteve até a entrevista no Alojamento Conjunto, na qual com o cuidado avaliativo pude resgatar os aspectos culturais sobre a posição para a parturição.

Identifiquei as crenças e valores e ao mesmo tempo avaliava as situações de cuidado que pudessem ser mantidas, acomodadas e repadronizadas.

A busca do reconhecimento das crenças e valores do casal teve por finalidade identificar o sistema popular de cuidado do casal, podendo assim diferenciá-lo do sistema profissional de cuidado, sem com isso pretender uma imposição do cuidado profissional, mas ter assim uma melhor noção de como propô-lo, buscando respeitar o sistema popular por eles possuído.

Analisei todos os registros feitos por mim nas notas, no diário de campo e na entrevista, buscando também crenças e valores que pudessem estar registrados.

**Objetivo n.º 3: Identificar as necessidades de cuidado cultural junto ao casal/RN no processo de parir.**

As necessidades de cuidado cultural foram levantadas a partir dos comportamentos e atitudes do casal em sua estada no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto; da relação entre a casal/ RN; da relação entre mim e o casal/ RN; da relação entre o casal e a equipe de saúde. Foram analisadas a partir dos meus registros; da verbalização direta ou indireta do que percebiam, sentiam e expressavam; das narrativas; do desenrolar das situações vivenciadas entre mim e o casal/RN e da entrevista realizada no Alojamento Conjunto.

As necessidades de cuidado cultural foram visualizadas desde o momento em que o casal internou no Centro Obstétrico e aceitou participar da prática assistencial até sua alta do Centro Obstétrico e também durante a entrevista no Alojamento Conjunto.

Uma vez feito o levantamento das necessidades de cuidado cultural, procurei encaixá-las na manutenção, acomodação e repadronização e estas foram realizadas já nos primeiros momentos, pois pretendia propor o parto vertical como uma opção para parir.

**Objetivo n.º 4 : Avaliar a proposta de cuidado cultural aplicada junto ao casal no processo de parir.**

Essa avaliação aconteceu de maneira dinâmica, na qual procurei avaliar as facilidades e dificuldades para a repadronização do parto vertical para o casal durante todo o processo de parir , assim como as ações de enfermagem em relação ao parto vertical. Esta avaliação foi feita no decorrer das ações e acontecimentos, reforçadas na revisão do diário de campo e da entrevista. Realizando, assim, uma avaliação da aplicação das formas de atuação (em especial da repadronização) da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

Os resultados desta avaliação permitem fazer recomendações pertinentes ao estudo.

#### 4.4 Método de coleta, Registro e Análise dos Dados

Durante a prática assistencial no processo de parir, utilizei uma abordagem qualitativa para a coleta e registro dos dados. Desde o primeiro encontro as informações foram coletadas com o uso da estratégia de observação participante que possibilitou o aprender e o experimentar junto com os casais, dentro do contexto ambiental da Maternidade, aliada a entrevista semi-estruturada.

Os dados foram registrados de forma rudimentar durante o processo, sob a forma de notas de campo, que foram expandidas a cada dia após o término das atividades se transformando em diário de campo. O excesso de atividades, o cansaço físico e mental, muitas vezes me faziam desanimar, pois os registros eram uma tarefa árdua, cansativa, mas muito valiosos, pois me faziam parar para refletir, avaliar, como o cuidado estava acontecendo, cada vez mais me induzindo a rumar na busca de um cuidado coerente, respeitoso e condizente com as crenças e valores do casal. Esse processo de registros e reflexões me transportava para a internalização da integração entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural com minha prática junto ao casal no processo de parir, bem como me faziam questionar o referencial utilizado.

A análise dos dados foi baseada na entrevista e nos registros realizados no diário de campo que contemplaram relatos e minhas observações.

Os dados foram categorizados de acordo com as cinco etapas da caminhada, conforme a descrição no item 4.3, a fim de analisar como o cuidado aconteceu durante toda a sua trajetória. As percepções, crenças e valores foram categorizadas a partir dos grupamentos que surgiram durante a análise dos dados, sendo eles percepções, crenças e valores:

- ↳ relativos aos momentos que antecedem a internação;
- ↳ relativos ao período pré-parto;
- ↳ relativos ao parto;

- ⇒ relativos ao pós-parto imediato;
- ⇒ relativos ao acompanhante/companheiro; e
- ⇒ outras percepções, crenças e valores.

#### **4.5 Aspectos Éticos do Estudo**

A enfermagem na condição de disciplina e profissão está envolta de aspectos éticos de forma contínua e dinâmica em suas atividades, assim como está em constante desenvolvimento. A(o) enfermeira(o) é um elemento determinante no sentido de assegurar um cuidado coerente com os valores e crenças de sua clientela. A busca pelo saber, o instrumentalizar-se continuamente leva o profissional a um estágio de conscientização e reflexão da realidade que o cerca, conseqüentemente é a gente de transformação e de formação ética, geradora de maior compromisso profissional.

O conhecimento da moral na enfermagem extrapola as normas ou código de ética da Disciplina. Existem também ações volitivas onde o julgamento do certo e do errado, do valor moral em relação ao motivo, intenções e peculiaridades de caráter envolvem este processo (Carper, 1978).

Durante o estudo promovido sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural percebi que a questão ética permeava toda a Teoria, evidenciando a importância do respeito pela cultura do cliente, respeito a suas crenças, valores, estilos de vida, padrões, ações, a cerca do mundo e de suas vidas. Propõe um cuidado cultural coerente baseado nos três modos de decisões e ações, através da preservação cultural do cuidado buscando a manutenção de hábitos saudáveis, através da acomodação cultural do cuidado buscando a adaptação de um estado benéfico de saúde e através da repadronização cultural do cuidado modificando suas formas de vida na busca de novos padrões culturalmente significativos, para que estas sejam saudáveis. Nesta perspectiva pude ver

contemplada:

- ⇒ **A manutenção** das crenças do casal a respeito da importância do companheiro participar do processo de parir, que aconteceu e foi reforçada pela consolidação da presença do casal nesse processo;
- ⇒ **A acomodação** que me fez refletir sobre a diversidade entre o conhecimento profissional e o popular. Há lógica na maneira de pensar da parturiente, mas esta lógica pode não ser aceita na cultura profissional.
- ⇒ **A repadronização** do nascimento na posição vertical, numa postura de respeito às crenças e valores, bem como das decisões do casal.

O padrão ético de conhecimento em enfermagem requer uma compreensão das diferentes posições filosóficas com relação ao que é bom, o que é certo e o que deveria ser desejado. Para isso é importante que a enfermeira ensine e pratique uma enfermagem baseada em diversas realidades culturais, ambientais e de estrutura social. Esta deve ser sensível a decisões culturais, morais e éticas. Foi preciso saber guardar preconceitos, pontos de vista contraditórios, evitando idéias injustas e que chocassem de frente com a cultura do casal.

A idéia preconceituosa de que a experiência do cliente não tem significado e a valorização do conhecimento pessoal e isolado da enfermeira, impõe uma visão destituída do significado cultural do cliente, reduzindo a dimensão ética do cuidado na enfermagem transcultural. Não querendo incorrer em atitudes de desvalorização priorizei a valorização do conhecimento do casal sobre o nascimento, para isso foi preciso conhecer suas experiências anteriores, favorecendo assim o respeito a suas crenças, valores e significados atribuídos ao nascimento. Para atingir um cuidado de enfermagem coerente, este teve que ser congruente com as crenças, valores e modos de vida do casal

A Teoria de Madeleine Leininger também enfoca o aspecto ético quando se preocupa com a relação enfermeira/cliente, bem como, com atitudes impositivas e etnocêntricas da enfermeira, onde há uma supervalorização e imposição da cultura profissional. Em alguns momentos tive o instinto impositivo e etnocêntrico que foi freado pelo apoio e sustentação fornecido pelo referencial teórico que foi construído em bases sólidas na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, bem como na

constante reflexão entre a Teoria e a prática, pude assim evitar correr o risco de “por tudo a perder” junto ao casal.

A fim de garantir o respeito ético foi elaborado um Consentimento Livre e Esclarecido (**ANEXO 3**), baseado na Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (MS -1996). Foi necessário lê-lo ao casal, bem como fazer esclarecimentos exaustivos sobre como seria esta prática, para que o casal tivesse claro como o processo aconteceria estando assim consciente do que estariam assinando e eu garantido a supremacia da ética em minha prática assistencial.

A photograph showing a woman in labor, leaning forward with her hands on her knees. A man stands behind her, supporting her from the back. The scene is intimate and focused on the physical experience of childbirth.

## CAPÍTULO 5

### VIVENCIANDO O PROCESSO DE PARIR JUNTO AO CASAL COM ENFOQUE CULTURAL

"O parto não é apenas um processo fisiológico e mecânico, no qual a mulher dá à luz, mas é a capacidade de dar de si mesma no processo criativo de transmissão da vida. Não é apenas o fato dela possuir dentro de si uma criança, pronta para nascer, pois ela anseia por saborear a experiência de dar à luz em plenitude, sem querer voltar atrás ou entregar-se pela metade à tarefa, e pode aprender a expressar, através de seu corpo, a alegria de dar à luz".

**KITZINGER (1987)**

Esta imagem foi escolhida por mostrar o envolvimento do companheiro no momento da parturição na posição vertical. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hlkilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1998.

## **5. VIVENCIANDO O PROCESSO DE PARIR JUNTO AO CASAL COM ENFOQUE CULTURAL**

Inicialmente encaminhei um documento juntamente com uma cópia do projeto da prática assistencial, à Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitária, solicitando a permissão para realizá-la. Em poucos dias, após análise pela comissão de educação em serviço e comissão de ética, recebi resposta favorável ao meu pedido. Não tive dificuldade de acesso, provavelmente por trabalhar na instituição e ser conhecida pelas pessoas da Diretoria de Enfermagem. Uma vez tendo a resposta positiva em mãos, preparei um documento comunicando as chefias da triagem obstétrica, Centro Obstétrico (CO), neonatologia (NEO) e alojamento conjunto (AC), que estaria realizando minha prática assistencial junto ao casal/RN no processo de parir. Fui muito bem recebida por todas. O que me chamou atenção foi o carinho, a abertura, a liberdade e a disponibilidade transmitidos por elas. Senti-me muito à vontade. Este contato inicial positivo foi muito importante para que eu pudesse começar minha prática de maneira tranqüila e confiante.

Durante o processo inicial de solicitação à Diretoria de Enfermagem e as chefias dos setores, me fez sentir acolhida pelas pessoas e mais ainda me fez perceber o quanto estou incluída na instituição, consolidando a importância de poder contribuir com meu estudo, para o crescimento da enfermagem do Hospital Universitário.

Tive a oportunidade, numa reunião de trabalho do Centro Obstétrico, de poder contar as colegas como seria minha prática assistencial, dividindo também um pouco de meus temores e angústias.

A primeira semana da prática assistencial foi muito angustiante, pois esperar sem saber quando iria conseguir um casal, me preocupava muito. Cheguei a pensar que eu

poderia não encontrar um casal para desenvolver a prática assistencial dificultando minha prática. Não fui todos os dias para a Maternidade, aguardava em casa aproveitando para realizar outras atividades. Tinha a facilidade de conhecer toda a equipe de saúde, só telefonava a cada início de turno e combinava com a enfermeira do Centro Obstétrico que se internasse alguém de acordo com a fronteira cultural traçada que ela entraria em contato comigo e foi o que aconteceu quando atendi o segundo casal. A angústia acabou quando durante uma manhã normal de trabalho soube através do obstetra de plantão que estaria internando uma cliente acompanhada pelo esposo, tal como que eu esperava.

No processo de cuidado junto ao primeiro casal eu estava no Centro Obstétrico realizando minhas atividades profissionais, o que facilitou o recebimento do mesmo. O segundo casal chegou até mim após um contato telefônico da enfermeira que estava de plantão no Centro Obstétrico comigo. O terceiro casal internou coincidentemente no único dia que resolvi ir ao Centro Obstétrico para ver se havia algum casal internado. Enquanto estava por lá averiguando, o casal surgiu.

Na prática assistencial com o primeiro casal, eu, no primeiro momento estava um pouco tensa e eufórica, mas com o apoio que toda a equipe de saúde me deu e o próprio contato com o casal, me fizeram relaxar e encontrar equilíbrio para conduzir o processo com calma e tranquilidade. Percebi que, por todos me conhecerem no ambiente, houve facilidade para que eu tivesse um contato mais tranquilo com o casal, assim como pudesse permanecer e atuar mais ativamente. O fato dos acadêmicos de medicina estarem em férias também facilitou o contato com o casal, assim como que eu realizasse o parto, porque eles também atendem ao nascimento. Tanto a equipe de enfermagem quanto os obstetras de plantão foram de um espírito de ajuda e cuidado comigo muito bonito, pois deixaram transparecer a colaboração e a consciência da importância do que este processo de cuidado representava para mim. Foi também um momento de valorização do meu trabalho por eles. Foi assim que me senti, valorizada.

#### **A descrição do primeiro casal:**

⇒ **Raio de Sol** com 21 anos, branca, com cabelos castanhos longos e repicados. Olhos castanhos, com um metro e quarenta e oito de altura, magra, só parecendo à barriga protusa, tercigesta, com dois partos normais horizontais anteriores, primeiro grau

completo, já trabalhou como doméstica e agora é do lar, não tem religião específica, acredita em Deus. Não sabe a origem familiar, relata que todos da família nasceram e moram em Florianópolis. É a primeira vez que possui acompanhante durante a internação em Maternidade.

⇒ **Chão**, com 33 anos, moreno escuro, cabelos curtos e ondulados, com um metro e oitenta e cinco de altura, pai de dois filhos que são desta relação, concluindo o supletivo primeiro grau, trabalha como segurança, tem a mesma crença religiosa da companheira, é de origem indígena por parte materna e portuguesa por parte paterna. É a primeira vez que acompanha o nascimento de um filho. Vivem juntos sob a forma de união estável há 5 anos.

No cuidado ao primeiro casal, consegui seguir os passos do caminho proposto. O caminho não aconteceu exatamente como o planejado, pois a dinâmica da vida não acontece assim e o processo de parir sendo parte dela não ia ser diferente. Por exemplo, não planejei que o companheiro fosse em casa, demorando duas horas para retornar, e que eu permanecesse sozinha com ela, porém a experiência não invalidou o caminho ao contrário trouxe muita riqueza, pois pude estar mais próxima conhecendo suas crenças e valores e acompanhando um momento muito bonito de convívio social no CO.

Foi muito bonito e poético compartilhar com eles a decisão de como seriam chamados no estudo: parturiente (**Raio de Sol**, sugestão minha) e companheiro (**Chão**).

”...mas se ela é Raio de Sol eu sou o chão que ela ilumina...” (**Chão**)

Inicialmente senti que eu poderia estar forçando o casal a participar, mas depois de conversar com calma e tranquilidade, dando espaço para que colocassem suas dúvidas, pude esclarecê-las, possibilitando a compreensão dos objetivos e a importância da prática, fazendo com que eles decidissem com segurança. O que me chamou atenção neste processo foi a preocupação do companheiro que a prática gerasse maior tempo de internação. Uma vez esclarecidas as dúvidas estabeleceu-se confiança e assim não tive dificuldades em realizar o levantamento de crenças e valores, nem o levantamento das necessidades de cuidados culturais, pois o casal foi comunicativo, dialogava, foi recíproco.

Levá-los para conhecer o ambiente do Centro Obstétrico foi muito proveitoso, pois

durante todo o percurso pudemos dialogar muito e assim nos conhecemos melhor. Pude propor o parto vertical estando diante da cadeira de parto. Esta experiência era nova para eles e por isso procurei explorá-la ao máximo. Conhecer o ambiente foi um fator de diminuição no estresse e um excelente meio de familiarização do casal com o local escolhido para o nascimento do filho.

Foi marcante propor o parto vertical e perceber que precisaram de tempo para decidir, que as experiências anteriores pesaram muito na decisão pelo parto vertical. Foi estimulante propor a alteração na posição de parir e obter uma resposta positiva.

Durante o trabalho de parto percebi que com o aumento das contrações o diálogo verbal foi substituído pelo diálogo através da expressão facial, através do toque. Auxiliar e ensinar técnicas para o alívio da dor mobilizam o casal. O companheiro ao perceber que a mulher estava com dor teve o instinto de ajuda e neste momento pude estar ao lado, transmitindo-lhe confiança e dando-lhe o aval de que poderia prestar auxílio mesmo estando no ambiente hospitalar.

Realizar o parto também foi um momento cheio de emoções tanto para o casal, que não teve necessidade de palavras para expressar-se, as lágrimas, os abraços e beijos se encarregaram de falar por eles; quanto para mim. O contato anterior no trabalho de parto foi um fator de peso para que o momento do parto transcorresse com tranquilidade e confiança. As intervenções necessárias foram pequenas e a não realização da episiotomia levou a uma pequena laceração com sutura de dois pontos. Percebi que houve uma vinculação familiar muito forte entre mãe/RN/pai e a dor tão presente até aqui se transformou em pura felicidade e amor.

**Chão** acompanhou os cuidados com o recém-nascido os quais foram realizados por mim com exceção do banho, pois como o transcorrer do parto fora rápido e **Raio de Sol** estava muito cansada e com sono, avalei que enquanto ela repousava eu poderia estar ao lado de **Chão** e do **Anjinho(RN<sup>23</sup>)**. Pude vivenciar a emoção de um pai “curtindo” seu filhote.

No pós-parto imediato, na sala de recuperação pós-parto, o casal se voltou

---

<sup>23</sup> Recém-nascido.

totalmente para o RN e orientações ou explicações não teriam muita importância pois seu foco de atenção era **Anjinho**.

Após oito horas de convívio no CO tive a oportunidade de acompanhá-los ao alojamento conjunto e perceber que os três estavam em completa harmonia e sintonia. Fui muito bem recebida pela enfermeira do AC. Pude conversar com a ela e passar-lhe como foi o processo de parir no CO, assim como alguns cuidados realizados pelo casal (sistema popular de cuidado) que foram levantados e que necessitariam ser acomodados e repadronizados.

Na primeira visita ao casal no alojamento conjunto pude perceber que os três estavam bem e que nosso relacionamento estava mais próximo, um fator determinante foi o fato de um ter realizado o parto. Procurei resgatar a questão repadronização do parto vertical para saber se ela aconteceu ou não e obtive a resposta de que houve repadronização.

"Eu diria que o parto de cócoras é o melhor, porque foi o melhor para mim...eu nunca tinha ouvido falar e acho que é importante as pessoas saberem que tem jeito mais fácil de se ter um filho." **(Raio de Sol)**

Realizei a entrevista (**ANEXO 5**) que foi muito rica para que compreendesse como foi para eles o processo de parir. Pude com ela saber se houve ou não respeito às crenças e valores do casal. Na segunda visita, acompanhei as orientações dadas pela enfermeira na alta que se mostrou aberta e recíproca à minha prática assistencial. O casal, muito atencioso, recebeu as informações como quem as compreendeu, porém o acompanhamento no domicílio, poderia responder melhor se aplicou ou não as orientações recebidas.

Em três dias concluiu-se a prática com o primeiro casal, porém permaneci realizando os registros no Diário de Campo que eram enormes e desgastantes.

Havia decidido que teria primeiro que concluir os registros e deixar tudo correto para então seguir na busca do segundo casal. Em cinco dias concluí o que havia me proposto, e então, iniciei nova busca. Desta vez a espera foi menor, em 4 dias surgiu o segundo casal. O meu contato com o casal surgiu a partir do auxílio da enfermeira e colega, que estava no Centro Obstétrico, que foi gentil e atenciosa ligando para me

informar sobre a internação de um casal para a minha prática assistencial.

Com este casal o início foi diferente, pois quando cheguei no CO o casal já se encontrava lá, recebendo cuidados há pelo menos duas horas, e neste período houve uma troca de plantão de enfermagem e logo iria acontecer a troca de plantão médico. As trocas de plantão não significaram problemas porque eu conhecia todos os turnos de trabalho, tanto da enfermagem quanto da medicina.

#### **A descrição do segundo casal:**

- ⇒ **Tulipa**, com 26 anos, morena clara, com cabelos curtos e corte chanel, com um metro e sessenta de altura, cheinha e com um enorme barrigão, secundigesta, com um partos normal horizontal anterior, segundo grau completo, já trabalhou como técnica de enfermagem em unidade de ortopedia em um hospital da capital. Parou de trabalhar para curtir a gravidez e pretende voltar a esta atividade quando a criança tiver dois anos de idade. É católica não praticante, acredita em Deus. É de origem familiar italiana e é a primeira vez que possui acompanhante durante a internação em Maternidade.
- ⇒ **Geranium**, com 27 anos, moreno claro, cabelos curtos lisos, com mais ou menos um metro e oitenta de altura, pai de um filhos que é desta relação, com primeiro grau completo, é autônomo, possui uma fábrica de móveis, tem a mesma crença religiosa da companheira, é de origem familiar italiana, é a primeira vez que acompanha o nascimento de um filho. Vivem juntos casados apenas no religioso há 11 anos.

No cuidado com o segundo casal, eu, ao contrário do primeiro, estava calma e tranqüila, pois a experiência anterior gerou segurança. Quando realizei o convite ao casal para participar da prática o aceite foi imediato, não houve perguntas, provavelmente em função do número de contrações dolorosas que a parturiente estava sentindo. Soube através da enfermeira e depois de confirmado com a parturiente que é técnica de enfermagem, porém sem nenhuma experiência de trabalho na área de obstetrícia.

Havia acadêmicos de medicina ao lado do casal prestando cuidados. A equipe de enfermagem e os obstetras de plantão foram prestativos e muito cordiais, me deixaram muito à vontade junto ao casal. Porém de início se detectou através do sonar, provável sofrimento fetal que talvez pudesse alterar o curso do parto, sendo aventada a possibilidade de uma cesariana.

Enquanto se realizava o exame de cardiotocografia para a confirmação do sofrimento fetal, percebi que algo não estava correto, ela parecia estar fazendo força, foi quando resolvi fazer um toque no qual diagnostiquei dilatação total e momento de encaminhá-los para a sala de parto. Ela confirmou o diagnóstico dizendo que achava que era o bebe, que sentiu o mesmo no parto anterior. Portanto, diagnosticamos o período expulsivo. Neste momento propus o parto vertical o qual foi aceito, porém a parturiente apesar de ter rapidamente decidido junto com seu companheiro deixou clara e transparente a indecisão. Eu não havia pensado nisso, havia pensado apenas que pudesse não conseguir leva-los para conhecer o CO. Fiquei confusa, era um imprevisto a frente, mas mesmo assim resolvi enfrentá-lo.

Para minha surpresa o obstetra de plantão, sabendo da minha proposta, solicitou ao acadêmico que não entrasse no parto que eu iria realizá-lo. Consultei o casal sobre esta possibilidade e eles concordaram com muita segurança. A atitude do obstetra me fez sentir valorizada, assim como o apoio recebido pela enfermagem que esteve muito próxima de mim neste curto período de tempo. Portanto, não tive o clássico acompanhamento junto ao casal como eu havia previsto.

Apesar do pouco contato no pré-parto, durante o caminho até a sala de parto, tentei realizar um **cuidado de ambientalização**, explicando por quais ambientes estávamos passando, portanto não conheceram todo o Centro Obstétrico, mas somente os locais por onde precisaram passar para chegar à sala de parto.

Realizar o parto foi um momento muito bom. O casal conversava pouco nos intervalos da contração. Interagiam de maneira recíproca comigo. Expliquei muitos detalhes da sala, pois não tiveram a oportunidade de conhecê-la anteriormente. Também situei o casal sobre cada profissional que estava atuando ali. Foi um parto tranquilo, apesar do bebê ter nascido com uma circular de cordão, o que colaborou para uma cianose, não permitindo que eu o colocasse imediatamente em contato com a mãe, foi primeiro atendido pelo neonatologista. Foi um momento repleto de emoções.

"O RN, ao entrar em contato com a **Tulipa** para de chorar e **Geranium** se aproxima de ambos. Pai e mãe (**Geranium Tulipa**) ficam olhando e admirando o RN. Ouço-os conversando." (registro da enfermeira no diário de campo)

"É um menino perfeito." (**Geranium**)

"Ele se parece com você." (**Tulipa**)

Não realizei episiotomia, pois não havia necessidade. Houve uma laceração pequena, um pouco maior da que aconteceu no cuidado à parturiente do primeiro casal. Percebi que houve uma vinculação familiar muito forte entre mãe/RN/pai. **Presente de Deus (RN)** permaneceu um tempo em contato com eles sobre o colo da mãe. A enfermeira do plantão estimulou-o a mamar, ele mamou uns 5 minutos. Pude mostrar-lhes a placenta com detalhes. Quando **Presente de Deus** foi encaminhado para a sala do RN, para receber os primeiros cuidados, o pai foi convidado a acompanhá-lo e o mesmo foi com ar de satisfação. Com a saída dos dois da sala, a mãe me pareceu estar em "alfa", permaneceu de olhos fechados, com ar de felicidade, como quem estivesse saboreando algo muito gostoso. Ao término da sutura ela me falou:

"Você é uma pessoa muito iluminada. Me transmitiu muita segurança e confiança de que tudo daria certo." (**Tulipa**)

Foi um momento importante para confirmar que pude driblar o pouco tempo de contato no pré-parto e a questão de não ter realizado a ambientalização, tal como fora planejado.

Encaminhei **Tulipa** à sala de recuperação pós-parto e como ela relatou querer dormir para recuperar as energias, decidi não ficar por perto, para que ela pudesse descansar, já que esta era a sua necessidade. Tive a impressão que ela queria me dizer: agora não quero falar nada, só quero dormir. Então fui acompanhar os cuidados com o bebê.

Ao chegar na sala do RN, observei **Presente de Deus**, que estava no berço aquecido e **Geranium** ao seu lado, como um guardião. Um guardião amigo, sensível, mas muito cuidador. Ele observava **Presente de Deus** e mantinha um sorriso na face. Acabei por realizar os cuidados imediatos, com exceção do banho. **Geranium**, durante este

processo, apresentou medo e não quis assistir procedimentos invasivos, depois participou ativamente, sempre muito interessado. **Geranium** carregou **Presente de Deus** para a sala de recuperação com muito cuidado e muito empolgado com o que estava fazendo.

No pós-parto imediato, na sala de recuperação pós-parto, o casal se voltou totalmente para o bebê. Falei rapidamente sobre a prática assistencial e neste momento pedi-lhes que pensassem sobre como gostariam de serem chamados no estudo.

Tivemos um convívio de 3:15 horas no CO. Pude acompanhá-los ao Alojamento Conjunto. A enfermeira do AC foi muito receptiva e se mostrou muito interessada na prática junto ao casal. Pude conversar com ela e passar-lhe como foi o processo de parir no CO. Soube do casal que havia escolhido: **Tulipa e Geranium** para serem chamados no estudo. Desta vez não tive participação na escolha. A decisão pelos nomes aconteceu por gostarem muito de flores e assim cada um escolheu a flor que mais gostava. Achei a escolha muito criativa.

Neste primeiro contato devido à dinâmica dos acontecimentos não pude conhecer com maior profundidade, como foi sua experiência anterior de parturição, nem levantar muitas crenças e valores do casal, achei prudente que ficasse para um segundo contato.

Na primeira visita no Alojamento Conjunto, não pude conversar com o casal pois ele estava trabalhando. Decidi ficar junto dela e iniciar a busca de crenças e valores e explorando o que não pude fazer no dia anterior. Pude perceber que os dois estavam bem. Ela, durante todo o tempo, demonstrava muita proximidade comigo. Acredito que o fato de eu ter atendido o parto foi essencial para o vínculo entre enfermeira/puérpera. Após conhecer sua história procurei resgatar a questão “repadronização do parto vertical” para saber se ela aconteceu ou não e obtive a resposta de que houve repadronização.

”... Estava insegura, pois nem imaginava como seria. Mas, adorei porque achei que foi mais rápido para nascer do que no parto anterior que foi na horizontal ... eu já tinha pretensão de ganhar desse jeito. Achei bom assim, porque logo faz aquela força e ela age. A posição também permite que a gente fique mais alta do que todos facilitando que eu enxergasse, me deixando assim mais segura também. Na hora que saiu eu vi ele sair , mas na mesma hora eu já fechei o olho que deu aquele alívio, aquela sensação de bem estar. Aquela emoção. Segundos depois eu senti ele no meu colo. É muito bom ficar próximo do bebê que a gente carregou por nove meses...”  
**(Tulipa)**

Este momento foi muito rico para que compreendesse como foi para **Tulipa** o processo de parir. Pude saber que houve respeito às crenças e valores do casal.

A segunda visita realizada no alojamento conjunto foi mais rápida. O companheiro não estava presente, pela mesma razão do dia anterior. Mãe e filho estavam bem e tranquilos. Acompanhei as orientações dadas pela enfermeira na alta, orientações estas, que foram dadas com muita calma e tranquilidade.

Como não pude realizar a entrevista com o casal durante sua estada no AC, deixamos acertado que esta aconteceria no domicílio. Esta situação fazia parte da dinâmica da prática com este casal. A visita foi programada para cinco dias após a alta e às 18:00 horas, data e hora estabelecidas por **Tulipa**.

O que me chamou muito atenção foi o fato dela ter realizado a minha ambientalização no seu lar e isso me fez sentir mais à vontade. Tive primeiro a oportunidade de estar a sós com ela e com **Presente de Deus**. Neste tempo, muitos momentos educativos aconteceram, pois ela estava em plena fase de apojadura.

”... ter conhecimento não adianta muito quando não se tem experiência ... eu sabia que você iria me ajudar...”  
**(Tulipa)**

Duas horas após o horário combinado é que **Geranium** chegou. Apesar de cansado foi muito cordial, solícito e atencioso. Tomou um banho. Fizemos questão que jantasse com eles e foi o que fiz. Só após a janta é que sentamos para uma conversa. Esta foi muito agradável. Sabia que estávamos todos cansados, mas pudemos explorar os detalhes necessários às indagações que eu tinha. Foi um momento de troca muito especial.

Foi muito gratificante ouvir deles o relato do significado deste parto para eles.

”... Foi um momento de sentimento de dor e de amor muito grande.” (Tulipa)

”... Significou que a vida é muito especial e que o nascimento, assim como a vida só pode ser um Presente de Deus, talvez esteja aí o porque demos este nome para ele.” (Geranium)

O nome dado ao bebê significa **Presente de Deus** e por esse motivo decidiram que seu pseudônimo seria esse.

Percebi que o papel do companheiro é muito forte para prover a família, porém os poucos momentos juntos foram cercados de atenções e carinhos entre eles.

Senti-me muito bem pelo recebimento que tive na casa do casal. Não imaginava ficar tanto tempo, porém senti a compensação da ausência do casal no AC, pois o companheiro não permaneceu como acompanhante.

Quando saí de lá me senti muito leve e com a sensação de ter cumprido e bem cumprido ao que havia me proposto.

Durante todo o percurso percebi que não houve muitos cuidados por serem acomodados ou repadronizados, mas sim muitos por serem mantidos. Isso se deu, talvez, por **Tulipa** ser técnica de enfermagem e, conseqüentemente, ter conhecimento científico, usando-o na sua vida cotidiana.

Em dez dias conclui a prática com o segundo casal, porém permaneci realizando os registros por vários dias.

O terceiro casal surgiu após sete dias do término com o segundo casal. Eu estava no CO fazendo uma averiguação se havia alguém internado que pudesse participar da prática, mas até aquele momento não tinha ninguém, quando soube através do acadêmico de medicina que veio conversar com o obstetra sobre a possibilidade de internar uma parturiente primípara e secundigesta. Fiquei, então, aguardando o obstetra avaliá-la, minutos depois ele retornou para me dizer que tinha características para participar da prática. Fui a Triagem e descobri que fechava com as características necessárias à prática assistencial. Conversei com a equipe sobre esta prática e todos mais uma vez foram muito

prestativos e interessados. Mais uma vez me senti feliz, pois estava conseguindo realizar a prática assistencial e este inteirava o terceiro casal.

**A descrição do casal :**

⇒ **Andorinha**, com 20 anos, morena clara, com cabelos compridos e lisos, com um metro e cinquenta de cinco de altura, magra e com um barriga não muito grande, secundigesta, com um parto normal horizontal anterior de uma menina que é da outra relação conjugal, com segundo grau incompleto, do lar, nunca trabalhou, é católica não praticante, é de origem açoriana e vive muito a cultura da farra do boi e do boi de mamão. É a primeira vez que possui acompanhante durante a internação em maternidade.

⇒ **Beija-Flor**, com 23 anos, moreno escuro, cabelos curtos lisos, com um metro e sessenta de altura, padraço da filha de Andorinha, primeiro grau completo, é autônomo (lavador de carro), tem a mesma crença religiosa da companheira, é de origem açoriana. É a primeira vez que acompanha o nascimento de um filho, até porque é seu primeiro filho. Vivem juntos sob a forma de união estável há 2 anos.

Pude recebê-los na porta e conversar com calma e tranquilidade sobre a prática, tal como havia previsto e eles, tal como eu esperava, aceitaram participar.

Foi interessante perceber como o companheiro transparecia sentir-se importante pelo convite durante um comentário.

”...eu nunca fiz entrevista gravada e nem participei de nenhum tipo de trabalho.” (**Beija-Flor**)

Nos primeiros contatos percebi que havia algo estranho, porém não levei em consideração, poderia ser a dor relatada pela cliente que estivesse truncando nosso vínculo.

Durante o processo de **cuidado de ambientalização** pedi que pensassem sobre como gostariam de ser chamados no estudo. Pude detectar que eles tiveram curiosidade de saber se estavam sendo os primeiros. Por não serem, quiseram saber que nome os outros casais escolheram, me dando a sensação de que não queriam ser diferentes. Identificaram que os casais anteriores escolheram nomes relativos a natureza, decidiram seguir a mesma linha.

”...Pode ser bicho?... Eu gosto muito de passarinhos, e o que eu mais vejo lá perto de casa é Andorinha. Pode ser?”  
(**Andorinha**)

“Eu também quero nome de pássaro para combinar. O que eu gosto é o beija-flor porque quando eu era criança a gente brincava muito de colocar água com açúcar num potinho na varanda lá de casa para ver os bichinhos beber a água. Era muito divertido.”(**Beija-Flor**)

Percebi que ela buscou um pássaro que é algo próximo do seu dia-a-dia, já ele, buscou um pássaro, derivado de uma imagem positiva na infância, que não há relação com o momento que vive hoje.

Diferente do primeiro casal (**Raio de Sol e Chão**), levei-os primeiro para conhecer a sala de parto vertical e lá lhes propus esse parto, que para minha surpresa foi recebido sob a forma de choque para **Andorinha**. Instalou-se um clima muito ruim. **Beija-Flor** achando que ia ser bom e **Andorinha**, revoltada, achando tudo horrível.

“Só tem esse lugar para a gente ganhar filho? Eu não quero ganhar assim ... Eu posso até ouvir o que tu tens para dizer mas eu já vou dizer que deste jeito eu não quero.” (**Andorinha**)

A relação do casal era diferente, mas não quis fazer julgamentos. **Andorinha** parecia estar com ciúmes de mim, fiquei muito confusa. Durante o desenrolar da situação senti que estava se estabelecendo uma relação entre eu e Beija-Flor, mas desconexão com **Andorinha**.

**Beija-Flor** apresentou reação de indignação com a atitude de **Andorinha**. Reação de humilhação, o que me fez pensar sobre a cultura de que o homem deve interferir num comportamento desaprovado por ele, o homem da família.

“Que chato tu te comportando assim, que nem criança. Tu não vê que ela só quer ajudar a gente. Até parece que é boba!” (**Beija-Flor**)

Percebia que não estava havendo sintonia. Andorinha reage à agressão de Beija-Flor.

“Eu não gosto de coisas esquisitas e pronto.” (**Andorinha**)

Surgiu a crença de que o diferente ou não conhecido não deve ser experimentado. Não deixava de ser também um mecanismo de proteção. Senti-me frustrada por não saber lidar com a situação, impotente. Resolvi interferir no sentido de sairmos daquela situação e propus continuarmos conhecendo o ambiente.

Foram momentos em que todos estavam tensos. Ambos pareciam estar de cara virada um com o outro e eu lá no meio. Agi por algum tempo como se não estivesse percebendo o atrito entre eles. Pude perceber que quando eu estava explicando sobre os cuidados com o recém-nascido consegui puxar o nó básico que estava atando aquela relação. Foi falar de recém-nascido que os dois se mobilizaram e **Beija-Flor** começou a relatar sobre a dinâmica da família e **Andorinha** se abre mais, mudando até sua expressão facial.

”...ela adora boi de mamão... não é minha filha mas gosto dela como se fosse.” (**Beija-Flor**) (referindo-se à filha de Andorinha em outra relação conjugal)

”...ela adora ele, mas agora acho que ela vai ter ciúme do bebê, principalmente porque essa é a filha legítima.” (**Andorinha**)

A relação era instável ou frágil pela situação da chegada da filha que seria deles. Percebi então, que não era comigo o problema e sim uma situação familiar prestes a ser definida. Pude levantar a hipótese de que com a chegada deste bebê, haveria mudança na relação em casa com a filha de 3 anos.

Ao conhecer a sala de parto horizontal visualizei a demonstração de segurança e opção pelo conhecido. Crença de que o que é conhecido (seguro) não deve ser mudado. Fui mais além na percepção observando que provavelmente não queria que as filhas (já sabia o sexo do bebê) nascessem de maneira diferente uma da outra, já que já eram de pais diferentes.

“Foi desse jeito que eu ganhei a minha outra filha e é desse jeito que eu vou a ganhar essa.” (**Andorinha**).

No que busquei conhecer a experiência anterior de parturição percebi nitidamente que a vivência não foi dentro de uma relação estável e ela me pareceu bastante imatura.

Aprofundei sobre o parto vertical. Soube que muitos fatores contribuíam para que **Andorinha** não quisesse.

”...Não gostei porque prefiro não ver nada. Quero ficar de olho fechado. Daquele jeito não tem como a gente não ver. Parece coisa de índio e eu sou bem civilizada, daquele jeito deve rasgar a gente todinha.” (**Andorinha**)

Nesta relação não houve abertura e oportunidade para que ele pudesse decidir sobre a posição de parir.

”...Para mim eu prefiro aquela sala me parece menos médica. Na explicação que a senhora deu pareceu que fazer a força para empurrar o bebê é mais fácil e não desse jeito.” (**Beija-Flor**)

“Quem vai fazer a força sou eu. Você é homem não entende disso e nunca vai entender por que nunca vai ganhar um filho...” (**Andorinha**)

Pude perceber a crença de que o homem não entende de parto, por isso não deve opinar. Ao contrário do que eu imaginava, realizar o **cuidado de ambientalização** gerou aumento de tensão para o casal.

