

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**IARA SIMONI SILVEIRA FEYER**

**RITUAIS DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS NO PARTO  
DOMICILIAR EM FLORIANÓPOLIS-SC**

**FLORIANÓPOLIS  
2012**



**IARA SIMONI SILVEIRA FEYER**

**RITUAIS DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS NO PARTO  
DOMICILIAR EM FLORIANÓPOLIS-SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Marisa Monticelli  
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS  
2012**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

F434r Feyer, Iara Simoni Silveira

Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis - SC [dissertação] / Iara Simoni Silveira Feyer ; orientadora, Marisa Monticelli. - Florianópolis, SC, 2012.

251 p.: quadros.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Parto (Obstetrícia). 4. Enfermagem domiciliar - Florianópolis (SC). I. Monticelli, Marisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**IARA SIMONI SILVEIRA FEYER**

**RITUAIS DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS NO PARTO  
DOMICILIAR EM FLORIANÓPOLIS-SC**

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

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 07 de fevereiro de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora

**BANCA EXAMINADORA:**



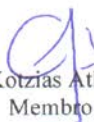
Dra. Marisa Monticelli  
Presidente



Dra. Carmen Susana Tornquist  
Membro



Dra. Astrid Eggert Boehs  
Membro



Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha querida orientadora, Professora Marisa Monticelli, pessoa pela qual tenho grande respeito e reconhecimento. Grata por me guiar nas trilhas da etnografia, por me ajudar a ver “além do olhar”, na busca pelos rituais de cuidado, acreditando em mim em todos os momentos; por me ensinar a usar lápis para escrever minhas ideias, e borracha para apagá-las, deixando sempre aberta a possibilidade de escrever ideias ainda melhores.

Agradeço à minha pequena grande família, ao meu amado Francisco Bomfim, companheiro e amigo de todas as horas, que cuidou de nós durante esses dois anos. Mesmo nas situações mais difíceis, teve serenidade para manter nossa família equilibrada. Tenho certeza que o nosso amor cresceu!! Agradeço à minha filha Maria Flor, pela compreensão. Mesmo eu estando ausente em alguns momentos, acompanhei suas grandes conquistas: aprendeu a ler, escrever e a andar de bicicleta. Ainda vi seus primeiros dentes caírem, quantas novidades!!!! Agradeço à minha caçula, Nina Morena, pelo olhar carinhoso e gentil, pelas “cartas de amor” e os desenhos que me mandava por debaixo da porta, silenciosamente, para não atrapalhar meus estudos. Estes, muitas vezes, me fizeram chorar. Francisco, Maria Flor e Nina, esse trabalho é dedicado a nós!!!

A melhor maneira de descrever a confecção desse trabalho é usando a metáfora de uma gravidez com todas as suas etapas, desde a fase embrionária, até a gestação, trabalho de parto e, enfim, o parto. Dessa forma, agradeço às pessoas que me ajudaram, nos diferentes momentos, na construção dessa dissertação:

### **Fase embrionária**

Agradeço à Enfermeira Vania Sorgatto Collaço, por abrir as portas do partear em minha vida. Você me ensinou muito do que eu sei. Além de ter amparado minhas duas filhas, me incentivou a continuar estudando e pesquisando.

Agradeço à Professora Evanguelia Kotzias A. dos Santos, por ter me orientado no trabalho de TCC, me ajudando a refletir sobre o papel da

enfermeira na assistência ao parto domiciliar, e por ter me instigado a continuar trilhando o caminho da pesquisa.

Ao GRUPESMUR, pelos valiosos encontros mensais, que tanto me ajudaram na construção do projeto de pesquisa, acolhendo as minhas ideias e transformando-as em ações concretas.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, bem como aos colegas dessa turma de mestrado, que me ajudaram na construção do projeto de pesquisa, com valorosas contribuições.

### **A gestação**

Agradeço de coração às “Hanamigas” (Enfermeiras Vania Sorgatto, Joyce Green, Renata Burigo, Mayra Calvette, Clariana Condé, Manuela Velho, Tania Scheidt e Juliana Jacques). Vocês, na verdade, são amigas raras, parceiras incansáveis das madrugadas no partejar. Grata pelo apoio, pelo carinho, pela palavra amiga e pelo incentivo.

Aos membros da banca de qualificação – Professoras Odaléa Maria Brüggemann, Carmen Susana Tornquist, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e Marialda Martins. Grata pelas valorosas contribuições. O momento da banca de qualificação foi um marco importante na confecção deste trabalho.

Agradeço aos “casais grávidos”, atendidos pelas enfermeiras da equipe “Hanami – Parto Domiciliar Planejado” que, no decorrer dessa pesquisa, abriram suas casas para que eu pudesse entrar com o olhar investigativo de “estrangeira”. Através de vocês, presenciei lindos nascimentos e, juntos, compartilhamos grandes emoções.

Aos amigos e amigas, companheiros de uma caminhada espiritual, agradeço pela compreensão de minha ausência nesse período. Mesmo distante, me senti acolhida nos momentos em que precisei de vocês. Eu não saberia viver num mundo sem amigos.

Agradeço aos meus pais (José Mauro e Paola) e aos meus irmãos (Jane, Renato e Samuel), por todo apoio e incentivo. Vocês são as raízes que me nutrem de bons sentimentos, de boas lembranças. Em vocês encontro forças para continuar... está sendo bom reencontrá-los nessa



vida, reviver e multiplicar esse amor! Maria, Nina, Beatriz e Lorena são as primeiras flores da nova geração. Que venham as outras!

Tem gente que é afortunada em ter mais pais, eu sou uma delas, e presto aqui meu reconhecimento e agradecimento a essas pessoas que tanto amo: Teodoro e Maria Irigaray, pelo amor e acolhimento que recebemos quando nessa ilha chegamos e que perduram até hoje; e aos queridos Paulo Afonso e Léa Conde – não tenho palavras para agradecer todo amor e todo apoio que vocês dão à minha família. Espero um dia poder fazer aos outros, o que vocês fazem por mim.

Aos meus familiares que moram no Rio de Janeiro, em especial Beth Salgueiro e Pedro Feyer, pais do meu companheiro, por todo apoio dado durante esse período. É bom fazer parte dessa família.

Aos parceiros do partear: Dra. Roxana Knobel e Dr. Marcos Leite dos Santos, grata por tudo que me ensinaram durante esses anos de convivência.

## **O trabalho de parto**

Faço aqui um agradecimento especial às amigas Renata Búrigo, Clariana Condé, Hizumi Lua e às comadres Fabíola Pozza, Paula Condé, Gabriela Gonçalves, Elisabete Alves e os amigos Leonardo Moura e Gabriel Condé por terem me ajudado, nesse período, a cuidar das minhas filhas, sempre que precisei. Foi imprescindível contar com o apoio de vocês nessa fase. A vida fica muito mais fácil com vocês ao meu lado.

Agradeço às autoras da Antropologia; especialmente, à Dra. Carmen Susana Tornquist e à Heloísa Regina de Souza, pelas dicas, pelos livros emprestados, pelas trocas. Com segurança, afirmo que muito me inspirei em suas obras.

## **Parto**

O parto, do ponto de vista de quem está parindo, é suado, é pelejado. Do ponto de vista de quem está nascendo, é a novidade e a celebração. Essa é a alusão que eu faço sobre o processo que eu vivi para fazer nascer esse trabalho. Escrever uma dissertação representou mais do que a obtenção de um título, e sim, uma conquista pessoal que me levou a reconhecer a minha capacidade de alcançar meus objetivos.

Agradeço aos membros da banca de sustentação da dissertação, Professoras Doutoras Carmen Susana Tornquist, Evangelia Kotzias A. dos Santos e Astrid Eggert Boehs (titulares), e à Dra. Roberta Costa (suplente), pela leitura cuidadosa desse trabalho e pelas relevantes contribuições. Agradeço também à doutoranda Marialda Martins, pelo incentivo e apoio nas apreciações.

FEYER, Iara Simoni Silveira. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**, 2012. 251f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Data de defesa: 07/02/2012

## RESUMO

O retorno do parto para o ambiente da casa propõe olhar para o nascimento como um ritual transformativo, que incorpora a valorização da ambiência e do protagonismo dos participantes. Esta pesquisa etnográfica teve como objetivo compreender os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias no pré, trans e pós-parto domiciliares, sob aporte teórico dos ritos de passagem, da antropologia interpretativa e da enfermagem transcultural. Foi desenvolvida com 25 famílias que foram atendidas por enfermeiras obstétricas, em Florianópolis-SC, entre agosto de 2010 e abril de 2011, através de observação e entrevista. Os dados foram analisados por apreensão, síntese, teorização e transferência. A dissertação contempla cinco artigos. O primeiro constituiu-se numa revisão de literatura, o segundo apresenta o perfil dos participantes e os três últimos, os resultados da etnografia. Assim, o terceiro artigo, que objetivou compreender os rituais de cuidado realizados antes do parto, mostra que a experiência é construída no âmbito do “casal grávido”, sendo a casa considerada local sagrado para a vivência de experiência parturitiva que agregue valores existenciais ao parto e nascimento. As mulheres dedicam atenção especial para o preparo do corpo e da mente, a fim de concretizar o ideário. Os preparativos para a chegada do bebê simbolizam arrumar o “ninho” para receber o novo integrante da unidade familiar. O quarto artigo, que visou a elucidação dos rituais de cuidado realizados pelas famílias durante a vivência do parto, revela rituais relacionados à ambiência no dia “D”, à *performance* da família durante as contrações da parturiente, às ações de celebração pela chegada do recém-nascido e aos rituais de cuidado desenvolvidos com relação à placenta. Os resultados mostram que essas famílias são adeptas de um estilo “naturalístico” e o parto é vivenciado com participação, autonomia e respeito. As famílias vivenciam o dia do parto como um

ritual de passagem que é da família, e não dos profissionais ou da instituição hospitalar. Finalmente, o quinto, realizado com o intuito de compreender os rituais de cuidado que as famílias desenvolvem logo após o parto e o nascimento, identifica que os cuidados são centrados num sistema familiar que “naturaliza” construções culturais voltadas ao poder da natureza, à força da mulher que dá à luz e à vida ecologicamente valorizada. Conclui-se que os rituais de cuidado das famílias estão relacionados a uma visão de mundo que valoriza o que é “alternativo” ao modelo cultural vigente, incluindo aí a assistência ao parto centrada na biomedicina. Os “casais grávidos” têm tendência de aderir a práticas de autocuidado, voltadas para princípios definidos como de uma “vida natural”, e buscam alternativas para a vivência de parir e nascer, de forma menos intervencionista e mais respeitosa para a mulher e o recém-nascido, embasados no lema de que o parto é uma experiência familiar. A compreensão desses rituais é de fundamental importância para que a assistência profissional, especialmente das enfermeiras obstétricas que atuam nos domicílios, seja pautada em práticas culturalmente congruentes e significativas para as famílias.