Precisei ficar um pouco sozinha para poder elaborar a situação. Eu não estava preparada para enfrentar uma situação assim, principalmente na prática assistencial. Achei que o casal também precisa de um momento a sós. Pouco tempo depois o casal logo me chamou, queria que eu estivesse perto.

Com o aumento das contrações, a percepção dolorosa dela também aumentou muito e isso parecia deixá-lo apavorado. Intensifiquei a ajuda para o alívio da dor, procurava inseri-lo e estimulá-lo, apesar de nítido o seu medo, ele conseguiu prestar ajuda.

”...Eu também vou te ajudar.” (**Beija-Flor**)

Só depois de muito tempo juntos e de muitas situações conflitantes pude perceber que, quando meu cuidado obstétrico foi intensificado, eles estavam mais confiantes com a minha presença.

Pude ensinar a **Beija-Flor** várias massagens para que fizesse durante a contração para alívio da dor e de relaxamento nos intervalos da mesma, no que ele esteve sempre

muito prestativo.

O que me chamou muita atenção foi o fato de eu ensinar à **Andorinha** a posição agachada durante as contrações. Ela, para meu espanto, aceitou e as fez sem nenhuma restrição.

Outro fato que me intrigava era quando eu retornava de qualquer ausência e ouvia o **Beija-Flor** dizer à **Andorinha** que a mãe dela havia chego.

“A tua mãe chegou. É engraçado mas quando a senhora está do lado ela faz direitinho, quando a senhora sai ela se desespera e só reclama que eu não estou fazendo direito.”  
(**Beija-Flor**)

No transcorrer do cuidado junto ao casal pude realizar o diagnóstico de período expulsivo e após conversa com o obstetra decidimos que eu realizaria o atendimento ao parto se o casal assim o quisesse e eles para minha surpresa aceitaram.

Atender ao parto foi bom e só não foi melhor, talvez, por eu estar sentindo algo diferente, ou a integração não estar completa entre o casal e eu (enfermeira).

Não houve muito tempo, logo o bebê nasceu. **Andorinha** permaneceu de olhos fechados não querendo ver nada, e **Beija-Flor** debruçou-se nela também não olhando para o que se passava. O bebê (menina) nasceu sem intercorrências e eu consegui colocá-la no colo de **Andorinha**, mas esta não pareceu sensibilizada. A neonatologista, por perceber que **Andorinha** não queria tocar o bebê, levou-a para o atendimento no berço aquecido. **Beija-Flor**, mais comovido e participativo, prestou atenção em tudo que ela fazia.

“...olha, olha, ela nasceu é uma menina. Posso ver a médica atender?” (**Beija-Flor**)

Não realizei episiotomia, pois não parecia haver necessidade. Houve uma laceração pequena, diferente das parturientes anteriores (**Raio de Sol** e **Tulipa**). Esta foi só de mucosa na região parauretral esquerda e superficial. Mas como havia um vaso sangrante, necessitei dar 4 pontos.

Percebi que houve uma vinculação muito forte entre **Beija-Flor/RN**. **Andorinha** me parecia dar mais ênfase ao cansaço. O bebê retornou para um contato e foi colocado sobre o colo de **Andorinha**. Nesse momento percebi que estava acontecendo a vinculação

familiar .

”...ela é muito bonitinha não é cheiro...” (**Andorinha**)

”...é bonita como a mãe...” (**Beija-Flor**)

A enfermeira do plantão interagiu estimulando o bebê para mamar, mas ele não quis. Então permaneceu no colo da mulher-mãe sendo afagada pelos pais.

Pude, também, mostrar-lhes a placenta com detalhes. Percebi que não conheciam e nem faziam idéia do que é uma placenta.

A enfermeira do plantão convidou **Beija-Flor** para acompanhar o bebê até a sala do RN, local onde o mesmo receberia os primeiros cuidados. **Beija-Flor** demonstrou satisfação com o convite e foi sorridente.

Com a saída dos dois da sala, a mãe permaneceu de olhos fechados. Parecia preocupada, mas também aliviada e foi assim que ela permaneceu nos poucos minutos, enquanto eu fazia a sutura. Percebi que ela não queria conversar.

Encaminhei **Andorinha** para a sala de recuperação pós-parto e a única coisa que ela perguntou foi se o bebê ia demorar porque ela queria dormir.

“será que ela vai demorar? Eu queria dormir, estou morta.  
Essa noite quase não dormi nada. A dor não deixava.”  
(**Andorinha**)

Como as experiências anteriores com outros casais (**Raio de Sol/Chão** e **Tulipa/Geranium**), mostraram que estar ao lado do pai no cuidado ao RN foi muito bom. Decidi fazer o mesmo e deixá-la dormir.

Ao chegar na sala do RN observei **Princesinha** e lembrei que dos três nascimentos, só o dela foi de menina. **Beija-Flor** me parecia uma criança, ria a toa. Foi um momento de muita integração entre nós. Ele sempre carinhoso com ela, a chamava de **Princesinha**. Fazia questão de me ajudar e eu estimulava-o a fazer. Demonstrava ter bastante prática com cuidado a bebês. Durante os procedimentos invasivos ele apenas se ressentiu.

”...pobrezinha. Tão pequena e já levou injeção.” (**Beija-Flor**)

**Beija-Flor** de maneira muito intensa, forte, parecia muito próximo dela

**(Princesinha)**. Parecia que ia ser um paizão.

No pós-parto imediato, na sala de recuperação pós-parto, o casal se voltou totalmente para o bebê enquanto este mamava. **Beija-Flor** quis sair do CO e não teve quem o segurasse. Retornou com um buquê de flores para **Andorinha**. Por este motivo abri uma exceção de deixá-lo entrar novamente, pois temos como norma que o acompanhante que sai no pós-parto não deve retornar ao CO. Aqui sim percebi que ambos estavam com os sentimentos à flor da pele. **Andorinha** chorou ao ver o buquê de rosas vermelhas, foi muito comovente estar junto deles neste momento.

”...eu te amo. Parabéns.” **(Beija-Flor)**

Tivemos um convívio de 4:30 horas no CO. Pude acompanhá-los ao Alojamento Conjunto. A enfermeira do AC não foi só colega, também foi uma boa ouvinte, pois estava estressada com toda a vivência no trabalho de parto. Senti em vários momentos junto a este casal um choque entre a minha cultura e a do casal e isso mexeu comigo.

Um acontecimento foi muito especial no dia seguinte. Estava no meu horário de trabalho, quando chega **Beija-Flor** com uma rosa vermelha, linda. Foi um momento de muita recompensa. Senti-me muito valorizada. Para mim, confirmou nossa vinculação durante todo o processo.

”...é para você, por ter sido tão atenciosa e cuidadosa com a gente.” **(Beija-Flor)**

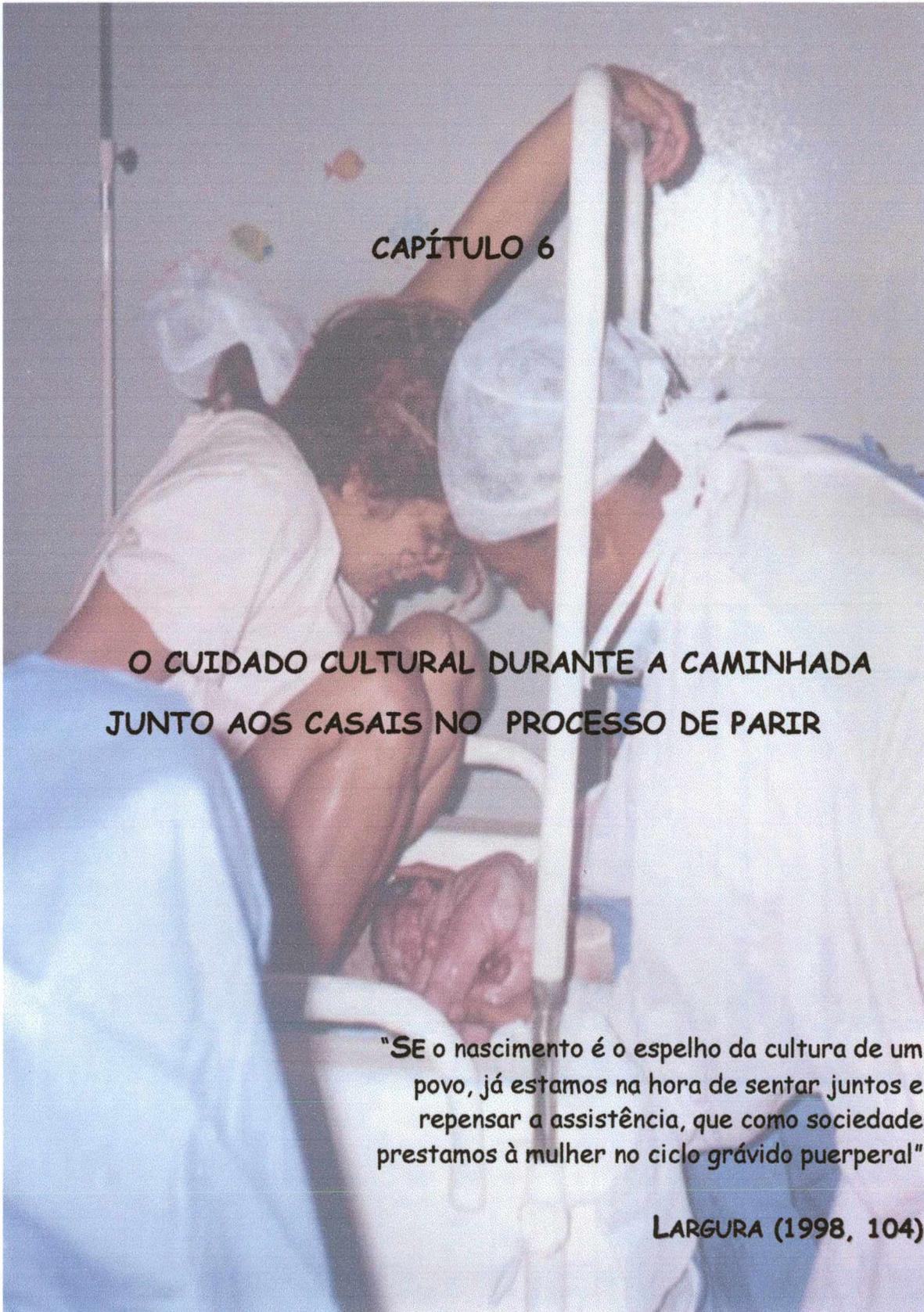
Ao visitar o casal no Alojamento Conjunto pude perceber que os três estavam bem. Percebi uma vinculação afetiva maior com **Beija-Flor** do que com **Andorinha**. Procurei resgatar a questão do parto e tentar saber porque não aconteceu a repadronização do vertical em detrimento do horizontal.

“Achei que daquele jeito eu ia ficar muito arreganhada e ia ter vergonha de ficar assim perto dele. Sei lá depois ele era capaz de lembrar e não ter mais vontade comigo... parto pra mim é deitada. Se alguém me perguntar eu digo que esse é o melhor. Não tive problemas com eles, pra mim é bom. Também prefiro porque não vejo nada, nem sangue, nada.” **(Andorinha)**

”...Acho que do outro jeito é até mais bonito, mas esse também é bom.” **(Beija-Flor)**

Realizar a entrevista foi um momento muito importante para que compreendesse como foi para eles o processo de parir. Conhecer toda a problemática de suas vidas auxiliou muito na interpretação das atitudes e situações vivenciadas. Pude, também, saber se houve ou não respeito às crenças e valores do casal.

Com **Andorinha e Beija-Flor**, se encerrou minha prática assistencial. Com a prática assistencial, além de cumprir uma etapa curricular do Mestrado, pude ter um aprendizado muito grande, que foi a repadronização de muitos pensamentos e atitudes que não contemplavam o respeito às percepções, crenças, valores e decisões do casal no processo de parir.



**CAPÍTULO 6**

**O CUIDADO CULTURAL DURANTE A CAMINHADA  
JUNTO AOS CASAIS NO PROCESSO DE PARIR**

**"SE o nascimento é o espelho da cultura de um povo, já estamos na hora de sentar juntos e repensar a assistência, que como sociedade prestamos à mulher no ciclo grávido puerperal"**

**LARGURA (1998, 104)**

Esta imagem mostra o pai segurando o RN logo após o nascimento, mostrando o respeito à crença cultural do casal. Foto realizada na Maternidade do HU e autorizada pelo casal para uso neste trabalho.

## 6. O CUIDADO CULTURAL DURANTE A CAMINHADA JUNTO AOS CASAIS NO PROCESSO DE PARIR

A reflexão sobre as percepções, crenças e valores dos casais no processo de parir foi um momento de fundamental importância para a compreensão do cuidado cultural coerente. Procuro, neste capítulo, avaliar como foi minha prática de cuidado junto aos casais no processo de parir, de acordo com as formas de atuação proposta por Leininger (1991), sendo elas: a preservação, a acomodação e a repadronização. Antes, porém, procuro trazer à tona, alguns comentários sobre o referencial teórico que foi o norteador da prática do cuidado cultural.

Em minha prática de cuidado, como Enfermeira obstétrica, sempre me senti indignada diante da imposição cometida pela maioria dos profissionais que atendem ao casal no processo de parir. Indignação esta que me fez buscar um referencial teórico que contemplasse a cultura da clientela, para que melhor pudesse compreendê-la e assim pudesse modificar, também, minha prática de cuidado.

A construção do referencial teórico aconteceu como resultado de uma das primeiras disciplinas do mestrado (Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Enfermagem), o qual foi sendo lapidado de acordo com o processo evolutivo do construir do projeto para a prática assistencial. Essa construção mental aumentava sua complexidade, pois a cada passo dado, mais claro se tornava o que eu pretendia fazer na prática assistencial e mais límpido ficava o pensamento de que este referencial deveria concretizar-se nesta prática. Este clareamento mental se fazia importante para que não incorresse no reducionismo de “uma visão embasada”, conduzindo a uma aplicação prática com resultados duvidosos e discutíveis.

De acordo com Monticelli (1998) a construção mental do marco conceitual é

equivalente a um olhar sob o prisma de quem usa óculos e com ele poderá ter uma direção para o que vai vivenciar no campo.

O referencial teórico neste estudo teve papel de “bússola” onde o navegador (enfermeira obstétrica) o toma para buscar “seu norte”, com isso direcionando suas ações, observações, reflexões, interpretações e análises.

O referencial foi desde o princípio um guia, “uma bússola” que apontava a direção teórica que a prática deveria consolidar, porém também não podia ser visto como um caminho único, sem retorno, uma via de mão única. Ao contrário, ele apontava a direção, mas a decisão de segui-la ou não, era de quem os conduzia (enfermeira obstétrica e o casal). Sua função foi ser um guia facilitador pois facilitava a visualização dos ângulos a serem captados e aprofundados, pois assim maiores seriam as chances de coerência entre o mentalizado e o vivenciado na prática.

O exercício da construção mental não foi uma tarefa fácil pois não estava habituada a uma reflexão mais aprofundada, ou seja, a uma prática reflexiva.

Desde o princípio tinha claro que o reconhecimento de crenças e valores durante o processo de parir seria uma tarefa que exigiria muita perspicácia, porém fazia parte de um desafio pessoal desenvolver a percepção da observação e levantamento das mesmas. Confesso não ter sido uma tarefa fácil, mas sem dúvida foi um grande passo para o início da compreensão do que significa trabalhar com uma visão antropológica, nunca esquecendo que o referencial teórico foi o guia facilitador deste processo. Era fundamental para que eu pudesse compreender o porque da opção pelo parto vertical ou horizontal, que estas percepções, crenças e valores fossem claras. Possibilitando assim constatar se havia influência ou não da cultura sobre estas opções e como conduziria o cuidado de forma a não haver imposição, buscando a congruência no cuidado.

A busca do reconhecimento das crenças e valores do casal teve por finalidade identificar o sistema popular de cuidado do casal, podendo assim diferenciá-lo do sistema profissional de cuidado. Foram levantadas a partir dos comportamentos e atitudes do casal em sua estada no Centro Obstétrico; da relação entre o casal; entre o casal e eu (Enfermeira obstétrica); entre o casal e a equipe de saúde. As necessidades de cuidado cultural foram

visualizadas desde o momento em que os casais internaram no Centro Obstétrico e aceitaram participar da prática assistencial. Essas necessidades, foram encaixadas na manutenção, acomodação e repadronização. Tendo como ênfase maior a repadronização na posição de parir. A avaliação das formas de atuação proposta pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural aconteceu de maneira dinâmica, antes, durante e após cada atuação na preservação, acomodação e repadronização do cuidado, assim como quando realizei a revisão dos registros do diário de campo e da entrevista.

A construção da categorização do cuidado foi baseada em minha visão ética, não tendo suporte nos construtos do cuidado propostos por Leininger (1991). Portanto, o cuidado possuiu várias características significativas, fazendo parte da denominação de cada tipo de cuidado prestado, contemplando o cuidado cultural, sendo eles:

- 1. Integrando o casal no ambiente do cuidado profissional - cuidado de ambientalização**
- 2. Estando ao lado - cuidado presente**
- 3. Conhecendo as crenças e valores - cuidado investigativo**
- 4. Estando vigilante - cuidado vigilante**
- 5. Fornecendo explicações e esclarecimentos - cuidado explicativo**
- 6. Favorecendo a integração do casal com as situações de cuidado - cuidado integrativo**
- 7. Estabelecendo relação pessoa/pessoa - cuidado relacional**
- 8. Estabelecendo vínculo - cuidado vincular**
- 9. Realizando educação para a saúde - cuidado educativo**
- 10. Oferecendo suporte de apoio - cuidado de apoio**
- 11. Estimulando o cuidado - cuidado de estímulo**
- 12. Respeitando a decisão do casal - cuidado respeitoso**
- 13. Controlando o trabalho de parto - cuidado obstétrico**
- 14. Agindo com igualdade e negociação nas decisões - cuidado igualitário e**

**compartilhado**

**15. Desrespeitando o casal - cuidado impositivo.**

**16. Acontecendo contato e aconchego dos membros da nova família - cuidado familiar**

**17. Sendo cuidado por outro profissional - cuidado interdisciplinar**

**18. Ajudando, apoiando com solidariedade - cuidado solidário**

**19. Realizando a avaliação do cuidado - cuidado avaliativo**

Como etapa metodológica tracei um caminho com 6 etapas, para a prática de cuidado, que passo, a seguir, a analisá-las. O caminho foi um guia facilitador, pois nas diferentes etapas pude vislumbrar e contemplar a prática de cuidado a qual havia me proposto, sem com isso me sentir tolhida diante da imprevisibilidade que apresenta o processo de parir.

## **6.1 A Primeira Etapa da Caminhada: Ambientalização**

A primeira etapa da caminhada planejada na trajetória metodológica **correspondeu** a ambientalização, que foi uma forma de integrar o casal no ambiente de cuidado profissional, ou seja, na cultura profissional de cuidado surgindo, o **cuidado de ambientalização**, momento no qual, também, lhes fora proposto a parturição na posição vertical.

O **cuidado de ambientalização** já faz parte do cotidiano da Maternidade, como uma forma de humanização da assistência, portanto realizá-lo de forma reflexiva, foi vislumbrar sob outra óptica e de maneira mais aprofundada o cotidiano desta prática. Pode-se perceber que esta instituição possui uma assistência que de alguma forma procura também o respeito cultural, uma vez que procura inserir a parturiente e seu acompanhante no ambiente profissional através da ambientalização.

Santos (1998) aponta sobre os aspectos importantes em relação ao conhecimento prévio do ambiente para que a mulher sintasse-se mais segura, menos ansiosa no momento do parto e que em algumas maternidades tornou-se rotina mostrar a área física especialmente a sala de parto, no momento da internação. Observou que as experiências anteriores de parturição influenciam as mulheres/parturientes a terem vontade de conhecer o ambiente, mas que uma rotina muitas vezes instituída como facilitadora, pode vir a ser geradora de ansiedade. Foi realizada uma investigação junto aos casais sobre quererem conhecer o ambiente (observando também seu estado emocional) e terem uma avaliação clínica obstétrica favorável (física). Esta investigação inicial já contemplou um **cuidado coerente e respeitoso** com o desejo do casal frente a conhecer o Centro Obstétrico, indo ao encontro com o cuidado preconizado por Leininger (1991).

**Raio de Sol e Chão (primeiro casal)** demonstraram interesse e curiosidade em conhecer o ambiente e ela possuía uma avaliação obstétrica favorável, pois estava no início do trabalho de parto, portanto não houve **empecilhos** à ambientalização.

**Tulipa e Geranium (segundo casal)** demonstraram interesse em conhecer o ambiente, mas ela não apresentou uma condição obstétrica favorável uma vez que minutos antes de ser realizada a ambientalização, eu e a parturiente diagnosticamos período expulsivo. Com este casal houve apenas a ambientalização no pré-parto.

**Andorinha e Beija-Flor (terceiro casal)** foram receptivos a conhecer o ambiente e ela apresentava condição obstétrica favorável, pois estava no início do trabalho de parto, conseguindo caminhar e se locomover sem maiores problemas.

Portanto a primeira etapa da caminhada só foi contemplada a **Raio de Sol e Chão** e **Andorinha e Beija-Flor**.

De um modo geral, o **cuidado de ambientalização** constituiu-se em levar os casais para conhecerem todos os ambientes por onde poderiam percorrer durante a internação no Centro Obstétrico. Além de conhecerem o ambiente físico, receberam informações sobre o funcionamento do setor, bem como quem eram os elementos da equipe de saúde e suas funções. O interessante a ser apontado é que durante o **cuidado de ambientalização** junto aos casais iniciou-se um **cuidado relacional**, pois durante as conversas estabelecidas,

passávamos a nos conhecer cada vez mais e o relacionamento entre enfermeira e os casais foi se formando. Entre uma conversa e outra, buscava conhecer as crenças e valores dos casais (**cuidado investigativo**), bem como iniciava a identificação das necessidades de cuidado cultural, que permaneceram até o término da caminhada. Nesta busca estava conhecendo um pouco de suas experiências anteriores de parturição, o que favoreceu uma abordagem mais adequada e respeitosa durante a caminhada. A maneira como explicava os fatos e acontecimentos, não era com terminologia científica, era o mais próximo possível da linguagem dos casais, favorecendo assim nossa vinculação, pois fortalecia o **cuidado relacional** uma vez que eu me colocava, também, como integrante e conhecedora do cuidado popular.

A etapa de ambientalização, com o **cuidado de ambientalização**, foi um momento ímpar junto a cada casal. Com **Raio de Sol e Chão**, tive maior proximidade desde os primeiros momentos, parece-me que houve empatia e reciprocidade, o que facilitou muito nossas interações fazendo com que o **cuidado relacional** fosse presente desde os primeiros instantes. Eles demonstravam curiosidade e queriam conhecer o mundo novo que estava à sua frente, isso foi estimulante para mim. A busca de percepções, crenças e valores nesta etapa foi fértil, por este motivo se tornou mais fácil contemplar o cuidado coerente com sua cultura.

Foi durante o **cuidado de ambientalização** com o **primeiro casal** que surgiu junto à **Raio de Sol**, a crença (**cuidado investigativo**) sobre “**parto seco**”, sendo assim identificada uma necessidade cultural de cuidado que foi encaixada na **forma de atuação denominada de repadronização**. A **repadronização** da crença de que quando a bolsa das águas se rompe o parto será “seco” e conseqüentemente difícil, foi realizada através da **explicação (cuidado explicativo)** sobre quando pode existir parto seco ou não na cultura profissional. **Dialoguei (cuidado explicativo)** sobre um problema que pode acontecer na gravidez, que é a diminuição ou a quase ausência de líquido amniótico na presença de um oligodrâmnio severo e que este pode vir a ser causador de um parto com pouco líquido amniótico, o que não era o seu caso, porém mesmo com pouco líquido não há uma evidência de que o parto será mais difícil ou doloroso em função disso. **Conversei (cuidado explicativo)** sobre a reserva de líquido amniótico que fora retida pela cabeça do

feto, confirmada pela presente umidade no forro que usava, causada pela perda de líquido em pequena quantidade e que em função destes fatores seu parto não seria seco. **Expliquei (cuidado explicativo)**, também, sobre a função da camada de gordura protetora (vérnix caseoso) que o RN possui e que esta também facilita a passagem do feto no canal vaginal devido a sua viscosidade. Após o diálogo, ela me pareceu mais tranqüila e confiante, o que me levou a concluir que a repadronização aconteceu. O processo de repadronização me fez refletir sobre a diversidade entre o conhecimento profissional e o popular. Há lógica na maneira de pensar de **Raio de Sol**, mas esta lógica não contribuía para um processo de parir emocionalmente saudável, uma vez que ela estava ansiosa e preocupada e isto sim, poderia provocar dificuldade no parto, tornando-o mais doloroso. Avalio, também, que a repadronização neste momento veio a contribuir, pois houve nítida alteração de comportamento da parturiente após este momento. Ela ficou mais sorridente e confiante, o que se revelou durante o convívio social que teve com outras parturientes, tornando-se uma a gente encorajadora para uma outra parturiente menos experiente, que estava a seu lado.

“Deixa o medo de lado que a dor diminui. Quando vai chegando mais perto do parto vai ficando cada vez melhor. Quando a gente faz força a dor desaparece e na hora que o nenê sai dá uma sensação muito boa.” (**Raio de Sol**)

Na etapa da ambientalização, através do **cuidado de ambientalização**, conheci um pouco do padrão cultural aprendido pelos três casais sobre o parto, o que transparecia ser uma visão biomédica do nascimento, na qual a posição horizontal para parir era inicialmente a melhor, não sabendo eles que nem sempre foi assim. O que confirma que a cultura se altera dinamicamente, que não é estática (Langdon, 1991), pois nos primórdios o parto era vertical, passou a ser horizontal e agora proponho aos casais que optem por um ou por outro. Ao propor o parto vertical pretendia uma alteração cultural com relação à posição de parir e para isso havia necessidade da parturiente (mulher-mãe) ter experiência de um parto horizontal anterior, pois assim o casal poderia traçar um comparativo entre uma experiência e outra, o que favoreceria a repadronização ou manutenção da posição de parir.

**Repadronizar** seria alterar o padrão de saúde ou de vida, neste caso na visão do casal sobre a maneira de parir, mas quem avaliou esta necessidade não foi o sistema

popular (o casal) a priori e sim fui eu, como integrante do sistema profissional de cuidado. Quando propus aos três casais a repadronização do parto de horizontal para vertical estava tentando uma alteração na visão do casal sobre a posição para o nascimento. Tentei mostrar-lhes, sem ser impositiva, que o parto vertical é pouco ou menos intervencionista, que a posição é mais favorável ao parir, portanto mais fisiológico, sem com isso rechaçar o horizontal, pois tinha sido sua experiência anterior. Busquei mostrar-lhes que o parto vertical viria a somar nas opções do parir. Ao falar do parto na posição semi-sentada, busquei colocar-lhes sobre a utilização dos campos, da visualização do nascimento, da episiotomia que na maioria das vezes é realizada, do tempo de período expulsivo ter que ser menor, da posição que favorece o profissional, mas também lhes deixar claro que esta é e foi a posição de parir adotada há bastante tempo em nossa sociedade e que alterá-la dependia somente deles.

Um dos momentos mais importantes do **cuidado de ambientalização** foi a proposição ao parto vertical, porém sempre tendo em mente que esta não passaria de uma proposição e que a escolha e decisão seria do casal.

Quando **Raio de Sol e Chão** conheceram as salas de parto, pude ter um diálogo muito intenso e cristalino com eles, procurando não lhes impor nada. Na sala de parto expliquei sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, proporcionei a oportunidade de experimentar cada mesa de parto. **Chão** achava que a posição vertical facilitava o parto, já **Raio de Sol** comparava com os partos anteriores e dizia ser diferente do que já conhecia, porém aceitou sentar na cadeira para o parto vertical e experimentá-la. Em nossos diálogos eles, desde o princípio, demonstravam interesse pelo parto vertical, pois na sala de **parto vertical ambos deixaram aflorar um pensamento positivo sobre esta posição de parir.**

**“Só de olhar acho que ter filho nesta posição deve ser bem mais fácil.” (Chão)**

Quando conheceram a sala de parto horizontal ficou claro que não havia novidades e nem muito menos curiosidade por parte de ambos, mesmo assim sugeri que experimentassem a posição. **Raio de sol** não aceitou, alegando não querer se posicionar na mesa semi-sentada por já conhecê-la. Talvez esta posição de parir a remetesse a

lembranças de momentos que ela não gostaria de repetir, ou reviver.

Ao serem levados a conhecer a sala de cesárea, ambos demonstraram certa repulsa. O fato de **Raio de Sol** não querer passar pela cesariana me faz inferir que **preferia o parto normal para ganhar seus filhos.**

Após a etapa de ambientalização sugeri a parturição na posição vertical e estimulei-os a pensar e refletir antes da decisão final e foi o que aconteceu.

Após um período de mais ou menos 3 horas que estavam internados no CO é que o casal decidiu que o parto vertical seria a sua opção de parturição. Não senti que tivesse sido imposto, mas sim que diante da opção estes resolveram buscar o que era novo para eles.

Com o **segundo casal (Tulipa e Geranium)**, o período entre a opção pela participação neste estudo e a decisão pelo parto vertical, não passou de uma hora e trinta minutos. Com eles não foi possível realizar a etapa de ambientalização prevista, pois o feto apresentou desacelerações, havendo necessidade de intervenção. Os procedimentos restringiram **Tulipa** ao leito; sendo assim a ambientalização deixou de ser prioridade. Por fim, no meio a tantas intervenções, nós, **eu e Tulipa**, diagnosticamos que ela estava em período expulsivo. O fato de estar em período expulsivo selava o fato de que não haveria a etapa da ambientalização.

Com o **terceiro casal (Andorinha e Beija-Flor)** o **cuidado de ambientalização** já no princípio mostrou-se conflituoso, tive dificuldade de proximidade desde os primeiros momentos, parece-me que não houve empatia e reciprocidade por parte de **Andorinha com a enf<sup>a</sup> obstétrica**, o que dificultou muito nossas interações fazendo com que o **cuidado relacional** ficasse fragilizado. Ela parecia irritada, levantei a hipótese junto a eles de deixá-los mais a vontade, para ver se melhorava nossa relação, mas ela, para minha surpresa, fazia questão que eu permanecesse ao seu lado, isso de alguma maneira me fazia pensar que minha presença era importante para ela. Ao conhecerem as salas de parto a irritabilidade de **Andorinha** ficou ainda mais aguçada. **Ela** apresentou uma reação de total rejeição ao parto vertical ao conhecer a sala. Tentei conversar com ela sobre o parto vertical, pretendia explicar-lhe sobre como funcionava a cadeira, suas vantagens e

desvantagens, mas minha tentativa foi inútil. Ela em tom agressivo me respondeu: “Eu posso até ouvir o que tu tens para dizer mas eu já vou dizer que deste jeito eu não quero. Eu não gosto de coisas esquisitas e pronto.”(Andorinha). Diante dos acontecimentos ficou claro para mim que qualquer tentativa seria imposição e desrespeito às suas crenças e valores.

Percebi a instabilidade da relação quando conheceram a sala de atendimento do RN, pois pude saber que a primeira filha de **Andorinha** não é filha desta relação. Portanto este trabalho de parto é o primeiro para o casal. Neste momento começou a ficar bem claro para mim a importância de conhecer a experiência anterior de parturição e o mundo do casal. A partir daqui surgiu um **cuidado atento**, ou seja, toda atenção era pouca. Foi extremamente necessário para o desenrolar do cuidado durante as diferentes etapas da caminhada junto à **Andorinha e Beija-Flor**.

Ao conhecerem a sala de cesárea ambos, demonstraram não estarem querendo que o desfecho do trabalho de parto fosse uma cesariana.

“Preferia que Andorinha não precisasse usar essa sala.”  
(Beija-Flor)

“Eu também não quero fazer cesárea, quero parto, se já tive um, não vou ter cesárea dessa vez.” (Andorinha)

No **cuidado de ambientalização** da sala de parto horizontal ficou evidente a identificação de **Andorinha** com esta modalidade de parto (“Foi desse jeito que eu ganhei a minha outra filha e é desse jeito que eu vou a ganhar essa.” **Andorinha**). Para ela parecia ser importante ganhar nesta posição, sendo que esta, seria a mesma para ambas as filhas, uma vez que esta gravidez também seria de uma menina, porém de pais diferentes. Percebi-me implementando um **cuidado atento**.

**Andorinha e Beija-flor** conflitam com relação a posição de parir, durante seus conflitos implementava o **cuidado atento** o que levou perceber o **forte valor para Andorinha de que homem não sabe o que é parir e que isso é algo da essência feminina**.

O casal discutiu e se desentendeu algumas vezes durante o **cuidado de ambientalização**. Confesso que não foram momentos fáceis, pois estava no meio de um

conflito de casal.

Uma vez que estava mais claro para mim que o conflito era com o casal, e não comigo, percebi que era um alívio de estresse naquele momento. Procurei ficar mais atenta, pois sua irritação na verdade não tinha relação comigo e sim com a situação de estar em trabalho de parto e o conflito na relação de casal, me fazendo lembrar do que afirma Maldonado (2000) que a parturiente pode passar por um momento de crise inicial quando entra em trabalho de parto e seria muito importante eu demonstrar solidariedade diante dela. Buscava um **cuidado relacional**, por este motivo sabia que precisava adquirir empatia diante do casal. Quando comecei a demonstrar minha compreensão e solidariedade diante da dor, medo e raiva, percebi que consegui melhorar o relacionamento e o **cuidado relacional** começou a ser implementado.

Nesta etapa, conheci um pouco sobre como foram os momentos que antecederam a internação, podendo assim realizar a **Acomodação** junto à **Beija-flor** sobre sair correndo para ir a maternidade, por saber que **Andorinha** estava em trabalho de parto.

“A gente não entende nada de parto. Eu tenho agonia de ver sangue e essas coisas. Como é que eu ia fazer se nascesse em casa? Deus, não quero nem pensar. Parto é coisa de médico, de enfermeira.”(**Beija-Flor**)

Busquei junto a **Beija-flor** a compreensão do porque pelo pavor no momento do início do trabalho de parto, buscando a **manutenção** de que a procura pela Maternidade realmente diante de suas crenças era a melhor opção, e a **acomodação** de que esta não precisava ser de maneira intempestiva e apavorada. **Beija-Flor** não participou do pré-natal de **Andorinha** e pouco buscou saber sobre como agir diante do início do trabalho de parto. Procurei fazer do momento, um momento de aprendizado, utilizando a experiência atual como exemplificação dos sinais e sintomas do trabalho de parto, assim como estimulá-lo a acompanhar o pré-natal numa futura gravidez de **Andorinha**. Procurei informá-los sobre o curso de casais grávidos oferecido pela Maternidade, assim como o grupo de encontro do terceiro trimestre, que são gratuitos e fornecem apoio e informações relativas ao ciclo gravídico-puerperal. Apesar de não terem usufruído destas opções oferecidas pela maternidade, ficou em aberto uma possibilidade para uma futura gestação e, também, para que sejam a gentes de divulgação para outros casais interessados. Ao término de nossa

conversa ele demonstrava sentir-se mais seguro quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto, reconhecendo que não fazia idéia de como seria e que isso o apavorou.

Mesmo sabendo que a opção pelo parir do casal seria na horizontal, propus à **Andorinha e Beija-Flor** que a parturição fosse na posição vertical e obtive como resposta imediata que não seria possível que isso acontecesse.

Vários sentimentos surgiram diante da negativa ao parto vertical, porém tiveram que ser trabalhados e elaborados, sendo eles de fundamental importância à minha reflexão sobre o cuidado cultural.

A etapa da ambientalização foi marcante quanto a inserir os casais no ambiente profissional com o **cuidado de ambientalização** e quanto à proposição do parto vertical. Ficando evidente que a busca do **cuidado relacional** nesta fase foi muito presente, pois a partir dele é que outras relações de cuidado puderam se estabelecer.

## 6.2 A Segunda Etapa da Caminhada: Cuidado no Período de Dilatação

A segunda etapa da caminhada correspondeu à assistência integral de cuidado durante o período de dilatação no pré-parto. Nesta etapa, além do cuidado de enfermagem direto aos casais, pude dar continuidade ao levantamento de percepções, crenças e valores (**cuidado investigativo**) através da investigação das experiências anteriores e atual de parturição.

Com cada casal, a forma de cuidado foi ímpar, pois procurei sempre atender ao que havia me proposto que era um cuidado respeitoso, humanístico e congruente com a visão de mundo de cada casal.

**O estar ao lado** foi muito marcante durante esta etapa. Sentia-os bem e confiantes com minha presença, por isso o denominei de **cuidado presente**.

Junto à **Raio de Sol e Chão** estive presente compartilhando todos os momentos, mas não foi uma presença física constante, me afastava com intenção de deixá-los mais à vontade e com momentos de privacidade, porém em pouco tempo era chamada por eles. O fato de eu estar sempre **disponível e presente**, me transformou numa **pessoa de referência** para eles. Foi através do **cuidado presente** junto a este casal, que pude fortalecer o meu relacionamento com o casal, portanto esse foi essencial para que o **cuidado relacional** se fortalecesse. Estando ao lado, pude ser a gente de transformação de muitas situações angustiantes para **Chão** e dolorosas para **Raio de Sol**. **Com o cuidado presente** tive a oportunidade de proporcionar muito apoio ao casal, porém me sentia apoiando muito mais **Chão** do que **Raio de Sol**. Como sabia que ele era muito significativo para ela e percebia que **Chão** estava com medo e inseguro diante de muitas situações, avaliei que se desse suporte a ele, estaria indiretamente dando suporte a ela. Por este motivo nesta relação surgiu o **cuidado de apoio**, que eram as atitudes de apoio junto à **Chão** no sentido de integrá-lo no cuidado de maneira que ele sentisse segurança para realizá-lo. **Santos (1998) corrobora com o pensamento, considerando o acompanhante como um ser humano que está no papel de cuidador, porém este também precisa ser cuidado**. Então eu lhe ensinava a realizar massagens nas costas de **Raio de Sol** e proporcionava oportunidade para que ele as realizasse, primeiro sob minha supervisão, depois o deixando à vontade para fazê-lo de acordo com a necessidade. Pude ensinar **Raio de Sol** a respirar durante as contrações e ao mesmo tempo estar ao lado de **Chão** auxiliando-o a conduzi-la nas contrações. Ensinei a **Raio de Sol** a manter o períneo relaxado durante as contrações e estimulava **Chão** a dar-lhe suporte durante as contrações. Na deambulação, **Chão** foi estimulado a auxiliá-la a posicionar-se de cócoras após os 6cm de dilatação. **Raio de Sol** foi estimulada várias vezes a tomar banho para favorecer o relaxamento e conseqüente alívio da dor e **Chão** esteve sempre presente auxiliando-a a secar-se. Em alguns momentos **Chão** parecia cansado, então procurava deixá-lo sentado no sofá do corredor onde caminhávamos, descansando, enquanto eu o substituía. O **cuidado de apoio** foi gerador da participação ativa de **Chão** no processo de parir. Ele demonstrava estar satisfeito ao estar ajudando e ela demonstrava que os cuidados eram eficientes, pois verbalizava que as massagens aliviavam a dor, que era gostoso receber massagens nas costas após as contrações. Surgiu também o **cuidado explicativo** quando o médico obstetra prescreveu

ocitocina, porque ela estava há doze horas com bolsa rota e as contrações ainda não eram eficientes. Antes de explicar o que era, busquei saber se já conheciam e **Raio de Sol** respondeu que sim (“Nos outros partos eu também usei soro, mas foi mais perto de ganhar o nenê. Eu prefiro, assim termina mais rápido”). Após, complementei sobre o que significava a utilização do soro com ocitocina e ela mesma já havia dito que preferia utilizá-lo, por este motivo houve a utilização de um **cuidado respeitoso** com o desejo de **Raio de Sol**. Durante o período de dilatação também realizei o controle do trabalho de parto, realizando toque, ausculta dos batimentos cardio-fetais (BCF), dinâmica uterina (**cuidado obstétrico**). Unido ao **cuidado obstétrico**, estava o **cuidado explicativo**, pois explicava os procedimentos que realizava, esclarecia dúvidas, explicava o resultado, por exemplo do toque, como estava a dinâmica uterina e os BCFs. O **cuidado respeitoso**, também, acontecia junto ao **cuidado obstétrico**, pois realizava o toque no momento que **Raio de Sol** autorizava (“Dá para esperar passar totalmente minha contração?”), aguardava o momento de intervalo entre uma contração e outra para solicitar que fosse ao leito para ser examinada, questionava sobre a preferência de posição para realizar a dinâmica uterina. Percebi que quanto mais utilizava o **cuidado explicativo**, mais integrado e a vontade o casal ficava nas situações, surgindo assim o **cuidado integrativo**. O **cuidado educativo** surgiu em vários momentos do **cuidado presente**, ou seja, o estar presente favoreceu momentos de **cuidado relacional**, no qual pude conhecer as experiências anteriores de parturição que favoreceram momentos educativos férteis. Quanto mais exercitávamos o **cuidado relacional** tanto mais fortalecido e integrado o casal estava, portanto exercitar o **cuidado relacional** significava fortalecer o **cuidado integrativo**. Após o diagnóstico de período expulsivo realizado por mim, durante o **cuidado obstétrico** é que propus à **Raio de Sol e Chão** a escolha do profissional que atenderia o parto e a decisão do casal foi o atendimento pela enfermeira. Antes dessa decisão já percebia que o **cuidado relacional** era intenso, quase um **cuidado vincular**, porém a decisão do casal veio a confirmar que o vínculo entre eu e o casal havia se consolidado. Portanto, a partir dessa decisão, o **cuidado relacional** foi substituído pelo **cuidado vincular**, que se manteve até o final da caminhada. O **cuidado cultural** foi contemplado portanto, durante vários momentos na segunda etapa da caminhada, pois consegui realizar o levantamento de necessidades de cuidado cultural a serem mantidos, acomodados e repadronizados, porém devido ao momento singular que

envolve o trabalho de parto, muitas vezes com dor e desconfortos, muitos deles não passaram de levantamento. Passo mais adiante a relatá-los.

Com **Tulipa e Geranium** o estar ao lado foi muito intenso, pois devido às desacelerações apresentadas pelo feto, estive ao lado e vigilante, observando o monitor e deixando sempre o casal ciente do que se passava, portanto o **cuidado presente** foi desencadeador do **cuidado vigilante**. O **cuidado vigilante** foi desencadeador do **cuidado explicativo** pois expliquei a eles a função dos equipamentos e o resultado que era obtido com o mesmo. Em função de seu quadro clínico, o médico obstetra prescreveu fluidoterapia com ocitocina. Utilizei o **cuidado explicativo** nesta situação e na busca de conhecer o que eles sabiam sobre isso obtive como resposta que **Tulipa** conhecia sobre o uso da ocitocina e surgiu a preferência pelo parto normal à cesariana. (“**Eu não tinha tanta contração e nem precisei do soro. Fazer o que! Prefiro o soro a uma cesariana**” **Tulipa**). O **cuidado explicativo** junto à **Geranium** foi gerador de mais um **cuidado explicativo**, pois minha explicação não contemplou o todo necessário (“...o soro é para fazer ela ter parto normal?” **Geranium**). **Geranium** explorou bastante a abertura dada, pois em curto período de tempo fez várias perguntas que exigiam esclarecimentos. Dentro do possível procurava respondê-las, porém muitas vezes durante uma explicação **Tulipa** apresentava contrações muito dolorosas que exigiam um **cuidado de apoio**. Procurei dar suporte para que **Geranium** participasse ativamente, porém **Tulipa** apresentava um descontrole intenso diante da percepção dolorosa, o que inibia o seu apoio a ela. Como **Tulipa** estava presa ao leito em função da cardiotocografia, e **Geranium** ficava também muito atormentado com a dor apresentada por **ela**, decidi então, assumir os cuidados de massagens e de condução da respiração durante as contrações e ao mesmo tempo estimulava **Geranium** (“**Eu posso fazer isso?**” **Geranium**) a acariciá-la e a secar seu suor, surgindo o **cuidado de estímulo**. Esse cuidado foi importante, pois ao ser estimulado, **Geranium** sentia-se confiante a realizá-lo. Junto ao casal o **cuidado foi de apoio e estímulo**, pois notava que **Geranium** não se sentia seguro a prestar qualquer cuidado. O diagnóstico compartilhado de período expulsivo surgiu em função da manutenção do **cuidado vigilante**, do **cuidado presente**, **somados ao cuidado obstétrico**, pois a experiência obstétrica levou-me a perceber sinais e sintomas de período expulsivo (“...começo a perceber que ela começa a fazer força involuntariamente. Continuo observando e me passa pela cabeça que ela possa estar em

período expulsivo. Então lhe pergunto se está com vontade de evacuar e ela diz que sim.” **Notas do Diário de Campo da enfermeira**), os quais reforçaram a experiência anterior de parturição de **Tulipa** (“Acho que é o bebe, pois eu também fiz isso da outra vez.” **Tulipa**) que serviu como ponto de referência para que ela soubesse que estava em período expulsivo. O **cuidado obstétrico** de realização do toque, só foi a confirmação final de que realmente estávamos diante do período expulsivo. Percebi que estávamos em sintonia, pois compartilhávamos o diagnóstico de período expulsivo. Foi a sintonia entre o conhecimento profissional e o conhecimento popular. Percebi um momento de **cuidado igualitário, compartilhado e respeitoso**, indo ao encontro com o preconizado por Leininger (1991). A sintonia foi tão forte que percebi que esse foi o momento no qual houve a troca do **cuidado relacional** que já havia se estabelecido **pelo cuidado vincular**, pois passamos a estar comprometidos.

Em seguida ao diagnóstico de período expulsivo foi oferecida ao casal a opção de parir na vertical. Para minha surpresa, o casal demonstrou já conhecer e ter interesse nesta posição de parir, porém **Tulipa** estava muito insegura (“Eu acho que eu tenho medo.” **Tulipa**) e sua decisão foi muito influenciada pelo marido (“Mas você não queria experimentar?” **Geranium**) e por mim (“Só experimentando você vai poder dizer qual foi o tipo de parto que foi melhor para você.” **Enfermeira obstétrica**), não conseguindo a neutralidade necessária neste momento. Quando ouvi a fala de **Geranium** (“Vamos experimentar, não precisa ter medo, eu estou aqui. Você mesma me dizia que queria fazer de cócoras.”) estimulando-a a fazer o parto vertical, percebi que eles já vieram querendo esta posição de parir e o fato de não ter havido a devida ambientalização deixou **Tulipa** receosa. Minha intenção era proporcionar um **cuidado de apoio e estímulo**, porque era o que ela demonstrava estar querendo, mas estava com medo. Por esse motivo acabou por ser um **cuidado impositivo naquele momento**, avalio que minha interferência não se fazia necessária, pois **Geranium** estava assumindo este papel e ele, sim, por viver aquela relação, poderia interferir. Fugi ao que havia me proposto e isso pesou muito quando consegui parar para fazer uma reflexão e concluir que mesmo me propondo a respeitar sem impor, eu impus, que o aprendido profissionalmente foi mais forte, negando até minha própria crença naquele momento. A decisão pelo parto vertical aconteceu após um curto tempo de reflexão, porém demonstraram que queriam experimentar, apesar de ficar

evidente que a decisão de peso foi a dela. **Tulipa** (“**Sim, nós já decidimos que sim, eu acho que é mais rápido e melhor. É um medo bobo.**”). Passou a menosprezar seu medo talvez, como forma de poder superá-lo, para assim poder decidir pelo parto vertical. Após a decisão pelo parto vertical lhes foi, também, proposto a escolha do profissional que atenderia o parto (médico obstetra ou eu a Enfermeira obstétrica) e o casal decidiu de maneira rápida e unânime por mim (**Ambos respondem quase que juntos: “você”. Notas do Diário de Campo**), mostrando que o **cuidado vincular** havia realmente se estabelecido.

O **cuidado cultural** foi contemplado nesta etapa da caminhada, porém considero que tenha sido fragilizado devido ao desenrolar das situações e acontecimentos. Apesar de ter conseguido realizar o levantamento de algumas necessidades de cuidado cultural, a atuação na manutenção, acomodação e repadronização foi tímida.

Com **Andorinha e Beija-Flor**, apesar de ter sido realizado o **cuidado de ambientalização**, esse não foi suficiente para que o **cuidado relacional** fosse efetivado. Nos primeiros instantes em que o casal se encontrava no pré-parto, **Andorinha** parecia irritada, então levantei a hipótese junto a eles de deixá-los mais a vontade, para ver se melhorava nossa relação. Talvez eu estivesse sufocando o casal, mas ela, para minha surpresa, fazia questão que eu permanecesse ao seu lado, isso de alguma maneira me fazia pensar que minha presença era importante para ela, foi onde então iniciamos o **cuidado presente**. Durante o **cuidado presente**, achava prudente manter o **cuidado atento** já iniciado durante o **cuidado de ambientalização**, pois percebia que para resgatar o **cuidado relacional** precisava ser sutil e manter minha solidariedade diante dos desconfortos apresentados por ela. Pude perceber que para **Andorinha** era importante ser considerada o centro das atenções. Ela não aceitava que eu prestasse o **cuidado de apoio** à **Beija-Flor**, ou seja, ela queria que o cuidado fosse prestado por mim. Para ela era muito importante demonstrar para **Beija-Flor** que o trabalho de parto era algo muito doloroso e sofrido e que homem não entende o sofrimento da mulher. Foi a partir desta percepção que o **cuidado relacional** começou a se fortalecer. Portanto, junto a eles o **cuidado de apoio** a **Beija-Flor** ficou comprometido, pois **Andorinha** não aceitava que ele prestasse cuidado, então sua participação ativa também ficou comprometida. Por perceber que ele queria participar, estava sempre utilizando o **cuidado explicativo** para favorecer sua integração ao ambiente

(**cuidado de ambientalização**) e às situações de cuidado (**cuidado integrativo**). O **cuidado explicativo** foi então gerador do **cuidado integrativo**, pois minhas explicações nunca eram diretivas a **Beija-Flor**, assim ambos se integravam e o **cuidado integrativo** acontecia ao casal. Devido à exigência de **Andorinha**, o **cuidado presente** foi cansativo e em alguns momentos eu procurava sair um pouco, até mesmo para ver como era a aceitação do cuidado prestado por **Beija-Flor** na minha ausência, mas logo que me aproximava ele relatava a mesma coisa, como quem estivesse reclamando (“A tua mãe chegou. É engraçado mas quando a senhora está do lado ela faz direitinho, quando a senhora sai ela se desespera e só reclama que eu não estou fazendo direito” **Beija-Flor**). Ele me comparava a mãe de **Andorinha** e isso me intrigava, porém sabia que aquele não era o momento para aprofundar a questão. **Andorinha** reforçava o que ele dizia “É bem verdade, quando a senhora está do lado é diferente”. Utilizando o **cuidado atento** comecei a perceber que **Andorinha** estava mais relaxada e **Beija-Flor** ao poucos começou a assumir o cuidado, realizando massagens, auxiliando-a a secar-se após o banho, foi quando então iniciou sua participação mais ativa. **Andorinha** relatava sentir dor intensa durante as contrações e com o passar do tempo a dor parecia aumentar. Com o aumento da dor **Andorinha** passou a solicitar que eu realizasse as massagens e que ela faria qualquer coisa que eu dissesse, com a finalidade de aliviar sua dor (“Eu faço o que a senhora quiser, mas eu quero que essa dor desapareça” **Andorinha**).

O **cuidado obstétrico** foi realizado por mim, pois ela não aceitava que o cuidado fosse prestado pelo acadêmico de medicina e o médico obstetra respeitou, também, seu desejo. Apesar de todo o cuidado estar diretamente vinculado a mim, não sentia que o **cuidado relacional** estivesse efetivado como um todo, tal como eu senti diante do cuidado ao primeiro e ao segundo casal. Pude perceber que o trabalho de parto foi um momento de exercício de poder diante do processo de parir para **Andorinha**, pois em alguns momentos ela menosprezava **Beija-Flor** e ele se curvava como quem reconhecesse que o momento não era seu. Nestes momentos utilizava o **cuidado respeitoso** pois percebia que essa era a sintonia do relacionamento do casal. Durante o **cuidado presente** enquanto realizávamos a deambulação a três, **Andorinha** permitiu que eu ensinasse a posição agachada para que usasse durante as contrações e ela para meu espanto aceitou e a utilizou sem nenhuma restrição. Achei que não aceitaria uma vez que não havia aceitado parir na vertical.

Realizei o diagnóstico de período expulsivo (**cuidado obstétrico**) e após o mesmo, perguntei se queriam que eu ou que o médico obstetra atendesse o parto e para minha surpresa os dois disseram: “**Você**”. Na verdade não senti que a decisão do casal teria transformado o **cuidado relacional** em **cuidado vincular**, percebi que o **cuidado relacional** havia se estabelecido e que muito ainda faltava para que um vínculo se formasse. A dor de **Andorinha** e seu comportamento diante dela dificultaram tanto o processo de busca das experiências anteriores quanto o atuar no **cuidado cultural**: mantendo, acomodando e repadronizando.

O **cuidado explicativo** junto aos casais sempre foi muito presente, mostrou-se até como uma característica da enfermeira diante dos casais, pois através das explicações esclarecia os acontecimentos a nossa volta, com o intuito de deixá-los sempre ciente do que se passava, de deixá-los à vontade no ambiente e nas situações. Com o passar de nossa convivência percebi que por ser uma **pessoa de referência** para eles, era de mim que queriam o **cuidado explicativo**. Percebi então que o **cuidado explicativo** foi um grande influenciador no surgimento do **cuidado integrativo**, ou seja, favorecia a integração dos casais na minha relação com eles. Portanto, quanto mais integrado estava o casal ao ambiente (**cuidado de ambientalização**) e às situações, tanto mais fortalecido estava o nosso relacionamento. O **cuidado integrativo** foi um grande colaborador para que o **cuidado relacional** se fortalecesse.

O cuidado presente também foi um grande fortalecedor do **cuidado relacional**, pois quanto mais eu estava ao lado mais percebia que nossa relação se fortalecia. O **cuidado presente e relacional** foi, também, de fundamental importância para que o **cuidado vincular** se estabelecesse.

Durante o processo de parir, a dinâmica das situações diante da evolução do trabalho de parto foram muitas vezes fatores complicantes e dificultadores da aplicação do **cuidado cultural** no sentido de manter, acomodar e repadronizar o cuidado. Percebi que a necessidade das parturientes (**Raio de Sol, Tulipa e Andorinha**) em aliviarem a dor e o desconforto durante o trabalho de parto as fez aceitarem qualquer sugestão neste sentido. Por este motivo, me questiono se realmente a acomodação e repadronização foram introjetadas, ou seja, o fato delas terem mudado suas atitudes naquele momento, realmente

as fez alterar sua visão sobre o cuidado? Parto então, do princípio que a mudança de comportamento frente à necessidade de alívio da dor foi um fator que veio a contribuir positivamente na maioria das situações de atuação na acomodação e repadronização dos cuidados.

De acordo com Santos (1998), o respeito à singularidade do processo de parir é uma premissa para a **humanização** e esta pode ser concretizada através do respeito à mulher/parturiente e à família, com a valorização de suas crenças e valores.

Pereira (1999), em seu estudo, não aprofundou como aconteceu o acomodar e repadronizar os cuidados, porém registrou que muitas vezes não teve como “manter” ou “repadronizar” uma situação, “apenas conseguiu negociá-la”.

Minatti et al (1997), trabalharam também com as formas de atuação propostas por Leininger (1985). Registraram que para que haja repadronização há necessidade de maior tempo junto a parturiente, o que não foi possível às autoras. Durante a avaliação do alcance do objetivo das formas de atuação deixam registrado que consideraram o objetivo alcançado por acharem que conseguiram realizar manutenção, acomodação e repadronização, mas que estavam cientes que não conseguiram saber se houve incorporação por parte da clientela, pois tiveram pouco tempo para isso. Ressaltaram que existem questionamentos a respeito da aplicabilidade da Teoria Transcultural, mas que para as autoras ela é possível, embora tivessem se deparado com a limitação de tempo para a repadronização de padrões de comportamento.

Santos et al (1997) concluíram que a maioria das crenças e valores da clientela são ignoradas pela instituição, levando a um descaso que pode ser prejudicial ao cuidado do RN e que a família interfere junto a mulher quando esta quer seguir as orientações hospitalares. Com relação as formas de atuação propostas por Leininger, registraram que a condutas para acomodar e repadronizar, foram as orientações, conversas, ênfase na importância de cuidados, apoio, reforço de orientações, oferecimento de novos conhecimentos, esclarecimentos, discussões. Descreveram que tiveram dificuldade em repadronizar alguns cuidados, principalmente pela forte influência cultural da família e que no domicílio foi visível que as famílias adotaram atitudes contrárias as orientações recebidas pelo cuidado profissional. Creio que não conseguiram realizar a repadronização,

pois para que esta aconteça não pode haver um processo vertical, impositivo que é o que acontece na maioria das vezes.

Para Maestri e Liz (1998), as formas de atuação propostas por Leininger (1991) foram aprofundadas e registradas de maneira a se compreender o processo utilizado, mas ao avaliar como realizaram a repadronização e acomodação ficou nítido o etnocentrismo e o quanto difícil foi para elas a não aceitação de não terem conseguido obter sucesso em alguns momentos.

Para Gonçalves e Franzon (1997) a interferência da hospitalização traz prejuízos, inibindo as expressões culturais da cliente que por sua vez “passa” a responsabilidade do processo de cuidar à equipe de saúde. Com relação às formas de atuação, percebi que se detiveram a descrever situações de preservação do cuidado, não aprofundando acomodação e a repadronização, porém deixam implícito durante os relatos que houve tentativas, mas as descrições foram superficiais.

Mattos e Bunn (1998), registraram várias situações de cuidado que foram preservadas, acomodadas e repadronizadas, porém são citadas de maneira superficial e que em todas as situações ocorreu exatamente o que foi estabelecido.

Farias, Wolf e Schieffelbein (1998) não deram ênfase as formas de atuação proposta pela Teoria Transcultural. Registraram uma repadronização do banho do recém-nascido no domicílio. Para a repadronização realizaram uma reflexão com a puérpera sobre as implicações para o RN na demora do banho e tiveram que demonstrá-lo, avaliaram que a primeira repadronização foi satisfatória. Apontaram para a deficiência de demonstração de cuidados para as mães na Maternidade durante a internação.

Stahl, Locatelli e Delaiti (1998), descreveram a repadronização do retorno ao aleitamento materno, pois a mãe estava utilizando leite em pó. Na avaliação consideraram que o cuidado foi repadronizado, pois a mãe retornou ao leite materno exclusivo. Percebi que não houve ênfase na descrição e reflexão sobre as formas de atuação.

Em relação às formas de atuação propostas por Leininger (1995), pude perceber que nenhum dos estudos supracitados teve muita preocupação em registrar como realizou a preservação, acomodação e repadronização e que quando o fizeram não demonstram de

maneira clara como aconteceu, como conduziram, como se sentiram. Seria necessária uma reflexão mais crítica sobre as formas de atuação, nesse sentido busco ampliar como foram as formas de atuação junto aos casais no processo de parir.

Atuar diante da **experiência atual de parturição no cuidado cultural** foi uma experiência viável e menos complexa, pois se deu frente à necessidade do momento, da dor, dos desconfortos, do medo, das inseguranças, o que trouxe muitos benefícios aos casais frente a várias situações. Enquanto que, atuar diante das **experiências anteriores de parturição**, devido à dinâmica do processo de parir, durante o trabalho de parto, não era o momento mais adequado. Porém, o conhecer as experiências anteriores foi de fundamental importância para compreender muitos processos vividos pelos casais, assim como conhecer sua visão de mundo sobre o processo de parir, influenciando o manter, acomodar e repadronizar diante da situação atual de parturição.

Nesse estudo, as diferentes formas de atuação foram utilizadas em distintas situações, a saber:

**a) Manutenção:**

- do querer das parturientes em permanecer no leito por um tempo para obter um descanso, avaliando junto aos casais de que utilização do **cuidado respeitoso** era para o momento o melhor para eles.

- do respeito à privacidade das parturientes ao quererem manter-se cobertas durante a realização do exame de toque, utilizando o **cuidado respeitoso**, fechando a porta do pré-parto e solicitando ao companheiro que auxiliasse a fazer uma proteção com o lençol, diminuindo ainda mais o campo visual de qualquer profissional que porventura se aproximasse.

- do desejo de que o cuidado fosse realizado por mim ou pelo companheiro durante o trabalho de parto, utilizando o **cuidado presente e respeitoso**, conversando com os profissionais de enfermagem e médicos sobre o desejo da parturiente sobre querer ser assistida somente pela enfermeira e conseguir a manutenção de seu desejo pelo respeito também oferecido pelos profissionais.

- da crença das parturientes (**Raio de Sol**, **Tulipa** e **Andorinha**) sobre o cuidado de

tomar banho, como um cuidado preliminar das parturientes antes de buscarem a instituição maternidade. Foi avaliado junto à elas que a manutenção deste cuidado só veio a contribuir para um processo de parir mais higiênico e com menor risco de infecção.

- da crença, junto ao terceiro casal (**Andorinha e Beija-flor**), de que a perda do sinal de sangue é uma sintomatologia que pode conduzir ao diagnóstico de estar em trabalho de parto. Foi avaliado junto a eles de que a manutenção desta crença só veio a contribuir para o diagnóstico de trabalho de parto e que a experiência anterior foi de grande valia para o reconhecimento do início do trabalho de parto.

- da crença junto à **Raio de Sol** de que a presença do marido é importante e traz segurança no trabalho de parto. Foi avaliado junto a ela de que naquele momento o marido seria para o casal, a pessoa mais indicada para suprir a necessidade afetiva sentida diante da internação para o processo de parir.

- da crença junto à **Andorinha** sobre manter jejum no trabalho de parto, pois sua crença era forte neste sentido. Foi utilizado o **cuidado respeitoso** em apenas umedecer o lábios com gaze embebida em água quando ela solicitava e não mais oferecido a dieta líquida restrita que poderia receber durante o período de dilatação.

- da crença de **Andorinha** sobre conter os sentimentos e sensações de dor e desconforto no trabalho de parto, pois para ela era vergonhoso gritar ou se descompensar no trabalho de parto, não queria assustar as outras parturientes.

- da percepção de **Raio de Sol** sobre a importância da identificação do profissional que atende o parto como um cuidado diferencial no atendimento.

- do valor junto à Raio de Sol, de que as experiências passadas na vida trazem tranquilidade frente as situações, pois com a maturidade pode vir a mudar a percepção do mundo vivido.

Ao realizar a **manutenção do cuidado** estava colocando em prática o **conceito de cuidado cultural** de respeitar as diferenças (diversidade) dos significados, padrões, valores e símbolos concebidos pelo casal no processo de parir.

#### **b) Acomodação:**

- do cuidado com o banho que era visto pelas parturientes somente como necessidade de higiene, utilizando o **cuidado respeitoso** de saber primeiro se elas aceitariam tomar um banho, o **explicativo** sobre as vantagens do banho durante o trabalho de parto, além do fator higiene passando a ser também um fator de relaxamento, conseqüentemente aliviando a dor e acelerando o trabalho de parto e o **cuidado presente** supervisionando o banho junto ao companheiro, para que o casal se sentisse seguro de que o parto não aconteceria no chuveiro. A avaliação de que o cuidado foi acomodado aconteceu com a aceitação das parturientes tomarem banho no trabalho de parto e pelo fato de desejarem permanecer mais tempo no chuveiro quando eram estimuladas pelo companheiro a sair.

- da posição deitada em alguns momentos de descanso das parturientes, para deitada em decúbito lateral esquerdo(DLE) preferencialmente, utilizando o **cuidado explicativo** sobre a importância do mesmo na descompressão de grandes vasos sanguíneos, facilitando o fluxo sanguíneo placentário e conseqüentemente melhorando a oxigenação fetal e o **cuidado presente e de apoio**, pois enquanto a parturiente permanecia em DLE, o companheiro e eu realizávamos massagens nas costas na região lombar para alívio da dor. A avaliação de que o cuidado foi acomodado aconteceu com a observação da utilização do DLE sem a solicitação dos profissionais.

- da posição de deambulando ou deitada em DLE, para supina durante a realização do **cuidado obstétrico** de realização do toque, sempre usando como suporte o **cuidado respeitoso** ao momento mais confortável de deslocamento para a parturiente, assim como o **cuidado explicativo** sobre a necessidade da avaliação obstétrica no momento assim como os resultados da mesma. A avaliação de que o cuidado foi acomodado aconteceu com a observação da utilização da posição adequada para a realização do toque sem que qualquer solicitação ou explicação precisasse ser realizada.

- da percepção dolorosa da parturiente de não distinguir a dor durante e fora das contrações, para pouco dolorosa ou dolorosa durante as contrações. Utilizando o **cuidado presente e de apoio**, realizando técnicas de relaxamento fora das contrações, auxiliando a parturiente a centrar-se nas contrações e relaxar fora delas, estimulando o banho, realizando e supervisionando o companheiro a realizar massagem durante as contrações,

utilizando também o cuidado repadronizado do padrão respiratório. A avaliação de que o cuidado foi acomodado aconteceu com a observação do quadro de melhora algica junto às parturientes, da solicitação dos casais para que os cuidados fossem mantidos, da autodeterminação de que estariam precisando voltar ao banho, ou seja, da avaliação de que o **cuidado integrativo** estava sendo implementado.

Muitas vezes atuar com a **acomodação** não passou de uma **tentativa de acomodação**, sendo elas:

- da crença junto à **Raio de Sol e Chão**, de que o fleet enema e a tricotomia devem ser realizados quando a mulher interna na **Maternidade** para o parto. Porém como não foi realizado na internação e quando a crença foi levantada, já não havia mais tempo para que os procedimentos fossem realizados na tentativa de manutenção, portanto busquei a **acomodação**, utilizando o **cuidado explicativo** sobre as vantagens e desvantagens de utilizá-los. A instituição impôs, utilizando o **cuidado impositivo**, ao casal que determinou que os procedimentos não fossem realizados uma vez que sequer buscou saber o que eles pensavam sobre isso.

- da crença junto à **Tulipa e Andorinha** sobre a tricotomia como procedimento de rotina na internação em maternidade.

- da crença junto à **Andorinha** de que o fleet enema tem por finalidade não deixar a mulher evacuar no parto.

- da crença junto à **Raio de Sol e Andorinha** de que o parto é sempre acompanhado de episiotomia.

### c) **Repadronização:**

- do padrão respiratório das parturientes frente às contrações, utilizando o **cuidado explicativo** de que durante as contrações ela poderia alterar seu padrão respiratório, como maneira de favorecer a oxigenação fetal e como maneira de alívio da percepção dolorosas, utilizando o **cuidado presente**, respirando junto com elas durante as contrações e após estimulando que durante as contrações procurasse perceber sua respiração e concentrar-se nela. A avaliação de que o cuidado foi repadronizado se deu após o casal demonstrar que, com a implementação do cuidado, melhorava a percepção dolorosa.

- da mudança da posição durante as contrações após os seis centímetros de dilatação (em pé para acorçada), utilizando o **cuidado explicativo** de como a posição acorçada favorece a ampliação dos ângulos da bacia, favorecendo a descida fetal e o **cuidado presente**, mostrando a ela como era a posição acorçada e auxiliando-a a posicionar-se. A avaliação de que o cuidado foi repadronizado aconteceu junto ao casal que passou a utilizar e preferir esta posição por perceberem que a evolução do trabalho de parto estava acontecendo de maneira favorável.

- da atuação dos companheiros de passiva para ativa durante o trabalho de parto, utilizando o **cuidado explicativo e integrativo**, pois ao mesmo tempo em que explicava como e porque cada cuidado era realizado, convidava-os a realizá-lo e com **cuidado presente**, permanecia ao seu lado supervisionando e dando suporte para que se sentissem seguros ao realizá-lo. A avaliação de que o cuidado foi repadronizado se deu em função de que os parceiros demonstravam interesse em assumir o cuidado quando sentiam-se possibilitados e seguros em fazê-los.

- da deambulação durante o trabalho de parto, utilizando o **cuidado explicativo** de que a deambulação favorece a regularização das contrações tornando-as mais espaçadas e mais eficientes; que a deambulação favorece a descida fetal pela ação da gravidade e que, conseqüentemente, esta favorece a evolução do trabalho de parto e o **cuidado presente** foi a maneira de compartilhar a deambulação junto aos casais. A avaliação de que o cuidado foi repadronizado aconteceu após perceber que o casal preferia deambular a estar no leito, alegando que a percepção dolorosa diminuía com a deambulação.

- da crença de **Tulipa** sobre expressar sentimentos e sensações de dor e desconforto no trabalho de parto, pois acreditava que era algo proibido pelos profissionais e que isso fazia mal ou atrapalhava o parto. Procurei explicitar que tinham direito à liberdade de expressão durante a internação, não reprimido a liberdade para expressarem dor gritando ou mordendo o travesseiro. Explicações sobre a importância de manutenção da acomodação realizada sobre a percepção dolorosa, pois mesmo podendo expressar-se sugeria que tentasse manter-se centrada diante das contrações. A Avaliação foi realizada através da observação de expressão da dor sem a preocupação por parte de se isso era correto ou não.

- da crença junto à **Raio de Sol** e **Tulipa** sobre a necessidade de jejum no trabalho de parto. A avaliação da repadronização aconteceu junto às parturientes que preferiram não permanecer em jejum, tal como haviam aprendido e aceitaram com empolgação a dieta líquida restrita. Também explicitaram que receber líquidos no trabalho de parto foi estar com um desconforto a menos.

Muitas vezes atuar com a **repadronização**, também, não passou de uma **tentativa de repadronização**, sendo ela:

- da crença junto a **Chão** de que a vasectomia pode causar impotência sexual. Utilizei o **cuidado educativo** sobre a vasectomia na tentativa de desmistificar sua crença, porém não percebia que a mesma tenha sido consolidada por ele e o encaminhamento para uma consulta com o planejamento familiar.

D'Àliva e Koettker (2000), descreveram como conseguiram aplicar as formas de atuação de Leininger durante o processo de parir, porém esta teve enfoque sobre a necessidade do momento nesse processo. Registraram conseguir manter, adaptar e repadronizar, por este motivo consideraram a Teoria de Leininger adequada para ser utilizada durante o processo de parir, por ser um processo que envolve uma forte influência sócio-cultural. Perceberam que a hospitalização inibe a verbalização cultural e que as parturientes e acompanhantes pouco referiam sobre o processo de parir, não questionando e perguntando sobre as normas, rotinas e prescrições, as quais eram submetidas.

Como complemento evolutivo do estudo realizado por D'Àliva e Koettker (2000), constatei que o universo institucional não é inerente ao casal, por este motivo o fluir das crenças e valores não acontece de forma natural para eles no momento da internação. O casal precisa se familiarizar com o ambiente, com as pessoas, para assim começar a verbalizar. Em determinadas situações a própria singularidade do trabalho de parto, cercado de dor, medo e ansiedades, fecham o casal no seu universo. O universo do cuidado profissional abriga o universo do cuidado popular e estes não entram em sintonia, simplesmente o universo popular é um transeunte que não quer se mostrar, talvez por medo de não ser compreendido, não ser valorizado e respeitado pelos profissionais que os atendem. Os casais já vêm com o pensamento de que no universo do cuidado profissional, serão “voto vencido” e por precisarem dele, sentem-se amarrados, tolhidos, não lhes

restando outra saída a não ser aceitar sem questionamentos tudo que lhe é imposto. Portanto, percebo que este é um comportamento cultural utilizado como forma de proteção e manutenção da cultura do casal. Esse comportamento já está tão introjetado que quando são questionados sobre o querer do cuidado ou da intervenção, sentem-se perdidos, confusos e mostram que ainda não estão prontos para experimentar um serviço de saúde que os atenda mediante suas necessidades culturais de cuidado. As autoras, também, levantaram como uma dificuldade em seu estudo não conseguirem saber se alguns cuidados que foram categorizados como repadronizados se, de fato o foram.

Após ter utilizado o manter, acomodar e repadronizar diante das experiências anteriores avaliei que o momento mais adequado não seria no trabalho de parto, diante da internação, das inseguranças, dos medos, da dor, dos desconfortos, que a maioria das parturientes apresenta no trabalho de parto e sim durante o cuidado no pré-natal. No período pré-natal há mais tempo para um contato cliente-profissional, podendo se estabelecer vínculos mais fortes, facilitando manter, acomodar e repadronizar. Percebi que durante o trabalho de parto a necessidade está mais voltada ao momento e, pela singularidade do mesmo, tentar acomodar ou repadronizar, foi impor, desgastando o **cuidado relacional**. Para que esses processos realmente se estabeleçam diante de percepções, crenças e valores enraizados, há necessidade de haver tempo e proximidade do casal, o que não é possível durante o trabalho de parto. Realizar a atuação frente as experiências anteriores de parturição durante o trabalho de parto, pode ser gerador de conflitos desnecessários diante da necessidade muitas vezes urgente dos casais.

### **6.3 A Terceira Etapa da Caminhada: Cuidado no Parto**

A terceira etapa da caminhada foi marcada pelo parto e pós-parto imediato na sala de parto.

Na sala de parto com o primeiro casal, o clima foi de muita emoção, carinho e

envolvimento do casal. Percebi que o **cuidado de ambientalização** estava efetivado e que o **cuidado integrativo** havia se estabelecido pois eles estavam à vontade para demonstrar seus sentimentos. Tanto **Raio de Sol** quanto **Chão** demonstravam em suas expressões faciais felicidade, envolvimento. Nos intervalos das contrações se beijavam e se abraçavam, demonstrando que estavam vivenciando juntos um momento muito importante de suas vidas. **Chão** vivenciou de perto o nascimento, estimulando **Raio de Sol** nos últimos momentos de maneira carinhosa para que ela conseguisse expulsar o bebê. Consegui manter, ainda na sala de parto, o **cuidado de apoio** a **Chão**, estimulando-o a manter a participação ativa durante o nascimento. **Chão** ficava preocupado, ansioso, nervoso ao observá-la na sala de parto e era com a enfermeira que ele conversava solicitando esclarecimento para aliviar sua angústia, mostrando que o **cuidado vincular** estava estabelecido.

Nos intervalos entre as contrações **Raio de Sol** descansava sem falar, como uma maneira de repor as energias. **Ele** demonstra estar fazendo força junto com ela, participando ativamente. A posição mais elevada fazia **Raio de Sol** e **Chão** serem os atores do parto e os profissionais, os assistentes. **Chão** deu a mensagem sobre o sexo do bebê, confirmando o que esperavam, mantendo participação ativa (“...a cabecinha já está para sair é só você caprichar...Não acredito é um menino mesmo. É muito lindo. Veja amor que lindo.” **Chão**). O primeiro contato do casal com o RN também foi muito carinhoso e afetuoso, surgindo aqui o **cuidado familiar**, pois o novo membro da família se integrava ao cuidado junto ao casal. **Raio de Sol** (“É a mamãe que está aqui. Sou eu. Você é muito lindo) e **Chão** (“É o papai. Eu esperei tanto por este dia, mas você veio. Eu sabia que ia ter um filho homem.”). Tocavam e conversam com o bebê reafirmando que este já pertencia a família antes do nascimento, nesse momento o **cuidado respeitoso** foi imperativo.

O **cuidado vincular** foi facilitador de muitos processos no pós-parto, um deles foi satisfazer a curiosidade de **Chão**, em saber como estava o períneo de **Raio de Sol** uma vez que concordaram que a episiotomia só seria utilizada se houvesse necessidade. Portanto, tive a oportunidade de mostrar que o parto sem intervenção cirúrgica resultou em uma laceração mínima de 1º grau no períneo de **Raio de Sol**. **Chão**, ao ver a laceração, reafirmou que a mesma fora pequena (“...mas isso não é nada, perto do corte que teve nos

outros parto” **Chão**). O fato de não ter havido episiotomia iria contribuir para uma rápida recuperação pós-parto, alterando também o conhecido pelo casal que era um puerpério com trauma perineal.

Com o segundo casal na sala de parto, já nos primeiros instantes, **Tulipa** percebeu o protagonismo (“**Da cadeira dá para ver todo mundo na sala.**” **Tulipa**) que a posição elevada da cadeira de parto conferiu ao casal, pois permitiu uma visualização de cima, surgindo o **cuidado de ambientalização**. Mostrava estar se integrando ao ambiente mesmo não tendo passado pela etapa da ambientalização. As expressões de ambos demonstravam felicidade por **Tulipa** e apreensão por **Geranium**. Mantive **cuidado de apoio** junto a **Geranium**, pois demonstrava estar com medo. Ele, apesar de calado durante todo o processo, participou do momento acariciando e segurando a mão de **Tulipa**. O instinto feminino comandou muitas ações de **Tulipa**, pois ela posicionou-se e fez força para empurrar o feto sem nenhum comando. Foi a natureza agindo sem a necessidade de intervenção da enfermeira, portanto mantive o **cuidado respeitoso** às forças naturais da parturição. O profissional médico que se encontrava na sala, também, participou estimulando com seus elogios para com **Tulipa** (“Parabéns, na próxima nasce.” **Médico Obstetra**) e ela respondeu positivamente (“**Que bom não vejo a hora de ver a carinha dele.**” **Tulipa**), surgindo o **cuidado interdisciplinar**.