**Palavras-chave:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Comportamento Ritualístico. Cultura.

FEYER, Iara Simoni Silveira. **Families' rituals of care in homebirth in Florianópolis-SC**, 2012. 251s. Dissertation (Master in Nursing) – Post-graduation Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

Advisor: Marisa Monticelli, Ph.D.

Research Line: Care and the process of living, being healthy and becoming sick

Dissertation defense date: 07/02/2012

## ABSTRACT

The return of childbirth to home environment under obstetric nurses' assistance proposes to look at birth as a transformative ritual that incorporates environment and leader participants' valorization. This ethnographic research aimed to understand rituals of care developed by families before, during and after childbirth, using a theoretical basis from rites of passage, interpretative anthropology and transcultural nursing. The research was developed with 25 families attended by obstetric nurses, in Florianópolis-SC. Data collection occurred from August 2010 to April 2011, by using participant observation and interview. Data were analyzed in four stages: apprehension, synthesis, theoretical operation and transference. The results includes five articles. The first consisted of a literature review, the second presents a profile of participants and the last three, the results of ethnography. This way, the third article, which aimed to understand the rituals of care performed before delivery, shows that experience is built within the "pregnant couple", and home is considered sacred place for living a labor experience which aggregate existential values to the phenomena of giving birth and being born. Women pay particular attention to preparing the body and mind in order to accomplish homebirth ideology. The preparation for baby's arrival includes actions that symbolize to arrange the "nest" for receiving the new component of the family unit. The forth article, which focused on elucidating rituals of care performed by families during labor experience, reveals rituals related to atmosphere on "d-day", to family performance during the woman's labor contractions, to actions celebrating the newborn's arrival and rituals of care developed toward the placenta. The results show that these families follow a "naturalistic" style and that childbirth is lived with participation, autonomy and respect. Families live childbirth day as a rite of passage which is family's and not professionals' or hospital

institution's. Finally the fifth article, elaborated in order to understand rituals developed by families soon after labor and birth, identifies that cares are centered in a family system that "naturalizes" cultural constructions oriented toward the Nature "power", the strength of the woman who gives birth and toward an ecologic valued life. It concludes that families' rituals of care are related to a world vision which values what is "alternative" to current cultural model, including childbirth assistance focused on biomedicine. "Pregnant couples" have a tendency to adopt self-care practices oriented towards definite principles such as "natural life", and they search for alternatives to experience giving birth and being born in a less interventionist and more respectful way toward the woman and the newborn, based on motto "labor is a family experience". Understanding these rituals is fundamentally important in order to professional assistance, especially that practiced by obstetric nurses in residences, be oriented by culturally congruent practices meaningful for the families.

**Keywords:** Homebirth. Obstetric Nursing. Ritualistic Behavior. Culture.

FEYER, Iara Simoni Silveira. **Los rituales de cuidado de la familia en el parto en casa, en Florianópolis-SC**, 2012. 251f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Monticelli

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser sano y adolecer

Fecha de la defensa de la Disertación: 07/02/2012

## **RESUMEN**

El regreso del parto al hogar propone ver el nacimiento como un ritual de transformación que incorpora la valorización del ambiente y la apreciación de los roles de los participantes. Se trata de una investigación etnográfica, con la finalidad de comprender los rituales de cuidado que son desarrollados por las familias antes, durante y después del parto en casa, cuya base teórica son los ritos de pasaje, la antropología interpretativa y la enfermería transcultural. El estudio se desarrolló con 25 familias atendidas por enfermeras obstétricas, en Florianópolis, Santa Catarina – Brasil. La recolección de datos se produjo a partir de agosto 2010 hasta abril 2011, a través de la observación y entrevistas. El análisis de los datos se hizo en comprensión, síntesis, teoría y transferencia. La presentación consta de cinco artículos. La primera consistió en una revisión de la literatura, la segunda presenta un perfil de los participantes y los últimos tres, los resultados de la etnografía. De este modo, el artículo tercero, que tuvo como objetivo comprender los rituales de cuidado realizadas antes del parto, demuestra que la experiencia construye dentro de la "pareja embarazada", la casa se considera lugar sagrado de la experiencia de vida que aporta un valor añadido parturitiva el parto existencial y el nacimiento. Las mujeres que preste especial atención a la preparación del cuerpo y la mente para hacer realidad los ideales del parto en casa. Los preparativos para la llegada del bebé incluyen acciones que simbolizan la preparación del "nido" para recibir al nuevo miembro de la unidad familiar. El cuarto artículo, dirigido a esclarecer los rituales de cuidado realizados por las familias durante la experiencia del parto, revela los rituales relacionados con el ambiente en el día "D", el desempeño de la familia durante las contracciones de la madre, las acciones de celebración por la llegada del recién nacido y los

rituales de cuidado en relación con la placenta. Los resultados muestran que estas familias profesan un estilo de vida "naturalista" y viven el parto con participación, autonomía y respeto. Las familias experimentan el día del nacimiento como un rito de pasaje que es de la familia y no de los profesionales ni del hospital. Finalmente, el quinto artículo, llevado a cabo con el fin de comprender los rituales que las familias desarrollan poco después del parto y del nacimiento, identifica que la atención se centra en un sistema familiar que "naturaliza" construcciones culturales dirigidas al "poder" de la naturaleza, la fuerza de la mujer que da a luz, y a la vida ecológicamente valorizada. Se concluye que los rituales de cuidado de las familias están relacionados con una visión de mundo que valora lo que es "alternativo" al modelo cultural vigente, incluida la atención del parto centrada en la biomedicina. Las "parejas embarazadas" tienden a adherir a las prácticas de autocuidado centrado en principios que se definen como de una "vida natural", por lo que buscan alternativas a la experiencia de dar a luz y nacer de manera menos intervencionista y más respetuosa con las mujeres y el recién nacido, basados en el lema de que el parto es una experiencia familiar. La comprensión de estos rituales es de fundamental importancia para que la asistencia profesional, especialmente la de las enfermeras obstétricas que trabajan en casa, sea guiada por prácticas culturalmente congruentes y significativas para las familias.

**Palabras clave:** Parto en Casa. Enfermería Obstétrica. Comportamiento Ritualista. Cultura.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- BDENF – Base de Dados de Enfermagem
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CASP – Critical Appraisal Skills Programme
- CG – Casal Grávido
- CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- COREN – Conselho Regional de Enfermagem
- DC – Diário de Campo
- GRUPESMUR – Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém Nascido
- LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MAC – Medicina Alternativa Complementar
- MBE – Medicina Baseada em Evidência
- MEDLINE – Literatura Internacional em Ciências da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAHO – Pan American Health Organization
- PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
- REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
- SciELO – Scientific Electronic Library Online
- SCOPUS – Banco de dados de resumos e citações de artigos científicos
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- WHOLIS – World Health Organization's library database



## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>17</b>
<b>1 O CONTEXTO DO PARTO DOMICILIAR</b>	
<b>CONTEMPORÂNEO.....</b>	<b>21</b>
1.1 A INSERÇÃO DA PESQUISADORA NA TEMÁTICA DOS RITUAIS DE CUIDADO .....	27
1.2 A QUESTÃO-PROBLEMA NO CONTEXTO DA PESQUISA ...	29
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>33</b>
2.1 ARTIGO 1 - PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS, NO BRASIL, SOBRE PARTO DOMICILIAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA .....	33
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>59</b>
3.1 MARCO CONCEITUAL.....	59
<b>3.1.1 Pressupostos.....</b>	<b>60</b>
<b>3.1.2 Conceitos inter-relacionados .....</b>	<b>62</b>
<b>4 ABORDAGEM METODOLÓGICA .....</b>	<b>69</b>
4.1 A ETNOGRAFIA.....	69
<b>4.1.1 Local e contexto .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1.2 Os informantes participantes da pesquisa .....</b>	<b>72</b>
<b>4.1.3 Os guias habilitadores.....</b>	<b>74</b>
<b>4.1.4 Registro e documentação dos dados.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1.5 Plano de organização e análise dos dados.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>82</b>
<b>4.1.7 O preparo para a entrada no campo da pesquisa.....</b>	<b>83</b>
<b>4.1.8 O campo investigativo: entrada, permanência e saída.....</b>	<b>84</b>
<b>5 CONHECENDO AS FAMÍLIAS ADEPTAS DO PARTO DOMICILIAR .....</b>	<b>87</b>
5.1 ARTIGO 2 - PERFIL DE CASAIS QUE OPTAM PELO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	87
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>107</b>
6.1 ARTIGO 3 - RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS NA PREPARAÇÃO PARA A VIVÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO.....	107