O RN nasceu com uma circular de cordão apertada que gerou uma cianose generalizada, sendo primeiro encaminhado para o neonatologista. **Tulipa** e **Geranium** ao perceberem a situação demonstram preocupação (“**Ele está bem, a cor dele está normal?**” **Tulipa**). Com a utilização do **cuidado explicativo** e **de apoio** dado pela enfermeira, sobre a real situação do RN, demonstraram que se sentiram tranquilizados. Passado este momento os três ficaram próximos e o tão esperado contato familiar aconteceu, iniciando então o **cuidado familiar**. Neste momento ambos ficam perplexos e sem saber o que fazer, se tocavam ou não o RN. Ficam olhando e admirando o RN. O RN que até o presente momento chorava, parou de chorar, parecendo perceber o que acontecia. Foi um momento muito emocionante. Procurei preservá-lo para que não fosse interrompido, mantendo o **cuidado respeitoso** junto ao primeiro contato familiar. Após a observação atenta o casal começa a verbalizar suas observações (“**É perfeito.**” **Geranium**) (“**Ele se parece com**

você.” **Tulipa**), iniciando a inclusão do RN no seio familiar.

O **cuidado respeitoso** foi utilizado junto à **Geranium** quando não demonstrou interesse em observar o períneo de **Tulipa** no pós-parto. Devido a rapidez da evolução no processo de parir, a enfermeira não teve tempo suficiente para explorar junto a eles a repadronização da utilização da episiotomia. Por este motivo, a não realização de episiotomia foi um **cuidado impositivo** durante o parto. Não houve intervenção com episiotomia e o resultado foi uma pequena laceração de 2º grau mediana, que necessitou de pequena rafia. Durante a realização do procedimento, **Tulipa** relatava que a região genital estava dolorida e que ela já conhecia a sensação, pois havia sentido o mesmo no parto anterior, ficando claro que as experiências anteriores de parturição vieram à tona naquele momento. Durante a rafia **Tulipa** demonstrava expressão de êxtase gerada pelo parto, pois permanecia com os olhos fechados e sorridente. Ao término do procedimento ela ficou curiosa em querer saber quantos pontos levou, curiosidade esta muito comum no pós-parto. Demonstrou preocupação com a dor incômoda que os pontos poderiam gerar e a condição perineal futura, **aparecendo a crença do parto como destruidor do corpo da mulher**. Ao utilizar o **cuidado explicativo Tulipa** não demonstrou conhecer que ela poderia auxiliar a natureza com exercícios para melhorar e recuperar a condição perineal. Nesta oportunidade a enfermeira utilizou o **cuidado educativo** orientando exercícios para o fortalecimento perineal pós-parto.

O terceiro casal se contrapõe aos outros dois por ter optado pelo parto na posição horizontal. Na verdade foi na mesa horizontal, na posição ginecológica com o tórax discretamente elevado, pois **Andorinha** não aceitou que a mesa ficasse muito elevada, semi-sentada (“...quanto mais baixa a mesa melhor. Ergue bem pouco.” **Andorinha**). Neste momento foi utilizado o **cuidado respeitoso** com sua crença da posição para parir. Na sala de parto, **Andorinha** demonstrou domínio da força expulsiva, intimidade com a posição e a mesa de parto. Percebi que ela estava integrada ao ambiente e que o **cuidado de ambientalização** havia se estabelecido e, ao mesmo tempo preocupava-se em tranquilizar o companheiro (“não te preocupe Chão, que já vai nascer.” **Andorinha**). Durante a realização da força expulsiva ela fechava os olhos não querendo ver o que se passava, sendo mantido o respeito a sua atitude (**cuidado respeitoso**). Utilizei o **cuidado**

respeitoso e de apoio a **Beija-Flor** uma vez que demonstrava estar sob tensão e com medo de ver o que acontecia, pois mantinha os olhos com frequência fechados, parecia estar tomado por um medo paralisante, porém no intervalo das contrações realizava carinhos em **Andorinha** demonstrando solidariedade no momento da parturição. **Andorinha** não verbalizou dor. Logo após o nascimento do bebê, ela se rendeu ao cansaço e ao êxtase, não conseguindo compartilhá-lo com **Beija-Flor**.

Com o nascimento do RN, **Beija-Flor** logo saiu do estado de tensão e medo para entrar na euforia e alegria (“...olha, olha, ela nasceu é uma menina.” **Beija-flor**) fazendo **Andorinha** despertar e curtir junto a ele o momento (“...é bonita como a mãe...” **Beija-Flor** “...ela é muito bonitinha, não é Chão...” **Andorinha**). Perguntei a **Andorinha**, se queria que o bebê fosse colocado direto sobre ela após o nascimento e ela disse que aceitava, mas que queria ficar bem pouquinho porque estava muito cansada. Seu pedido foi atendido (**cuidado respeitoso**) e ela demonstrou satisfação quando percebeu que seu pedido foi atendido (“que bom, eu estou muito cansada, depois eu pego ela” **Andorinha**). Foi utilizado o **cuidado respeitoso** com o casal pois **Beija-Flor** não se interessou em ver a laceração perineal e **Andorinha**, também, não quis que ele visse, pois atribuiu ao parto uma visão negativa da condição perineal. Aparecendo aqui como pano de fundo a crença de que o parto altera a sexualidade vaginal conhecida pelo homem.

Junto ao três casais procurei saber se tinham interesse em conhecer a placenta, utilizando o **cuidado respeitoso** caso não quisessem, porém todos aceitaram conhecer o que favoreceu a utilização do **cuidado explicativo** sobre a placenta. A observação da placenta por **Tulipa e Geranium**, os remeteu a pensar em sua função e a correlacionaram com a perfeição, surgindo assim a crença de que a natureza é perfeita. Reforçando o acontecido com **Raio de Sol e Chão**, pois não apareceu crença que envolvesse a placenta de uma maneira mais significativa. Para **Andorinha e Beija-Flor** conhecer a placenta os remeteu a pensar na sua utilização comercial como produto de beleza. Percebi que o **cuidado integrativo** foi muito útil, pois pude também integrar os casais nos processos que envolvem o parto e a dequitação da placenta é um deles.

O momento expulsivo do parto comparado ao trabalho de parto é muito rápido, sendo um momento marcado por profundas modificações nas relações profissionais e

familiares, pois o novo ser precisa ser cuidado e por este motivo o foco de atenção fica mais evidente no RN por parte de todos, principalmente pela mãe e pelo pai. Porém, a enfermeira procurou demonstrar aos casais que eles também eram muito importantes no momento, favorecendo um contato prolongado familiar entre o RN com sua mãe e seu pai.

Durante o parto o envolvimento enfermeira/casal foi muito intenso junto aos três casais e o fato de estar atuando diretamente no atendimento ao mesmo, foi marcante no fortalecimento do **cuidado vincular**. Percebi que junto à **Raio de Sol e Chão** e **Geranium e Tulipa** mais intenso ficou nosso vínculo e junto à **Andorinha e Beija-Flor** o atender o parto foi o formador do vínculo.

Nesta etapa não estou fazendo uma análise detalhada dos modos de intervenção do cuidado. Porém, é importante frisar que nesta etapa se completou a repadronização da posição de parir em dois casais e no terceiro houve a manutenção da posição na qual o cuidado respeitoso ocorreu com mais frequência.

#### 6.4 A Quarta Etapa da Caminhada: Cuidado no Pós-Parto Imediato

Esta etapa foi caracterizada pelo período de Greemberg, no qual as parturientes permaneceram sob vigilância na sala de recuperação pós-parto, coincidindo com o momento do atendimento ao recém-nascido, na sala de cuidados imediatos. Uma vez terminado o atendimento ao recém-nascido, o mesmo foi levado à mãe e lá a família permaneceu até a alta para o Alojamento Conjunto.

Para **Raio de Sol, Tulipa e Andorinha**, o período de Greemberg foi um momento de fadiga, no qual o corpo tentava recuperar-se através do sono. Preferiam dormir a conversar. Sentiram uma necessidade fisiológica de reparo ao cansaço provocado pelo trabalho de parto e parto. (“...Eu queria dormir, estou morta, essa noite quase não dormi nada, a dor não deixava.” **Andorinha**). O sono no pós-parto é um reparador energético

vital. Percebi na dinâmica dos acontecimentos do pós-parto, que eu não precisaria permanecer ao lado das puérperas. **Raio de Sol, Tulipa e Andorinha**, permaneceram na sala de recuperação sob a vigilância da técnica e auxiliar de enfermagem, responsáveis pela sala no pós-parto. O **cuidado respeitoso** foi o grande desencadeador da necessidade de estar junto ao RN e seu pai, alterando o previsto. Não previ prestar os cuidados ao RN e nem acompanhar o pai neste processo, porém foi isso que aconteceu, portanto junto a eles utilizei o **cuidado presente**.

Estar presente nos cuidados junto ao RN foi muito importante, pois as reações de **Chão** demonstram que mesmo tendo passado pela ambientalização não fazia idéia real, do que o **Anjinho (RN)** seria submetido durante a internação. Pude utilizar o **cuidado de apoio**, estimulando a aproximar-se do RN sem com isso obrigá-lo, percebi que ele queria fazê-lo mas não sabia se podia. O **cuidado de apoio** foi desencadeador do **cuidado explicativo**, pois buscava integrá-lo e ele demonstrava sentir-se bem ajudando, surgindo então o **cuidado integrativo**. Busquei saber se queria dar o banho no RN, mas ele preferiu que eu o ensinasse a dar banho (**cuidado respeitoso e educativo**). Ao término dos cuidados ele demonstrou estar à vontade no ambiente e integrado aos acontecimentos. Quis levar o RN para junto da mãe. Quando a família se encontrou percebi uma mudança na forma de tratamento de **Chão** para com **Raio de Sol**: passou a chamá-la de mãe e falar como um bebê. (“...Mamãe eu cheguei e estou com fome.” **Chão**).

**Geranium** também acompanhou o RN (**Presente de Deus**) na sala de cuidados. Da mesma forma prestei os cuidados imediatos ao RN, mesmo não tendo previsto. O estar junto e vivendo o nascimento favorece a formação de vínculo afetivo pai/RN mais rapidamente. O **cuidado humanizado** propiciou espaço para que **Geranium** liberasse as emoções e se permitisse viver com mais intensidade o momento do contato com o filho (“...Desta vez tudo foi muito diferente a emoção foi muito forte. Sem querer desprezar meu filho mas parece que me sinto pai mais rápido desta vez. Só pelo fato de estar aqui vendo tudo que está acontecendo me faz sentir outra coisa. Não me pergunta que coisa. Só sei que é uma emoção mais forte. Dá até vontade de chorar. Coisa que não faço há muito tempo...” **Geranium**). Surgiu também o significado de acompanhar o parto e a importância para **Geranium** estar presente no nascimento (“Eu não sei explicar nada, mas estar aqui foi a

melhor coisa do mundo.” **Geranium**) Como forma de estimular a participação do pai no processo de parir (**cuidado de apoio e integrativo**) **Geranium** carregou o RN (**Presente de Deus**) para junto de **Tulipa** que despertou do sono com a presença deles.

**Beija-Flor** acompanhou sorridente a **Princesinha (RN)** para a sala de cuidados, da mesma maneira que fiz com os casais anteriores também atendi o RN após o término do parto. Ele demonstrou muita proximidade e afinidade com a filha, conversava e a tocava freqüentemente, demonstrava que o **cuidado familiar** estava efetivado. Durante os procedimentos invasivos penalizava-se demonstrando também não conhecer que estes seriam realizados no RN, apesar de ter sido explicado durante o **cuidado de ambientalização**, quando as explicações pareciam ficar em nível de uma imagem mental, desconcertada a sentimentos e reações frente ao cuidado real. Ele preferiu aguardar sentado pelo lado de fora da sala enquanto os procedimentos eram realizados (**cuidado respeitoso**). A enfermeira foi vista como cruel na realização dos procedimentos junto ao RN. Para **Beija-Flor**, o fato da **Princesinha (RN)** ter recebido uma injeção, uma sonda nasogátrica, uma gota de colírio, mesmo compreendendo sua necessidade, considerou como um ato de crueldade ao recém-nascido, utilizei o **cuidado solidário**, pois os procedimentos realizados ao recém-nascido são realmente uma agressão física ao mesmo. Ele não quis realizar o banho, porém quis aprender, sendo então utilizado o **cuidado educativo**. Quando vesti o RN percebi que **Beija-Flor** estava me ajudando, então prestei o **cuidado respeitoso e de apoio**, estimulando-o e assessorando-o, para que ele terminasse de vestir o RN, este cuidado foi gerador de muita felicidade para **Beija-Flor** que demonstrava orgulho ao fazê-lo. **Beija-Flor** carregou a RN (**Princesinha**) com muita segurança e intimidade até os braços da mãe. Enquanto ela mamava afoita, ambos observavam tudo que ela fazia. **Beija-Flor**, ainda na sala de recuperação, deu à **Andorinha** um ramalhete de rosas vermelhas (“Eu te amo. Parabéns. Você é uma mulher muito forte.” **Beija-Flor**).

No pós-parto imediato a comunicação verbal diminuiu, porém os olhares e a admiração ao RN foram evidentes. Diante do casal, os profissionais passam a ser desnecessários, portanto a aproximação familiar foi estimulada. Neste momento não percebi crenças evidentes, porém para eles estarem juntos e sozinhos parecia ser o mais importante, apareceu então, o valor da união ou proximidade familiar.

Cabe aqui resgatar o **conceito de ser humano** que não sobrevive e nem vive sozinho, ele já nasce como membro de uma família que o ensina a viver social e culturalmente, carregando desde o princípio este aprendizado por toda a sua vida (Langdon, 1994). Quando **Chão, Geranium e Beija-Flor**, acompanharam os primeiros cuidados com o recém-nascido, foi promovido um momento de proximidade familiar que se fortaleceu na sala de recuperação pós-parto quando a família permaneceu junta, recebendo e cuidando o recém-nascido. Portanto, “O recém-nascido é um ser humano liminar, em passagem. Encontra-se num grau intermediário entre a natureza e a cultura” (Monticelli, 1998, p.74).

O pós-parto imediato, também, me trouxe uma sensação de cansaço, pois vivi as emoções com intensidade.

Os casais/Rns tiveram alta do Centro Obstétrico para o Alojamento Conjunto encerrando-se assim a quarta etapa da caminhada, bem como a prática de cuidado direta aos casais em estudo.

## 6.5 A Quinta Etapa da Caminhada: Entrevista

A quinta etapa da caminhada correspondeu a entrevista realizada junto aos casais, no Alojamento Conjunto. Com a entrevista busquei novas crenças e valores que foram complementares as que já havia levantado, assim como pude compreender muitos processos que ainda estavam obscuros. A etapa da entrevista também serviu como um momento de avaliação do processo vivenciado durante a internação no Centro Obstétrico. Portanto, o cuidado mais significativo foi o **cuidado avaliativo**.

Neste capítulo não enfatizarei sobre o levantamento das percepções, crenças e valores, pois serão aprofundadas no próximo capítulo denominado: As Percepções, Crenças e Valores que Permearam o Processo de Parir. Para o levantamento dessas utilizei

### o cuidado investigativo.

De acordo com Monticelli (1998) a enfermeira deve buscar constantemente os limites e possibilidades de maneira conjunta com os co-participantes, levando à identificação de semelhanças e diferenças dos significados de cuidados, assim como a sua importância no processo de cuidado. A decisão do cuidado de enfermagem (preservação, acomodação e repadronização) deve estar embasada na cultura da clientela, de maneira a satisfazê-la em suas necessidades e assim proporcionar um processo de viver saudável. Ao realizar o **cuidado avaliativo** estava buscando avaliar junto aos casais se a decisão de cuidado satisfaz as suas necessidades.

O cuidado por mim prestado durante todo o processo de parir foi avaliado, por **Raio de Sol e Chão**, como um cuidado que trouxe uma ajuda especial (“...foi Deus quem colocou você no nosso caminho...Você é uma pessoa muito iluminada por ele.” **Raio de Sol**). Para **Tulipa e Geranium** foi avaliado como um cuidado prestado por uma pessoa iluminada, que transmitiu segurança e confiança (“Você é uma pessoa muito iluminada. Me transmitiu muita segurança e confiança de que tudo daria certo.” **Tulipa**) e, para **Andorinha e Beija-Flor**, fui vista como atenciosa e cuidadosa com eles (“...é para você, por ter sido tão atenciosa e cuidadosa com a gente.” **Beija-Flor**). Esta avaliação mostra que o cuidado que prestei foi significativo para os casais demonstrando valorização e vinculação, porém foi evidente que junto à **Andorinha e Beija-Flor** o cuidado não teve a mesma relevância, mostrando que o estabelecimento do **cuidado vincular** ficou fragilizado, tal como foi avaliado durante o **cuidado de ambientalização** (primeira etapa da caminhada) e no pré-parto (segunda etapa da caminha). Percebo então, que quando o **cuidado vincular** não se efetiva no período pré-parto, toda a vinculação pode ficar comprometida, mostrando a importância do mesmo para o processo de parir.

Cabe nesse momento fazer uma reflexão sobre a importância do **cuidado vincular**, pois no dia a dia do Centro Obstétrico não é só a enfermeira que presta o cuidado, como foi o caso desse estudo. Os técnicos e auxiliares de enfermagem também participam ativamente, portanto esses também devem estar sensibilizados da importância que há em se estabelecer um vínculo, assim como conhecer as percepções, crenças e valores, para que o cuidado seja congruente e não impositivo, tornando-se significativo. Este cuidado pode ser

considerado como **culturalmente sensível**. Questiono-me, também, sobre a quebra no cuidado vincular quando há uma troca de plantão durante o trabalho de parto, no momento expulsivo do parto, e o quanto isso possa contar desfavoravelmente para o significado da experiência vivida. Por esse motivo, acredito que o período de permanência da equipe de enfermagem, deva ser o máximo possível, contribuindo para a formação do cuidado vincular cliente-profissional, favorecendo também, o cuidado cultural coerente.

Atuar junto à **Andorinha e Beija-Flor**, foi um momento muito importante da prática assistencial junto aos casais, pois foi junto à eles que percebi que muitas vezes as crenças e valores do casal, chocavam com as minhas e isso foi um grande impeditivo para que o **cuidado relacional** se estabelecesse, comprometendo conseqüentemente o estabelecimento efetivo do **cuidado vincular**. A repadronização deveria primeiro ter acontecido comigo mas eu ainda não estava preparada para isso. Foi com muito sofrimento que aos poucos fui amadurecendo e compreendendo que para respeitar a cultura do casal era preciso que eu primeiro repadronizasse minhas crenças e valores. Realizar a auto-repadronização junto a esse casal, não foi fácil, porém agora, me sinto em processo constatare de repadronização, passando a compreender que essa vivência fez parte do crescimento que tive ao realizar esse estudo.

A participação do homem-pai no processo de parir foi avaliada por ele como uma experiência emocionante, inacreditável. (“...posso te afirmar que foi a experiência mais emocionante que eu tive. Ver aquela cabecinha enrugada, ...me veio uma sensação de frio na barriga...Sei lá, não dá para acreditar que eu estive junto, parece mentira.” **Chão**). Este depoimento mostra a relevância da participação do homem-pai no processo de parir, levantando o questionamento sobre a rotina de muitas instituições que negam aos homens-pais a oportunidade de viver uma experiência ímpar.

Foi possível resgatar que vários foram os motivos para a busca pela Maternidade, como a influência familiar que referenciou o atendimento, a permissão da presença de um acompanhante durante a internação, a indicação por profissionais durante o pré-natal, por ser uma instituição gratuita e próxima de casa. Surgiu a evidência da influência familiar frente a decisão de escolha da instituição para realizar o parto, aliado ao grande diferencial da presença de um acompanhante no processo de parir, uma vez que a maioria das outras

instituições não o permitem. A filosofia de atendimento da Maternidade permite concretizar o desejo de muitos casais de compartilhar o processo de parir. Os fatores de busca pela Maternidade também mostraram que já antes da internação, havia influência, desejo e disponibilidade para que o parto vertical acontecesse junto ao segundo casal **(Tulipa e Geranium)**.

Contrapondo o motivo de procura pela Maternidade, surgiu também o medo por ser uma instituição-escola, por considerarem que estariam expostos ao excesso de manipulação pelos acadêmicos das diversas áreas. **(“Meu único receio era ter um monte de estudante mexendo nela o tempo inteiro.” Chão)**.

O cuidado realizado somente por mim durante o trabalho de parto foi respeitoso com a crença do casal, o que contribuiu para a valorização do atendimento ao processo de parir. **(“Ainda bem porque eu ia ficar chateada se todo mundo quisesse ficar fazendo toque em mim. Na verdade o médico que me internou fez o primeiro toque, depois foi você. Porque o toque é muito doloroso, mesmo sendo feito com todo cuidado e acho que os alunos não têm prática por isso machucam muito a gente.” Raio de Sol)**

Houve o resgate da **influência cultural sobre a escolha pelo parto vertical**, foco principal desse estudo. **Chão** tinha na família a avó índia que contava como o parto das índias era diferente **(“Eu já ouvi muito falar de parto de cócoras. Eu sou de origem indígena...Ela era índia e falava que da onde ela veio os bebês nasciam de outro jeito. contava toda a história de que as índias tinham filhos sozinhas, perto de um rio. Como eu era menino nunca dei muita importância para as histórias dela, mas agora é que vejo que são importantes.” Chão)**. Este fator cultural pode ter sido gerador da decisão pelo parto vertical junto ao primeiro casal **(Raio de Sol e Chão)**, mostrando a importância de se conhecer a cultura do casal como um fator de compreensão de suas decisões.

Pude compreender porque muitos conflitos aconteceram junto à **Andorinha e Beija-Flor** quando soube da influência familiar negativa frente ao atendimento no HU **(“...minha prima mas ela não gostou muito daqui...Porque para ela aqui tem muito estudante e no parto dela ela sofreu muito na hora de fazer os pontos, ela dizia que doía e eles continuavam a fazer os pontos. Em casa os pontos doeram muito e ela acha que foi porque ele mexeu muito na hora do parto e dos pontos. Ela diz que ter filho aqui de novo**

nem pensar.” **Andorinha**). Então mesmo que eu prestasse um bom atendimento existia sempre a influência de que o atendimento era ruim. Alterar esta pré-concepção do atendimento talvez tenha sido uma grande repadronização que realizei ao atender o parto (“Eu tinha muito medo, mas muito medo mesmo. Rezei muitas noites para que desse tudo certo e, graças a Deus ele me atendeu. Eu também estou gostando muito, sei lá, acho que a minha prima não deu sorte.” **Andorinha**). Portanto, é muito importante conhecer qual a visão de cuidado que o casal possui diante da internação numa Maternidade, pois esta poderá influenciar o vivenciar atual de parturição.

Junto à **Tulipa e Geranium** o momento da entrevista foi de fundamental importância para conhecê-los, pois como não tivemos muito tempo durante o cuidado no pré-parto, não conhecia as experiências anteriores de parturição, nem o pensar do casal sobre o processo de parir. Para **Tulipa** o trabalho de parto e parto anterior não foi uma experiência boa. Surgindo uma grande expectativa sobre a experiência atual de parturição e revelando a grande responsabilidade que tive diante dela (“...Eu estava muito insegura naquele momento. Quando você fez o toque e disse que o bebê já estava pronto para nascer e que eu ia para a sala de parto, me deu um alívio e senti muita segurança profissional em ti. Quando soube que você poderia me assistir naquele momento me senti muito confiante, porque foi muita tranquilidade e confiança que tu transmitisse e isso eu não consegui sentir no médico.” **Tulipa**). Pude compreender que a escolha do casal pelo parto atendido pela enfermeira aconteceu pela segurança transmitida em contrapartida à insegurança que sentia diante do médico obstetra.

Com o **cuidado avaliativo** refleti junto ao casal sobre não ter realizado o **cuidado de ambientalização** para que pudessem escolher a posição para a parturição, porém **Tulipa** relevou que isso não teve importância para ela. Ela já veio com a intenção de realizar o parto vertical por ter sido influenciada pela cunhada que o realizou pouco tempo antes (“Na verdade não teve importância porque eu já tinha pretensão de ganhar desse jeito. Minha cunhada ganhou minha sobrinha aqui e ela tirou muitas fotos inclusive das salas de parto. O parto dela foi de cócoras e ela me falou maravilhas de ganhar desse jeito. Ela me falou que foi mais fácil fazer força e que fez menos força do que no primeiro filho. Que da cadeira se enxerga tudo que está acontecendo. Que só encham de panos depois que

o bebê nasce. Que o marido fica sentado ao lado dando uma força e ajudando quando se precisa descansar. Que se enxerga o médico cuidando do bebê na sala de parto. Que levou três pontos apenas, enquanto que no 1º levou um montão. Que parece que dói menos na hora do bebê sair...” **Tulipa**). Eu tive a sensação de que ela já chegou ambientalizada. **Tulipa** deixou explícito que **Geranium** teve muita influência na escolha pelo parto vertical no momento da decisão no Centro Obstétrico (“...Eu e **Geranium** já havíamos decidido que se desse seria de cócoras. Quando perguntei a ele o que ele achava e ele me disse que preferia o de cócoras me lembrei do dia que conversamos sobre isso e ele disse que achava que era melhor, então para mim a decisão estava tomada...” **Tulipa**). Para **Tulipa** o fato de eu ter estimulado o parto vertical não teve conotação de imposição, afirmando que já havia decidido junto à **Geranium**, muito antes da internação que faria o parto vertical, mas na hora sentiu medo e o estímulo era tudo que ela precisava para concretizar seu desejo (“...Você só deu o último empurrãozinho que eu precisava para perder o medo, não acho que me impôs nada” **Tulipa**). Isso nos mostra que o **cuidado avaliativo** é de fundamental importância para se compreender a percepção do casal sobre um **cuidado** considerado por mim como **impositivo**.

Cabe ressaltar e trazer à tona o **conceito de cultura** como os valores, crenças, normas e práticas de vida do casal que foram aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam seu pensamento, suas decisões e ações, de maneira padronizada durante o processo de parir (Leininger, 1985), pois **Tulipa e Geranium** compartilharam com sua família a posição para parir, o que mostra como a cultura compartilhada pode influenciar na escolha do casal sobre o tipo de parto que irão querer ter.

Com o **cuidado avaliativo** pude avaliar junto aos companheiros (homens-pais), como foi atuar ativamente junto às suas companheiras (mulheres-mães) no processo de parir. Consideraram transformador, pois alteraram a visão que possuíam sobre a participação no nascimento. Portanto, percebi como foi importante o **cuidado presente, de apoio e estímulo** proporcionado aos companheiros (homens-pais) durante o processo de parir, influenciando positivamente em suas experiências. **Chão** possuía a crença de que o parto era com muita dor; de que os homens não falam sobre parto; de que para se ter filho a mulher tem que fazer escândalo. Após a experiência vivenciada passou a perceber que

apesar da dor, houve felicidade e que ter participado do processo de parir o fez mais feliz e completo como ser humano, assim como consolidou a relação do casal afetivamente. **Chão** passou a valorizar mais **Raio de Sol** (“Agora é diferente porque vivi de perto a dor do parto, sei que ela não fez escândalo, mas também sei que sentiu muita dor e a única coisa que eu podia fazer além de dar apoio era sofrer junto com ela. Sofri bastante, tinha horas que eu queria poder trocar de lugar, para que ela não tivesse tanta dor. Ao mesmo tempo em que ela tinha dor sentia que ela e eu estávamos muitos felizes. Posso dizer que hoje me sinto mais completo, mais feliz e com certeza amo muito mais ela do antes.” **Chão**).

Para **Geranium**, passar pela experiência de estar ao lado, foi conhecer a realidade de que existe uma dor forte no trabalho de parto, porém ela é possível de ser suportada, pelo ajuda e apoio oferecido. **Beija-Flor**, ao vivenciar o processo de parir, confirmou que mesmo com toda a ajuda que **Andorinha** teve o parto foi envolto de muito sofrimento feminino e isso o amedrontava.

Conhecer e compreender o significado do que foi ser acompanhante para os homens-pais, também fez parte desse momento. Ressalto a importância da postura da enfermeira com o **cuidado explicativo, de apoio e de estímulo**, permitindo que os homens-pais adentrassem no universo do cuidado profissional no processo de parir, favorecendo a **participação ativa** e o entendimento dos processos vivenciados, portanto resignificando positivamente o pensamento sobre o que foi ser acompanhante nesse processo.

Compreender o significado do estar acompanhada pelo companheiro, para as mulheres-mães, também fez parte desta etapa. O companheiro acima de tudo foi sem dúvida a pessoa mais desejada por elas no processo de parir. O fato da filosofia da Maternidade assegurar a presença de um acompanhante, significou para essas mulheres-mães um grande respeito e congruência com suas crenças e o vivenciar esta experiência junto a seus companheiros (homens-pais) foi transformador.

Conhecer as percepções em relação ao Centro Obstétrico foi avaliar qual o significado que o cuidado proporcionado por mim teve para eles. Sendo eles: a minha preocupação com o casal, a liberdade de escolha, a sensação de bem estar por mim proporcionada no processo de parir, sofrimento no pré-parto, alívio e felicidade no parto, o

parto como uma dor recompensadora, muita emoção e felicidade, momentos inesquecíveis, momentos que superaram as expectativas. Estas percepções significaram que o **cuidado que** prestei teve conotação positiva, mesmo em momentos de dor e sofrimento.

Com o **cuidado avaliativo** traçamos um diferencial entre as experiências anteriores de parturição e a atual. Para **Raio de Sol** a diferença estava na posição de parturição, na presença do companheiro, no protagonismo do parto, na valorização da mulher enquanto ser humano e em ter tido uma “boa hora” ou seja, ter um trabalho de parto e parto bons (“Sim, muita diferença. Os outros foi deitada, eu estava sozinha, apavorada e com medo. Nesse tive o meu marido do meu lado, você que não saiu do meu lado e na sala de parto tive a sensação que todos olhavam para mim como se eu fosse uma pessoa muito importante, me senti assim. Todos estavam em minha função, me senti o centro das atenções e depois que bebê nasceu eu continuei sendo o centro das atenções só que tinha uma criança no meu colo. Fico com muita pena que com as meninas não foi assim, mas pelo menos eu posso contar a elas como devem fazer para ter uma hora melhor, como eu tive nesse parto.” **Raio de Sol**). Para **Chão** a diferença foi o experimentar de perto a vivência do nascimento do filho (“Na minha pouca experiência posso dizer que não dá para comparar pois este eu estive perto e os outros só soube o que aconteceu.” **Chão**). Para **Tulipa** a diferença consistiu em um nascimento humanizado, mais próximo de um parto domiciliar, pois se sentiu em família pelo acolhimento que eu e todos os profissionais lhes demos e pela presença do companheiro (“...desta vez me senti mais em casa. Acho que o parto não foi algo frio, muito pelo contrário, me senti mais em família, especialmente por você, mas também pelos outros profissionais e a presença do meu marido foi fundamental para mim.” **Tulipa**). **Geranium** achou que o diferencial foi a maneira como foram tratados, pelo suporte e orientações (“...o atendimento aqui foi especial, você sempre dando apoio, ajudando, explicando. Em todos os locais por onde passamos sempre tinham auxiliares de enfermagem, técnicas, enfermeiras, médicos que orientavam e explicavam tudo que se passava. Aprendi muito aqui e por isso foi muito diferente das outras vezes” **Geranium**). Para **Andorinha** a diferença marcante foi a presença do companheiro na internação atual (“...neste ele esteve junto comigo e isso foi muito importante e muito bom.” **Andorinha**). Por ser a primeira experiência de **Beija-Flor** frente a paternidade considerou experiência boa, de aprendizado e participação ativa (“Eu achei que foi muito

bom. Vocês ajudam a gente a ter coragem para ficar ao lado na hora das dores. Ensinam a gente uma porção de coisas. A gente participa mesmo, acho que assim é melhor porque ficar vendo ela com dor e não poder fazer nada deve ser horrível.” **Beija-Flor**).

O **cuidado avaliativo** foi de fundamental importância para a enfermeira saber se houve **repadronização** do parto vertical. A escolha pelo parto vertical, foi positiva para o casal (“Eu vou contar nossa experiência e recomendar que experimentem.” **Chão**). Para **Raio de Sol** foi o melhor, em sua opinião o parto vertical deveria ser mais divulgado. (“Eu diria que o parto de cócoras é o melhor, porque foi o melhor para mim. Não estou falando isso porque você está fazendo o estudo. Mas eu nunca tinha ouvido falar e acho que é importante as pessoas saberem que tem jeito mais fácil de se ter um filho.” **Raio de Sol**). De acordo com o conceito de cultura compartilhada, pode-se destacar a importância deste casal compartilhar sua experiência divulgando o parto vertical.

**Raio de Sol e Chão** acharam que o parto vertical foi melhor por fazer menos força no período expulsivo, além do que a força é mais eficaz. O período expulsivo foi mais rápido e menos intervencionista. Sentiram-se como os protagonistas do parto e perceberam os profissionais como ajuda. A posição foi vista como vantajosa para a parturição (“Primeiro que você faz menos força, a força é melhor e é mais rápido. Não precisa dar aquele corte enorme. Depois dá para ver tudo que está acontecendo, quem entra, quem sai, como as pessoas te olham. Dá para ver o bebê saindo. Dá pra ver o bebê sendo cuidado. Outra coisa que me chamou atenção é que você disse que eu ia fazer o parto. Você só ia me ajudar, mas que o parto era meu e do meu marido. Outra diferença é que eu conseguia fazer a força e você não ficava me dizendo: faz força mãezinha. Na verdade você só me orientou quando eu precisava, mas me senti tendo um filho e não que estavam fazendo meu filho nascer.” **Raio de Sol**).

Para **Tulipa e Geranium** a posição vertical tornou a prensa abdominal mais eficiente, o parto é mais rápido, natural e mais bonito. O fato da cadeira de parto vertical ser mais elevada, permitindo-lhes uma visão de cima, deixou **Tulipa** mais segura e o casal com sensação de poder e domínio sobre o parto (“...a gente faz aquela força e ela age... A posição também permite que a gente fique mais alta do que todos facilitando que eu enxergasse, me deixando assim mais segura também...eu podia ver tudo melhor e saber o

que estava acontecendo. Parece que ela dá uma sensação de poder na gente...é bem mais rápido, natural e mais bonito” **Tulipa**). O parto vertical remonta uma imagem de parto feliz, por ter sido uma experiência positiva. **Tulipa** recomenda o parto vertical e passa a pensar que todas as Maternidades deveriam oferecer esta modalidade de parto, assim como permitir a presença de um acompanhante (“Me sinto muito feliz porque a experiência foi muito boa. Só o fato de se conseguir ver o bebê nascendo já valeu a pena. O resto é só complemento. Não só recomendo como já recomendei a muitas visitas que recebi. Acho que em todas as maternidades deveriam oferecer esta opção para a mulher e a outra é a de ter um acompanhante.” **Tulipa**). Para **Geranium** o parto vertical deve ser recomendado por ser natural (“...porque é muito natural.” **Geranium**). Portanto, com o **cuidado avaliativo** foi possível confirmar que houve repadronização junto aos casais na posição de parir.

Com **Andorinha e Beija-Flor** o **cuidado avaliativo** teve como função principal reafirmar que não houve repadronização na posição de parir, pois o casal estava satisfeito com a posição horizontal, não querendo alterá-la. Para eles o parto vertical causou uma impressão negativa, comparada as experiências vivenciadas pelos outros casais. **Andorinha** considerou o parto vertical estranho, de pessoas civilizadas que tem a tecnologia à mão para utilizá-la. Não concebe a realização do parto vertical no hospital. Ela sofreu influência familiar negativa em relação a essa modalidade de parto (“Eu não gosto de coisas esquisitas e pronto...Não gostei porque prefiro não ver nada. Quero ficar de olho fechado. Daquele jeito não tem como a gente não ver. Parece coisa de índio e eu sou bem civilizada, daquele jeito deve rasgar a gente todinha...As índias têm outro tipo de vida, lá no mato não tem recurso por isso elas ganham daquele jeito, nós da cidade temos médicos, enfermeiras e hospitais, temos recursos aí eu acho muito esquisito querer ganhar como as índias dentro do hospital, isso é coisa pra gente doidona que gosta destas esquisitices, mas eu não.” **Andorinha**). (“Ela diz que tem medo e que ouviu umas coisas de uma prima que a deixou com medo.” **Beija-Flor**). Para **Andorinha** o melhor é o parto horizontal e o vertical é modismo (“O parto deitada é mil vezes melhor. Não sei porque ficar inventando moda.” **Andorinha**). Mediante o **cuidado avaliativo**, enfermeira e casal concluíram que o parto horizontal ou semi-sentado é o melhor para eles, portanto a **manutenção** da posição de parir foi congruente com o querer do casal. Considerei relevante a questão da auto-

repadronização, pois realizar a **manutenção** de cuidado cultural significou a repadronização do profissional, sendo percebido, também, como um salto qualitativo na assistência ao casal ao se utilizar um referencial cultural.

A experiência de propor a **repadronização** do parto vertical em detrimento do horizontal levou-me a inferir que a **repadronização** na posição de parir aconteceu junto à **Raio de Sol e Chão** e **Tulipa e Geranium**, porque foi uma experiência positiva e significativa para os casais e nesses casos foi imediata, pois para parir a um tempo limitado, o que colaborou para a consolidação do processo, porém o tempo foi um limitante diante da maioria das necessidades de cuidado a serem repadronizados.

A tentativa de repadronização com o terceiro casal (**Andorinha e Beija-Flor**) foi frustrada, pois houve a **manutenção** da posição escolhida pelo casal. Esta vivência mostrou que para que haja repadronização há necessidade do casal querer alterar e que esta alteração seja algo significativo. Sem o querer do outro o processo é infértil e, portanto, repadronizar é impor e manter é respeitar.

O **conceito de enfermagem** mostra que a enfermagem diz respeito a disciplina e profissão, humanística/aprendida e científica, com seu foco no fenômeno e atividades de cuidado humano ao casal/ RN no processo de parir, com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou permitir um trabalho de parto, um parto e um pós-parto saudáveis e com o mínimo de intercorrências e intervenções possíveis, de modo culturalmente significantes e benéficos. Portanto ao realizar a **manutenção** da posição horizontal, escolhida por **Andorinha e Beija-Flor** para o parto, estava colaborando para um trabalho de parto, um parto e um pós-parto culturalmente significado e por isso benéfico ao casal.

**Repadronizar** a maioria dos cuidados durante o processo de parir foi uma tarefa muito difícil. Percebi que para que houvesse **repadronização** de muitos cuidados teria que ter um convívio longo, próximo e naquele momento não foi possível. Portanto, o convívio no Centro Obstétrico é um período muito curto para realizar repadronização de muitos cuidados.

O **cuidado avaliativo** também foi utilizado para compreender o significado do atendimento ao parto por mim, uma enfermeira obstétrica. Para **Tulipa** significou o

atendimento por uma profissional com competência técnica e segurança para assistir o parto (“...eu achei que tu me passasses uma experiência, provavelmente porque lá na hora foi tu quem chegou e disse esse bebê está nascendo. E isso me fez pensar: ela deve saber mesmo o que faz, porque estava o outro médico ali mas ele ficou ali do meu lado vendo o cardiotoco mas ele não suspeitou de nada. Antes de tu chegares eu já estava fazendo aquela força e ele não fez nada. Só depois que você conversou com ele é que foi instalado o cardiotoco. Talvez se tu não tivesse chego eu não ia acabar ganhando na cama.” **Tulipa**).

Para **Andorinha e Beija-Flor** o parto atendido pela enfermeira foi uma experiência muito boa. **Beija-Flor** desconhecia que a enfermeira atende ao parto (“Você foi muito boa. Eu nem sabia que enfermeira formada fazia parto, achava que era só médico.” **Beija-Flor**) e **Andorinha** gostou pela interação que a enfermeira teve com ela e pelo cuidado explicativo que recebeu (“Eu achei muito legal, porque tu conversas com a gente, explica tudo que está fazendo.” **Andorinha**).

O cuidado avaliativo teve grande relevância na compreensão da **repadronização do parto vertical**, pois mostrou a importância que a **ambientalização** teve nesse processo. **Raio de Sol** e **Chão** avaliaram que ter vivenciado a ambientalização foi ter sensação de liberdade, de segurança, foi conhecer as salas de parto vertical e horizontal para escolher a posição para a parturição (“Achei muito interessante, dá mais segurança e a gente pode escolher como quer ter o filho, não me senti dentro de uma prisão como foi das outras vezes. Aqui parece que vocês fazem questão de mostrar tudo. Dá uma sensação de liberdade.” **Raio de Sol**), Conhecer o ambiente e familiarizar-se com ele, sentir-se a vontade, diminuindo a barreira entre o cuidado popular e o profissional (“Para mim foi muito bom, pois nunca tinha entrado numa maternidade, não fazia nem idéia do que era. Mas do jeito que você mostrou tive a impressão que tinha ido na casa de um amigo e que estava conhecendo a casa dele. Só que ele era tão amigo que você praticamente se sentia em casa. Isso dá uma segurança. A gente vê que o hospital não é um bicho que morde e que estar aqui não significa estar numa hora ruim.” **Chão**). Portanto, a realização da **ambientalização** foi uma etapa fundamental do cuidado aos casais no processo de parir, influenciando o casal a repadronizar não só a posição como também outros conceitos.

**Andorinha e Beija-Flor** avaliaram que a **ambientalização** reforçou a escolha pelo

tipo de parto (“Eu achei muito bom, pois assim eu pude ver as salas e decidir que eu não queria ter o parto de cócoras.” **Andorinha**), na tranquilidade, diminuindo a curiosidade e a ansiedade provocadas por um ambiente desconhecido (“A idéia é muito boa, parece que é mais tranquilo porque a gente sabe os locais aonde vai e não fica tão curioso e ansioso” **Beija-Flor**). Nesse caso, a **ambientalização**, também, foi importante como fator de reforço à manutenção da posição horizontal para parturição.

Procurei fazer uma profunda avaliação do que foi a acomodação dos cuidados e percebi que a acomodação foi uma fusão entre a **manutenção** e a **repadronização** do cuidado. Quando estava acomodando, estava realizando a **manutenção** do cuidado popular não prejudicial à saúde do casal e do recém-nascido (RN) e, ao mesmo tempo, estava inserindo um cuidado que favorecia à saúde do casal/RN na visão profissional. Então, na verdade, estava interferindo na maneira do casal pensar saúde e, conseqüentemente, alterando a visão sobre a mesma.

Percorrer esta trajetória, foi passar por um processo de metamorfose pessoal-profissional, porque durante o caminho percorrido junto aos casais no processo de parir no Centro Obstétrico, alterei minha visão sobre o cuidado cultural, no sentido de ampliá-lo. A alteração provocada por esta prática reflexiva vivida foi transformadora, não sendo possível retroceder no pensar o cuidado de enfermagem, sem que este contemple a cultura dos casais e dos profissionais envolvidos, deixando clara a importância que o referencial teórico teve neste processo.

## CAPÍTULO 7

### AS CRENÇAS E VALORES QUE PERMEARAM O PROCESSO DE PARTIR

"...FATORES culturais determinam a aceitação do parto, seu ajustamento a ele e os rituais que o cercam. Tais fatores culturais são responsáveis pelo estilo de parto de uma dada sociedade..."

KITZINGER (1987, p.150)

Esta imagem foi escolhida por representar a força feminina da mulher indígena, diante da parturição na posição vertical. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hilkilner/birth/brenda.jpg>, no ano de 1997.

## 7. AS CRENÇAS E VALORES QUE PERMEARAM O PROCESSO DE PARIR

**"A mulher ao dar à luz traz sua bagagem, suas experiências que tiveram início quando criança..." (Largura, 1998)**

Este capítulo descreve as principais percepções, crenças e valores encontrados durante o processo de parir junto aos 3 casais do estudo.

Buscando remontar os acontecimentos da prática assistencial, promoverei um processo de ir e vir, refletindo sobre os elementos considerados essenciais às crenças, valores e experiências anteriores e atuais vivenciadas pelos casais, realizando um paralelo junto à literatura.

Inicialmente, acreditava que as crenças e valores não se expressam com clareza no trabalho de parto, em função do momento ímpar pelo qual os casais passavam e acreditando, também, que a Maternidade, por ser o local do cuidado profissional, favorece um sentimento para o casal de: "este não é meu território" ou "não é meu espaço", inibindo-os de deixar aflorar o seu querer, suas dúvidas e temores. Usava-me desta justificativa para dizer que as crenças e valores não eram facilmente visualizadas por mim. Todo esse processo culminou por dificultar a busca pelas crenças e valores, mas também colaborou para deixar meu estudo mais desafiador. Com o amadurecer provocado pelo processo teórico-prático, mudei minha visão e percebi que era eu que não conseguia enxergar, por não estar madura para perceber o quanto o casal se mostra em sua cultura, estando impregnado por ela.

Houve momentos que não conseguia perceber o que eram crenças e valores que tanto buscava, talvez por estar impregnada de envolvimento com os casais e não estar consciente da prática do exercício antropológico.

Por não ser o processo de parir algo estanque, preditivo, previsível, é que pude perceber que a busca de fatores culturais nesse processo aconteceu de maneira diferente durante a assistência aos casais. Com o primeiro casal (**Raio Sol e Chão**) tive mais tempo para observação e diálogo no pré-parto no Centro Obstétrico, podendo explorar as experiências anteriores de parturição durante o processo de parir. Com o segundo casal, (**Tulipa e Geranium**) devido à rápida evolução do trabalho de parto, pouco pude explorar no Centro Obstétrico, somente no pós-parto. Já, no Alojamento Conjunto, é que me foi possível conhecer as experiências anteriores de maneira mais aprofundada. Com o terceiro casal (**Andorinha e Beija-Flor**), explorei pouco as experiências anteriores no Centro Obstétrico, não pela falta de tempo, mas pela dificuldade de diálogo devido à dor causada pelas contrações, contudo, parte da exploração dessas experiências remanesceu para ser realizada no Alojamento Conjunto.

Com a finalidade de tornar este capítulo o mais didático possível, procurei realizar agrupamento das percepções, crenças e valores de acordo com os momentos que antecedem a internação na Maternidade, as etapas do processo de parir no Centro Obstétrico (pré-parto, parto e pós-parto) e outras percepções, crenças e valores que surgiram fora dessa classificação, mas que contemplam questões culturais que envolvem o ciclo gravídico-puerperal.

## 7.1 Percepções, Crenças e Valores Relativas aos Momentos que Antecedem a Internação na Maternidade

**“...A angústia diante do parto tem raízes muito inconscientes. Agora renascem todos os temores irracionais que acompanharam especialmente as primeiras semanas da gravidez porque a mulher sente-se à frente de um exame final” (Langer, 1986, p. 215)**

Os sinais de que o período preliminar do trabalho de parto está começando são bastante conhecidos: a perda do tampão mucoso, contrações irregulares que causam sensação de cólica menstrual, o rompimento indolor das membranas com ocorrência de perda líquida que pode vasar lentamente ou sob a forma de jorro. A ocorrência de um ou mais destes sinais, significa que está se aproximando a instalação do trabalho de parto (Kitzinger, 1987). Somados a esta sintomatologia, Maldonado (2000) relata que cerca de dez dias antes do parto pode ocorrer a descida da barriga, de modo que haja alívio “no estômago” e uma compressão “na bexiga”, ocorrendo uma maior frequência para urinar. De acordo com a autora, nessa fase a maior parte das mulheres relata aumento do medo e ansiedade frente ao parto, pois este aparece como uma situação sem volta, muito mais concreta e próxima, algo que precisa ser enfrentado. Esta situação gera ansiedade familiar não somente pelo nascimento do filho, mas também por todas as alterações e adaptações que a chegada do filho irá provocar.

O companheiro (**Chão**), mediante a situação do início do trabalho de parto, queria ir correndo para a maternidade ao saber que a bolsa das águas rompeu, talvez pelo **valor** de que na maternidade ela estaria segura e, assim, o bebê não nasceria em casa, demonstrando também toda a ansiedade gerada pela chegada do trabalho de parto. Para ele a maternidade, com o cuidado profissional, está capacitada para o nascimento, ao contrário do lar, da família, **ou seja, ele compartilha de um valor atual no nosso meio de que a instituição maternidade é sinônimo de segurança.**

”...Acordei meu marido e ele queria vir correndo...” (**Raio de Sol**)

Com **Geranium** a situação acima se repetiu.

”...Ele ficou todo nervosinho, me apressava quase nem me deixou tomar banho direito.” (**Tulipa**)

Com **Andorinha** não houve rompimento da bolsa das águas no início do trabalho de parto, porém as contrações dolorosas deixaram **Beija-Flor** inquieto, não querendo aguardar em casa.

”...me viu com dor, logo já ficou apavorado. Eu tentei explicar pra ele que ainda era cedo mas ele começou a ficar inquieto. Resolvi me arrumar, tomei banho rápido e enquanto isso ele já foi atrás de um carro.” (**Andorinha**)

“A gente não entende nada de parto. Eu tenho agonia de ver sangue e essas coisas. Como é que eu ia fazer se nascesse em casa? Deus, não quero nem pensar. Parto é coisa de médico, de enfermeira.” (**Beija-Flor**)

Tornquist (1998) mostra que houve uma alteração cultural em Santa Catarina do nascimento daquele realizado em casa, para o realizado na Maternidade. Não foi um processo fácil, tendo início no século passado se estendendo até este século. Porém os apelos e argumentos utilizados para justificar a supremacia do hospital eram o da mortalidade e o da higiene, não só centrados na mãe como também na criança. No século XIX houve várias tentativas de “sedução” sobre as mulheres urbanas em termos de entrega ao saber médico, surgindo aqui também à perseguição às práticas da saúde e curas populares. Houve muita resistência por parte da população açoriana que ainda procurava e recorria às “velhas mãos” para apararem seus bebês. Os registros apontam que na metade do século, o processo de desqualificação e proibição das parteiras começou a tomar corpo e a partir de então começam a desaparecer as parteiras e o nascimento em Florianópolis, antiga Desterro, sai do lar e passa ao domínio médico no hospital. Percebe-se com **Chão**, **Geranium** e **Beija-Flor** o quão enraizada já se encontra a alteração cultural sobre o local de nascimento.

**Raio de Sol** tinha a crença que a barriga deveria ter baixado uma semana antes do parto como aconteceu nas outras duas gravidezes. Como isso não ocorreu, ela ficou

preocupada e sem referência de quando o parto aconteceria.

“Minha barriga ficou enorme e só abaixou depois que a bolsa estourou, isso me preocupou porque achava que tinha que ser como das outras vezes que a barriga baixou uma semana antes.” **(Raio de Sol)**

De acordo com Rezende (1998) a descida do fundo uterino ocorre devido à adaptação da cabeça fetal ao estreito superior e à formação do segmento inferior, o que leva a mulher a saber que o trabalho de parto está se aproximando, sendo também considerado por Maldonado (2000) como um momento cercado de ansiedades.

Interessante perceber que **Raio de Sol, Tulipa e Andorinha** tomaram banho antes de ir para a maternidade, **evidenciando um cuidado preliminar e ritual das parturientes antes de buscarem a maternidade.**

“...primeiro iria tomar um banho, arrumar as coisas para ir para a maternidade.” **(Raio de Sol)**

“Depois da bolsa ter rompido eu tomei um banho e pedi para Geranium me levar para a maternidade...” **(Tulipa)**

“...na gravidez a gente já tem cheiro forte lá em baixo, como a gente vai ser examinada tem que chegar limpinha, senão os médicos ficam com nojo.” **(Andorinha)**

Esse cuidado é descrito por Mitt (1974) como um preparativo no dia do parto, sugerindo algo ritual. A Organização Mundial da Saúde (1996) recomenda que a higiene é requisito básico tanto no trabalho de parto, como no parto e que os profissionais de saúde devem dar atenção especial à higiene pessoal da parturiente nesse período.

O conhecimento anterior sobre a sintomatologia do trabalho de parto tranquilizou **Raio de Sol**. O que é conhecido não causa medo, já que, **as experiências anteriores de nascimento e o conhecimento compartilhado conduziram ao diagnóstico de estar pronta para parir.**

”...Enquanto arrumava as roupas comecei a sentir uma dorzinha nas costas que ia para frente, então fiquei mais tranqüila pois já sabia que eu estava pronta para ganhar este bebê...Logo que o médico me examinou, disse que estava realmente com a bolsa estourada e que tinha 1 dedo de dilatação e que as poucas contrações que eu tinha em poucas horas provavelmente ficariam mais fortes e mais perto umas das outras...” (Raio de Sol)

Com **Andorinha e Beija-Flor** pude evidenciar a crença compartilhada de que o início do trabalho de parto acontece após a perda do sinal de sangue e que isto significa que deve procurar a maternidade. **Andorinha** diagnosticou que estava em trabalho de parto em razão de ter conhecido a sintomatologia na parturição anterior.

”...no banho vi que eu estava perdendo o sinal de sangue, tinha uma dor atrás da outra, daí já sabia que era a hora de ir ganhar, porque da outra vez também foi assim. Eu não sei como vocês chamam, é uma gosma com sangue. Na gravidez da minha outra filha a mãe me disse que eu tinha que me preocupar quando saísse o sinal de sangue que era hora dela nascer. Quando eu cheguei aqui eles também perguntaram se eu tinha perdido o sinal.” (Andorinha)

## 7.2 As Percepções, Crenças e Valores Relativas ao Período Pré-Parto

”...Mulheres reclamam. Dizem que estão fartas de serem levadas de qualquer jeito, de não serem escutadas, nem respeitadas, de serem cortadas, anestesiadas, amarradas. Querem mudar. Dizem que a hipermedicalização é a era glacial. Não a era da maternidade, da vida...” (Bertherat et al, 1997, p. 117)

O período pré-parto correspondeu ao primeiro período clínico do parto de dilatação.

Por conseguinte as parturientes já se encontravam internadas e acompanhadas por seus companheiros na Maternidade. Durante esse período houve a ambientalização no Centro Obstétrico seguido da permanência dos casais no pré-parto, local onde as parturientes permaneceram durante o trabalho de parto. Portanto as percepções, crenças e valores a seguir relatadas são relativas a esse período.

Ficou evidente a crença sobre “parto seco” decodificado em razão do precoce rompimento da bolsa das águas. Para **Raio de Sol** a saída do líquido se traduziria num parto sem líquido e isso a deixou preocupada. As experiências anteriores de parturição foram com bolsa íntegra no início do trabalho de parto. Assim, este momento era novo para o casal.

“Como nos meus outros partos a bolsa só rompeu depois que eu já estava internada fiquei apavorada, logo pensei no tão falado parto seco...” (**Raio de Sol**)

Por ser a primeira experiência com bolsa rota antes do trabalho de parto, houve inicialmente um medo do desconhecido, que a fez buscar em sua cultura experiências conhecidas sobre o fato, surgindo assim o fenômeno “parto seco” também conhecido como mais difícil.

De acordo com Soifer (1986) “parto seco” é uma fantasia popular, na qual se atribuem dores intensas ao parir, sendo esta advinda da ocorrência da ruptura prematura das membranas. Ocorrendo assim, uma tendência fantasiosa que se transformou em crença e mito e cujo enraizamento é bastante difícil de ser revertido. Portanto a imagem “parto seco” corresponde a fantasias de tipo anal retentivo, pois a idéia comparativa é de fezes duras e ressecadas que ao serem eliminadas causariam perfuração, laceração e conseqüentemente dor. Bethea (1982) e Paciornik (1997), também descrevem a crença sobre “parto seco”, pois afirmam que quando ocorre o rompimento espontâneo das membranas este é comumente associado ao “parto seco” pelas pessoas leigas. Esta associação é geradora de ansiedade, pois é considerado popularmente mais doloroso. A possibilidade de um “parto seco” todavia é remota em função de que durante o trabalho de parto o mecanismo de produção de líquido amniótico continuará sendo produzido até o parto do feto.

**Raio de Sol** fez associação entre a perda de líquido e o conhecido parto seco, nos remetendo ao **significado compartilhado culturalmente** de que quando há rotura da bolsa das águas antes do trabalho de parto, o parto tende a ser difícil. No sistema profissional de cuidado, a literatura aponta que quando a mulher está com ruptura prematura das membranas ela perde líquido no trabalho de parto, ou seja o líquido escoar no canal vaginal (Grelle e Amaral, 1981; Rezende, 1998) entre outros. Portanto, ele não é seco, o que é corroborado por Soifer (1986) quando relata que clinicamente não há nenhuma diferença substancial entre os casos de mulheres que internam com ruptura prematura das membranas e as que possuem membranas íntegra. De acordo com o conceito de cultura do marco conceitual deste estudo (Leininger, 1991; Langdon, 1991), as crenças são parte integrante da cultura sendo compartilhadas, aprendidas e padronizadas por diferentes membros de um grupo, tendo sua própria lógica, são transmitidas e orientam os pensamentos, decisões e ações dos componentes de um grupo. Portanto as crenças sobre “parto seco” são resultantes das interações dinâmicas que as parturientes tiveram com as pessoas do mundo cultural que a cerca.

A terminologia popular “**água do parto**” foi utilizada por **Raio de Sol** para se referir ao líquido amniótico, que é a terminologia utilizada na cultura profissional, significando que esta terminologia popular foi conferida pela forma, ou função como o líquido se apresenta no trabalho de parto e parto.

”...a bolsa rompeu, tomei um banho de água do parto”  
(**Raio de Sol**)

O Conhecimento da terminologia profissional sobre o termo contração era familiar/ conhecido das mulheres, nos mostrando que a **cultura popular também conhece e utiliza a simbologia profissional.**

”...Mesmo assim fiquei em casa esperando começar as contrações.” (**Raio de Sol**)

“Senti contrações e elas são muito dolorosas.” (**Tulipa**)

Durante o trabalho de parto junto à **Raio de Sol e Chão**, apareceu a **crença compartilhada de que o jejum é necessário** no trabalho de parto, pois essa foi a conduta de rotina durante o trabalho de parto em internações anteriores, levando-a a crer que isso

sempre é necessário e verdadeiro. **Ficar no seco significava para ela, passar sede e fome.**

”..nas minhas outras internações na Maternidade XX, aqui de Florianópolis onde tive minhas duas filhas eu fiquei no seco até elas nascerem.” **(Raio de Sol)**

Na realidade estudada o jejum não é mais a conduta adotada de rotina, pois a mulher recebe dieta líquida restrita até os 7 cm de dilatação. O fato de ter recebido líquido durante o trabalho de parto a fez questionar sua crença e este questionamento revelou-se como um passo transformador, mostrando que as questões culturais são dinâmicas e fortemente relacionadas com as experiências vividas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996) a nutrição durante o trabalho de parto varia muito de acordo com cada país, porém a maior justificativa utilizada para manter o jejum no trabalho de parto está relacionada ao receio de aspiração do conteúdo gástrico no caso de haver necessidade de intervenção com anestesia geral, porém a OMS (1996), também, pondera que a avaliação correta do trabalho de parto deve atender-se para o risco de anestesia geral. Como o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia e, não se pode prever seu tempo exato de duração, é preciso repor as fontes de energia, garantindo assim o bem estar materno-fetal. Portanto, o jejum no trabalho de parto normal é considerado pela OMS (1996) como desnecessário e defende o oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto, como uma prática, já demonstrada, útil e que deve ser estimulada. A instituição em estudo possui sua prática em conformidade com o preconizado pela OMS (1996).

**Tulipa e Geranium** em sua experiência anterior de parturição também, possuíam a mesma percepção sobre o jejum no trabalho de parto.

“Era tudo o que eu queria. Eu achava que não podia beber nada.” **(Tulipa)**

“Achei que ninguém podia beber água, porque eu sabia que na maternidade não se toma nada.” **(Geranium)**

A maternidade possui uma cultura profissional forte, marcante, pois se ancora em bases científicas para explicitar, por exemplo, a necessidade de um jejum o que é incontestado na maioria das vezes pela clientela, por não compreenderem os argumentos que

lhes são dados. A condição atual de jejum relativo no trabalho de parto ainda é recente na cultura profissional, sendo poucas as Maternidades que utilizam esta prática.

**Andorinha e Beija-Flor** também compartilharam a crença de que o jejum no trabalho de parto é benéfico. **Andorinha** aceitou apenas umedecer os lábios com gaze embebida em água, demonstrando resistência em alterar sua crença. O respeito à crença da parturiente foi um componente muito importante na prática da humanização no trabalho de parto. Santos (1998) compartilha com a visão da importância do respeito às crenças durante o trabalho de parto e acrescenta que implementação da humanização se dá principalmente diante de pequenos cuidados.

“sim, estou morrendo de sede, mas já me disseram que antes de ganhar a gente não pode tomar nada senão dá vontade de vomitar.” (**Andorinha**)

“Ela já sabia que não podia tomar nada por isso antes de sair de casa bebeu bastante coca-cola.” (**Beija-Flor**)

“Da outra vez eu também não tomei nada, me deram um paninho molhado e eu chupava só para tirar a secura da boca. Tenho pavor de vomitar e passar mal. Se você me der o paninho eu chupo, mas água de gole nem pensar.” (**Andorinha**)

**Raio de Sol** concebe que o toque no trabalho de parto é necessário para que se faça um diagnóstico da dilatação e da pelve feminina, mas se for feito excessivamente pode machucar o bebê. **O toque é doloroso**, causador de desconforto, de sensação de impotência, de invasão profunda. **Raio de Sol** acredita que o cuidado à mulher deve ser realizado por uma profissional mulher.

“acho que é para saber se tem dilatação, se tem espaço para o bebê passar. Sempre que ouvi falar de toque me diziam que é horrível, que dói muito e que pode machucar a cabecinha da criança se for um atrás do outro. Eu tive uma vizinha que a criança nasceu com um galo e ela disse que foi porque tocou muita ela. Eu achei que quando tu fizesses o toque foi mais delicado, doeu menos. Acho que o certo é mulher cuidar de mulher, por isso não queria que tu saísse do meu lado lá na sala de parto. O toque me dá uma sensação de fraqueza, impotência, parece que a alma da gente fica na mão de você.” (**Raio de Sol**)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1996) o toque é uma das atividades diagnósticas essenciais na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto, deve ser realizado por pessoa especializada e quando estritamente necessário, a cada quatro horas é suficiente durante o primeiro estágio do parto. As mulheres não devem ser coagidas a serem examinadas repetidamente ou freqüentemente feitos por vários acadêmicos e profissionais. Quando o exame vaginal é realizado repetido e freqüentemente, especialmente por mais de um prestador de serviço, é categorizado como uma prática freqüentemente utilizada de modo inadequado. Soifer (1986) afirma que o toque é sumamente ansiógeno porque é através dele que se verifica se há ou não dilatação adequada.

Junto a **Tulipa** e **Geranium**, tivemos um momento no qual ela fora estimulada a liberar seus sentimentos e expressá-los, porém pude observar o quanto era evidente e claro, em sua concepção, que em uma instituição, durante a internação, não há espaço e muitas vezes permissão para que a mulher libere suas emoções e as expresse.

“Não posso porque minha vontade é de berrar bem forte, só que eu sei que não adianta nada. Só vou ficar com dor de garganta depois e na maternidade ninguém gosta de mulher berrando.” (**Tulipa**)

**Andorinha** foi estimulada a liberar sua dor, a mesma preferiu conter-se, acreditando que se liberasse a dor sentiria vergonha, mostrando que não se sente à vontade para expor-se durante a internação. **Beija-Flor** comunga da mesma idéia de que na maternidade o grito seria um comportamento socialmente incorreto.

“... não quero fazer feio e não adianta nada mesmo, se eu puder, eu agüento.” (**Andorinha**)

“Já imaginou se todas as mulheres gritassem na maternidade que coisa horrível não seria?” (**Beija-Flor**)

“...Não quero ser conhecida como a berrona, eu tenho vergonha.” (**Andorinha**)

Muitas vezes as atitudes provenientes de muitos profissionais marcam e reforçam que o território da cultura profissional possui limites claros, no qual a liberdade de expressão da mulher, ou seja da clientela, é tolhida, refletindo automaticamente na

população. De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Brasil, 1998), a mulher possui o direito de manifestar reações tais como, vontade de gritar, chorar ou sorrir. Estas reações são normais e ninguém, em especial o médico, deve recriminá-la ou proibi-la de expressá-las. Fica evidente que existe uma preocupação do movimento com relação à falta de liberdade de expressão diante da mulher no trabalho de parto e parto, porém percebe-se que a mulher ainda é vítima da proibição do sistema profissional quanto à liberdade de expressão durante o processo de parir.

De acordo com Gualda (1993) o nascimento no hospital, acarretou uma substituição de rituais do processo de nascimento. Os aparatos tecnológicos incrementam o rito hospitalar, que é, cada vez mais distante do processo de parir respeitoso com as crenças e valores da mulher. Creio ser este um grande desafio, termos um monitoramento que seja humanizado e que respeite a cultura da clientela.

Segundo Gualda (1993), o parto constitui um momento muito importante no processo da maternidade. Parir não é simplesmente um ato fisiológico, mas também um evento que acontece num contexto cultural. As instituições têm cultura própria, que se fundamentam em bases empíricas e tecnológicas que se revelam em suas rotinas, também sob a forma de rituais na assistência ao parto. Tenho presenciado situações que deixam claro o quanto o contexto hospitalar inibe a mulher a expressar seus sentimentos, pois relatam estar decepcionadas por não terem chorado com o nascimento do filho. Procuro conversar com a puérpera para que não se sinta culpada, tentando mostrá-la que o ambiente hospitalar, muitas vezes unido à falta de sensibilidade dos profissionais, exerce grande influência nesse momento e que provavelmente, assim que ela se permitir, as emoções aflorarão.

Houve um momento de integração entre as parturientes que estavam no Centro Obstétrico junto a **Raio de Sol e Chão**. Neste momento de trocas, algumas percepções e crenças apareceram em suas falas. **Culturalmente, o parto é divulgado como ruim**, o que amedronta muito as mulheres, porém após experimentarem o trabalho de parto e o parto refazem o pensamento a partir da experiência. Concordo com Santos (1998) quando compreende que o ambiente é um facilitador das relações, possibilitando a troca de experiências entre as parturientes e os casais.

“É bem verdade o que ela diz, esse é meu segundo filho e penso da mesma maneira, fazem um bicho de sete cabeças quando contam de parto, mas depois a gente para pra pensar e vê que é um momento maravilhoso e que não dá nem para acreditar que aquele bebê lindo e pequenininho é da gente.” **(Noite)**

“Vocês tem razão, todo mundo me falou horrores sobre o parto. Na verdade não estou com tanta dor mas estou morrendo de medo. Essa dor piora muito?” **(Dia)**

“Deixa o medo de lado que a dor diminui. Quando vai chegando mais perto do parto vai ficando cada vez melhor. Quando a gente faz força a dor desaparece e na hora que o nenê sai dá uma sensação muito boa.” **(Raio de Sol)**

“Eu ouvi a toda hora de mulheres que o parto é ruim, é difícil, que dói muito. Só uma colega que disse que não sabe o que é dor de parto, porque ganhou e não sentiu nada.” **(Tulipa)**

Estas mulheres demonstraram querer mudar a maneira como o parto é visto culturalmente, no qual a dor tem destaque principal. Preferem dizer que a mesma faz parte do momento da parturição, porém o destaque deve ser dado à experiência positiva da mesma.

Cabe aqui fazer um contra ponto com a “cultura da cesariana” tão presente nas mulheres brasileiras, pois o Brasil ocupa há algumas décadas o primeiro lugar mundial de incidência de parto cesáreo (Maldonado, 2000; Amaral et al, 1999). A dor é um argumento muito utilizado pelas mulheres para a escolha da cesariana. As influências culturais de experiências negativas são relatadas pelas mulheres, sendo estas principalmente advindas de uma amiga ou a própria mãe, sobre o trabalho de parto e parto, tendo uma grande influência na escolha pelo parto cesáreo (Freitas,1999). Essa influência negativa é explicitada por **Noite, Dia e Raio de Sol**. É interessante perceber que estas parturientes refletiram sobre as influências negativas recebidas a cerca do parto e procuraram alterar esta forma de pensar. Langer (1986) faz alusão às mulheres que foram influenciadas por uma experiência feliz e satisfatória de sua mãe, irmã ou amigas, que estas esperavam o mesmo para si e geralmente era isso que acontecia. Faço uma reflexão que considero pertinente neste momento sobre a importância do despertar do enfermeiro para conhecer a

cultura da mulher, sobre o que ela conhece e concebe que seja o trabalho de parto e parto, pois existe a possibilidade de auxiliá-la a transformar a conhecida experiência negativa em uma experiência positiva ou pelo menos traumática, sendo que esta atitude profissional pode vir a ser uma grande contribuidora na alteração da visão de futuras crianças que um dia venham a se tornar mãe. Contribuição esta fundamental também para a alteração da presente “cultura da cesariana”.

Santos et al (1999), destacaram que o parto normal sem analgesia e o parto de cócoras foram vistos pelas mulheres como prazerosos, ao contrário da cesariana que foi percebida como desprazerosa. Concluíram que pode estar iniciando uma alteração sobre a percepção das mulheres sobre a forma de parir. O que denota a meu entender uma mudança cultural, ou resgate cultural sobre a forma de parir.

Os trabalhos apontados por Aldama e Leite (1999); Lopes et al (1999); Amaral et al (1999); Biazi et al. (1999); Siqueira et al. (1999) e Albuquerque e Pontes (1999) apontam na direção de que há no Brasil uma “cultura de cesariana”, com sugestões para soluções. Sugerem a reorientação na indicação da cesariana e uma conscientização tanto para a equipe quanto para as gestantes. Registraram que o parto vem se transformando com os tempos como um processo patológico, medicalizado e cirúrgico. Apontaram que a reversão crescente na incidência de cesáreas é uma missão muito difícil, porém possível, devendo-se alterar a estrutura perversa na qual está assentado o atual sistema de saúde brasileiro. Reorientação com relação à importância do parto normal, uma melhora na qualidade de assistência contemplando a individualidade e qualidade no atendimento ao pré e pós-partos, no qual a enfermagem tem um papel muito importante na orientação e educação em saúde. Necessidade de outras diretrizes políticas que visem reverter este problema de Saúde Pública e o estigma do Brasil, líder mundial em parto cesáreos. Porém não apontam que uma das alternativas seria o atendimento ao parto por enfermeiras obstétricas.

**Andorinha** em sua história de vida conheceu o parto como algo gerador de medo devido à dor. **Ela possui a forte crença de que o parto é com muita dor e sofrimento.**

“Eu desde mocinha já me interessava e conversava muito com minhas amigas. Todas tinham muito medo do parto porque ouviram falar que era muita dor.” (**Andorinha**)

“Eu acho que ser mulher não é fácil, é muito sofrimento sim, até a hora de ganhar é uma dor horrível.”  
(**Andorinha**)

”...mas a dor do parto é a dor mais horrível que eu já senti.” (**Andorinha**)

Xavier et al (1999), relatam que as mulheres apresentam comportamentos variados no trabalho de parto, pois possuem a idéia de parir, culturalmente ligada à dor, sofrimento e angústia. Gayeski e Millão (1999), evidenciaram que os sentimentos da mulher durante o trabalho de parto e parto são: dor/medo da dor, emoção e medo. Este estudo corrobora com o aprendido culturalmente relatado por Xavier et al (1999). Maldonado (2000) salienta que para a compreensão do processo do parto é necessário considerar o contexto sócio-cultural da mulher, pois este influi inclusive na maneira como a parturiente sente e interpreta as diferentes sensações físicas do processo de parir.

Langer (1986) salienta que o parir é diferentemente considerado em cada cultura, porém é considerado como uma experiência que pode ser perigosa ou dolorosa, interessante e satisfatória ou importante, mas acompanhada de riscos. Para Mead (1949) apud Langer (1986), o enfoque para o parir está menos condicionado aos perigos e seguranças reais e mais com o enfoque cultural frente ao parto.

Para Kitzinger (1987) apud Langer (1986), os estímulos provenientes das contrações uterinas e da cervico-dilatação são interpretados pela parturiente de acordo com seus sistema de crenças, sensações subjetivas e culturais sobre a imagem corporal e processo de parir. A dor tem um significado individual e social, que se diferencia entre as culturas. **Andorinha** faz parte do meio cultural que valoriza a dor durante o trabalho de parto e parto.

Langer (1986), acrescenta que apesar da evolução da obstetrícia moderna, o temor ao parto parece não ter sofrido nenhuma diminuição. A angústia do parto tem raízes muito inconscientes, primitivas e conhecidas que é a da separação da mãe. Mesmo que se trate de uma angústia tão primitiva esta pode ser manejada com facilidade de acordo com a autora, deixando a parturiente sempre consciente do que está acontecendo, sendo importante para evitar ansiedades e transtornos no momento do parto.

Segundo Read (1944) apud Langer (1986) as dores no trabalho de parto e parto são esperadas pela mulher de antemão por terem sofrido durante toda a sua infância uma pressão psicológica de que o parto é algo sumamente doloroso e cheio de perigos, criando assim uma espécie de reflexo condicionado entre o aparecimento do trabalho de parto e o início da dor. **Andorinha** provavelmente estava condicionada a começar a ter dor quando iniciou o trabalho de parto. Portanto, profissionais sensíveis e abertos para perceber as diversas facetas da dor no trabalho de parto e parto, podem auxiliar a parturiente a vivenciá-los de maneira mais tranqüila e menos dolorosa.

A presença do marido para **Raio de Sol** na internação atual, **a fazia sentir mais segura.**

”...quero ele ao meu lado.” (**Raio de Sol**)

Isto leva a inferir que o companheiro por perto, ou alguém da família como acompanhante, deixa a mulher mais segura. Gregório et al (1999) corroboram com esta idéia em seu estudo, pois apresentam como resultados deste que os profissionais estudados apontam como benefícios da presença de um acompanhante no parto a maior segurança da parturiente e melhor evolução no trabalho de parto e parto. O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (2000), embasado nas Recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996) está preconizando que o companheiro ou alguém da família deve acompanhar o trabalho de parto e parto, para fornecer a parturiente segurança e apoio, facilitando o relaxamento no processo de parir, vindo a confirmar que a presença do acompanhante pode trazer segurança à mulher no processo de parir.

Para **Raio de Sol** a segunda experiência de parturição foi mais tranqüila do que a primeira e ela isso atribui ao fato de ter mais experiência, ser mais velha e estar com um casamento mais estável. A estabilidade do casamento traz segurança. **Percebo como implícito o valor de que as experiências passadas na vida trazem tranqüilidade frente às situações.**

“Da segunda filha tudo foi mais tranquilo, talvez por eu ter mais experiência, ser mais velha e nosso casamento estar melhor. Essa é a cara do pai, já, a primeira, se parece mais com a minha família. Agora nós vamos ver com quem ele vai se parecer. Se depender do pai, já vai nascer flamenguista e vai jogar futebol todo sábado.” **(Raio de Sol)**

Langer (1986), argumenta que algumas combinações de fatores econômicos desfavoráveis, uma vida conjugal infeliz ou instável contém as tendências positivas da maternidade, sobressaindo-se às negativas. Para a autora as mulheres emocionalmente maduras e com estrutura psicológica e familiar estável apresentam atitudes positivas frente ao parto.

Baseada na experiência de **Raio de Sol** e no argumento de Langer (1986) passo a me questionar sobre o quanto o profissional que atende à mulher no processo de parir consegue compreender o que se passa com ela naquele momento e que preparo possui para acompanhar o processo do nascimento dentro de um contexto de integralidade.

**Raio de Sol** se refere à cólica como a dor provocada pela contração do trabalho de parto. Terminologia que expressa a sensação de desconforto que sentiu durante o trabalho de parto no período de dilatação. Relata também as intervenções no trabalho de parto e parto. A episiotomia que é a incisão realizada no períneo da mulher no período expulsivo, aparece como uma intervenção que se repetiu nos dois partos anteriores, nos levando a inferir que possui **a crença de que parto é sempre acompanhado de episiotomia.**

“No primeiro parto tive bastante cólica, mas na hora de ganhar não senti mais nada. No segundo parto não tive muita dor, por isso me colocaram um soro na veia, aí as cólicas vieram e ela não demorou muito para nascer, mas o corte lá embaixo parece que foi maior do que o da primeira vez.” **(Raio de Sol)**

A episiotomia causou desconfortos que dificultaram o retorno à atividade sexual normal do casal. Acreditavam que os pontos arrebentariam na relação sexual. O corte causou alteração visual e sensitiva da região genital (do períneo), o que bloqueou a libido sexual. A dor na episiotomia dificultou o sentar e atividades cotidianas.

“Muito porque primeiro nós levamos muito tempo para transar, porque doía e depois porque tínhamos medo que fossem arrebentar os pontos.” **(Raio de Sol)**

“Eu achava que ia machucar ela e aí na hora não tinha vontade.” **(Chão)**

“Da segunda filha passei o resguardo na casa da minha cunhada, porque eu não conseguia nem sentar, de tanta dor nos pontos.” **(Raio de Sol)**

O conhecido para **Andorinha e Beija-Flor** sobre a episiotomia, é que ela é sempre realizada e necessária ao nascimento.