6.2 ARTIGO 4 - RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS DURANTE O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ...	135
6.3 ARTIGO 5 - RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS NO PÓS- PARTO, EM CONTEXTO DOMICILIAR ....	158
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>183</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>199</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	201
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA GUIAR A OBSERVAÇÃO .....	203
APÊNDICE C – MODELO DO DIÁRIO DE CAMPO .....	207
APÊNDICE D – ETAPAS DE SÍNTESE DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	234
<b>ANEXOS .....</b>	<b>247</b>
ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS .....	249
ANEXO B – “PLACENTAÇO”: IMAGEM CRIADA POR UMA MULHER QUE TEVE UM PARTO DOMICILIAR EM OUTRO ESTADO E QUE CIRCULOU NAS LISTAS VIRTUAIS QUE AGREGAM MULHERES QUE OPTAM PELO PARTO EM CASA .....	251

# 1 O CONTEXTO DO PARTO DOMICILIAR CONTEMPORÂNEO

O domicílio tem sido escolhido atualmente, por muitas famílias<sup>1</sup>, como o ambiente mais propício para a ocorrência do parto<sup>2</sup>. Em vista disso, pode-se dizer que o processo de medicalização está sendo questionado, levando algumas parcelas da sociedade a afastarem-se das instituições hospitalares, por idealizarem o parto não só como fenômeno do nascimento em si, mas como uma celebração à vida e à nova família. De acordo com Souza (2005), não é apenas uma mudança de endereço (hospital – casa), e sim, uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos relacionados à maneira de dar à luz e nascer. As famílias que se aliam a esta proposta são a expressão de um ideário que valoriza a mudança, a vivência do parto como rito de passagem (DAMATTA, 2000; MONTICELLI, 1997; GENNEP, 1978) e algo que deve ser vivido e experienciado no seio da família.

São muitos os motivos pelos quais os casais têm optado pela realização do parto no domicílio. Alude-se, de um lado, ao recurso visto como abusivo à medicalização do parto pela tecnologia obstétrica, assim como aos partos programados, que instigam a passividade da parturiente (o incremento da taxa de cesarianas é tomado como evidência incontestável desta tendência) e, ao mesmo tempo, desconsiderando as idiosincrasias e dificuldades pessoais de cada mulher. De outro, a crítica à “despersonalização” do parto hospitalar, evidenciada por regras e rotinas quase sempre justificadas com relação à segurança e à assepsia, divorciando assim o nascimento de um contexto familiar e/ou de solidariedade afetiva (SALEM, 2007; SOUZA, 2005; SALEM, 1983).

A opção por dar à luz no ambiente da casa está ancorada naquilo que Salem (2007, 1987, 1985) denomina como sendo um “ideário do casal grávido”, que valoriza o “novo” e a “mudança”, além de apregoar o igualitarismo entre os papéis feminino e masculino. Ao pressupor uma indiferenciação valorativa entre o masculino e o feminino, o “Casal Grávido” (CG) instiga cada um dos gêneros a ingressar no universo do outro.

Souza (2005) relata que, nas entrevistas de sua dissertação de

---

<sup>1</sup> Família, no contexto desse estudo, se refere à mulher gestante e quem ela considerar como família, ou seja, o companheiro, os filhos, os pais, as comadres, etc.

<sup>2</sup> Utilizo o termo “parto”, aqui, de maneira ampla, como processo e como evento especial do ciclo de vida da mulher, da criança e da família. Este termo inclui, por conseguinte, a etapa da gravidez, o momento do nascimento propriamente dito, e também o período que o sucede.

mestrado, realizadas com casais que optaram pelo parto domiciliar, sobressaíam-se referências dessa opção a um estilo de vida que privilegia o prazer dos sentidos experimentados em comum, a condução das emoções, os pequenos agrupamentos humanos e as trocas afetivas que neles se realizam, além dos cuidados corporais, a alimentação e a valorização do ambiente doméstico como pivô em torno do qual se estrutura a socialidade. Em outras palavras, a opção das famílias pelo parto domiciliar não ocorre por uma suposta falta de escolha de acesso aos serviços oficiais, nem mesmo por falta de informação, e sim, pelo fato de fazer sentido para essas famílias (FLEISCHER; TORNQUIST; MEDEIROS, 2010).

O retorno do parto para o ambiente da casa faz parte de um movimento denominado Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, que tem sido fomentado por mulheres, instituições políticas, organizações, governos e profissionais que acreditam em possibilidades de tornar o parto mais participativo e fortalecedor. A partir da década de 1980, diante das altas taxas de cesarianas, grupos de profissionais passaram a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança<sup>3</sup> na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto; um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e que revolucionou a assistência obstétrica como um todo. Segundo a OMS, esse movimento resultou em um novo paradigma, uma vez que “o objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996, p.4).

As avaliações desses estudos apoiados pela OMS vieram à tona em 1990, postulando a efetividade e a segurança da atenção ao parto com o mínimo de intervenção sobre a fisiologia, adotando procedimentos centrados nas necessidades da gestante, ao invés de girar em torno das necessidades das instituições e dos profissionais. Segundo alguns autores, trata-se de uma mudança de paradigma que redimensiona totalmente o sentido da assistência ao parto (DINIZ, 2002;

---

<sup>3</sup> Segurança da atenção ao parto se refere ao atendimento prestado de acordo com as necessidades e particularidades de cada parturiente, levando em consideração as evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto, desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho sobre o Parto Normal, que a Organização Mundial da Saúde convocou, no ano de 1996, classificando as condutas em categorias que envolvem eficácia e ausência de efeitos prejudiciais, tanto para a mulher, quanto para o recém-nascido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

DAVIS-FLOYD, 1992)

No Brasil, nos primeiros anos da década de 1990, um grupo de profissionais brasileiros uniu-se aos demais movimentos sociais e, principalmente, ao feminista, para ganhar força e lutar para modificar a assistência ao parto em geral e no âmbito da saúde pública, alegando que mulheres poderiam da à luz de forma ativa e independente, ao contrário do que a medicina ocidental postulava, ao torná-la alvo de forte intervencionismo (TORNQUIST, 2007). Esse clamor foi ganhando adeptos e culminou no que hoje é conhecido como Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA).

Trata-se de um movimento e de uma organização da sociedade civil que tem como objetivo principal a divulgação de assistência e de cuidados perinatais baseados em evidências científicas (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2000). Atualmente, é crescente o número de organizações formadas pelas próprias mulheres, que lutam pelo parto respeitoso, ativo e informado. Redes sociais como “Amigas do Parto”, “Parto do Princípio”, “Amigas do Peito”, “Xô Epísio” entre outras, funcionam como verdadeiras estruturas de apoio, que estimulam e orientam mulheres de todas as classes a buscar informações que as levem a vivenciar o parto com uma postura ativa.

De acordo com Tornquist (2003, p. 426), entretanto,

[...] se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que tem emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater. O ideário de parto humanizado, portanto, contém dois paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parece estar desatento às diferenças socioculturais entre essas mulheres.

Diante disso, há que se ter cautela quando se postula que, no ideário do parto humanizado, TEM-SE que respeitar a fisiologia da mulher, que TEM-SE que respeitar as crenças, que TEM-SE que respeitar a cultura da família, pois essa postura impositiva pode transformar ideias humanitárias em dogmas que acabam fazendo um serviço ao revés, ou seja, quando a mulher “tem” que ter um parto

vaginal, o marido “tem” que ser participativo, o bebê “tem” que ser amamentado no peito, aquilo que é um direito, uma possibilidade que, historicamente, foi tirada das mulheres, e que se professa como direito, passa a ser obrigação. Sendo assim, já não está sendo uma assistência humanizada ou respeitosa.

Portanto, neste contexto, entender os componentes dessa assistência, em sua dimensão simbólica, como a *performance* de rituais, em qualquer âmbito de cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido, se torna relevante e imprescindível (DINIZ, 2002). Davis-Floyd (1992), por exemplo, faz uma análise simbólica de cada uma das rotinas padronizadas utilizadas nos partos hospitalares, entre elas, o uso de cadeira de rodas para admissão da parturiente, a separação da família, a troca de roupas pelas camisolas hospitalares, a lavagem intestinal, a permanência no leito e limitação de movimentos, a privação de alimentos e água, o uso rotineiro de ocitocina e soros, a analgesia, a ruptura precoce de membranas, repetidos toques vaginais, o “puxo guiado”, a transferência do pré-parto para a sala de parto, a posição horizontal com pernas para cima, e por fim, a episiotomia – além dos procedimentos do pós-parto e da assistência ao recém-nascido. A autora refere, inclusive, que, além de interventivas, tais práticas “não funcionam, pois muitas vezes, vêm acompanhadas por tratamentos rudes dos profissionais, que ignoram as necessidades e desejos das mulheres, desrespeitando suas culturas e suas experiências parturitivas anteriores ou de outras mulheres da família” (DAVIS-FLOYD et al., 2009, p. 14, tradução nossa).

Outro estudo que analisa as práticas culturais de atenção às mulheres e recém-nascidos em ambiente hospitalar é o de Monticelli e Elsen (2004), em que se destacam aspectos simbólicos que abrangem desde a entrada das gestantes no hospital para dar à luz, passando pelas regras de permanência no ambiente institucional, até a “liberação” da mãe e do bebê para o retorno para casa. Como exemplo, citam o transporte da puérpera, do bebê e seus pertences, em maca estreita, do centro obstétrico até o alojamento conjunto, a despersonalização da puérpera (que deixa de ter um nome e é chamada pelo número do leito que ocupa), as regras que deverão ser seguidas à risca, alimentação, horário de banho do recém-nascido, postura do acompanhante, entre outras.