”...todo mundo que eu conheço que teve filho fez corte. Acho que se não cortar a cabeça não passa.” **(Andorinha)**

“Dizem que é melhor fazer o corte porque assim depois do parto a vagina fica melhor. Eu conversei um dia desses com um amigo meu que a mulher dele teve filho e ela também fez o corte, mas parece que os pontos abriram e ela estava sofrendo de muita dor por causa disso.” **(Beija-Flor)**

De acordo com a OMS (1996), apesar da prática da episiotomia ser amplamente utilizada nos serviços de saúde, principalmente em primigestas, sabe-se que não existem evidências confiáveis sobre o uso liberal e rotineiro desta prática com um efeito benéfico, mas é evidente que pode causar danos. Essa prática deve ser utilizada mediante indicação, portanto recomenda-se o uso limitado desta intervenção. Portanto a episiotomia é categorizada como uma prática que é freqüentemente utilizada de maneira inadequada. Concordo e comungo com as idéias preconizadas pela OMS (1996), pois verifico em meu ofício diário que não há necessidade de utilização de episiotomia em todas as mulheres que passam por um parto normal. Neste estudo, inclusive, nenhuma das mulheres **(Raio de Sol, Tulipa e Andorinha)** foi submetida a esta prática. Em virtude disso, sofreram apenas três lacerações pequenas de 1º grau, uma em cada mulher, ou seja, laceração restrita à mucosa vaginal, o que seguramente proporcionou um pós-parto mais tranqüilo e menos complicado que os partos anteriores das mulheres do estudo, quando analisado sob a óptica do conforto físico.

De acordo com Maldonado (2000), a episiotomia no Brasil é a rotina praticada pela

imensa maioria dos obstetras, com o objetivo de evitar lacerações perineais. Porém a episiotomia também apresenta implicações emocionais que são o temor do casal de que a mesma danifica a genitália feminina em consequência do “corte”, além do desconforto dos primeiros dias em relação aos “pontos”, apresentando dificuldade para sentar, urinar e evacuar. Após a cicatrização completa da episiotomia, surge ainda o medo em muito casais de que os “pontos arrebentem”, tornando-se elemento gerador de temor por ocasião do reinício da atividade sexual do casal. Por esta razão me questiono sobre a real necessidade de realização de episiotomia rotineira em todas as mulheres. Essa prática não integra a minha rotina como enfermeira obstétrica. Se podemos auxiliá-las a ter um processo de parir com menos trauma, porque não o fazer? Percebo que a enfermagem obstétrica é mais acessível às mudanças do que os profissionais médicos. Talvez pela enfermagem ser uma profissão que está mais ao lado, sendo mais sensível ao cuidado do outro e, portanto, disponível a um maior grau de envolvimento.

**Tulipa** relata que a tricotomia é causadora de desconforto no pós-parto, mas não questiona sua necessidade. Como acredita que a tricotomia sempre é realizada na internação em maternidade e considerou que na internação anterior foi um procedimento muito invasivo, no qual sentiu insegurança e vergonha, preferiu realizá-la em casa por sentir-se mais segura e não ter vergonha, uma vez que o procedimento foi realizado pelo seu marido.

“...a única coisa que me incomodou muito foi à coceira depois da tricotomia, pois não dava para coçar porque a região dos pontos doía muito.” (**Tulipa**)

“...eu fiz em casa. Como sempre é feito, eu fiz porque a sensação que eu tenho é de que vão cortar um pedaço de mim. Em casa meu marido fez com calma e eu não senti nada. Ele também não me cortou.” (**Tulipa**)

“Fiz na maternidade e me senti mal, pelo menos assim foi um mal estar a menos porque não tenho vergonha do meu marido.” (**Tulipa**)

Ficou evidente também que **Tulipa** percebeu a tricotomia como geradora de sentimentos de “violência” quando realizada por uma pessoa desconhecida, pois sentiu-se claramente invadida em sua intimidade.

No parto anterior **Andorinha** teve a região perineal tricotomizada na maternidade. Por saber, pela sua prima, que nesta Maternidade não realizavam tricotomia, ela decidiu por realizá-la em casa e quem a fez foi **Beija-Flor**. A realização da tricotomia também aconteceu **pela crença de Andorinha de que a região genital no pós-parto fica freqüentemente suja, com mau-cheiro pela presença de sangue e os pêlos aumentariam a sensação de desconforto.**

“Não, eu raspei em casa. Tenho medo que usem a mesma gilete que usam nas outras mulheres. Foi ele, mas ele reclamou muito, disse que não gostava de fazer isso...Porque já fizeram da outra vez. A minha prima que ganhou aqui não raspou os pêlos porque o médico disse que não precisava. Como eu já sabia disso resolvi me prevenir porque fica muito nojento depois do parto os pêlos sempre cheios de sangue, fede mais. Eu prefiro tudo limpo.” (**Andorinha**)

De acordo com a OMS (1996) a tricotomia é geradora de desconfortos no pós-parto quando os pêlos começam a crescer e sua realização não diminui o risco de infecção. Este procedimento é considerado desnecessário, somente devendo ser realizado a pedido da mulher. Então a tricotomia é, portanto, categorizada como prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. Kitzinger (1987) opina sobre a realização da tricotomia concordando com o preconizado pela OMS (1996), pois não visualiza uma vantagem especial, ao contrário, acredita ser um incômodo para a parturiente. Comungo destas idéias e sugiro que quando a mulher possuir grande quantidade de pêlos e que estes sejam muito compridos, que sejam apenas aparados, pois no pós-parto imediato pode vir a dificultar a sutura se for necessária ou o sangue que se acumula na região perineal pode ressecar e causar desconfortos.

Quando completou 12 horas que **Raio de Sol** estava apresentando bolsa rota, o médico obstetra solicitou que fosse instalada uma condução do trabalho de parto com ocitocina. Nessa ocasião tomei conhecimento de sua **crença de que para ela com o uso de “soro” no trabalho de parto, faria o mesmo terminar mais rápido.** Percebi então que a intervenção no trabalho de parto era vista como benéfica.

“Nos outros partos eu também usei soro, mas foi mais perto de ganhar o nenê. Eu prefiro, assim termina mais rápido.” (Raio de Sol)

**Tulipa** expressa que não houve necessidade de intervenção com “o soro” durante o trabalho de parto anterior, mas como há necessidade nesta internação **prefere “o soro” a realização de uma cesariana.**

“Eu não tinha tanta contração e nem precisei do soro. Fazer o que? Prefiro “soro” a uma cesariana.” (Tulipa)

Para **Andorinha** não houve utilização de intervenção com ocitocina em ambos os partos, porém ela conhecia que a utilização de soro causa muita contração dolorosa.

“Não, graças a Deus. Minha vizinha disse que esse soro dá uma dor de subir parede. Eu não precisava de “soro” foi como dessa vez já tinha dor que dava para ganhar dois filhos até.” (Andorinha)

A terminologia “o soro” significa na linguagem do sistema popular o equivalente, no sistema profissional, à intervenção no trabalho de parto, com a utilização de infusão venosa de soro glicosado a 5%, acrescida de ocitocina, que é a droga utilizada para provocar contrações ou torná-las mais eficientes no trabalho de parto.

De acordo com a OMS (1996), a infusão endovenosa de ocitocina, o chamado “soro para dar dor” é freqüentemente utilizado para acelerar o trabalho de parto após a ruptura espontânea ou artificial das membranas. Sendo um manejo ativo do trabalho de parto. Na opinião de parturientes estudadas o procedimento era desagradável, causador de muita dor. Ainda não é claro que o uso liberal da correção da dinâmica com ocitocina ofereça benefícios tanto para a mulher quanto para o feto. Hoje já se questiona se com o uso da ocitocina o trabalho de parto pode ser considerado normal. A OMS (1996) considera uma prática útil e que deve ser estimulada a utilização de ocitocina endovenosa profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, porém considera uma prática prejudicial e ineficaz quando administrada em qualquer momento antes do parto de um modo que seus efeitos não possam ser controlados. Considera também que o uso rotineiro de ocitocina deve ser utilizado com cautela, até que mais pesquisas sejam realizadas.

Durante esta trajetória pude perceber que esta gravidez era muito esperada pois era de um menino e o casal possuía duas meninas. **Chão** deixa claro que ter um filho homem era muito importante para ele. Ter um filho do sexo masculino em nossa sociedade ainda é motivo de orgulho e sinônimo de continuidade.

“Sim ela fez um ultra-som e o médico disse que era 90% de chance de ser um menino. Eu adorei porque queria ter um.” (Chão)

Maldonado (2000) reafirma a percepção de **Chão** quando descreve que nas sociedades patriarcais é nítida a valorização do filho homem, principalmente o primogênito, pois o filho homem dará continuidade ao “nome da família”, uma vez que a filha mulher, adota o sobrenome do marido ao casar-se. O homem deseja um filho do mesmo sexo porque, sistematicamente, não consegue se imaginar com capacidade de educar uma filha mulher ou porque ele seria seu companheiro para as atividades usualmente masculinas como o futebol, pescaria, etc.

**Raio de Sol** apresentava contrações freqüentes e intensas, já não tinha mais muita disposição para falar. Foi então que percebi que o verbal estava sendo ocupado pela expressão comportamental. Ela ao sentir as contrações se abraçava nele e escondia o rosto, como quem não quisesse mostrá-lo, não querendo demonstrar dor ou sofrimento. A **Crença de que a mulher não deve demonstrar o sofrimento, de que é forte para suportá-lo ficou evidente para mim.** **Chão** sempre solidário buscava acariciá-la, porém a preocupação era expressa por ele durante as contrações no período de dilatação.

“...ele parecia preocupado, porém, acariciada sua cabeça e dizia: daqui a pouco vamos conhecer o nosso bebezão.”  
(Notas do diário de campo, Chão)

Ao conhecerem a sala de cesárea **Andorinha** e **Beija-Flor** demonstraram não estarem querendo que o desfecho do trabalho de parto fosse uma cesariana. Mostrando que o casal tem como valor que o parto normal é o melhor para a parturição.

“Preferia que Andorinha não precisasse usar essa sala.”  
(Beija-Flor)

“Eu também não quero fazer cesárea, quero parto, se já tive um, não vou ter cesárea dessa vez.” (Andorinha)

**Andorinha** e **Beija-Flor** conflitaram com relação à posição de parir. **Beija-Flor** simpatizou mais com o parto vertical, porém **Andorinha** permaneceu firme diante do horizontal, fazendo questão de demonstrar o **forte valor de que homem não sabe o que é parir e que isso é a algo da essência feminina.**

“Para mim eu prefiro aquela sala me parece menos médica. Na explicação que a senhora deu pareceu que fazer a força para empurrar o bebê é mais fácil e não desse jeito.” (**Beija-Flor**)

”...Quem vai fazer a força sou eu. Você é homem não entende disso e nunca vai entender por que nunca vai ganhar um filho. Não faz idéia como essa dor é horrrosa.” (**Andorinha**)

Segundo Helman (1994), apesar da gravidez e do nascimento serem considerados na cultura ocidental como eventos femininos, os homens sentem-se profundamente envolvidos com o nascimento de seus filhos. Percebo que muitas mulheres da nossa sociedade atual utilizam-se do momento da parturição para mostrar ao homem que elas também dominam a relação, mesmo que isso só aconteça nesse evento. Por esse motivo não abrem mão do domínio do evento da parturição não permitindo que o homem compartilhe como um todo no processo de parir.

Próximo ao nascimento, foi fornecido a **Geranium** um avental, que era de cor rosa, para que vestisse para poder acompanhá-la na sala de parto, porém ele achou estranho e brincou com a situação, deixando transparecer a **crença de que homem não veste roupa cor-de-rosa**, uma vez que em nossa sociedade é considerada como uma cor feminina.

“Que bonitinho todo mundo fica vestido assim, só não me conformo com este avental rosa.” (**Geranium**)

A utilização do avental é uma rotina no sistema profissional (Rodrigues, 1997), podendo ser considerado como um ritual profissional para aqueles que acompanham a parturiente no processo de parir. Sua utilização visa diminuir a sujidade do ambiente.

Quando **Raio de Sol** começa a apresentar sinais e sintomas de período expulsivo, apareceu com maior intensidade a preocupação do casal com o momento, pois a mulher sente vontade de evacuar e isso os deixou confusos. **Chão demonstra a preocupação**

sobre o fato de não ter sido realizado fleet enema nem a tricotomia, ficando clara a crença de que o fleet enema e a tricotomia devem ser realizados quando a mulher interna na maternidade para o parto. Novamente apareceu que a intervenção no trabalho de parto era vista como normal e aceita sem questionamentos.

“Estou com vontade de ir ao banheiro.” (Raio de Sol)

“Deve ser porque não fizeram lavagem nela. Enfermeira porque não fizeram nem a lavagem nem a raspagem dos pêlos?” (Chão)

”... das outras vezes foi feito. Isso não se usa mais?”  
(Raio de Sol)

Com **Tulipa** pude buscar saber sobre o que sabe a respeito do fleet enema no pós-parto imediato. Para ela o procedimento é visto como ruim, porém acredita que sem realizá-lo poderia ter evacuação no parto, o que ocasionaria descontentamento por não querer o RN sujo de fezes, por isso acredita que se tivesse realizado o fleet enema teria se sentido mais segura, neste momento pude perceber que não se respeitou a crença cultural de **Tulipa** nesta internação.

“Sim da primeira vez. É outra coisa horrível mas pior é evacuar no parto e sujar o bebê de fezes. Eu evacuei no parto?” (Tulipa)

“Eu ia me sentir mais segura e tranqüila se tivessem me feito a lavagem. Eu morria de medo de evacuar na hora do parto. Eu não ia gostar se acontecesse de eu evacuar no parto, ia ser horrível, muito pior que fazer qualquer lavagem.” (Tulipa)

**Andorinha** possuía a crença compartilhada de que o fleet enema tem por finalidade não deixar a mulher evacuar no parto. Ela prefere se submeter ao procedimento, mesmo que esse seja desagradável do que correr o risco de evacuar no parto, considerando que se não fosse assim ela ficaria envergonhada, sem jeito.

“Sim, porque eu falei para o médico que eu estava sem ir aos pés fazia uma porção de dias. Aí quando ele me examinou sentiu que eu tinha fezes duras. Ele disse tem um bolo de fezes bem duras eu até achei engraçado.”  
(Andorinha)

“Sim. Eu até já sabia porque a minha tia já tinha me falado que faziam lavagem para o parto.” (Andorinha)

“Para a mulher não fazer cocô na hora do parto.” (Andorinha)

“Acho que ia ser ruim. Eu não ia querer fazer cocô no parto. Prefiro fazer a lavagem mesmo sendo ruim a evacuar no parto. Eu ia ficar sem jeito.” (Andorinha)

”...acho que com a lavagem é bem melhor.” (Beija-Flor)

O enema é o esvaziamento do reto da mulher, por ocasião de sua internação para o parto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1996) o enema é considerado desnecessário e somente deve ser realizado a pedido da mulher. É muito utilizado porque supostamente estimula as contrações uterinas, facilita a progressão da cabeça fetal devido ao intestino estar vazio. Acredita-se que reduz a contaminação no parto, porém muitas mulheres consideram que seu uso é constrangedor. O uso rotineiro de enema no trabalho de parto é categorizado como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. Maldonado (2000), afirma que a prática do enema provoca contrações intestinais que se somam às uterinas, aumentando e provocando temporariamente desconfortos no trabalho de parto.

### **7.3 Percepções, Crenças e Valores Relativas ao Parto**

**“As sensações do parto são praticamente as mesmas em todas as mulheres: o fato de serem encaradas como dor pode depender, em grande parte, das expectativas culturais”  
(Macy e Falkner, 1981).**

O parto não se restringe apenas ao parir ou ao nascimento, tem um significado que

vai além, por ser o momento que sela a mudança de um estado para outro. Muitas facetas estão envolvidas, porém a ênfase deste momento concentra-se sobre as percepções, crenças e valores apresentadas pelos casais em estudo aos momentos que circundaram o parto.

Houve uma grande preocupação de **Raio de Sol** com a evacuação no parto, demonstrando ser algo vergonhoso. **O que me leva a inferir que a evacuação no parto seria uma exposição excessiva e constrangedora para ela.**

A experiência anterior de parturição de **Tulipa** serviu como ponto de referência para que ela soubesse que estava em período expulsivo, mostrando também que foi inibida pelo ambiente profissional tendo vergonha de relatar a vontade de evacuar e de fazer força.

“Acho que é o bebe pois eu também fiz isso da outra vez.”  
(**Tulipa**)

”...Eu estava deitada e me lembro que sentia vontade de evacuar, mas fiquei com vergonha e não falei nada para ninguém...” (**Tulipa**)

Langer (1986) discorda de rotinas hospitalares que não permitam à mulher a expressão individual de seus sentimentos e mesmo dores que acompanham o parto.

De acordo com Kitzinger (1987), na fase expulsiva, as mulheres podem experimentar sensações agradáveis, pois estas trazem lembranças de prazer semelhantes à simples satisfação de defecar que se pode testemunhar numa criancinha. Os prazeres infantis que muitas vezes foram reprimidos na infância, podem na vida adulta passar a se tornar tabus, por este motivo a recordação por si só é capaz de ameaçar e inibir a compostura da mulher no período expulsivo. Muitas mulheres podem tentar fugir as sensações que sentem jorrar de dentro delas e entram em pânico e se contraem de dor, resistindo à vontade com todas as suas forças.

Para Soifer (1986), no estado pré-expulsivo, as sensações de compressão retal reativam fantasias e angústias de aprendizagem esfinteriana, sua maior ou menor intensidade guardam relação com o modo com o qual foram elaboradas na infância e ao longo de sua experiência de vida.

Para **Tulipa** a força expulsiva do parto é algo instintivo e natural, controlado pela natureza e não pelo homem.

“É no fim eu estava mesmo era com uma vontade de fazer uma forçona mesmo e era isso que meu corpo me mandava fazer. Se eu fosse comparar é como quando a gente está com diarreia. Não tem nada que segure a necessidade de evacuar, a gente consegue segurar um pouco mas chega um momento que não dá e a gente deixa com que aconteça. No parto é a mesma coisa. Mesmo que ninguém disse faça força, era isso que eu ia fazer.”  
**(Tulipa)**

Para Rodrigues (1997) o parto é puro intuito da sabedoria feminina. O parto não é apenas um acontecimento fisiológico. Existem aspectos que não são controlados cientificamente e outros dos quais, talvez se sequer tenhamos consciência. É preciso que a mulher deixe atuar seu instinto de bicho fêmea, não dando para ser razoável ou racional.

Percebi de que a paramentação impede o reconhecimento do profissional na sala de parto.

“Você fica bem diferente assim.” **(Raio de Sol)**

“Aqui só se fica com o olho de fora. É esquisito, é difícil de saber quem é quem.” **(Beija-Flor)**

A OMS (1996) registra que em alguns países, usam-se tradicionalmente máscaras e aventais estéreis, a fim de proteger a parturiente contra infecções, porém considera que esse procedimento é inútil para evitar infecções, somente recomenda com a finalidade de proteção do profissional que está atendendo o parto. Considero que a paramentação com máscaras colabora para um nascimento distante e frio, pois o casal não consegue saber com precisão quem realmente está lhe atendendo e quem está somente observando, deixando-os inseguros.

De acordo com Almeida e Kantorski (1999), para o evento do nascimento e parto precisa-se desenvolver atenuantes às intervenções impostas pelo ambiente hospitalar. A cultura hospitalar impõe a parturiente um ambiente cheio de objetos, e pessoas estranhos ao seu universo cultural, cerceando-a da possibilidade de ter o seu filho de modo que suas crenças e valores e práticas culturais sejam consideradas e respeitadas.

No momento da parturição **Raio de Sol** e **Chão** tiveram um momento de entrega em que a alegria e o amor foram expressas principalmente através dos seus

comportamentos. **O verbal se deixa ocupar pelo silêncio do casal que é repleto de linguagem e sabedoria próprio da natureza.**

**Tulipa** e **Geranium** reforçaram em seus comportamentos que no momento da parturição o instinto feminino e a emoção foram muito fortes, não havendo assim necessidade de diálogo verbal durante o processo.

Para **Andorinha** e **Beija-Flor** a imagem visual do momento do nascimento não teve destaque, nem importância. O verbal também foi substituído pelo silêncio, como se estivessem se concentrando para o tão esperado momento de conhecer a filha esperada.

O momento da parturição centra a mulher e o companheiro para a espera do nascimento, neste momento o casal pouco verbaliza, é um momento muito afetivo. De acordo com Bertherat (1997, p. 111) “um nascimento desconcerta, preocupa. A força emocional, a fusão da dor com a alegria, o mistério mexem com nossos parâmetros. Como a morte. O nascimento e a morte têm, aliás, em comum o silêncio e o não-dito que os cercam. Os rituais modernos do início e do término da vida são incrivelmente parecidos: muito medicalizados. Os motivos explícitos são os mesmos: segurança e desordem da emoção e da dor”.

O parto é um processo psicossomático, com características que são determinadas por inúmeras facetas do contexto sociocultural e da individualidade da parturiente (Maldonado, 1991).

Para Rodrigues (1997) o momento do parto pode ser comparado a um vulcão em plena atividade, em erupção. É um fenômeno forte da natureza. É misterioso. Mesmo com toda a tecnologia moderna, há um momento do parto que não há nada a fazer a não ser confiar na existência, na vida, na Natureza. Apoiada nas afirmações de Rodrigues (1997) e na vivência junto aos casais, percebo que no momento do parto o **silêncio do casal é a linguagem própria da natureza atuando sobre eles, ou seja é a natureza e a cultura caminhando juntas.**

**Chão** possuía a crença de parto era com muita dor; de que os homens não falam sobre parto; de que para se ter filho a mulher tem que fazer escândalo.

“A única coisa que eu sabia é que tem muita dor. Uma vez a minha mãe disse que todo homem deveria ter um filho para poder valorizar sua mulher. Entre os homens não se fala muito sobre isso. No máximo se comenta minha mulher ganhou nenê tal dia, e é um menino ou uma menina e quanto pesou, mais nada. Nos outros partos não estive do lado dela, por isso só ficava agoniado por saber se estava tudo bem ou não com ela e com bebê, sobre dor eu não me preocupava.” (Chão)

**Geranium** acreditava que o parto e o nascimento eram muito complicados, fantasiava o momento com cenas de muito sangue, gritos de dor e pessoas cuidando sem envolvimento com o sofrimento da mulher, ao passar pela experiência de estar ao lado pode conhecer outra realidade de que existe uma dor forte, porém ela é possível ser suportada pela mulher.

“Eu achava que era uma coisa mais complicada, eu fantasiava muito. Achava que era uma sangueira só. Que a mulher ficava berrando de dor e que as pessoas não davam importância ao sofrimento porque já estavam acostumados. E não foi nada disso. Tem sangue mas não é aquele terror e vocês se importam muito com a gente Pelo que vi é uma dor forte, mas que é possível de ser suportada senão a mulher iria a loucura.” (Geranium)

**Beija-Flor** conhecia que parto e nascimento eram envoltos de mulheres gritando e muito sangue, pois era o que via em filme e na televisão, porém a gravidez de **Andorinha** foi uma estimuladora para que procurasse informação e acabou por confirmar que o parto é envolto de muito sofrimento feminino e isso o amedrontou.

“Eu não sabia quase nada, a não ser o que eu via em filme ou na televisão, as mulheres gritando e muito sangue. Homem quase não se interessa por isso, mas depois que ela engravidou eu fiquei mais curioso. Perguntei pro meu amigo como era a gravidez, o parto e depois, ele me contou que ficou junto com ela no parto e que foi muito legal, mas para eu me preparar que a mulher no parto sofre muito. Eu vim para cá me borrando de medo.” (Beija-Flor)

Langer (1986) descreve que o parto é considerado, por uma corrente dominante na sociedade, como um processo extremamente doloroso, por isso a mulher necessita de um profissional médico que lhe tire a dor e se ele não o fizer é capaz de ser considerado como

desumano. Em decorrência deste pensamento espera-se da mulher que ela desde a internação na maternidade ceda a responsabilidade de seu parto a ele.

A mídia divulga uma imagem do parto como algo doloroso, com cenas escandalosas, cheias de sangue e horror que entraram diretamente em nossos lares, fortalecendo e ampliando a imagem negativa do parto. Langer (1986) descreve que a gravidez e o parto são acompanhados de mal-estar, angústias e de dor por fatores psicogênicos, sugere então que devemos educar nossas filhas de forma sadia, com o mínimo de angústia e sentimento de culpa possível e que possam aceitar sua feminilidade de maneira prazerosa, podemos assim esperar que a gravidez e o parto sejam novamente vivenciados de maneira feliz, como ainda o é em algumas sociedades.

Na experiência anterior de parturição de **Tulipa** comportou-se como quem está sob comando, seguindo ordens. Para ela o médico fez seu parto. Sentiu necessidade de estar próxima ao marido porém a regra institucional foi mais forte e a humanização não aconteceu para ela. A experiência de estar sozinha no primeiro parto e ter precisado do marido pelo problema apresentado pelo RN representa a importância de querer o marido ao seu lado nesta internação.

”... Deitei na mesa e fiz exatamente o que me mandavam. Me encheram de campos e só que vi foi o teto. Tinha medo de olhar. Lembro que na hora que a cabeça saiu eu senti uma dor muito forte no ânus. Fiz umas quatro forças na mesa e ele nasceu às 12:05 horas. Quando percebi que ele não estava bem fiquei apavorada. O médico que fez o parto tentou me acalmar mas percebi que algo não estava certo. Trouxeram ele perto de mim bem rápido e me disseram que ele estava indo para o berçário porque não estava conseguindo respirar direito. Comecei a chorar. Foi uma sensação horrível. Parecia que o mundo tinha desabado na minha cabeça. Queria sair correndo dali para ficar perto do meu marido, mas ainda tinha que esperar o médico terminar de dar os pontos, esta espera foi eterna. Quando saí da sala pedi, implorei para que me deixassem falar com o meu marido, mas a enfermeira disse que ele iria entrar na hora da visita e que não iria demorar.”(Tulipa)

Langer (1986) relata que há uma tendência inconsciente própria da evolução

obstétrica moderna que despojou da mulher a participação ativa no trabalho de parto e parto e converteu este processo em algo dirigido pelo médico obstetra. Esta tendência é muito presente ainda hoje, no mundo obstétrico, não posso concordar com ela, pois acredito que ao afastar a mulher de seu papel natural na parturição, altera-se o curso natural da vida e quem somos nós para fazermos isso? Penso que o profissional pode vir a somar junto ao casal no momento da parturição, mas tirar-lhes o protagonismo é muita pretensão.

Não importa que o apoio do meio ambiente se restrinja a técnicas ou profissionais técnicos especializados, mas que o essencial, é que a mulher não se sinta abandonada e incompreendida em sua angústia (Langer,1986). A autora fora feliz nesta colocação e completo que em minha visão pessoal que a presença de um acompanhante escolhido pela mulher só tem a contribuir para que a sensação de abandono seja substituída pela compreensão e aconchego no processo de parir.

Quando busquei conhecer o significado do parto para os casais, este apareceu como felicidade, como algo feminino que não diz respeito à natureza masculina, dor e satisfação e dor e amor, vida e felicidade, um presente de Deus, família, dor esquecida.

“Felicidade.” **(Raio de Sol)**

“Que eu não conseguiria ser mulher nunca.” **(Chão)**

”...dor e de satisfação...dor e de amor muito grande.”  
**(Tulipa)**

”...vida e felicidade...Presente de Deus.” **(Geranium)**

”...Família...” **(Beija-Flor)**

“parto é dor... é dor esquecida.” **(Andorinha)**

Para Kitzinger (1987) a mulher adequadamente preparada para a parturição, tanto física quanto emocionalmente acolhe prazerosamente as sensações do nascimento, o que era considerado insuportável pode tornar-se suportável e prazeroso.

**Tulipa** concebe que o parto não é só da mulher e sim do casal. **Geranium** precisou experienciar o nascimento para entrar em contato com as emoções de estar ao lado no parto e nascimento do filho.

“acho importante o pai ficar junto...Acho importante ele como pai estar junto no momento do nascimento do filho. Acho que não é só da mulher porque estivemos juntos a gravidez toda que graça teria eu ficar sozinha neste momento...” **(Tulipa)**

“Eu não achava que era tão importante assim ficar junto, mas agora acho que todo pai deveria enfrentar esta situação. Estando junto à gente também sofre menos. Ficar esperando do lado de fora é muito agonizante. Principalmente se está acontecendo alguma coisa. Acho que por natureza o homem é mais durão, por isso quando se fala de algum momento que vai ter emoção ele foge e quer até se esconder.” **(Geranium)**

**Geranium** observou que no momento do nascimento todas as pessoas presentes na sala de parto silenciam-se. O nascimento é um momento intrigante e emocionante, cujos sentimentos são difíceis de serem descritos.

”...na hora do nascimento ... todo mundo ficou calado na sala e pararam para ver ele nascer. O nascimento é algo muito intrigante e emocionante. Fica difícil explicar isso. Os sentimentos não são fáceis de serem descritos.” **(Geranium)**

De acordo com Maldonado (2000), no parto a expressão das emoções corresponde a uma liberdade corporal e a um clima emocional compartilhado.

Para Leboyer (1998) o silêncio no nascimento do bebê, significa um respeito natural que envolve a chegada. Todos baixam a voz espontaneamente, entra-se em outro ritmo.

Kitzinger (1987), descreve que durante o parto a mulher fica completamente envolvida no ato passional da criação, comprometida com as emoções do momento e as sensações que inundam o seu ser.

**Tulipa** teve contato imediato com o RN após o nascimento, o que para ela assegurou a continuidade do contato que já possuía com o feto na gravidez.

“Achei muito bom. O meu primeiro filho depois que chorou, enrolaram ele num pano me mostraram rapidinho e já levaram ele, porque eu acho que ele não estava respirando muito bem.. Dessa vez foi muito diferente. É muito bom ficar próximo do bebê que a gente carregou por nove meses.” (Tulipa)

Maldonado (2000) evidencia a importância do contato precoce mãe/bebê, facilitando a adaptação do bebê ao ambiente extra-uterino. O contato corporal precoce constitui-se na principal fonte de bem-estar, segurança e afetividade, dando ao bebê a capacidade de procurar novas experiências. A mãe assume o papel da placenta na vida extra-uterina, nutrindo e cuidando do bem-estar do filho.

**Beija-Flor** vivenciou o parir junto a **Andorinha** pois fazia força junto com ela. Para ele o sofrimento relativo ao parto deixa de ser importante quando comparado a alegria de poder estar próximo ao filho. Presenciar o nascimento foi mexer com emoções que provocaram palpitação e vontade chorar.

“Claro, cheguei a fazer força por ela. Eu fechei os olhos porque achei que ela ia morrer por causa do sofrimento.” (Beija-Flor)

“Acho que o mais importante não é o sofrimento e sim a alegria de poder pegar o filho que é da gente.” (Beija-Flor)

“É muita emoção, mexe com a gente. Na hora que eu ouvi o chorinho dela meu coração disparou, me deu vontade de chorar. Foi demais.” (Beija-Flor)

Durante a realização da sutura da pequena laceração perineal ocorrida em **Tulipa**, esta relatou que a região genital estava dolorida e **que ela já conhecia a sensação, pois havia sentido o mesmo no parto anterior**. Tulipa demonstrou expressão de êxtase gerada pelo parto, pois permanecia com os olhos fechados e sorridente. Ao término do procedimento ela ficou curiosa em querer saber quantos pontos levou, curiosidade esta muito comum no pós-parto. Demonstrou preocupação com a dor e o incômodo que os pontos possam gerar e a condição perineal futura, aparecendo a crença do **parto como destruidor do corpo da mulher**.

“...na outra vez também foi assim.” (Tulipa)

“A reação é individual, mas como foi uma laceração pequena acredito que não irá te incomodar muito. A laceração é o local que a pele abriu com a passagem do bebê. Mas posso te assegurar que foi menor que o corte que você levou no primeiro parto.” **(Enfermeira)**

“Não tem jeito. Não importa se corta ou rasga. A cabeça quando passa deixa a mulher arrombada. Nunca mais é igual, sempre dá uma alargadinha.” **(Tulipa)**

**Beija-Flor** não se interessou em ver a laceração perineal e **Andorinha** também não quis que ele visse, pois atribuiu ao parto uma visão negativa da condição perineal.

“Não, nem pensar. Não gosto de ver estas coisas.” **(Beija-Flor)**

“Eu também não quero que ele veja, isso tudo aí em baixo deve estar horrível depois do parto.” **(Andorinha)**

O parto institucionalizado levou a distanciamento do processo de parir, assim como do saber, conhecer e se envolver com o que acontece durante e após o parto. Por isso a **placenta** por exemplo não tem nenhuma importância para o casal, esta deixa de ser cercada por crenças ou até superstições.

“Interessante e que estranho que essa tal de placenta.” **(Chão)**

“É, a natureza é perfeita.” **(Geranium)**

Para o terceiro casal (**Andorinha** e **Beija-Flor**) conhecer a placenta os remeteu a pensar na sua utilização comercial como produto de beleza.

“É verdade que se faz produto de beleza” **(Andorinha)**

Tornquist (1998), em seu estudo sobre o parto e parteiras na Ilha de Santa Catarina, nos mostra como a placenta é envolta de significado cultural aqui em Florianópolis, pois a mesma era cuidadosamente enterrada embaixo do fogão, para assim garantir um destino “direito” àquelas pessoas. Os casais em estudo mostram claramente que a mudança do parto no domicílio para a instituição, acarretou alteração cultural sobre a placenta.

A escolha pelo parto vertical, fora positiva para **Raio de Sol**, pois foi o melhor, em sua opinião o parto vertical deveria ser mais divulgado. De acordo com o conceito de

cultura compartilhada, pode-se destacar a importância deste casal compartilhar sua experiência divulgando o parto vertical.

“Eu ia contar minha experiência e recomendar que experimentassem.” **(Chão)**

“Eu diria que o parto de cócoras é o melhor, porque foi o melhor para mim. Não estou falando isso porque você está fazendo o estudo. Mas eu nunca tinha ouvido falar e acho que é importante as pessoas saberem que tem jeito mais fácil de se ter um filho.” **(Raio de Sol)**

**Raio de Sol e Chão** perceberam que o parto vertical fora melhor. Os aspectos positivos recaem sobre fazer menos força no período expulsivo, além do que a força é mais eficaz. **O período expulsivo foi mais rápido e menos intervencionista.** Sentiram-se como os protagonistas do parto e perceberam os profissionais como ajuda. A posição foi vista como vantajosa para a parturição.

“Primeiro que você faz menos força, a força é melhor e é mais rápido. Não precisa dar aquele corte enorme. Depois da para ver tudo que está acontecendo, quem entra, quem sai, como as pessoas te olham. Dá para ver o nenê saindo. Dá pra ver o nenê sendo cuidado. Outra coisa que me chamou atenção é que você disse que eu ia fazer o parto. Você só ia me ajudar, mas que o parto era meu e do meu marido. Outra diferença é que eu conseguia fazer a força e você não ficava me dizendo: faz força mãezinha. Na verdade você só me orientou quando eu precisava mas me senti tendo um filho e não que estavam fazendo meu filho nascer.” **(Raio de Sol)**

**Chão** já tinha na família a avó índia que contava como o parto das índias era diferente, porém não valorizava as histórias porque não conhecia, não fazia idéia de como era um parto. Este fator cultural pode ter sido gerador da decisão pelo parto vertical.

“Eu já ouvi muito falar de parto de cócoras. Eu sou de origem indígena. Minha avó foi raptada por uma cara desses do tipo da turma do lampião e ela viveu com ele. Ela era índia e falava que da onde ela veio os bebês nasciam de outro jeito. contava toda a história de que as índias tinham filhos sozinhas, perto de um rio. Como eu era menino nunca dei muita importância para as histórias dela, mas agora é que vejo que são importantes.” **(Chão)**

No Brasil, o parto vertical de cócoras era utilizado pelas índias do Paraná e Santa Catarina, desde a descoberta. O mundo civilizado difundiu o parto em decúbito dorsal, a obstetrícia se transformou na maior fonte de iatrogenias. Por esse motivo, Paciornik (1981), aconselhou as mulheres civilizadas a imitarem as índias brasileiras numa tentativa de melhorar suas condições orgânicas.

Para o segundo casal a posição vertical torna a prensa abdominal mais eficiente, o parto é mais rápido, natural e mais bonito. O fato da cadeira de parto vertical ser mais elevada, permitindo-lhes uma visão de cima, deixou **Tulipa** mais segura e casal com sensação de poder e domínio sobre o parto, evidenciando o protagonismo do momento.

“Achei bom assim, porque logo a gente faz aquela força e ela age... A posição também permite que a gente fique mais alta do que todos facilitando que eu enxergasse, me deixando assim mais segura também.” (**Tulipa**)

“...é bem mais rápido, mais natural e mais bonito.” (**Tulipa**)

“...eu podia ver tudo melhor e saber o que estava acontecendo. Parece que ela dá uma sensação de poder na gente.” (**Tulipa**)

“Faz a gente se sentir importante.” (**Geranium**)

Caldeyro-Barcia et al (1979), sugeriram a utilização de uma cadeira especial na qual a mulher seria colocada numa posição verticalizada (sentada) no momento do parto. Iniciou-se nesta mesma época, a defesa pela verticalização do parto e a utilização de outros métodos alternativos de parturição. Sabatino (1997), representando o grupo de pesquisa da Universidade de Campinas, apresentou uma sala de parto com desnível de 40cm, apropriado para colocar uma cadeira, a parturiente, o companheiro e familiares, permitindo também o conforto para os responsáveis pelo atendimento ao parto. O mesmo autor relatou que em 1994, sugeriu o parto de “cócoras supino”, no qual a mulher é deitada imediatamente após o parto, evitando assim a perda sangüínea materna, ponto que contava desfavoravelmente no parto vertical.

Na Maternidade do HU utilizamos o parto de “cócoras supino” porém, a mulher é colocada deitada com o dorso inclinado em aproximadamente 30 graus, na maioria dos

partos. A experiência tem sido positiva, pois a maioria das mulheres não apresenta perda sangüínea abundante, ficando também em posição confortável para amamentar seu bebê. Para o profissional, facilita as manobras de extração da placenta, sutura e outras intervenções, se houver necessidade.

D'Ávila e Koettker (2000) ressaltam a importância do casal ser o protagonista do evento do nascimento e que este já deve iniciar no recebimento do casal no Centro Obstétrico, ao conhecerem as salas de parto, durante o trabalho de parto culminando com o parto.

O parto vertical remonta uma imagem de parto feliz, por ter sido uma experiência positiva. Ela recomenda o parto vertical e passa a pensar que todas as maternidades deveriam oferecer esta modalidade de parto assim como permitir a presença de um acompanhante.