Apesar de o Guia da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996) ter sido um grande marco histórico na trajetória do movimento da humanização do parto, a luta por essa causa é bem mais antiga. Os esforços para tentar embasar a prática obstétrica em



evidências são anteriores ao próprio conceito de Medicina Baseada em Evidência (MBE), introduzido em 1992, pelos *experts* da ciência médica, e datam da década de 1970. Mais na frente, com a criação da biblioteca Cochrane, em 1993, as evidências em saúde reprodutiva foram amplamente disseminadas (STARR; CHALMERS, 2003). Mesmo com a grande divulgação de revisões que abordam a prática de MBE, as ações de atenção centradas estritamente no modelo biomédico ainda fazem parte da realidade do parto institucionalizado. Este modelo, por ser restritivo, abusivo e centrado na autoridade do profissional, faz com que mulheres/famílias, com outro *ethos*, se afastem do ambiente hospitalar, buscando outras formas de vivenciar o parto. O mesmo acontece com alguns profissionais que vêm na atenção extra-hospitalar a única alternativa para a desmedicalização deste evento. Dentre esses, encontram-se enfermeiras obstétricas ou parteiras profissionais (dependendo da realidade de cada país), que se coadunam com os princípios do Movimento pela Humanização do Nascimento e Parto, e que, aos poucos, estão se desvencilhando do modelo biomédico, para trabalhar dentro de uma esfera mais humanística do nascimento, embora sem se desfazer totalmente de seus saberes prévios, alinhados à própria biomedicina.

Na atualidade, há uma profusão de publicações, focalizando várias dimensões da assistência obstétrica realizada pela enfermeira em ambiente extra-hospitalar e que exaltam resultados aderentes com a segurança obstétrica almejada. Um recente estudo prospectivo realizado pelos pesquisadores norteamericanos, Johnson e Davis (2005), envolvendo 5.418 mulheres, revela que partos domiciliares planejados, atendidos por parteiras profissionais, está associado a baixas taxas de intervenções médicas e têm índices de mortalidade intraparto e neonatal similares aos números de partos de gestação de baixo risco atendidas em hospitais americanos.

No Brasil, ainda é pequeno o número de profissionais que comungam desse ideário. Enfermeiras obstétricas têm se dedicado a publicar resultados maternos e neonatais referente à assistência prestada no parto domiciliar planejado, atendido por essa categoria profissional. Recentemente, um estudo realizado com 100 mulheres que tiveram partos domiciliares, indicou que esse tipo de atendimento é seguro, uma vez que as taxas de intervenções obstétricas, de transferência da parturiente ou do RN, de morbidades puerperais e neonatais são semelhantes às pesquisas realizadas em países em que essa prática é respeitada e reconhecida pelo sistema de saúde (KOETTKER, 2010).

O parto domiciliar atendido pela enfermeira obstétrica é um

campo relativamente novo na enfermagem brasileira, e está muito atrelado a uma necessidade dessas profissionais que, como as famílias, buscam uma forma diferenciada de vivenciar o parto. Muitos dessas profissionais trabalham em instituições hospitalares e encontram no atendimento ao parto domiciliar um “refúgio” de trabalho para o que acreditam. Segundo Monticelli (1997), a enfermagem intervém no processo de nascimento e, conseqüentemente, no processo saúde-doença. Justamente por isso necessita aprofundar não somente os aspectos clínicos dessa relação, mas também se aproximar mais da cultura dessas mulheres com as quais ela interage profissionalmente. Isso ajuda a ampliar sua visão de mundo e seu papel social.

A ideologia do parto domiciliar incorpora a valorização da ambiência e do protagonismo das participantes, não apenas enfatizando algo que deveria fazer parte do ciclo de vida das famílias, mas está comprometido com outras concepções ideológicas igualmente significativas, como a valorização dos rituais de cuidado, ou seja, ações explícitas que têm por objetivo ajudar no enfrentamento do “novo” e na redução da incerteza, facilitando a passagem de uma posição ou “status” da mãe e do recém nascido, durante o nascimento (MONTICELLI, ELSEN, 2006; MONTICELLI, 1997).

Monticelli (1994, p.48) define ritos de cuidado como sendo

[...] ações desenvolvidas durante o processo de nascimento. Essas ações são plenas de símbolos e significados e têm a finalidade tanto de comunicar ou expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos durante o processo de nascimento, quanto de auxiliar na re-elaboração ou reorganização simbólica para incorporar o novo (o recém-nascido e a nova mãe). Existem ritos de cuidado populares (desenvolvidos pelas mulheres) e ritos de cuidado profissionais (desenvolvidos pela enfermeira).

O parto domiciliar, de acordo com Santos (2002), segue um modelo no qual não há padronização de cuidados, portanto, as ações são desenvolvidas em consonância com as necessidades e particularidades de cada mulher gestante e de cada criança que vêm ao mundo no seio das famílias. Embora a maioria das ações prestadas no domicílio para promover cuidado e conforto durante o parto não use tecnologia de ponta, estes profissionais oferecem a ciência e a tecnologia apropriada

para o cuidado diferenciado, respeitando as especificidades de cada momento da experiência parturitiva. De maneira geral essas tecnologias compreendem o universo das terapias não medicamentosas para alívio das dores e desconfortos. No parto em casa, podem ser utilizados mais facilmente, por exemplo, estímulos a pontos de acupressão, exercícios e movimentação ativa, o incentivo ao banho de imersão, massagem para relaxamento e a utilização criteriosa do oxigênio.

## 1.1 A INSERÇÃO DA PESQUISADORA NA TEMÁTICA DOS RITUAIS DE CUIDADO

A minha inserção nessa temática de estudos é fruto de duas experiências fundamentais, a primeira, ao realizar estágio extracurricular, em 2003, durante minha formação acadêmica no centro obstétrico de uma maternidade que estava pautada por uma filosofia assistencial com conotação humanista e interdisciplinar. Naquela época, a observação da atuação da enfermeira obstétrica, na sala de parto, tornou-se modelar para mim, e serviu de comparação para a crítica aos outros modelos hegemônicos de assistência, onde a autonomia da enfermeira no atendimento ao parto, sequer era aventada. A segunda experiência foi a vivência de dois partos domiciliares (minhas filhas Maria Flor, em 2005, e Nina Morena, em 2006) assistidos por uma enfermeira obstétrica. Sou graduada pela UFSC, em 2005, de uma geração de enfermeiras que foi formada dentro dos “moldes” do cuidado humanizado; época em que já existiam estudos baseados em evidências científicas, que comprovavam que as intervenções desnecessárias no parto (como a lavagem intestinal e a prática da episiotomia, indistintamente, para todas as mulheres) poderiam ser prejudiciais, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

Nesse mesmo ano de 2005, optei por realizar o trabalho de conclusão de curso na área da enfermagem obstétrica, junto com outras colegas de graduação, intitulado “O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem” (PETER et al., 2005). Para tal, acompanhamos oito CGs que vivenciaram o parto no domicílio, com a assistência da enfermeira obstétrica. Já naquela época, pude perceber que o parto no domicílio acontecia em outra esfera, na qual a mulher gestante e sua família tinham liberdade para praticar suas crenças e

valores. Pude constatar que, no domicílio do casal, eram as enfermeiras que tinham que se adaptar às rotinas das famílias, pois o ambiente da casa é de domínio familiar. Certamente aquilo foi algo muito novo e impactante para nós, acadêmicas de enfermagem, que estávamos acostumadas com as regras e rotinas hospitalares, que ocorriam na “casa” dos profissionais (MONTICELLI; ELSEEN, 2004).

Posteriormente, no exercício profissional como enfermeira, tive a oportunidade de continuar atendendo partos, junto com outras enfermeiras obstétricas mais experientes, sendo que até hoje trabalhamos de forma autônoma (sendo sete enfermeiras obstétricas), atendendo partos domiciliares planejados na região da grande Florianópolis-SC. Atualmente, realizamos cerca de 2 a 5 partos domiciliares por mês. São atendidas mulheres com gestação de baixo risco e que tenham, necessariamente, realizado acompanhamento por profissional médico especializado, durante toda a gestação. Essa assistência envolve consultas pré-natais a partir de 37ª semana de gestação, acompanhamento no parto e consultas pós-parto, até a recuperação da puérpera e o estabelecimento completo da amamentação.

Cabe ressaltar que o atendimento ao parto ainda é considerado um campo de conflitos e disputas entre profissionais da área da saúde. Esse atendimento é respaldado pelo Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que, por sua vez, dispõe sobre o exercício legal da enfermagem (BRASIL, 1986, p. 8.853):

[...] O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

[...] Art. 6º São enfermeiros:

I – o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira obstétrica conferidos nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de

Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetiz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetiz;

[...] Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária [...].

Como enfermeira inserida nesta equipe, percebo que a maioria dos partos atendidos é envolta por uma complexa rede de símbolos e significados que toma lugar no domicílio, abrangendo desde o período que antecede ao parto, passando pelo parto propriamente dito, e culminando com os cuidados pós-natais. As famílias se organizam e preparam-se significativamente para a vivência do momento do parto, preparando a casa, organizando ambientes, escolhendo o local apropriado para o parto, a alimentação adequada para o dia, acionam redes de apoio, tudo minuciosamente organizado para a chegada do novo membro da família. Para fechar o ciclo, elaboram e desempenham ações voltadas para a incorporação deste novo integrante da família, como por exemplo, a mudanças de hábitos e o estabelecimento de novas rotinas familiares.

## 1.2 A QUESTÃO-PROBLEMA NO CONTEXTO DA PESQUISA

Minha observação continuada tem me levado a perceber e constatar que as famílias desenvolvem rituais de preparação. Durante o parto é comum identificarmos imagens, mantras, rezas, altares, chás, incensos, roupas criteriosamente escolhidas ou até mesmo descartadas. O pós-parto é ainda mais marcado. O coto umbilical é merecedor de atenção redobrada, as roupas do recém-nascido são dispostas e colocadas em uso de acordo com uma cartela significativa de cores, o

período de quarentena é resguardado com diferentes rituais para o corpo recém-parido da mulher, e o aleitamento é praticado com atenção transcendente, e não apenas para garantir a alimentação da criança. Muitas vezes, cuidados especiais são realizados com a placenta, desde a ação de enterrá-la nas proximidades da casa e, até mesmo, a elaboração de tinturas e homeopáticas, com seu substrato.

Ao mesmo tempo em que tais rituais me causam admiração e estranhamento, sensações de conflito, ansiedade e certa impotência também tomam lugar, pelo fato de não compreender uma lógica simbólica que é diferente da minha, como profissional de saúde, em alguns aspectos. Por outro lado, entendo que o cuidado prestado pela enfermeira que atende o parto em casa deva ser diferenciado daquele do hospital, visando respeitar as crenças e valores dos casais, identificando os rituais de cuidado realizado pela família, sem se desfazer dos saberes próprios, sustentados, na maioria das vezes, na racionalidade biomédica.

Monticelli e Elsen (2006) apontam que esta racionalidade possui determinado modo de se relacionar com seu objeto, traduzindo-se num poder dominante na arena da saúde, pois, muitas vezes, o profissional tem dificuldade para entender que o seu saber é um saber próprio dessa racionalidade, e que também é um saber cultural. Sendo assim, mesmo atendendo o parto no âmbito domiciliar, a tendência é o saber e a cultura biomédica se sobressaírem ao saber popular.

No desenvolvimento do trabalho de sua dissertação, Monticelli (1994) explorou os rituais de cuidado desenvolvidos pelas mulheres, em seus contextos “naturalísticos”. O estudo permitiu não apenas o desvelamento dos segredos das mulheres na vivência do parto e do “resguardo”, mas também a reflexão sobre quais propostas de intervenção poderiam ser pensadas para tornar a prática da enfermeira menos impositiva e menos ingênua, isto é, acreditando que os ensinamentos profissionais, baseados no modelo biomédico higienista, poderiam, de modo linear, repadronizar os rituais populares.

Diniz (2001) nos incita, como profissionais de saúde, a olhar para o parto como um ritual transformativo para todos, ainda que de modo mais avassalador para a mulher e sua família, seja ela nuclear ou não, em que as identidades de gênero, entre outras, são transformadas e renegociadas. Monticelli (1994) recomenda que deva haver preocupação, principalmente por parte das enfermeiras que desenvolvem suas práticas assistenciais, em conhecer, respeitar e valorizar crenças, valores e práticas populares de saúde, para que a assistência possa ser verdadeiramente compartilhada. Tal assertiva provem dos pressupostos da teórica Madeleine Leininger, que considera que as ações

desenvolvidas pela enfermeira são fundamentadas em conhecimentos que englobam sua cultura pessoal e profissional. Diante disso, a visão de saúde-doença da enfermeira nem sempre reflete a visão de saúde-doença dos seres humanos com quem ela interage profissionalmente (LEININGER, Mc FARLAND, 2006; LEININGER, 1991).

Monticelli (1994), pois, analisando sob a perspectiva de Leininger, considera que os ritos de cuidado populares e profissionais podem ser conflitantes durante o processo de nascimento, cabendo à enfermeira a tarefa de refletir sobre essas diferenças, conjuntamente com as mulheres e suas famílias, visando o estabelecimento de ritos de cuidado culturalmente congruentes.

O cuidado cultural, no sentido dessa pesquisa, também está relacionado a um conceito basilar da Antropologia, que consiste num instrumental direcionado para o profissional da área da saúde que atue ou faça pesquisas, não somente nas áreas rurais, onde habitam populações indígenas, mas, principalmente, no contexto urbano, onde se abriga grupos das diferentes classes sociais, religiões, regiões ou até mesmo etnias. Esses grupos apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência da doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica. Essas particularidades não advêm das diferenças biológicas, mas sim, das diferenças socioculturais. Sendo assim, todos têm cultura, e é a cultura de cada um que determina essas particularidades (LANGDON; WIIK, 2010).

Em minha experiência na enfermagem, percebo que os cuidados profissionais sustentados pelo modelo cultural centrado na biomedicina, são, muitas vezes, impostos para a família, sem que essa tenha chance de refletir se aquele cuidado está sendo condizente com o que a mesma acredita. As enfermeiras que atendem o parto domiciliar são reconhecidas e, justamente, procuradas, por prestar um cuidado diferenciado. Dessa maneira, o cuidado deve ser dialogado e aplicado de forma congruente, respeitando as crenças, valores e práticas das famílias, sem imposição do cuidado profissional. O desafio da enfermagem que atua no parto domiciliar é justamente conviver com as práticas culturais familiares, que não estão atreladas ao modelo biomédico de cuidado, num contexto em que as famílias não são as hóspedes, e sim, as anfitriãs. A volta do parto para o ambiente doméstico representa a saída do profissional do seu espaço de poder biomédico, e a entrada no espaço que representa a cultura daquele grupo social. Sendo assim, o espaço de poder é do casal, da família e das pessoas que estão envolvidas no parto.

Além do que já foi citado, meu interesse por este tema veio

também através do ensino. Quando comecei a dar aulas, em 2008, como professora substituta da graduação na disciplina da quinta unidade curricular do curso de enfermagem – O Cuidado no Processo de Viver Humano II – saúde do recém-nascido, percebi como nós, enfermeiras, somos despreparadas para lidar com os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias às quais prestamos assistência. Depois, como integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR), entendi que, através de pesquisas, nós, enfermeiras, podemos mostrar para a sociedade as lacunas que precisam ser preenchidas em nossa profissão, bem como compartilhar os resultados de experiências bem sucedidas no campo do cuidado, socializando o conhecimento. As discussões teóricas vivenciadas no grupo me fizeram olhar para minha prática assistencial no parto domiciliar de um ângulo diferente. A partir de uma leitura do estudo realizado por Monticelli (1994), entendi que os rituais de cuidado estão envolvidos durante todo o processo de nascimento, e na grande maioria das vezes, não conseguimos perceber. A docência me proporcionou experiências enriquecedoras, no sentido de relacionar a teoria com a prática, e vice-versa, viabilizando a possibilidade de trabalhar de modo congruente com a cultura das famílias e mudando, inclusive, meus próprios rituais de cuidado profissional.

Considerando a problemática aqui abordada, esta pesquisa, de cunho etnográfico, buscou encontrar respostas para as seguintes questões: **Quais são os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias que vivenciam o parto no domicílio? Como são desenvolvidos esses rituais e em que fases do parto? Quais os símbolos e significados impressos nesses rituais?**

A intenção é a de realizar uma “leitura”, com o olhar antropológico, dos rituais de cuidado que são implementados pelas famílias no parto domiciliar, a fim de contribuir para que as enfermeiras obstétricas reconheçam os símbolos e significados impressos nessas *performances*, respeitem esses rituais enquanto práticas culturais que auxiliam as famílias a marcarem os novos papéis sociais e a buscarem negociações respeitadas para a prática profissional nos domicílios, durante o transcorrer do parto.

Este estudo teve por objetivo: **Identificar e compreender os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias no pré, trans e pós-parto no domicílio.**



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura é apresentada na forma de artigo, conforme a Resolução 06/PEN/2009, que dispõe sobre a apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, tendo como título “Publicações científicas de enfermeiras obstétricas, no Brasil, sobre parto domiciliar: revisão sistemática de literatura”, e pretende ser submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem. Este periódico está classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como A2.

### **2.1 ARTIGO 1 - PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS, NO BRASIL, SOBRE PARTO DOMICILIAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

**PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ENFERMEIRAS  
OBSTÉTRICAS, NO BRASIL, SOBRE PARTO DOMICILIAR:  
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

**SCIENTIFIC PUBLICATIONS OF OBSTETRIC NURSES IN  
BRAZIL, ON HOME CHILDBIRTH: A SYSTEMATIC REVIEW  
OF LITERATURE**

**LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE ENFERMERÍA  
OBSTÉTRICA EN BRASIL, SOBRE EL PARTO EN EL HOGAR:  
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA**

Iara Simoni Silveira Feyer<sup>4</sup>  
Marisa Monticelli<sup>5</sup>

**Autor responsável pela correspondência:**

Iara Simoni Silveira Feyer

Endereço: Rodovia Tertuliano Brito Xavier 3574, apto 02, Jurerê

CEP.: 88054-601 - Florianópolis-SC

Fone: 48 91126749

E-mail: iarasilveira@gmail.com

**PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ENFERMEIRAS  
OBSTÉTRICAS, NO BRASIL, SOBRE PARTO DOMICILIAR:  
REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

**RESUMO:** Esta revisão caracterizou e identificou resultados de pesquisas sobre parto domiciliar, publicadas por enfermeiras obstétricas, no Brasil, no período de 1986 a 2010. Foram identificados 27 artigos. Destes, 10 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, e oito constituíram o corpus analítico de revisão, após avaliação e classificação segundo o *Critical Appraisal Skills Programme*. Os dados foram

<sup>4</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). E-mail: iarasilveira@gmail.com

<sup>5</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

sintetizados pela abordagem metaetnográfica, através do processo de interpretação denominado *reciprocal translation*. Três categorias emergiram: 1) o cuidado prestado pelas parteiras tradicionais; 2) vivências de mulheres atendidas por profissionais de saúde no parto domiciliar; e 3) experiências comparativas de mulheres que tiveram partos no domicílio e partos no hospital. A metacategoria ‘o parto respeitoso no ambiente acolhedor do lar’ aponta para um olhar sobre a realidade do parto domiciliar no Brasil. Em síntese, os resultados mostram a realidade da prática das parteiras tradicionais, a satisfação das mulheres que tiveram seus filhos em casa e uma importante lacuna sobre a produção de conhecimento da enfermeira obstétrica no parto domiciliar.