“Me sinto muito feliz porque a experiência foi muito boa. Só fato de se conseguir ver o bebê nascendo já valeu a pena. O resto é só complemento.” **(Tulipa)**

“Não só recomendo como já recomendei a muitas visitas que recebi. Acho que em todas as maternidades deveriam oferecer esta opção para a mulher e a outra é a de ter um acompanhante.” **(Tulipa)**

“Sim, porque é muito natural.” **(Geranium)**

As emoções e lembranças de Tulipa sobre o parto incidem sobre ver o filho nascendo, a dor esquecida, o cuidado atencioso que recebeu.

“Foi muito emocionante. Fiquei com a imagem gravada do bebê saindo de dentro de mim. Achei a placenta interessante. Todos foram muito atenciosos comigo. A dor do parto realmente é dor esquecida, porque começa a deixar de ter importância depois que os dias passam.” **(Tulipa)**

Tulipa em sua experiência anterior de parturição conheceu o parto horizontal, no qual foi usado clisteler e isso a fez ter medo de ter que passar pela mesma situação no parto vertical, mostrando que há influência das experiências anteriores no trabalho de parto atual, pois ela já trouxe consigo o medo que fora consequência do vivido na outra parturição.

”...Eu queria tentar fazer o parto de cócoras mas estava com receio. Pensei meu Deus será como que é, porque do meu primeiro filho foi horizontal e eu fiz uma força e não deu, aí o médico disse: vamos lá. Vamos fazer outra força. Mas naquela também não deu então me ajudaram. Uma pessoa ficou do meu lado e empurrou a minha barriga até que ele nasceu. Aí eu pensei que isso pudesse acontecer de novo, mas não foi assim que aconteceu desta vez, foi bem rápido.” **(Tulipa)**

Santos (1998), reafirma que as experiências anteriores podem interferir na vivência atual de parturição, por este motivo devem ser valorizadas e contextualizada para a situação atual.

Para o terceiro casal o parto vertical causou uma impressão negativa, comparada as experiências vivenciadas pelos dois casais anteriores. **Andorinha** considera que o parto vertical é esquisito, é coisa de índio e não de gente civilizada que tem a tecnologia a mão para utilizá-la. Para ela, quem realiza o parto vertical no hospital é gente “doidona”. Ela tem medo desta modalidade de parto por ter sofrido influência da prima que deu um depoimento negativo do mesmo.

“Eu não gosto de coisas esquisitas e pronto.” **(Andorinha)**

“Não gostei porque prefiro não ver nada. Quero ficar de olho fechado. Daquele jeito não tem como a gente não ver. Parece coisa de índio e eu sou bem civilizada, daquele jeito deve rasgar a gente todinha.” **(Andorinha)**

“Ela diz que tem medo e que ouviu umas coisas de uma prima que a deixou com medo.” **(Beija-Flor)**

“A prima dela que teve filho aqui contou para ela que uma mulher teve filho na mesma hora que ela. Ela tinha escolhido o parto deitada e a outra mulher o de cócoras e ela ganhou primeiro que a mulher, por isso ela disse para ela que o de cócoras demora muito. Elas também ficaram no mesmo quarto e a mulher contou que o marido ficou assistindo a criança sair e até bateu foto e ela achou um absurdo porque onde já se viu o marido ver a vagina ser arregaçada depois o marido não vai nem mais querer transar com ela e a Andorinha como é muito amiga dela escutou tudo direitinho.” **(Beija-Flor)**

“As índias tem outro tipo de vida, lá no mato não tem recurso por isso elas ganham daquele jeito, nós da cidade temos médicos, enfermeiras e hospitais, temos recursos aí eu acho muito esquisito querer ganhar como as índias dentro do hospital, isso é coisa pra gente doidona que gosta destas esquisitices, mas eu não.” (**Andorinha**)

**Beija-Flor** já pondera que se o parto vertical fosse ruim as índias não o fariam.

“Ruim do jeito das índias também não deve ser, porque se não elas não teriam assim.” (**Beija-Flor**)

Para **Andorinha** o melhor é o parto horizontal e o vertical é modismo.

“O parto deitada é mil vezes melhor. Não sei porque ficar inventando moda.” (**Andorinha**)

**Andorinha** acredita, conhece e concebe que o **parto horizontal** é o parto normal que as mulheres de nossa sociedade experimentam e ela como integrante desta, não deseja alterar sua posição de parto.

“Esse é o parto normal que toda mulher tem, Beija-Flor. Desse jeito é mais fácil pra ganhar. Eles colocam um panos na gente e a gente não vê nada. Dão uma anestesia e cortam, mas a gente não sente nada porque é na hora da dor. Eu me lembro direitinho, porque a Pã só tem dois anos. Dessa vez vai ser muito melhor porque você vai estar do meu lado.” (**Andorinha**)

Segundo Helman (1994), o sistema de crenças herdado da cultura do nascimento, apresenta diferenças evidentes sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos. Desta forma **Andorinha** foi impregnada pela cultura do parto na posição horizontal.

Segundo Kitzinger (1987), os fatores culturais são responsáveis pelo estilo de parto que é adotado por cada sociedade. Os casais que optam pelo parto vertical nesta cena cultural levam-me a inferir que o parir na horizontal não é mais aceito como uma regra no sistema popular e nem é mais uma regra no sistema profissional. Eles estavam abertos para o novo, compartilhando com o sistema profissional de cuidado novos códigos sobre o processo de parir, que com certeza serão compartilhados com seu mundo quando saírem da maternidade, transformando-se em agentes de mudança cultural sobre a posição de parir.

Na realidade brasileira atual, o parto vertical ainda apresenta uma tímida evolução, porém se comparada há anos passados a evolução já é grande principalmente após o estímulo governamental ao nascimento humanizado que é crescente.

Baseada em Kitzinger (1987), passo a crer que a Maternidade do HU, fundamentada na filosofia humanizada de atendimento promove uma alteração cultural ao oferecer duas opções de posição para parturição (semi-sentada e a vertical), pois garante o direito de opção ao casal, uma vez que na maioria das outras maternidades isso ainda não acontece.

#### 7.4 Percepções, Crenças e Valores relativas ao Pós-Parto Imediato

O pós-parto imediato neste capítulo diz respeito ao período que o casal permaneceu no Centro Obstétrico em período de Greenberg. Portanto as percepções, crenças e valores levantados se referem a este período.

Quando o RN foi encaminhado para a sala de cuidados imediatos **Geranium** o acompanhou, porém o mesmo sentiu necessidade de compartilhar com **Tulipa** o que estava vivenciando e decidiu ir ao encontro dela na sala de parto para conversar sobre o RN, porém ela fica preocupada por ele ter se afastado do lado do RN. Para **Tulipa** a permanência de Geranium ao lado do RN lhe trazia segurança e tranquilidade, pois surgiu o medo de troca da criança. **Surge o pai como protetor familiar.**

“... não se preocupe comigo e sim com o bebê, para não sair do lado dele até que ele esteja comigo.” (**Tulipa**)

“...A gente ouve falar de tanta coisa por aí que acaba se preocupando com tudo. Se ele estiver do lado do bebê isso não vai acontecer.” (**Tulipa**)

Macy e Falkner (1981), relataram que o homem no pós-parto apresenta um comportamento protetor com relação à criança e este comportamento até certo ponto é

considerado inato ao homem. **Tulipa** passou a exigir de **Geranium** um comportamento protetor como instituto de preservação familiar.

**Geranium** demonstra não se sentir bem em assistir aos procedimentos realizados no RN, prefere aguardar e ficar esperando do lado de fora da sala de cuidados. Ele acompanhou o banho do RN surgindo assim **crenças de que ele é frágil, mole que quebra facilmente**. Na visão dele existe **a crença de que o cuidado ao RN é feminino**, pois a mulher proíbe a aproximação homem-pai/filho. **Ele acredita que a mulher é naturalmente pronta para ser mãe e para cuidar do filho. A mulher cuida mais, por isso tem maior conhecimento e habilidade.**

“...É que eles são tão pequenos e molinhos que parecem que vão quebrar.” (**Geranium**)

“..Dizem que homem não leva jeito e que isso é coisa de mãe.” (**Geranium**)

“Acho que a mulher é mais delicada e leva mais jeito. Se sabem melhor que o homem eu não sei, mas como são sempre elas que fazem acabam sendo melhor.” (**Geranium**)

Maldonado (2000) destaca a importância que deve ser dada a maneira como os pais “enxergam” o bebê, pois terá grande influência sobre o modo como vão lidar e se relacionar com o filho. Descreve que para alguns pais o bebê pode ser algo assustador, quando é visto como se fosse uma porcelana chinesa. Quando a percepção dos pais é essa, eles normalmente sentem muito medo e insegurança, tendo cuidados excessivos com o bebê por pensarem que ao menor deslize algo trágico possa acontecer. **Geranium** demonstrou ter introjetado a visão de bebê como porcelana chinela, facilitando assim a compreensão da crença de que o cuidado ao bebê é da natureza feminina e ele por ser homem não se sente apto para o cuidado. Muitas mulheres também compartilham da crença de que o cuidado ao bebê é só da mulher, como no caso de **Tulipa**, excluindo o homem do cuidado, reforçando que o cuidado ao bebê é algo feminino. **Ela**, assim mostra seu poder diante da maternidade.

**Beija-Flor** também acompanhou os primeiros cuidados ao RN (**Princesinha**) e neste momento apareceu que o cuidado ao RN depende da autorização da companheira,

surgindo a crença de que a mulher-mãe domina o cuidado ao RN.

”...fazer tudo o que der e o que a Andorinha deixar...”  
(Beija-Flor)

Para Silveira (1998), a nossa sociedade vive ainda hoje o questionamento sobre a capacidade da mulher de desempenhar atividades fora do lar da mesma maneira que o homem e se o homem desempenha as atividades do lar com as mesmas habilidades que uma mulher. É o homem tentando ser mãe e a mulher tornando-se executiva. Apesar deste questionamento ainda não há real espaço para o homem no exercício da paternidade, pois ainda é cobrado que seja o provedor da família e não demonstre interesse por crianças, até o momento em que ele de um momento para outro, por ocasião da gravidez de sua companheira, deve demonstrar exaltação e ficar grávido. O homem precisa demonstrar interesse, porém desde que não ultrapasse o permitido pela mulher pois logo assim surgirá a seguinte frase: “deixa que isso é coisa de mulher, você é homem e não entende disso”. **Geranium e Beija-Flor** deixam transparecer o quanto o cuidado ao recém-nascido em nossa sociedade ainda é de domínio feminino e a eles resta o papel de coadjuvantes.

No pós-parto imediato na sala de recuperação pós-parto junto a **Tulipa e Geranium, Andorinha e Beija-Flor**, a comunicação verbal diminui, porém os olhares e a admiração foram evidentes. A presença dos profissionais passa a ser pouco relevante para o casal, pois aproximação familiar é mais importante e forte, devendo esta, ser estimulada. Neste momento não percebi crenças evidentes, porém para eles estarem juntos e sozinhos parecia ser o mais importante, apareceu então, o **valor da união ou proximidade familiar no parto e pós-parto**.

Kitzinger (1987) reforça a necessidade observada pelos casais (**Tulipa e Geranium, Andorinha e Beija-Flor**) de aproximação familiar no pós-parto sem a interferência profissional por perto. Registra também que há instituições que possuem como rotina deixar o casal ficar sozinho mais ou menos meia hora com seu bebê, para um primeiro contato familiar. Talvez não seja de todo possível deixar o casal completamente sozinho, porém poderia ser realizada uma vigilância a distância permitindo que o casal pudesse ter um pouco de privacidade neste primeiro momento de contato familiar.

## 7.5 Percepções, Crenças e Valores relativas ao Acompanhante/Companheiro

**“A presença do pai da criança pode criar uma atmosfera de calma e dignidade numa ocasião de tensão extraordinária.”  
(Macy; Falkner, 1981, p. 78)**

**“...ele ocupa o centro do palco, ao lado da mulher.”  
(Kitzinger, 1987, p. 127)**

Esta foi a primeira vez que **Chão** esteve ao lado de **Raio de Sol** durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, participando do nascimento de um filho. **Para ele foi a experiência mais emocionante de sua vida.** Deixou claro que já sabia que estar junto era bom, pois teve um cunhado que também participou do nascimento do filho, mas **para ele o vivenciar foi muito além de sua expectativa.**

**”...Para mim, posso te afirmar que foi a experiência mais emocionante que eu tive. Ver aquela cabecinha enrugada, ...me veio uma sensação de frio na barriga...Sei lá, não dá para acreditar que eu estive junto, parece mentira. Meu cunhado tinha me dito que era legal, mas não que era inesquecível, maravilhoso. Fico emocionado de lembrar.”  
(Chão)**

De acordo com Kitzinger (1987) os homens que participam do nascimento de seus filhos, mesmo que antes não tivessem a intenção, e só ficam em função do desejo de suas esposas quase sempre exprimem seus sentimentos dizendo que “foi maravilhoso”. **Chão** é integrante do grupo de homens que percebe a participação, junto ao nascimento do filho, como um sentimento positivo, que marcou sua vida, mostrando que a participação no nascimento é importante para o exercício da paternidade (Silveira,1998).

Foi possível que perceber o valor atribuído por **Raio de Sol** à presença do

companheiro durante o processo de parir.

”...Quando ela soube que o marido podia ficar junto, não teve conversa. Ela não quis mais nem saber da outra maternidade.” (Chão)

“O que nos fez vir a esta maternidade foi o fato de se poder ter um acompanhante...” (Raio de Sol)

Para Maldonado (1991) a presença do pai é muito importante na hora do rito de passagem do nascimento, pois o casal pode vivenciar junto o nascimento do filho. Acredito que a presença do pai com certeza propicia a formação do vínculo afetivo familiar precoce e também auxilia a parturiente/puérpera a diminuir a sensação de que se encontra num ambiente estranho, com pessoas estranhas.

De acordo com Kitzinger (1987), o companheiro pode ser a única pessoa que a mulher sente que deve ter ao seu lado no trabalho de parto e parto, pois é nele que ela vê um guia, um conselheiro que bondoso e firmemente a encoraja quando começa a perder a confiança, fazendo com que ela perceba que está se saindo bem.

**Chão** concebia que ser acompanhante era ficar sentado de braços cruzados só olhando, porém após a vivência do processo de parir, passou a compreender que **ser acompanhante no nascimento do filho foi participar e ter muita emoção. Também foi ter a sensação de estar parindo.**

“Foi muito bom, na verdade achava que ser acompanhante era ficar sentado de braços cruzados só olhando. Foi bem diferente, me sentia muito importante toda vez que você me incentivava a ajudar a fazer as coisas, achei que minha ajuda era importante e que ajudando eu transmitia segurança para ela. Achei que era para ver o parto, mas você explicou que eu estaria participando do parto. No começo fiquei nervoso mais depois vi que mesmo que você dissesse só para eu ver eu ia participar igual porque é impossível estar do lado dela vendo ela fazer força e não fazer força junto. Na hora do nenê sair eu acho que fiz mais força do que ela, meu coração disparou ... Ser acompanhante do parto do filho da gente é ter um filho de uma maneira diferente, mas a sensação é muito forte...Tinha vontade de pular, chorar e até de te abraçar, mas não podia porque você estava com uma roupa que não dava pra encostar. O que eu também gostei é que vocês deixam a gente a vontade e explicam tudo assim não da medo de pegar ou mexer nas coisas. Não sei o que dizer mais sei que foi muito legal e que nunca vou esquecer.”

**(Chão)**

Kitzinger (1987) demonstra preocupação com o homem quando está presente no trabalho de parto e parto, pois ele precisa ter idéia de como ajudar para que não se sinta supérfluo e não venha a atrapalhar, ou seja ele também precisa ser cuidado para que possa compreender e desfrutar do momento vivenciado que foi o que aconteceu com **Chão**. Para Santos (1987), o homem durante o trabalho de parto e parto deve ser considerado como ser humano que está no papel de cuidador, porém este também precisa ser cuidado. Um ser que dá e precisa de ajuda.

**Chão** sentiu-se parindo. Centa (1981) descreve que o marido também pode estar dando à luz, por este motivo é importante sua presença na sala de parto. Já Pereira (1994), descreve que seus filhos foram gerados e paridos também por seu companheiro.

Após a experiência vivenciada, **Chão** passou a perceber que apesar da dor, **houve felicidade e que ter participado do processo de parir o fez mais feliz e completo como ser humano, assim como consolidou a relação do casal afetivamente. Ele passou a valorizar mais Raio de Sol.**

“Agora é diferente porque vivi de perto a dor do parto, sei que ela não fez escândalo, mas também sei que sentiu muita dor e a única coisa que eu podia fazer além de dar apoio era sofrer junto com ela. Sofri bastante, tinha horas que eu queria poder trocar de lugar, para que ela não tivesse tanta dor. Ao mesmo tempo em que ela tinha dor sentia que ela e eu estávamos muitos felizes, posso dizer que hoje me sinto mais completo, mais feliz e com certeza amo muito mais ela do antes.” (Chão)

Centa (1981) abordou a temática específica do homem no processo grávido-puerperal. Os sentimentos de tensão foram aliviados com a consumação do parto e foram substituídos por sentimentos de virilidade e potência. O nascimento do filho provocou sentimento de responsabilidade e de protetor familiar. Concluiu que os homens vivenciam sentimentos de paternidade tais como: orgulho, realização, alegria, responsabilidade, associados a preocupação, medo, insegurança, expectativas, etc. Macy, Falkner (1981) mostraram em uma pesquisa que pais que acompanharam o trabalho de parto e parto, sentiram-se mais unidos tanto à esposa como ao filho, diferentemente do outro grupo de pais que não participaram do processo de parir. **Chão** em sua experiência reafirma que participação no processo de parir causou aproximação afetiva do casal.

**Geranium** acreditava que acompanhar era ser um espectador do sofrimento de **Tulipa**. Ao vivenciar o processo de parir, sentiu-se útil, um a gente diminuidor de estress. Permitiu-se experimentar o parir junto a **Tulipa**.

“Foi muito bom. Eu achava que ia ficar parado vendo ela sofrer e não poder fazer nada, mas na verdade o que eu vi foi que eu podia ajudar e fazer daquele momento de sofrimento, pelo menos algo menos estressante para ela. Também me senti muito importante e útil. Acho que não fui só acompanhante, fui também o que ganhou o filho também porque eu fazia força junto com ela. Fazia força que não era brincadeira. Depois também fiquei muito aliviado e feliz.” (Geranium)

Macy, Falkner (1981) fazem um comparativo entre a presença do pai no processo de parir e um técnico esportivo. Ele oferece água à esposa, enxuga o seu suor, faz-lhe massagens, supervisiona-lhe as contrações, acompanha sua respiração, seu relaxamento e presta-lhe apoio moral. Mas, além dessa atividade protetora, a sua simples presença é

profundamente tranquilizadora e animadora no ambiente hospitalar, que é estranho e hostil a maioria das mulheres.

**Beija-Flor** não tinha opinião formada sobre o que era ser acompanhante, mas vivenciar o processo de parir enquanto acompanhante foi uma experiência boa, de aprendizado e participação ativa.

“Eu achei que foi muito bom. Vocês ajudam a gente a ter coragem para ficar ao lado na hora das dores. Ensinam a gente uma porção de coisas. A gente participa mesmo, acho que assim é melhor porque ficar vendo ela com dor e não poder fazer nada deve ser horrível.” (**Beija-Flor**)

De acordo com Largura (1998), o parto domiciliar permite a participação e a presença ativa do pai, deve acontecer não como mero espectador, mas como a gente construtor do nascimento do seu filho. O parto hospitalar mesmo com maior distanciamento do mundo cultura popular também pode conferir a participação e a presença ativa do pai, como foi o caso de **Chão**, **Geranium** e **Beija-Flor**.

Para **Raio de Sol** o fato de estar acompanhada pelo marido faria o tempo passar mais rápido, a dor seria menor. A presença do companheiro gerou sensação de plenitude. Assim como a presença de **Chão** junto ao RN nos cuidados imediatos, foi gerador de segurança para **Raio de Sol**.

“Era tudo que eu queria. Era um sonho meu e se realizou da melhor maneira possível. Ter o marido por perto na hora de dor é a melhor coisa, parece que o tempo passa mais rápido, a dor é menor. Dá uma segurança, o medo vai se embora e na hora que o nenê nasce abraçar ele foi uma sensação maravilhosa, parece que a gente se sente cheio, completo, sei lá. Dá uma sensação de estar nas nuvens e que parece que não é verdade que aquilo está acontecendo contigo. Quando ele foi ficar com o bebê para ele tomar banho não tive medo que o nenê fosse trocado na maternidade. Já das outras vezes eu morria de medo que isso acontecesse.” (**Raio de Sol**)

Para Macy, Falkner (1981) a presença do companheiro causa um efeito tranquilizador e amenizador da experiência dolorosa da mulher. **Raio de Sol** corrobora com sua experiência com o pensamento desses autores.

Para **Tulipa** ter o companheiro como acompanhante foi sentir-se presenteada, segurança, apoiada, amada, pois era alguém de sua vinculação próxima, diferente da segurança que um profissional possa transmitir. Ter um acompanhante deveria ser um direito assegurado a todas as mulheres.

“É bem melhor porque a gente se sente mais segura porque é a pessoa que a gente conhece que está ali. Você transmitiu muita segurança só que com o marido do lado é muito bom. Apesar de que ele também estava muito inseguro também, mas ele acabou me passando mais segurança. Até à tarde ele disse assim, que não queria ficar comigo não por não ter vontade mas por estar com medo mas daí na hora eu acho que ele viu que eu estava sentindo tanta necessidade de que ele ficasse do meu lado que ele se encorajou e foi.” (**Tulipa**)

”...esse tipo de trabalho deveria ser para todas as mulheres, pois talvez assim tantas mulheres não tomariam tantas atitudes erradas consigo e com seus filhos.” (**Tulipa**)

”...Para mim a presença dele foi muito importante porque ele me deu muito apoio e segurança.” (**Tulipa**)

“Foi maravilhoso. Acho que ele me deu um presente tendo me acompanhado. Me fez sentir muito feliz e amada.” (**Tulipa**)

De acordo com Kitzinger (1987) a presença do companheiro no trabalho de parto e parto pode transmitir segurança, pode fornecer um cuidado ativo e amoroso por parte dele, pois ele é o pai da criança que está vindo ao mundo.

Para Largura (1998), dar a luz como desejamos, onde e com quem queremos é um direito fundamental, esse pensamento complementa a crença de **Tulipa** em relação ao direito da mulher frente a ter um acompanhante na parturição.

Para **Andorinha** ter o companheiro foi contar com incentivo e ajuda e ao mesmo tempo sensibilizá-lo quanto ao significado de que ter um filho por parto normal não é fácil.

”...Ele me deu força e me ajudou. Também é muito bom para ele ver que ter um filho não é coisa mole.” (**Andorinha**)

**“Isso eu acho mesmo, que é um baita sofrimento.” (Beija-Flor)**

De acordo com Gonçalves e Furlani (2000), ter um companheiro no momento do parto, sob a óptica das mulheres, foi poder ter um momento para ser valorizada como mulher. A mulher faz do parto um momento de domínio familiar. Talvez este seja um dos poucos momentos que ela exerce o poder na relação do casal. **Andorinha** buscou no parto um momento de valorização junto a **Beija-Flor**.

Para **Geranium** ter acompanhado o parto e o nascimento do filho é **motivo de orgulho**, pois os valores ainda na sociedade de hoje não permitem ao homem que exteriorize seus sentimentos. Ele pode compartilhar seus sentimentos com os homens da família, iniciando assim **uma mudança cultural, na qual os homens podem exteriorizar seus sentimentos em relação ao parto e nascimento de seus filhos**.

**“Eu e o meu cunhado comentando sobre ficar junto na hora do parto e logo apareceu a palavra corajoso. Eu me senti assim e ele também. As vezes a gente é medroso mas não pode dizer a ninguém porque um homem medroso na nossa sociedade não tem vez. O meu outro cunhado ouviu a nossa conversa e veio dizer que estava achando muito legal o nosso papo e só lamentava não ter tido esta oportunidade quando teve suas duas meninas e que ele deveriam divulgar isso para que mais homens se encorajassem a estar junto no nascimento.”(Geranium)**

A presença cada vez mais freqüente do pai no momento do nascimento e sua participação ativa, são variantes rituais suscetíveis de modificar qualitativamente uma sociedade. Esta evolução em direção à fusão do mundo dos homens e do mundo das mulheres é uma transformação na história da humanidade, permite pensar em uma nova imagem paterna, mais forte e tranquilizadora, o que poderá favorecer o surgimento da criança do futuro, mais doce e forte. Perceber as influências da cultura no momento do nascimento sobre o modo como são vividas a maternidade e a paternidade já é perceber a importância desta cultura para o futuro recém-nascido (Odent, 1982).

## 7.6 Outras Percepções, Crenças e Valores

"...o parto é apenas uma parte de toda a sua vida psicosssexual..."  
(Kitzinger, 1987, p.151).

Como complemento aos momentos anteriores passo a descrever as percepções, crenças e valores que não tiveram conformidade com as categorias de análise anteriormente relatadas. Estas não circundam um momento único, contemplam os diversos momentos vivenciados entre a enfermeira obstétrica e os casais. Dizem respeito não somente ao processo de parir mas, também, englobam o ciclo gravídico-puerperal.

Com o segundo casal a questão da sexualidade veio à tona quando falávamos de cuidados pós-parto. **Geranium** não consegue manter relações sexuais com **Tulipa** nos primeiros meses de pós-parto, pois não a vê como mulher e, sim, como mãe. O bebê absorve as atenções e o tempo do casal, desviando a atenção à sexualidade. Para **Tulipa** a dificuldade à relação sexual após o parto anterior, deveu-se ao medo e a dor provocada pela episiotomia. O casal demonstrou que há diferença nas dificuldades relativas ao desejo sexual, pois para ele o fator emocional é mais forte enquanto que para ela o fator físico é o maior limitador.

"...depois do parto eu não tenho vontade nos primeiros meses porque eu não a sinto como mulher e sim como mãe...Quando o bebê chega a gente tem tanta coisa para fazer que esquece de sexo." (**Geranium**)

"...tinha medo por causa dos pontos o local ficou muito dolorido. Eu até tinha vontade mas foi depois dos 3 meses. Acho que agora não vai levar tanto tempo porque os pontos não estão me incomodando agora então não vão incomodar depois." (**Tulipa**)

De acordo com Maldonado (2000) alguns homens no pós-parto passam a ver a mulher como mãe e esta visão está associada a antigos sentimentos de rivalidade que sentiu quando sua própria mãe teve outros filhos. Esta imagem da mulher como mãe pode

também ser reforçada quando a mulher preenchia funções de mãe no relacionamento junto ao companheiro. Estes sentimentos dificultam o período de adaptação vivenciado pelo casal no pós-parto e conseqüentemente vão interferir na sexualidade do casal, tal como acontece com **Geranium**.

A episiotomia é geradora de desconfortos no pós-parto e muitas mulheres queixam-se de dores intensas ao reiniciarem as relações sexuais. Podendo também acontecer o medo estimulado pelas histórias contadas por outras mulheres, sobre a dor pós-episiotomia no retorno a vida sexual, fazendo um comparativo com a dor sentida na primeira relação sexual de sua vida. Criando de antemão uma contração muscular vaginal que dificultará a relação e provocará dor (Maldonado, 2000 e Kitzinger, 1987). que foi o vivenciado por **Tulipa** em sua experiência dolorosa no pós-parto anterior. e já se faz presente na experiência atual.

**Raio de Sol** e **Chão** deixaram transparecer o medo de procurar uma instituição escola, por saberem que estariam expostos ao excesso de manipulação pelos acadêmicos das diversas áreas. O casal viu com alegria o fato de estarmos em período de férias e não haver acadêmicos.

“Meu único receio era ter um monte de estudante mexendo nela o tempo inteiro.” (**Chão**)

“Ainda bem porque eu ia ficar chateada se todo mundo quisesse ficar fazendo toque em mim. Na verdade o médico que me internou fez o primeiro toque, depois foi você e só perto de eu ganhar que o médico da sala de parto me fez outro toque. Porque o toque é muito doloroso, mesmo sendo feito com todo cuidado e acho que os alunos não têm prática por isso machucam muito a gente.” (**Raio de Sol**)

O poder da influência familiar ficou evidente junto a **Raio de Sol**, pois a procura pela maternidade do HU aconteceu por influência familiar que referenciou o atendimento

“Meu cunhado esteve aqui com a minha irmã tem mais ou menos uns oito meses. Foram eles que disseram para a gente vir ter filho aqui...” (**Chão**)

“...minha cunhada ter dito que o atendimento era muito bom.” (**Raio de Sol**)

Para Maldonado (1991) o nascimento é uma experiência familiar. Todos os membros da família que vivenciam com proximidade o nascimento também passam por transformações e também são agentes influenciadores durante todo o processo de gravidez, parto e puerpério.

Cabe resgatar que no conceito de cultura, Leininger (1985 p. 261) evidencia a cultura compartilhada quando se a refere "...as normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada", sustentando, assim, a compreensão da influência familiar nas decisões de **Raio de Sol e Chão**.

Para **Tulipa e Geranium** a procura pela Maternidade aconteceu por recomendação do obstetra e funcionários do posto de saúde onde realizaram o pré-natal e pela experiência da irmã de **Tulipa** que ganhou seu sobrinho na Maternidade com o parto vertical que exerceu uma forte influência sobre a decisão de procurar esta maternidade para parturição.

"No pré-natal ele foi a algumas consultas comigo e lá nos orientaram que no HU o atendimento era muito bom e que o pai poderia ficar junto." (**Tulipa**)

"Também porque a minha cunhada ganhou lá e falou muito bem tanto do atendimento quanto do parto de cócoras..." (**Geranium**)

"...Ela deu tanto força que eu não pensei em ir para outro lugar. Só tinha medo de não haver vaga, mas graças a Deus deu tudo certo." (**Tulipa**)

Com **Andorinha e Beija-Flor** a procura pela maternidade do HU aconteceu pela falta de condições financeiras para pagar o parto e por ficar próximo a sua casa, porém vieram receosos, pois tiveram na família uma prima que não lhes forneceu boas informações sobre o atendimento da maternidade do HU, porém a vivência da internação os fez valorizar o atendimento.

"Procuramos por não termos condições de pagar um parto..." (**Andorinha**)

“Também porque era perto de casa, assim ficava mais fácil.” (**Beija-Flor**)

”...minha prima mas ela não gostou muito daqui.” (**Andorinha**)

“Porque para ela no hospital tem muito estudante e no parto dela ela sofreu muito na hora de fazer os pontos, ela dizia que doía e eles continuavam a fazer os pontos. Em casa os pontos doeram muito e ela acha que foi porque ele mexeu muito na hora do parto e dos pontos. Ela diz que ter filho aqui de novo nem pensar.” (**Andorinha**)

Na percepção de **Tulipa**, ter seu parto atendido por uma enfermeira significou atendimento com uma profissional com competência técnica e segurança, tendo também a mesma identidade feminina que a sua.

”...eu achei que tu me passasses uma experiência, provavelmente porque lá na hora foi tu quem chegou e disse esse bebê está nascendo. E isso me fez pensar: ela deve saber mesmo o que faz, porque estava o outro médico ali mas ele ficou ali do meu lado vendo o cardiotoco mas ele não suspeitou de nada. Antes de tu chegares eu já estava fazendo aquela força e ele não fez nada. Só depois que você conversou com ele é que foi instalado o cardiotoco, daí ele ia ficar esperando. Talvez se tu não tivesse chego eu não ia acabar ganhando na cama. Não sei também se é porque você é mulher e isso influencia muito.” (**Tulipa**)

Para **Andorinha e Beija-Flor** o parto atendido pela enfermeira foi percebido como uma experiência muito boa. **Beija-Flor** desconhecia que a enfermeira atende ao parto e **Andorinha** gostou pela interação que a enfermeira teve com ela e pelo cuidado explicativo que recebeu.

“Você foi muito boa. Eu nem sabia que enfermeira formada fazia parto, achava que era só médico.” (**Beija-Flor**)

“Eu achei muito legal, porque tu conversavas com a gente, explica tudo que está fazendo.” (**Andorinha**)

Kitzinger (1987) faz uma analogia pelo parto atendido por enfermeira, colocando que para muitas mulheres em trabalho de parto, há falta da figura da mãe e a enfermeira

acaba por ser uma substituta satisfatória. Para outras o relacionamento com a enfermeira no trabalho de parto e parto passa a ser de parceiras com vistas ao nascimento da criança.

Santos (1998), coloca que à medida que a enfermeira compartilha o “saber” profissional, passa a aproximar-se e a colocar-se de maneira igualitária, permitindo que o casal possa compreender melhor a experiência parturitiva. Esse compartilhar deve ser uma atitude integrante do cuidado, objetivando torná-los participantes ativos. As enfermeiras obstétricas podem ter um papel fundamental na equipe de saúde, resgatando uma prática de atendimento ao parto menos intervencionista e mais humanizada.

As percepções de **Raio de Sol e Chão** em relação ao Centro Obstétrico foram positivas significando preocupação com o casal, liberdade de escolha, permissão para ter acompanhante, local onde se sentiram bem.

“Não podia ter sido melhor, senti que todos têm a preocupação com a gente, não me obrigaram a nada e pelo contrário permitiram que meu marido estivesse comigo. Era tudo que eu queria.” (**Raio de Sol**)

“Eu concordo com ela. Me senti muito bem.” (**Chão**)

**Tulipa e Geranium** as percepções em relação ao Centro Obstétrico foram de sofrimento no pré-parto, alívio e felicidade no parto, o parto como uma dor recompensadora, muita emoção e felicidade.

“Foi uma experiência muito boa, mas o pré-parto é o momento de sofrimento, já na sala de parto é o momento do alívio e da felicidade. O parto é uma dor recompensadora. Ao mesmo tempo em que a gente sofre, a gente fica muito feliz.” (**Tulipa**)

“Eu posso dizer que achei tudo muito emocionante e diferente porque da outra vez eu fiquei do lado de fora. Que não vou esquecer nunca de ter visto o cabelinho dele saindo e ouvir ele chorando. Nunca um choro me fez tão feliz.” (**Geranium**)

Para **Andorinha e Beija-Flor** as percepções foram positivas e marcantes, além das suas expectativas.

“Pra mim foi uma experiência muito legal. Essa eu nunca vou esquecer.” **(Beija-Flor)**

“Eu achei que foi muito melhor do que eu esperava.” **(Andorinha)**

De acordo com Kitzinger (1987), quando o processo de parir é vivenciado com alegria pelo casal, é algo valioso como parte do processo de desenvolvimento de um tipo de maternidade e paternidade confiante, que possui raízes num relacionamento amoroso. Nem todos os casais conseguem vivenciá-lo desta forma. O parto não é meramente um processo mecânico de ter um filho, é parte de um relacionamento e pode enriquecer ou despojar, dependendo da maneira como a experiência é vivenciada pelo casal.

Aprofundar sobre as percepções, crenças e valores durante todo o processo de parir fizeram parte de um momento muito prazeroso da construção deste estudo. Porém, acredito que muito ainda há para ser aprofundado e conhecido no universo do processo de parir. Aprofundar foi, ampliar a contribuição junto ao cuidado profissional que pouco respeita, conhece e se preocupa com as percepções, crenças e valores dos casais no processo de parir.



**CAPÍTULO 8**

**PARTO VERTICAL: BUSCANDO A COMPREENSÃO CULTURAL**

"O 'MILAGRE COTIDIANO' representa, para mãe, pai e filho, o início de um tipo de vida completamente novo."

**MACY, FALKNER (1981)**

Esta imagem foi escolhida por mostrar o envolvimento familiar com a chegada do novo membro da família. Fonte: a imagem foi extraída da internet no endereço <http://ilap.com/~hilkilner/birth/tree-p2.jpg>, no ano de 1998.

## **8. PARTO VERTICAL: BUSCANDO A COMPREENSÃO CULTURAL**

Na trajetória de minha vida profissional, fazer e concluir este estudo foi uma tarefa instigante e construtiva.

Estar no Centro Obstétrico, local onde desenvolvo minhas atividades profissionais, como aluna prestando assistência com outro olhar, olhar a partir do referencial que leva em consideração a cultura da clientela, foi vislumbrar a compreensão do quão é possível o cuidado popular e o profissional caminharem lado a lado, em parceria, transformando o processo de parir em algo mais significativo para mim e para o casal, ou seja, para os cuidadores.

Por se tratar de um estudo convergente-assistencial (Trentini, Paim, 1999), é importante ressaltar que os resultados não podem ser generalizados, no entanto, me permite traçar considerações para avançar na humanização da assistência obstétrica especificamente no Centro Obstétrico.

Ao trabalhar com o casal/RN no processo de parir percebi que a minha trajetória de vida pessoal e profissional, que é integrante de ambos os sistemas, o profissional e o popular de cuidado, contribuiu para que eu me colocasse como uma pessoa que estava compartilhando experiências de vida junto aos casais, pois, também, vivenciei dois processos de parir junto ao meu companheiro.

Durante a prática junto aos casais percebi que trabalhar com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proporcionou sustentação ética, evidenciando a importância do respeito pela cultura do casal, suas crenças, valores, estilos de vida, padrões, ações, a cerca do mundo e de suas vidas.

Prestar cuidado no processo de parir foi contemplar as etapas de **ambientalização, cuidado no pré-parto, cuidado no parto, cuidado no pós-parto e cuidado de avaliação**. Ressalto alguns momentos significativos destas etapas.

Na realização da **primeira etapa da caminhada que foi a de ambientalização** surgiu o **cuidado ambiente**, que não só fez parte desta etapa mas permeou também as demais etapas de cuidado, pois a ambientalização não acontece como um momento estanque, ele é um processo.

A etapa **ambientalização** foi muito importante para a compreensão, da decisão do casal, pelo parto na posição vertical ou horizontal, assim como para começar a conhecer as experiências anteriores de parturição. Foi considerada pelos dois casais uma experiência positiva, que contribuiu para o sentimento de segurança e liberdade diante da internação.

Na **ambientalização** com dois casais, foi o momento onde iniciamos uma relação (**cuidado relacional**), que colaborou para a formação de um vínculo (**cuidado vincular**) que se estabeleceu com a continuidade do cuidado. Portanto, esta etapa foi muito importante para o cuidado junto a estes casais.

Com um casal não foi possível realizar a etapa de **ambientalização**, porém apesar de superarmos a ausência da mesma, percebo que isso dificultou o cuidado cultural coerente, uma vez que não conhecia as experiências anteriores de parturição, o modo de pensar do casal, seu estilo de vida, sua visão de mundo. Por ser uma situação que é com frequência vivenciada num Centro Obstétrico, a ausência da ambientalização pode comprometer a formação de um cuidado relacional e vincular, assim como favorecer a imposição do cuidado profissional.