**DESCRITORES:** Parto domiciliar. Enfermagem obstétrica. Literatura de revisão como assunto.

### **SCIENTIFIC PUBLICATIONS OF OBSTETRIC NURSES IN BRAZIL, ON HOME CHILDBIRTH: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE**

**ABSTRACT:** This review characterized and identified the results of published researches on home birth elaborated by obstetric nurses in Brazil, between 1986 and 2010. Twenty-seven articles were identified. Among them ten articles achieved the including and excluding criteria and eight constituted the analytical corpus of the review, after evaluation and classification according to the *Critical Appraisal Skills Program*. The data were summarized using the meta ethnographic approach and the interpretation process named *reciprocal translation*. Three categories emerged: 1) caring attendance by traditional midwives; 2) women’s experiences with health professional attendance in home birth; 3) comparative experiences among women who chose home birth and those who gave birth at a hospital. The meta category “the respectful labor at the welcoming ambient of home” indicates a vision on the reality of homebirth in Brazil. The results show the reality of the traditional midwives practice, the women’s satisfaction with home birth and an important lacuna on obstetric nurse production of knowledge in homebirth.

**DESCRIPTORS:** Home childbirth. Obstetrical nursing. Review literature as topic.

## LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA EN BRASIL, SOBRE EL PARTO EN EL HOGAR: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA

**RESUMEN:** Esta revisión ha identificado y caracterizado los resultados de investigaciones sobre el parto en casa que han sido publicadas por enfermeras obstétricas en Brasil, desde 1986 a 2010. Se identificaron veintisiete artículos. De éstos, diez cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, y ocho constituyeron el corpus de revisión analítica, después de la evaluación y clasificación de acuerdo con el *Critical Appraisal Skills Programme*. Los datos se sintetizaron por el enfoque metaetnográfico, a través del proceso interpretativo de *reciprocal translation*. Tres categorías surgieron del estudio: 1) el cuidado prestado por las parteras tradicionales, 2) las experiencias de las mujeres atendidas por profesionales de la salud en el parto en casa, y, 3) la comparación de experiencias vividas por las mujeres que tuvieron partos en el hogar y partos en el hospital. La metacategoría “el parto humanizado en el ambiente cálido del hogar” señala una mirada hacia la realidad del parto en casa en Brasil. En resumen, los resultados muestran la realidad de la práctica de las parteras tradicionales, la satisfacción de las mujeres que dieron a luz a sus hijos en casa y un importante vacío sobre la producción de conocimiento de la enfermera obstétrica en el parto en casa.

**DESCRIPTORES:** Parto domiciliário. Enfermería obstétrica. Literatura de revision como asunto.

### INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o parto foi considerado um evento integrante e esperado do ciclo de vida da mulher, vivenciado em caráter privado, na intimidade do lar e, geralmente, compartilhado dentro de uma visão feminina do processo de viver. Nesta visão, havia permeabilidade de saberes e práticas entre as mulheres parturientes, as parteiras e as outras mulheres que eram convidadas a tomarem parte do evento.<sup>1-2</sup>

No contexto brasileiro, durante muito tempo, particularmente após a década de 60, as parteiras “tradicionais” passaram a ficar concentradas apenas em localidades onde o acesso às instituições hospitalares era dificultado.<sup>1</sup> Contudo, com a revalorização recente (últimos 20 anos) dos movimentos sociais, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de setores organizados de representações profissionais, que culminaram, inclusive, com o estabelecimento de políticas públicas,

além da permanência das parteiras “tradicionais”, conquistou-se espaço também para a atuação de médicos e enfermeiras obstétricas, que passaram a atuar como “parteiros profissionais”, em ambientes domiciliares, nos grandes centros urbanos, atendendo chamados de mulheres que optam pela experiência do parto em casa, mesmo tendo possibilidade de acesso à instituição hospitalar. Tal atividade tem respaldo e apoio, não somente das legislações profissionais, mas também das políticas ministeriais do campo da saúde.<sup>3-4</sup> Com relação à atuação da enfermeira obstétrica, particularmente, a assistência ao parto é circunscrita ao parto de baixo risco,<sup>5</sup> sendo que sua atuação profissional é regulamentada pela Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício legal da enfermagem na assistência ao parto normal.<sup>6</sup>

Apesar de a Lei do Exercício Profissional (LEP) da Enfermagem estar em vigor há 25 anos, no Brasil, o campo da prática do atendimento ao parto domiciliar por enfermeira obstétrica é relativamente novo e, portanto, incipiente. No ano de 1989, uma enfermeira obstétrica, de uma grande capital do país, assumiu publicamente a responsabilidade de assistir partos domiciliares de forma autônoma.<sup>7</sup> Desde esta data, algumas enfermeiras ou grupos de enfermeiras obstétricas encontram-se atuando nos domicílios, especialmente em grandes centros, embora ainda de maneira tímida.

Já, no campo da produção científica mundial, tem havido crescente profusão de publicações, focalizando as várias dimensões da assistência ao parto domiciliar, sendo que, a maioria, exalta resultados aderentes com a segurança obstétrica almejada.<sup>8-11</sup> No Brasil, contudo, as pesquisas e publicações que envolvem o fenômeno “parto domiciliar”, não têm sido frequentes. Um olhar mais atento aos meios de comunicação dessa produção, principalmente em periódicos indexados, é revelador da lacuna de conhecimentos aí envolvida. Desconhecem-se, também, revisões de literatura que abordem, de forma sistemática, tal estado da arte – especialmente no que se refere à produção de enfermagem. Portanto, questiona-se: o quê as enfermeiras obstétricas têm publicado, nos periódicos brasileiros, sobre o cuidado ao parto domiciliar, e que resultados têm obtido? Acreditamos que a identificação e a análise de tais publicações auxiliarão na compreensão do *corpus* de conhecimento já produzido, além de detectar as fortalezas e lacunas que este conhecimento enseja.

Assim, justifica-se o presente estudo, cujo objetivo foi realizar uma revisão de literatura, em periódicos nacionais, para caracterizar a produção científica das enfermeiras brasileiras sobre o parto domiciliar, e identificar os resultados alcançados.

## METODOLOGIA

Foi realizada revisão sistemática do tipo metaetnografia,<sup>12</sup> construída de forma indutiva e interpretativa da síntese do conhecimento na área de interesse, ou seja, a produção científica acerca do parto domiciliar, pelas enfermeiras obstétricas brasileiras. Esta abordagem metodológica compreendeu três fases: 1) revisão sistemática de literatura; 2) avaliação crítica dos artigos encontrados; e 3) metassíntese.<sup>13</sup>

Os critérios de inclusão selecionados para a busca foram: artigos de pesquisa publicados no Brasil, por enfermeiras obstétricas, a partir de 1986 (ano da regulamentação da LEP) até 2010, abordando o tema “parto domiciliar”. Foram excluídos artigos de reflexão, relatos de experiência, estudos de caso, dissertações, além de teses ou artigos de pesquisa realizados por enfermeiras, no Brasil, e que foram publicados no exterior.

Foi realizada busca eletrônica retrospectiva, entre os meses de setembro a dezembro de 2010, nas seguintes bases de dados: BDNF, LILACS, MEDLINE, ADOLEC, PAHO e WHOLIS. Além desta ferramenta de busca, foi consultada também a biblioteca eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online) e finalizada a busca nos periódicos disponíveis no Portal da Capes, apenas com o propósito de cotejar se os artigos não se repetiam.

Como estratégia de busca nas bases on-line, utilizou-se a palavra-chave “parto domiciliar”, associada ao termo “enfermagem obstétrica”. A busca também foi realizada com as palavras “parto em casa” e “parteiras”, separadamente, associadas aos vocábulos acima. No decorrer desse processo, percebeu-se que alguns volumes não estavam disponíveis eletronicamente. Por esta razão, decidiu-se realizar pesquisa direta na biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, acessando então, manualmente, todos os números que eram necessários para a composição integral da amostra.

O critério de avaliação de qualidade utilizado foi o formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*,<sup>14</sup> que propõe um *checklist* que auxilia na análise crítica dos estudos, seja quanto ao rigor, à credibilidade e à relevância. O *checklist* é composto por 10 itens: objetivo claro e justificado; desenho metodológico apropriado aos objetivos; procedimentos metodológicos apresentados e discutidos; seleção intencional da amostra; coleta de dados descrita e instrumentos e processo de saturação explicitados; relação entre pesquisador e pesquisado; cuidados éticos; análise densa e fundamentada; resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da

triangulação; descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações, que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre as questões a serem analisadas. Após cada estudo ter sido filtrado pelo *checklist*, foi classificado em 2 categorias (A e B), sendo que na A entraram os estudos com viés de risco menor, uma vez que preencheram ao menos nove dos dez itens; e na categoria B, os estudos com viés de risco moderado, ou seja, quando pelo menos 5 dos 10 itens foram atendidos, contemplando, pois, apenas parcialmente os critérios adotados.<sup>13-14</sup>

Os trabalhos selecionados foram então avaliados a partir do método metaetnográfico,<sup>12</sup> que exigiu leitura cuidadosa, com foco nas metáforas, temas e conceitos usados pelos autores, o que possibilitou apresentar os resultados de forma sintetizada.<sup>12</sup> Através de movimentos de indução e interpretação, obteve-se a ressignificação (*translation*) dos resultados entre os trabalhos, permitindo assim, a compreensão e a transferência de ideias, conceitos e metáforas.<sup>16</sup> Uma vez percebida a similaridade entre os estudos, ou seja, que os conceitos se relacionavam por semelhança, foi possível construir a tradução por reciprocidade (*reciprocal translation*), o mesmo ocorrendo quando existia discordância entre os conceitos.<sup>12-13</sup>

Na etapa de análise propriamente dita, foram trilhadas sete fases:<sup>12</sup> 1) identificação da área de interesse e definição da pergunta da pesquisa bibliográfica, usando estratégias de busca para seleção dos estudos; 2) descoberta do que era relevante para o estudo e decisão de quais critérios eram utilizados para atingir o objetivo da metassíntese; 3) conhecimento dos estudos selecionados, mediante leitura e releitura dos mesmos; 4) estabelecimento da relação entre os estudos e elaboração de um pressuposto inicial; 5) tratamento dos relatos como analogias, buscando comparação entre semelhanças ou diferenças; 6) síntese dos resultados, realizando transferências ou ressignificações; e 7) explicitação do resultado da síntese.