Ao término da **etapa da ambientalização** propus o parto vertical aos dois casais, momento que considerei adequado, pois já estavam ambientalizados com ambas as formas de parturição, facilitando a decisão pelo parto vertical ou não.

Entendo que ao oferecer a opção de parturição na posição vertical, o profissional deve estar sensível para perceber se a proposição é coerente com o querer do casal, com suas crenças e valores ou seja, sua cultura. Que não seja utilizado como um modismo e imposição profissional, desrespeitando a cultura do casal.

A segunda etapa da caminhada que foi o cuidado no pré-parto, foi marcada pelo **cuidado presente** iniciado na **ambientalização**, consolidado no pré-parto e mantido durante o cuidado no Centro Obstétrico. Com o **cuidado presente**, pude estabelecer relações, criar vínculos, perceber dificuldades nas relações, vislumbrar semelhanças e diversidades. Portanto, este cuidado foi significativo e facilitador de todas as etapas vivenciadas e do cuidados junto aos casais.

O **cuidado presente** também foi a base de sustentação do **cuidado investigativo**, com o qual pude conhecer os casais em suas singularidades, percepções, crenças e valores.

Ao utilizar o **cuidado investigativo** no pré-parto, percebi junto a dois casais que estes partilhavam o padrão cultural aprendido sobre o processo de parir, com uma visão biomédica, no qual as intervenções eram vistas como necessárias e portanto, aceitas sem questionamento.

O **cuidado de apoio** foi além de oferecer ações de suporte e apoio diante do companheiro (homem-pai), foi, também, um estar cuidando dele, para que ele se sentisse fortalecido e em condições de participar ativamente no processo de cuidar. Esse cuidado foi um facilitador para a participação ativa do companheiro (homem-pai) no processo de parir.

O **cuidado de estímulo**, foi estimular para que o casal pudesse se auto cuidar durante o processo de parir, portanto o cuidado de estímulo esteve muito vinculado ao **cuidado de apoio**. Portanto, foram marcantes para que a participação ativa do casal acontecesse no processo de parir.

Busquei fronteiras e perspectivas junto aos casais, co-participando no processo identificação das diversidades e similaridades do cuidado. Portanto, para atuar na preservação, acomodação e repadronização do cuidado me alicerçava nas percepções, crenças e valores do casal, buscando satisfazer suas necessidades e assim proporcionando um processo de parir coerente e prazeroso.

O cuidado no pré-parto, também foi marcado pelo **cuidado obstétrico**, foi um diferencial no cuidado junto aos casais, pois este cuidado foi a base de sustentação para que os casais optassem pelo parto atendido por mim.

A terceira etapa da caminhada que foi o cuidado no parto, foi marcada por toda a singularidade do parto e o nascimento, momento de muitas emoções compartilhado entre a família e os profissionais. Portanto, todas as formas de cuidado utilizadas no pré-parto foram facilitadoras do atendimento ao parto e para um parto vivenciado num ambiente conhecido (**cuidado de ambientalização**), com pessoas conhecidas, portanto um parto mais humanizado.

A consolidação do **cuidado obstétrico**, com o atendimento ao parto, foi marcante para o fortalecimento do **cuidado vincular**, junto aos casais. Assim, como foi o momento no qual dois casais vivenciaram o parto vertical e um o horizontal. Mostrando que o **cuidado obstétrico** não é comprometido pela posição vertical ou horizontal do parir e que conseqüentemente o fortalecimento do cuidado vincular, também não.

O **cuidado obstétrico** também foi visto como um facilitador para a continuidade dos processos, pois com um casal foi muito difícil o estabelecimento do **cuidado vincular** e sem o **cuidado obstétrico** talvez este não tivesse se estabelecido. Os casais demonstraram uma forte relação vincular em função de eu ter atendido o parto. Este passou a ser um fato marcante e significativo para eles.

O **cuidado vincular**, se mostrou muito presente nesta etapa e foi um facilitador na transformação e consolidação da nossa relação.

O recém-nascido passou a ser o foco de atenção familiar, mostrando o **cuidado familiar** presente e forte no pós-parto e este aconteceu como conseqüência da ambientalização, da integração, do apoio e estímulo oferecidos e do vínculo formado.

Na quarta etapa da caminhada que foi o cuidado no pós-parto imediato ficou evidente a fadiga provocada pelo trabalho de parto, portanto o **cuidado respeitoso** às mulheres-mães, foi um facilitador para o **cuidado presente** junto aos recém-nascidos e seus pais.

O **cuidado presente** foi neste momento também um reforço para o **cuidado vincular** aos homens-pais, facilitando o **cuidado de apoio**, o **explicativo**, o **integrativo** e o **educativo**.

No pós-parto, na sala de recuperação, quando a família esta próxima a presença do

profissional não foi significativa para os casais, para eles o mais importante foi permanecer juntos acolhendo e curtindo o recém-nascido. Portanto, o **cuidado respeitoso** foi a base de sustentação deste momento tão importante para a nova família.

Com a quinta etapa da caminhada que foi a entrevista, pude resgatar muitos processos que estavam obscuros, conhecendo ainda mais os casais, assim como realizamos uma avaliação de todo o processo vivenciado no centro obstétrico. O **cuidado avaliativo** foi o mais importante nesta etapa, pois refletimos e compreendemos como as formas de cuidado aconteceram.

A filosofia de atendimento da Maternidade permite concretizar o desejo dos casais de compartilhar juntos o processo de parir. No entanto, alicerçada com o referencial teórico cultural, foi possível cuidar dando apoio e estímulo à participação ativa do homem-pai no processo de parir. Com isto, no **cuidado avaliativo** junto aos casais, eles consideraram a participação como transformadora, pois alteraram a visão que possuíam que era a de participação passiva no processo de parir.

Nos três casais o companheiro foi sem dúvida a pessoa mais desejada pelas mulheres-mães no processo de parir. O fato da filosofia da Maternidade assegurar a presença de um acompanhante, também, significou para essas mulheres-mães um grande respeito e congruência com suas crenças e o vivenciar esta experiência junto a seus companheiros (homens-pais) e com o **cuidado avaliativo** demonstraram que a presença do companheiro (homem-pai), gerou uma mudança no relacionamento do casal.

Dois casais traçaram um comparativo entre a experiência anterior de parturição, que foi o parto horizontal, com a atual, que foi o parto vertical, ressaltando que a diferença consistiu na própria posição, pois se faz menos força, é mais eficaz, mais rápido, menos intervencionista; favorece o protagonismo, é mais humanizado, natural e permite um compartilhar em família. Portanto a posição vertical foi vantajosa para a parturição.

A **repadronização** do parto vertical em detrimento do horizontal foi possível nos dois casais, porque foi uma experiência positiva e significativa para eles e nesses casos foi imediata, pois para parir a um tempo limitado, o que colaborou para a consolidação do processo, porém o tempo foi um limitante diante da maioria das necessidades de cuidado a

serem repadronizados.

O casal que não aceitou o parto vertical o fez alicerçado nas suas percepções, crenças, valores e experiência de parto anterior, que se manifestou de forma enfática.

A realização deste estudo junto aos dois casais, me transportou a reflexões sobre o parto vertical. De acordo com eles, possui um caráter menos intervencionista, fisiológico e, portanto, natural à essência feminina, podendo ser visto como mais uma opção ao casal frente a parturição. Por contemplar tais características, acredito que a modalidade de parto vertical, enquanto opção, venha também a contribuir para a diminuição à violência ao casal no processo de parir, no que tange ao modelo vigente assistencial, que oferece na maioria das instituições apenas o parto horizontal.

Com o **cuidado investigativo**, na entrevista pude ampliar o conhecimento das experiências anteriores de parturição, as percepções, crenças e valores dos casais, também, foi significativo para que eu compreendesse a escolha pelo parto vertical.

Após a parturição na vertical os dois casais que se propuseram à repadronização, possivelmente passarão a recomendar esta modalidade de parto. Transformando-se em agentes de divulgação do mesmo.

Com o **cuidado avaliativo** percebi que o respeito a cultura do casal passa, também, pela possibilidade em optar pelo parto vertical, como uma forma de colocar em prática um desejo compartilhado em família.

O processo de parir é envolto de singularidade, imprevisibilidade e é vivenciado num curto espaço de tempo, por tal motivo quanto mais tempo um mesmo profissional prestar o **cuidado presente**, estando ao lado, maior será a possibilidade de criar um vínculo e de prestar um cuidado cultural coerente.

Com o **cuidado avaliativo** percebi que com a vivência do cuidado cultural coerente, os casais demonstraram ter vislumbrado um processo de parir mais humanizado, menos intervencionista, compartilhado e prazeroso.

O profissional que presta cuidado durante o processo de parir, deve estar aberto para compreender e respeitar o casal, diante da visão de mundo trazida por ele e ser sensível para perceber que mesmo sendo um processo difícil, precisa se retrabalhar e se

repadronizar diante das situações de cuidado, para que haja possibilidade de um cuidado cultural coerente.

Portanto o cuidado prestado aconteceu de várias formas durante as diversas etapas da caminhada junto aos casais e estas receberam várias denominações: **cuidado de ambientalização, cuidado presente, cuidado investigativo, cuidado vigilante, cuidado explicativo, cuidado integrativo, cuidado relacionai, cuidado vincular, cuidado educativo, cuidado de apoio, cuidado respeitoso, cuidado obstétrico, cuidado igualitário e linear cuidado solidário** entre outros, que se encontram no corpo do estudo. Todas essas formas de cuidado foram parte integrante do cuidado cultural, ou seja, o conjunto das diversas formas de cuidado compuseram o cuidado cultural durante o processo de parir.

Ao realizar uma avaliação do referencial teórico de Leininger (1991), durante esta caminhada, percebi que trabalhar com o referencial teórico cultural foi um processo que exigiu maturidade, que eu não tinha no princípio, por isso eu acreditava que as percepções, crenças e valores eram difíceis de serem percebidas e não se mostravam com clareza, durante o processo de parir, quando agora percebo que os casais se mostram em sua cultura, estando impregnados por ela.

O trabalho de parto dentro de sua singularidade se mostrou como um fator limitante na atuação frente às formas de atuação propostas por Leininger (1991). **Repadronizar e acomodar** a maioria dos cuidados durante o processo de parir foram tarefas muito difíceis. Para que acontecessem de maneira mais natural, teria que ter um convívio longo, próximo e naquele momento não foi possível. Portanto, o convívio no Centro Obstétrico é um período muito curto comprometendo a atuação na acomodação e repadronização de muitos cuidados. Apesar disto, houve implementação dos três modos de ação. Ou seja, o “tempo” passado junto aos clientes, não inviabiliza a prática da teoria proposta por Leininger (1991), pelo contrário, a reforça e complementa.

A utilização deste referencial, favoreceu o resgate das crenças e valores do casal, contribuindo à diminuição da distância entre o universo do cuidado profissional e o universo do cuidado do popular, permitindo que casal e enfermeira fossem co-participantes no cuidado durante o processo de parir.

Portanto, pondero que é possível a utilização deste referencial teórico no Centro Obstétrico, mesmo levando em consideração a singularidade do processo de parir. O processo de parir é envolto de muitos significados que serão levados para vida futura do casal, por isso quanto mais coerente com sua cultura, mais significativo será.

**Portanto, passo a responder minha questão de pesquisa: Como o casal recebe a opção de parir na posição vertical?**

O casal recebe a opção de parir de acordo com sua visão de mundo, sua experiência de vida, sua experiência compartilhada do parto e nascimento, sua experiência anterior de parturição, seu momento de vida, suas percepções, suas crenças em relação ao parto, seus valores, quando sente necessidade do novo, da mudança, ou seja, de acordo com sua cultura.

**Como prestar assistência considerando a cultura do casal?**

Prestar assistência foi experienciar momentos repletos de riqueza, de prazer, de sofrimento, que exigiram um olhar muito atento, uma mudança de pensamento e comportamento que culminaram com a minha auto repadronização. Para isso foi necessário que eu lançasse mão das diversas formas de cuidado supracitadas que tiveram como base de sustentação o amor à enfermagem obstétrica e o respeito ao casal, pois sem eles não seria possível prestar um cuidado cultural coerente.

**A partir do exposto me sinto em condições de tecer algumas recomendações e sugestões:**

**1. Às instituições e profissionais que atendem ao ciclo gravídico-puerperal:**

- ◆ Que sensibilizem os profissionais, com cursos e vivências que auxiliem no despertar para a importância do respeito a cultura no processo de parir.
- ◆ Que coloquem em prática o cuidado de ambientalização, como uma maneira de familiarização com o ambiente, como um espaço para conhecer a cultura sobre o processo de parir, como um momento de trocas.
- ◆ Que abram suas portas e possibilitem o compartilhar o nascimento em família.

O homem-pai tem muito a contribuir e se beneficiar com sua participação no nascimento do filho. A mulher-mãe, também, pois conta com alguém de seu vínculo próximo que pode trazer-lhe tranquilidade, ajuda e segurança. E, o recém-nascido, por ser recebido por sua família.

- ◆ Que contemplassem uma filosofia de cuidado respeitosa ao processo de nascimento.
- ◆ Que ampliassem as opções para a posição de parturição, oferecendo a modalidade de parto vertical, buscando adquirir uma cadeira para o parto vertical, preparando seus profissionais, uma vez que não podemos negar a importância da tecnologia em benefício do processo de parir, assim como o respeito ao desejo do casal na parturição vertical.
- ◆ Que os profissionais que atendem ao pré-natal, que esclareçam as diversas modalidades do parir, o preparo corporal, entre outros, no sentido de ampliar a visão do casal sobre as posições para a parturição.

## **2. À Maternidade do HU e à equipe multiprofissional do Centro Obstétrico do HU:**

- ◆ Que não deixe nunca apagar a chama inicial da filosofia da Humanização do nascimento.
- ◆ Que promova instrumentalização da equipe para o cuidado cultural.
- ◆ Que promova uma sensibilização a todos os profissionais centrando o atendimento no cuidado respeitosa à família.
- ◆ Que esteja atenta à importância da formação de um cuidado vincular e respeitosa com as crenças e valores da família.
- ◆ Que esteja aberta para a possibilidade de um cuidado compartilhado, com decisões compartilhadas com a família.

Como resultado desta dissertação, me senti dando um salto qualitativo, tanto na vida pessoal quanto na profissional. Tenho consciência de que as questões levantadas foram o princípio de uma grande construção, que devem ainda suscitar muitas outras

discussões e aprofundamentos. Por este motivo fecho este momento utilizando as palavras de **MALSCHITZKY (1993, p. 15)** QUE diz: **“NENHUM CAMINHO DE SEMEADOR SERÁ VÃO...”**, por me sentir assim, como uma semeadora do cuidado cultural no processo de parir.



**CAPÍTULO 9**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**"Um Ambiente sem livros é como um corpo  
sem alma"  
(Cícero)**

Esta imagem foi escolhida por mostrar importância da vivenciada do contato familiar precoce. Fonte: a imagem foi extraída do folder do Ministério da Saúde para iniciativa Maternidade Segura. BRASIL - Oito passos para a maternidade segura. Brasília: maio, 1995.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Aldira Samantha Garrido Teixeira; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira Souza. Paternidade: o que é e o que pode ser. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 106.

---

\_\_\_\_\_. Medo do desconhecido: o significado da espera do parto para o pai. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 550.

ALBUQUERQUE, Karla Alexandra de; PONTES, Cleide Maria. Parto normal X parto cesáreo em um hospital universitário em Recife-PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 540.

ALEXANDER, j. et al. Teoria de los cuidados culturales. **Modelos y teorías en enfermería**. 3ª. ed, Madrid: Harcourt Brace, 1997, 530 p.

ALDAMA, Érica de Oliveira e LEITE, Viviam Risério Dourado. O parto cesáreo no município de Montes Claros. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 93.

ALMEIDA, Francisca D. O. ; KANTORSKI, Luciane Prado. Humanização do processo de nascimento e parto. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 544.

AMARAL, Ana Carolina Bhering Alves do; MACEDO, Adriana Costa; REZENDE, Ceny Longhi & OLIVEIRA, Elmari de. Percepção das gestantes em relação aos partos cesárea e normal. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 523.

- BEIRÃO, Cristina. **O cuidado no processo de parir/nascer para um viver saudável.** Florianópolis: UFSC, 1996, 51 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- BERNARDINO, Cristiane Locks; MACHADO, Libiana Carla Bêz; MARCHI, Telma Angelita. **O cuidado no processo de parir nascer para um viver saudável.** Florianópolis: UFSC, 1996, 66p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- BERTHERAT, Marie; BERTHERAT, Thèsèse; BRUNG, Paule. **Quando o corpo consente.** São Paulo: Martins Fontes, 1997, p. 117.
- BETHEA, Doris C. **Enfermagem obstétrica básica.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982, 362 p.
- BIAZI, Ana Paula Pereira; SANCHES, Janaína Pachele & SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês. Historicidade do processo de maternidade: experiências de mulheres de várias gerações. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 535.
- BOEHS, Astrid Eggert. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família.** Florianópolis, UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- BONADIO, Isabel Cristina et al. Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas Escolas de Enfermagem do Brasil. **Revista Nursing**, São Paulo, n. 8, p. 25-29, janeiro, 1999.
- BRASIL – Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. ° 196/96 – sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: 1996.
- BRASIL – Ministério da Saúde. **Oito passos para a maternidade segura.** Brasília: maio, 1995.
- BRASIL. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos - **Saúde materna componente essencial dos direitos reprodutivos,** 1998.
- CALDEYRO-BARCIA, R. et al. **Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal (Conferência dictada por el).** Tóquio, 1979.
- CARPER, Bárbara A. **Fundamental patterns of knowing in nursing.** Aspen Systems Corporation. 0161-92-68:13-23, 1978.

- CENTA, M. L. **Experiências vivenciadas pelos homens durante a primeira gravidez e parto de suas mulheres.** Florianópolis, UFSC, 1981. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1981.
- COLOMBO, Ana Lúcia; KONESCKI, Heloisa F. P. ; CAMPOS, Maria Elisa Vieira; SOARES, Sandra Regina da C. **Promovendo vínculo afetivo: mãe/filho/acompanhante.** Florianópolis: UFSC, 1995, 271 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa. **O parto natural: uma nova proposta de humanização.** In: 51º Congresso brasileiro de enfermagem - resumos dos trabalhos de temas livres. Florianópolis, 1999, p. 94.
- D'ÁVILA, Daniela; KOETTKER, Joyce. **Uma viagem cultural e humanística pelo processo de parir.** Florianópolis: UFSC, 2000, 170 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- DELASCIO, Domingos, GUARNIMENTO, Antônio. **Obstetrícia Normal Briquet.** 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1987. 473 p.
- DULDT, Bonnie W.E., GIFFIN, Kin. In: MONTICELLI, Marisa. Uma Proposta de cuidar utilizando um modelo de referência cultural. **O nascimento como rito de passagem : uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** São Paulo: Robe, 1998, p. 67.
- DUNDES, Lauren. **A evolução da posição materna do parto.** Tradução por Daphne Rattner. São Paulo: Seção Saúde Pública Então e Agora, 1996. 7 p. Tradução de: Evolution of childbirth.
- ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village.** San Francisco: University of California, 1984. Tese (Doutorado em Ciência da Enfermagem), University of California , 1984.
- FARIAS, Simone, WOLF, Karina dos Santos & SCHIEFFELBEIN, Cibele. **Do hospitalar ao domicílio: continuando o cuidado ao binômio mãe e filho, na iniciação do rito de passagem do nascimento, inserindo o pai no processo de cuidar.** Florianópolis: UFSC, 1998, 90 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing.** Philadelphia: F. a Davis, 1982.

- FERREIRA, Tadeu Nunes; MATOS, Liliam Alkmim; MATOS, Fabrícia Vieira de & MENDES, Siderllany Aparecida Vieira. Percepção de um grupo de homens sobre a gravidez e o puerpério. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 558.
- FREITAS, Fernando e cols. **Rotinas em Obstetrícia.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 424p.
- FREITAS, Paulo Fontoura. The epidemic the cesarean sections in Brazil. Factors influencing type of delivery in Florianópolis, south Brazil Londres, 1999. Doutorado em Medicina. University of London. 1999.
- GAYESKI, Michele Ediane & MILLÃO, Luiza Fernandes Milão. O parto natural: uma nova proposta de humanização. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 94.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978, 323p.
- GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 287-299.
- GRELLE, Francisco Carlos; AMARAL, Luiz Bethoven D. **Obstetrícia.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1981. 917 p.
- GONÇALVES, Daniela; FRANZON, Joseila Cristina. **Do hospital ao domicílio: cuidando ao binômio mãe-filho, na iniciação do rito de passagem do nascimento.** Florianópolis: UFSC, 1997, 160 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- GONÇALVES, Daniela; FURLANI, Dionice. **Parto domiciliar e institucional: navegando na busca do divisor de águas.** Florianópolis, 2000. Monografia (Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica). Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.
- GREGÓRIO, Vitória Regina Petters; GARCIA, Olga Regina Zigeli & COSTA, Roberta. Percepção e sentimentos do casal grávido e da equipe de saúde, quanto a presença ou ausência do pai no centro obstétrico. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 526.
- GUALDA, Dulce Maria Rosa e HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo sobre Teoria Transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 26, n. 1, p. 75-86, 1992.

- GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza. Um estudo etnográfico da vivência do parto.** São Paulo, 1993. Tese de Doutorado apresentada à escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 2ª ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1994, 333 p.
- HENCKEMAIER, Luizita. **O cuidado transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática.** Florianópolis: UFSC, 1999, 152 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- KITZINGER, Sheila. **A experiência de dar à luz.** São Paulo: Martins Fontes, 1987, 258 p.
- KOLLER, Evely Marlene Pereira. **Cuidando de famílias sob o impacto do vírus HIV em seu espaço sócio-cultural.** Florianópolis: UFSC, 1992, 144 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- LANGDON, Esther, J. **Conceito de cultura.** Florianópolis, 1991, 8 p. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. **A relação saúde e cultura.** Florianópolis, 1994, 7 p. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. **Negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os sionas no contexto pluri-étnico.** Trabalho apresentado para o Concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina em 5 de janeiro de 1994.
- LANGER, Marie. **Maternidade e sexo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, 266 p.
- LARGURA, Marília. **Assistência ao parto no Brasil.** São Paulo: 1998, 155 p.
- LEBOYER, Frédérick. **Se me contassem o parto.** Tradução de Ivone Benedetti. São Paulo: Ground, 1998.
- LENARDT, Maria Helena. **O Vivenciar do Cuidado Cultural na Situação Cirúrgica.** Curitiba. 1996, 144 p Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Polo I - Universidade Federal do Paraná. 1996.
- LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: Wiley & Sons, 1978.
- \_\_\_\_\_. **Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade.** In: **Anais Primeiro SIBRATEN UFSC.** Florianópolis, 20-24 maio de 1985, p. 255-288.

---

\_\_\_\_\_. **Qualitative research methods in nursing.** Orlando: Gruner, 1985. 361 p.

---

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York : Natinal League for Nursing Press, 1991, 351 p.

LOPES, Juliana Cristina; BURGATTI, Juliane Cristina & SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraldês. Parto normal ou cesariana? Estudo entre mulheres que vivenciaram os dois tipos de parto. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 104.

MACY, Christopher & FALKNER, Samuel Pfromm. **Gravidez e parto: prazeres e problemas.** São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda. , 1981, 128 p.

MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. **Eu, você - nós: co-partícipes no educar.** Florianópolis: UFSC, 1994, 170 p. Disserta o (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Gradua o em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MAESTRI, Eleine e SUIAN de Liz. **Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural.** Florianópolis: UFSC, 1997, 140 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Gradua o em Enfermagem.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez.** Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

MALDONADO, Maria Tereza. **Nós estamos grávidos.** 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva. 2000, 208 p.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez.** . 15<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva. 2000, 229 p.

MARTINS, João A. Prata. **Manual de Obstetrícia - 1. Fisiológica.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 1982. 289 p.

MALSCHITZKY, Donald. **Cabeça de vento.** 2<sup>a</sup> ed. Joinville: Edi oes Ip . 1993.

MATOS, Rita de Cássia Pontes; COUTINHO, Kátia; GOMES, Leila & SILVA, Ana Palmira P. C da. Maternidade Leila Diniz - um modelo de assistência. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 554.

MATTOS, Cláudia Marcelino e BUNN, Fernanda. **Do hospital ao domicílio: continuando o cuidado ao binômio mãe-filho, na inicia o do rito de passagem do nascimento.** Florianópolis: UFSC, 1998, 123 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Gradua o em Enfermagem.

- MEAD, Margaret. **Male and female. A study of the sexes in a changing World.** Morrow & Company, New York, 1949. In: LANGER, Marie. *Maternidade e sexo.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, 266 p.
- MINATTI, Fabiana; MENEZES, Joyce, KLEIN, Patrícia Adriana & MELO, Simone de. **O processo de parir: uma experiência assistencial do cuidado de enfermagem baseado na teoria transcultural de Madeleine Leininger.** Florianópolis: UFSC, 1997, 134 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- MINAYO, M<sup>a</sup> Cecília de Souza et al. A Construção do projeto de pesquisa. **Pesquisa Social**. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998, p. 40.
- MINAYO, M<sup>a</sup> Cecília de Souza. Fase exploratória da pesquisa. **O desafio do conhecimento.** 5<sup>a</sup> ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998, p. 92.
- MITT, Gerda. **Guia da parteira leiga domiciliar.** Curitiba: Redijo, 1974, 34 p.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem : uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.** Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- 
- O nascimento como rito de passagem : uma abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascidos.** São Paulo: Robe, 1998.
- MONTGOMERY, Malcolm et al. **Tocoginecologia psicossomática.** Almed. São Paulo, 1993, 234 p.
- MONTGOMERY, Malcom. **O novo pai.** São Paulo: 2<sup>a</sup> ed. Editora Gente, 1998.
- NASCIMENTO, Maria da Graça do. **Interesses e preocupações a respeito do parto: gestantes presentes na unidade de pré-natal do amparo maternal.** São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica) Curso de Pós-graduação em Enfermagem – Escola Paulista de Medicina.
- NITSCHKE, Rosane G. **Nascer em família: o caminho da interação familiar saudável.** Florianópolis, UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico.** São Paulo: Tao editora, 1982, 161 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996, 53 p.
- PACIORNIK, Moysés. **Aprenda a nascer e a viver com os índios.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, 154 p.

- PACIORNIK, Moyses. **Parto de Cócoras**. 2ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense. 1981. 183 p.
- PARANÁ. Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Parto humanizado - direito de toda mulher**. 2000.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/Cuidado à famílias da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade - prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bio-ética numa abordagem holístico ecológica**. Florianópolis, UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- PEREIRA, Marcelo. **Compartilhando com o pai o processo de nascimento em família, através de uma abordagem cultural de cuidado**. Florianópolis: UFSC, 1999. 120 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- PONTES, Cleide Maria; CANTARUTTI, Lêda Maria Lima & SILVA, Nisabel Souza. **A participação do companheiro na consulta pré-natal**. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres**. Florianópolis: Metrópole, 659 p. p. 553.
- READ, Grantly Dick. **Childbirth without fear**. Harper Brothers Publishers, New York and London, 1944. In: LANGER, Marie. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, 266p.
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. 1211 p. REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.
- RIBEIRO, Janaína Mery, CAMPOS, Olindina Renaud Pacheco de. **Proposta de Assistência de Enfermagem à Parturiente, Baseada na Teoria de Imógene King**. Florianópolis: UFSC, 1996. 136. p. Trabalho de Conclusão de Graduação em Enfermagem na VIIIª Unidade Curricular da UFSC.
- RODRIGUES. Livia Penna F. **Dar à luz-renascer**. São Paulo: Àgora, 1997, 109 p.
- SABATINO, Hugo. **Parto Vertical**. Revista Brasileira de Medicina. São Paulo, v. 8, n. °2, abril. 1997. p. 51-64.
- SANTINI, Maristela Égide. **Estigma na Hanseníase: uma proposta de educação participativa na assistência de enfermagem com enfoque cultural**. Florianópolis: UFSC, 1998, 110 p. Dissertação de Enfermagem.

- SANTOS, Andreia de Fátima; STEUPP, Mirtes Andreia & SAUCEDO, Tatiana. **Vivendo o processo de nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural.** Florianópolis: UFSC, 1997, 151 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.
- SANTOS, Odaléa Maria Bruggemann dos; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota & Roberta Costa. O prazer de vivenciar o processo de gestação e parto. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, 659 p. p. 533.
- SANTOS, Odaléa Maria Bruggemann. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo de nascimento.** Florianópolis, UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- SANTOS, Vania Sorgatto Collaço dos. Atuação da enfermeira junto ao casal no processo de parir embasada na Teoria de Madeleine Leininger. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 535.
- SILVA, Yolanda Flores; FRANCO, Maria Celsa . **Saúde e doença. Uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livro, 1986.
- SILVEIRA, Isolda Pereira da. Os sentimentos das mulheres que receberam assistência ao parto humanizado. PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 566.
- SILVEIRA, Paulo. **Exercício da paternidade.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1998. 223 p.
- SIQUEIRA, Ana Rita Souza; SILVA, Jair Magalhães & GALVÃO, Mary Lúcia Souto. O nível de satisfação das parturientes em relação ao parto normal e ao parto cesáreo PE In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, 1999, Florianópolis. **Resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis: Metrópole, out., 2000. 659 p. p. 535.
- SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, 124 p.
- SOMACAL, Luiz Fernando. **Manual de Terapêutica Ginecológica e Obstétrica: Assistência ao Parto.** Florianópolis: ACM, 1997. p. 103 -7.
- STAHL, Aglaé; LOCATELLI, Josiane & DELAITI, Zelma. **Do hospitalar ao domicílio: continuando o cuidado ao binômio mãe e filho, na iniciação do rito de passagem do nascimento, inserindo o pai no processo de cuidar.** Florianópolis: UFSC, 1998. 112 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem.

TORNQUIST, Carmem Susana. **Mães em velhas mãos: partos e parteiras na Ilha de Santa Catarina.** Florianópolis: 1998, 64 p. Trabalho não publicado

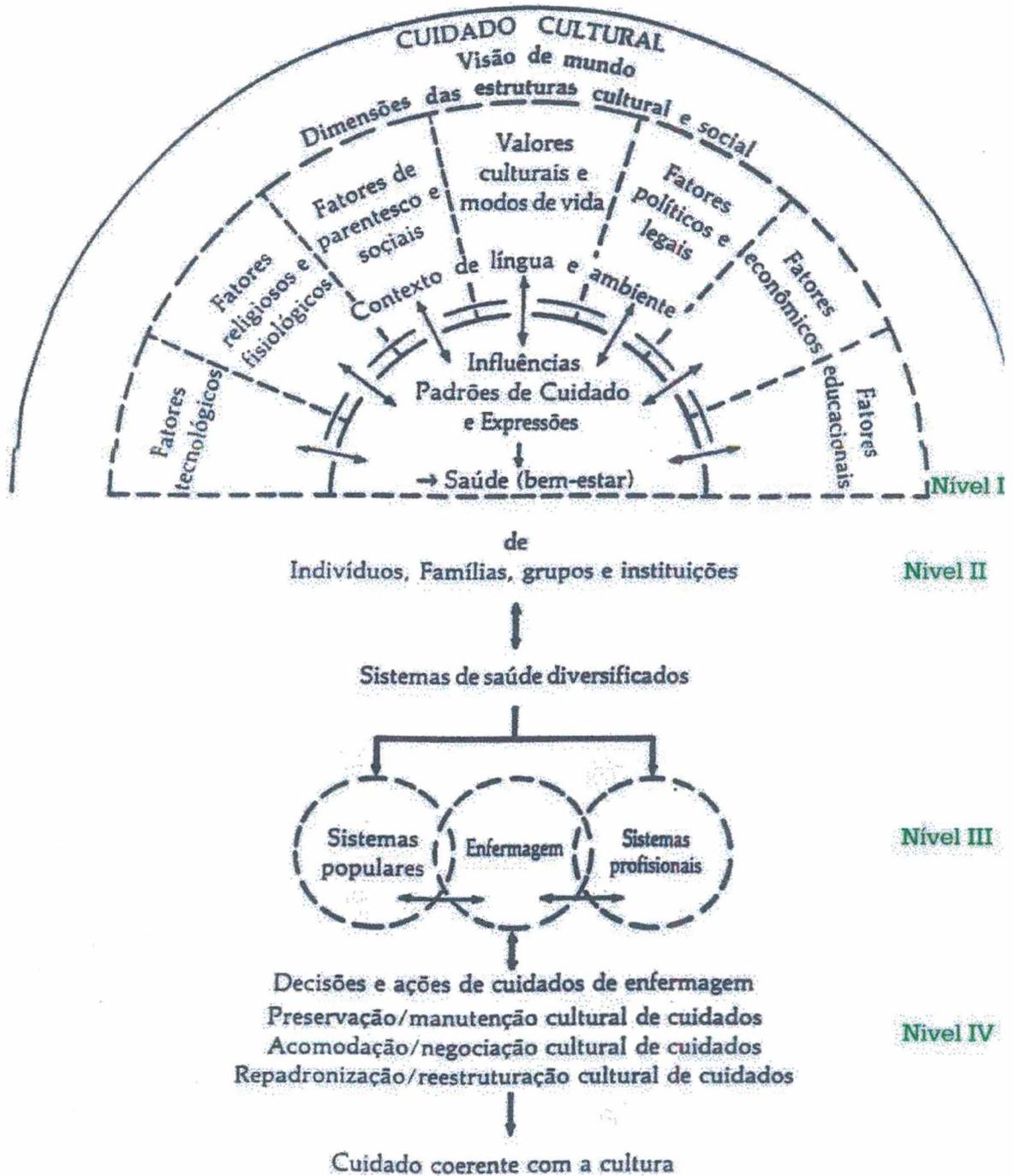
TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lígia. **Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: 1999, p. 26 -9.

XAVIER , Iara de Moraes et al. **A enfermeira na prática do cuidar da parturiente In: 51º Congresso brasileiro de enfermagem - resumos dos trabalhos de temas livres.** Florianópolis, 1999, p. 560.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1

## (Modelo Sol Nascente)



## **ANEXO 2**

(Roteiro da coleta dos dados, para traçar o perfil das mulheres internadas, na Maternidade do HU, no mês de dezembro de 1998)

1. Idade
2. Escolaridade
3. Estado civil
4. Cor
5. Profissão
6. Procedência
7. Antecedentes obstétricos:  
GESTA:            PARA:            ABORTOS:
8. Quem foi o acompanhante na internação no CO

## ANEXO 3

### Consentimento Livre e Esclarecido

É de nosso conhecimento que a enfermeira Vania Sorgatto Collaço dos Santos, mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo um estudo com casais/Rn no processo de parir, na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC.

Sua proposta de estudo consiste em prestar um cuidado cultural coerente, no processo de parir, embasada na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que se inicia no Centro Obstétrico e se conclui com visitas no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário e, em caso de necessidade também serão agendadas visitas domiciliares no pós-parto.

Concordamos em participar de forma livre e espontânea da proposta de estudo, podendo desistir a qualquer momento, assim como de ter garantido(a) a confidencialidade e anonimato. Bem como que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Estamos de acordo que se faça uso de gravador durante o processo de parir e na entrevista .

\_\_\_\_\_ Assinatura da parturiente

\_\_\_\_\_ Assinatura do companheiro

\_\_\_\_\_  
Assinatura da parturiente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do companheiro

# ANEXO 4

## Roteiro para Entrevista no Pós-Parto

### Dados de Identificação

<b>Mulher-mãe</b>	<b>Homem-pai</b>
<b>Idade:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Escolaridade:</b>	<b>Escolaridade:</b>
<b>Profissão:</b>	<b>Profissão:</b>
<b>Religião:</b>	<b>Religião:</b>
<b>Número de filhos:</b>	<b>Número de filhos:</b>
<b>Quanto partos o companheiro participou:</b>	
<b>Estado Civil: casada ( ) solteira( ) União estável( )</b>	

1. Porque procuraram o HU para ter parto?
2. O que vocês sabiam sobre parto? Quem lhes falou?
3. Quando se fala na palavra parto, o que lhes vem a cabeça? (relatando em poucas palavras)
4. Qual a origem familiar, tradição de ambos?
5. Como se sentiram durante a experiência do processo de parir? (aspectos positivos e negativos)
6. Como foi ser acompanhante durante a internação na Maternidade do HU?
7. Como foi estar acompanhada pelo companheiro durante a estadia na maternidade?
8. O que significou o parto para vocês?
9. Qual foi o tipo de parto realizado? Vertical ( ) Horizontal ( ) Cesárea ( ) Por que?

**Este roteiro será um guia norteador à entrevista.**

## **ANEXO 5**

# **Questionamentos a respeito da(s) experiência(s) anterior(es) de parturição, buscando saber :**

### **QUESTIONAMENTOS A RESPEITO DA(S) INTERNAÇÃO(ões) ANTERIOR (es):**

1. Como foi esta(s) experiência(s)?
2. Aonde foi?
3. Quem foram às pessoas ou profissionais que prestaram cuidados?
4. Quem esteve por perto?
5. Se recebeu orientações e quem as deu?

### **QUESTIONAMENTOS A RESPEITO DA INTERNAÇÃO ATUAL:**

1. Qual a razão da escolha pelo companheiro como acompanhante nesta internação?
2. Porque decidiram aceitar a opção pelo parto vertical?
3. Porque não aceitaram a opção pelo parto vertical?

#### **Objetivo:**

- identificar o sistema popular de cuidado do casal.
- diferenciá-lo do sistema profissional de cuidado.

## **ANEXO 6**

### **Apresentação da Mestranda**

**VANIA SORGATTO COLLAÇO DOS SANTOS**

**\*\* Mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC e Enfermeira Obstétrica assistencial do Centro Obstétrico do HU-UFSC.**

Coloco-me a disposição do casal para que em caso de necessidade de orientações ou ajuda no pós-parto me procurem nos endereços que abaixo descrevo.

**\*Endereço.:**

Avenida Amaro Antônio Vieira, 1200, B-01, Apto 102, Itacorubi.  
CEP.: 88.034-100.

E-mail- [vania@unetsul.com.br](mailto:vania@unetsul.com.br).

**Telefone:**

Comercial: HU – 331-9095 ramal 204 – Centro Obstétrico.

Residencial: 334-1432 ou 971-7789.

# ANEXO 7 - Filosofia da Maternidade do HU

Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:

- em se prestando assistência, se ensina;
- é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Cárter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;
- a atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado, segundo Cárter;
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligados à saúde da mulher-RN-família devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter-se em benefício de uma melhor assistência;
- a equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionarem;
- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Outubro de 1995.