A pesquisa eletrônica e a busca “física” do material na biblioteca resultou na identificação de 27 artigos. Destes, 13 foram incluídos, uma vez que atendiam aos critérios de elegibilidade, correspondendo a artigos originais, elaborados por enfermeiras obstétricas, acerca do parto domiciliar. Após nova leitura, ainda um artigo foi descartado, pois, apesar de ser uma pesquisa feita por enfermeiras brasileiras, envolvendo resultados maternos e neonatais no parto domiciliar planejado, e de estar veiculado em língua portuguesa, constatou-se que foi publicado no exterior (Portugal),<sup>15</sup> ficando, assim, um total de 12 artigos de pesquisas que preencheram os critérios pré-estabelecidos. Esse conjunto de artigos

foi lido na íntegra, com o intuito de ser submetido à avaliação de qualidade. De acordo com os critérios aplicados para esta avaliação, dois artigos não atenderam ao *checklist* do CASP, sendo que apenas três deles foram classificados como B e sete como A. Ao final, o *corpus* analítico desta revisão totalizou dez estudos.

## RESULTADOS

### Características das produções

Os dez estudos selecionados e analisados estão listados no quadro 1, caracterizados quanto aos autores/ano, objetivos, tipos de estudo/técnicas de coleta de dados, sujeitos e nível de qualidade do estudo, segundo o CASP.<sup>13</sup>

**Quadro 1** - Pesquisas de enfermeiras obstétricas sobre parto domiciliar publicadas no Brasil entre 1986 e 2010

Autor/Ano	Objetivo(s)	Tipo de estudo/Técnica(s) de coleta de dados	Sujeitos da pesquisa	CASP
Acker et al <sup>16</sup> (2006)	Conhecer o cuidado das parteiras com o nascimento, em meados do século passado, na região do Vale do Taquari, RS	Exploratório-descriptivo/Entrevista semiestruturada	4 parteiras que faziam partos domiciliares no século passado, no Rio Grande do Sul	B
Bessa <sup>17</sup> (1999)	Analisar condições de trabalho da parteira tradicional, numa perspectiva de trabalho reprodutivo	Estudo descritivo/Entrevista semiestruturada	20 parteiras tradicionais que atuavam, no momento da pesquisa, no Acre	B
Borges et al <sup>18</sup> (2007)	Identificar as representações sociais das parteiras tradicionais acerca do cuidado	Exploratório-descriptivo/Entrevista semiestruturada	4 parteiras tradicionais que atuavam, no momento da pesquisa, no Distrito Federal	B
Cecagno;	Investigar e	Exploratório-	6 mulheres	



Almeida <sup>19</sup> (2004)	compreender a experiência do processo de nascimento no domicílio assistido por parteiras	descritivo/Entrevista semiestruturada	entre 70 e 90 anos que tiveram filhos em casa com parteiras, no século passado	A
Crizóstomo et al <sup>20</sup> (2007)	Compreender, na vivência das mulheres, a experiência do parto normal domiciliar e hospitalar, bem como discutir a vivência das mulheres nos dois tipos de partos	Exploratório-descritivo/Entrevista semiestruturada	7 mulheres que pariram no domicílio e no hospital	A
Dias <sup>21</sup> (2007)	Compreender o significado da experiência de cuidado à mulher, durante o processo de parto e nascimento em casa, a partir da história oral de vida das parteiras	História de vida/Entrevista temática	7 parteiras tradicionais que atuavam, no momento da pesquisa, na Paraíba	A
Kruno; Bonilha <sup>22</sup> (2004)	Conhecer com mais profundidade as vivências, preparação, sentimentos e motivações de mulheres que optaram por parto domiciliar	Exploratório-descritivo/Entrevista semiestruturada	10 mulheres que optaram pelo parto domiciliar atendido por profissionais da saúde nos últimos 5 anos, no Rio Grande do Sul	A
Medeiros et al <sup>22</sup> (2008)	Analisar os fatores que influenciaram a escolha pelo parto domiciliar, assistido por enfermeira obstétrica, a	História de vida/Entrevista temática	6 mulheres que pariram em domicílio, sob assistência da enfermeira	A

	partir da história de vida das mulheres que vivenciaram essa experiência		obstétrica, na Paraíba e no Rio de Janeiro	
Nascimento et al <sup>23</sup> (2009)	Caracterizar a experiência de cuidado, no partejar das parteiras tradicionais	Exploratório-descritivo/Entrevista semiestruturada	29 parteiras tradicionais que atuavam, no momento da pesquisa, na Amazônia	A
Vieira; Bonilha <sup>25</sup> (2006)	Conhecer as práticas de parteiras leigas durante o acompanhamento às mulheres no parto e nascimento de seus filhos	História oral/Entrevista focalizada	3 parteiras leigas que atenderam mulheres nas décadas de 60, 70 e 80	A

Os estudos foram publicados em periódicos de enfermagem, entre os anos de 1999 e 2009. Quanto aos objetivos de pesquisa, a maioria estava relacionada à compreensão do trabalho das parteiras, sendo que quatro delas direcionavam-se às parteiras tradicionais que ainda permaneciam em atividade durante a investigação, e duas focalizavam a atuação das mesmas em épocas passadas. As demais buscaram analisar os sentimentos das mulheres relacionados com a opção pelo parto domiciliar e apenas uma investigou os fatores que influenciaram na escolha pelo parto domiciliar atendido especificamente por enfermeiras. Em resumo, metade dessas pesquisas teve como participante, parteiras (antigas e atuais), e a outra metade, parturientes. Quanto à metodologia, a maioria desenvolveu estudos do tipo exploratório-descritivo, tendo a entrevista como instrumento principal de coleta de dados (Quadro 1).

### **Resultados obtidos com as produções**

Os resultados dos estudos publicados foram estruturados em três categorias: 1) O cuidado prestado pelas parteiras tradicionais; 2) Vivências de mulheres atendidas por profissionais de saúde no parto domiciliar; e 3) Experiências comparativas de mulheres que tiveram partos no domicílio e partos no hospital.

### ***1 - O cuidado prestado pelas parteiras tradicionais***

Os resultados das investigações das enfermeiras obstétricas revelaram que o cuidado das parteiras tradicionais envolve: A - Motivações para o ofício de partejar; B - Virtudes requeridas para o ofício do partejamento; C - O ofício de partejar; e D - O cuidado das parteiras sob a ótica das parturientes.

#### **A - Motivações para o ofício de partejar**

Cinco dos estudos analisados buscaram identificar, em algum momento, questões referentes às motivações que levaram essas mulheres a iniciar o ofício de partejar,<sup>16-18,24-25</sup> emergindo deles depoimentos que mostram que os rituais de iniciação e de aprendizagem ocorreram por estímulos diversificados:

Necessidade – algumas parteiras adquiriram suas aptidões realizando partos “por conta própria”. O aprendizado do ofício ocorreu na prática cotidiana, num contexto de falta de assistência especializada às mulheres da comunidade onde a parteira vivia: [...] *eu fui fazendo e aprendendo. Quando tive que aparar minha primeira filha, eu já sabia de tudo, porque tive que aparar os filhos de outras mulheres [...]*.<sup>18:320</sup>

Desígnio divino – para muitas, partejar faz parte de uma missão que foi atribuída por Deus e, por isso, essas mulheres entendem que Ele estará ao lado, nas horas de aflição, como um guia em quem podem confiar. Isso fica claro nas falas das parteiras que se apegam em rezas e orações para guiar suas ações na assistência ao parto: [...] *ela [a parturiente] tinha treze anos, olha que perigo. Então eu disse: Jesus, está em minhas mãos [...]*.<sup>18:320</sup>

Sentimentos de solidariedade – muitas delas são movidas pelo simples desejo de servir; uma necessidade social que evoca sentimentos de altruísmo: [...] *desde criança eu pensava em ajudar [...] um dia, pensei, quando crescer vou ser parteira, trazer nenê no mundo, e com 17 anos comecei a conseguir meu sonho*.<sup>16:649</sup>

Tradição familiar – grande parte das parteiras foi motivada a desempenhar o ofício a partir da experiência adquirida com as mulheres parteiras da família, que se dispunham a compartilhar os segredos do partejar. *Minha avó era parteira. Ela estava pra longe, lá pros lados do Curau, quando uma prima nossa começou o serviço [trabalho de parto]. Como eu era jeitosa, e acompanhava a vovó, me chamaram e eu fui*.<sup>24:322</sup>

#### **B - Virtudes requeridas para o ofício do partejamento**

Pesquisas realizadas em estados diferentes do Brasil<sup>16-18,21,24</sup>

mostraram que as parteiras desenvolvem seu trabalho, com base em algumas qualidades que consideram essenciais para o bom desempenho do ofício:

Paciência – esta virtude está associada à qualidade da espera, principalmente no que se refere a deixar a “natureza” agir, para que o parto aconteça “no seu tempo”: *“nessa hora não há muito o que fazer, é preciso ter paciência pra esperar a natureza”*<sup>21:483</sup>

Coragem – é outro atributo indispensável, pois sabem que, muitas vezes, não têm a quem recorrer, em caso de partos complicados: *[...] somente elas e Deus, como elas costumam dizer.*<sup>23:322</sup> O relato de uma delas exemplifica isso: *fui parteira no susto. Não tinha outra. Tive que ir lá e fazer.*<sup>23:322</sup>

Respeito – trata-se de uma qualidade que, na ótica das parteiras, é imperativa, pois o ofício de partejar é sempre direcionado para outro ser humano (geralmente “frágil”, neste período da vida): *cuidar do humano é respeitar o outro, é respeitar aquela mulher que está na minha frente, é respeitar o momento de fragilidade dela [...]*<sup>18:321</sup>

Espírito caritativo – geralmente está impresso na atitude adotada pela parteira tradicional, sempre que percebe potenciais “riscos” socioafetivos: *[...] depois que o menino nasce, corto o umbigo, ajeito a criança com os paninhos que tem. Se for de noite, faço um caldinho da caridade, que outra coisa não tem. Quando o dia amanhece, mato a galinha, boto no fogo, pego as roupas sujas do parto e vou lavar [...] à noite fico com a bebê, porque a bichinha fica gelada, são poucos os paninhos.*<sup>17:252</sup>

Perseverança – percebem esta característica, associada a uma pulsão interior, quase sempre voltada ao espírito de superação de suas condições econômicas. Muito mais do que uma profissão que oferece, para algumas, um retorno financeiro, essas mulheres seguem atendendo apelos de outras mulheres, incansavelmente, “por vocação”, e muitas parteiras referiram, com certa mágoa, o não reconhecimento do trabalho, como mostra o depoimento a seguir: *[...]juns dão muito obrigado, outros dizem – a senhora quer ir embora, vamos embora.*<sup>23:322</sup>

### C - O ofício de partejar

Dentre os estudos empreendidos pelas enfermeiras, quatro deles exploraram o ofício de partejar,<sup>16-18,21,24</sup> revelando as práticas e os saberes das parteiras “tradicionais” que atuam ou já atuaram em diferentes regiões brasileiras, bem como as dificuldades que as mesmas enfrentam para seguir com a profissão:

Saberes e práticas – geralmente estão ancorados no conhecimento

advindo do aprendizado cotidiano, como por exemplo, acerca das propriedades curativas das plantas: *a folha, só da salsa, a raiz, fazia um chá para tirar tudo do útero, desinflama*<sup>18:320</sup>; *quando o neném tá com cólica, a gente faz o chazinho de poejo, e o próprio umbiguinho, a gente pega, bota um pouquinho de água e deixa descansar dentro.*<sup>18:320</sup>. As parteiras atuam com os recursos e materiais disponíveis, muitas vezes, buscando estratégias focalizadas no contexto específico, e circunscritas ao saber local, para promover a saúde da mãe e do filho, e prevenir complicações. Esse saber, que envolve manobras do parto e práticas rituais, para cada momento da gestação, parto e pós-parto, garante a essas mulheres um espaço de reconhecimento na comunidade onde vivem.<sup>24</sup> No imaginário da comunidade, *as parteiras são vistas como médicas, enfermeiras, farmacêuticas, capazes de aliviar com unguentos, banhos, chás de ervas e rezas, as dores e os males da população que não conta com outro serviço.*<sup>18:320</sup>

Dificuldades enfrentadas – as pesquisas revelam que as condições para a realização do ofício são precárias, mesmo concluindo que a ocupação da parteira é uma prática social necessária, particularmente nas regiões mais distantes de recursos profissionais.<sup>17,24</sup> As dificuldades mais contundentes, apesar da verve caritativa envolvida no ofício, estão relacionadas à pouca rentabilidade, seja para as parteiras que atuavam no passado, ou para as que estão na ativa. As mais antigas referem que nas ocasiões em que auferiam algum tipo de “recompensa” pela assistência prestada, a ajuda vinha quase sempre em forma de doações “materiais” (como animais domésticos e alimentos). As parteiras atuais lutam para que os partos sejam pagos de forma justa pelo Sistema Único de Saúde.<sup>24</sup>

#### D - O cuidado das parteiras sob a ótica das parturientes

Dois estudos revelam as nuances do cuidado prestado pelas parteiras, do ponto de vista das mulheres que foram atendidas por elas, porém, em épocas passadas.<sup>19-20</sup> Ficam evidentes, nos depoimentos, o respeito que essas mulheres tinham pela figura da parteira, principalmente pela segurança com que atuavam, na gestação: *durante a gravidez ela me dizia para tomar chá de marcela, sempre que me dava qualquer coisa;*<sup>19:412</sup> *no parto: ela cuidava de mim, me dava chá de cebola branca, esperava até chegar a hora, ela pegava o menino, às vezes ela fazia toque, ela trazia o material dela todo [...];*<sup>20:100</sup> *no pós-parto ou quarentena: depois do parto tinha que ficar de cama ao menos 3 dias, deitada, com os pés juntinhos;*<sup>19:412</sup> *ou nos cuidados com o recém-nascido: [...] depois que nascia o nenê ela amarrava o cordão e*

*depois cortava e enfaixava bem, botava o que precisava no umbiguinho e daí enfaixava toda a criança [...];<sup>19:411</sup> [...] as perninhas tinham que ficar enfaixadas, porque elas diziam que ficava com as pernas tortas, todas as mulheres faziam isso.<sup>19:411</sup>*

## **2 - Vivências de mulheres atendidas por profissionais de saúde no parto domiciliar**

Apenas dois estudos investigaram a vivência do parto domiciliar, sob o ponto de vista das mulheres que foram atendidas por profissionais de saúde.<sup>22-23</sup> Os resultados obtidos compuseram três subcategorias: A - motivações para ter o parto no domicílio; B - participação ativa no parto; e C - percepção sobre o atendimento da enfermeira obstétrica.

### **A - Motivações para ter o parto no domicílio**

Os estudos<sup>22-23</sup> buscaram identificar as justificativas que as mulheres apontavam para decidir parir em casa, mesmo residindo em um grande centro urbano, ou seja, o que as levava a abrirem mão da propalada “segurança obstétrica” oferecida pelas instituições hospitalares, para terem o bebê no cenário domiciliar. O parto como etapa do ciclo da vida, vivenciado de forma segura, na intimidade da casa, o protagonismo que essa escolha enseja e a confiança no profissional, foram subcategorias que emanaram dos resultados desses dois estudos.

O parto como etapa do ciclo da vida, vivenciado de forma segura, na intimidade da casa – as mulheres compreendem que gestação e parto são etapas “esperadas” da vida. Antes de tudo, são eventos saudáveis e inerentes ao ciclo reprodutivo feminino. A escolha pelo parto em casa revela a afirmação desta compreensão e o desejo de experienciá-lo no local em que se sentem mais à vontade, ou seja, o ambiente acolhedor e “familiar” do lar. Contudo, não dispensam a ajuda profissional, para assegurar que os procedimentos obstétricos e neonatais sejam os mais apropriados: [...] *you want to be in your house, with your family, for me it is fundamental to have the child in my house, in my space [...] where I am familiarized, with my husband... a intimate experience<sup>23:770</sup>* e [...] *in truth there are risks, but there is a preparation, it is all very calm, without any major problem... clearly, if there were an indication of cesarean, there would be no doubts, because a person has to respect that.<sup>22:400</sup>*

O protagonismo – as mulheres confirmam que querem “viver” o parto em sua plenitude, tomando para si a responsabilidade de decidir sobre seus corpos e seus filhos. Conhecedoras de algumas práticas perversas

operadas nas instituições hospitalares, exigem outros modos de atuar, em que estejam no controle: *num hospital todo mundo é paciente, né? E paciente é a última palavra que pode ser aplicada com propriedade à minha pessoa; eu não gosto de ser objeto de ninguém [...] eu queria ser o sujeito do meu trabalho de parto.*<sup>22:403</sup>

A confiança no profissional – as mulheres informam-se sobre os procedimentos seguros adotados nas condutas obstétricas e neonatais e procuram profissionais que tenham capacitação para agir de acordo com tais condutas, ou seja, alguém que possa oferecer técnica, tranquilidade e apoio emocional. Se já conhecem alguém com estas características, a motivação é redobrada. Contudo, se não conhecem, são persistentes na busca por profissionais em quem sintam que podem depositar confiança: *[...] eu não me senti influenciada pelo médico, mas me senti amparada por ele. Eu tinha claro que eu queria fazer isso, mas eu precisava me sentir segura que ele podia dar conta disso.*<sup>22:401</sup>

#### B - Participação ativa no parto

O estudo mostrou que todas as mulheres que tiveram o bebê no domicílio evidenciaram preocupação em ser proativas no momento do parto, seja cuidando do corpo e da mente, ou do ambiente da casa, para a chegada da criança; não apenas como expectadoras, mas, ao contrário, como agentes do evento. As profissionais aparecem no papel de auxiliares, como pastoras do parto e “apoio” seguro, e não como sujeitos determinantes das condutas das mulheres, à exemplo do que ocorre no ambiente institucional.

O cuidado do corpo e o cuidado da mente – as mulheres atribuem ao corpo e à mente “bem preparados” o sucesso dessa experiência: *[...] shiatsu e caminhadas facilitou muito [...], porque tu vai entrando naquela ideia.*<sup>22:403</sup>

O preparo do ambiente – a conduta proativa no arranjo da casa para a chegada do novo integrante revela a preocupação com a vivência fenomenológica da experiência de parir e nascer; algo que seria impensável no contexto hospitalar: *[...] eu fui arrumando a casa, enchendo de flores e cortinas, estabelecendo o meu ambiente, e isso foi dando segurança. A espiritualidade aflora, cada coisinha era preparada: acendia uma vela, ouvia uma música, acendia um incenso. Foi um mês de ritual, preparando a mim e esse meu espaço, pedindo luz, paz, tranquilidade.*<sup>22:403</sup>

#### C - Percepção sobre o atendimento da enfermeira obstétrica

A pesquisa mostrou que as mulheres verbalizam satisfação com a

atuação das enfermeiras, particularmente durante a fase preparatória, ou seja, a etapa que antecede o parto propriamente dito: *o pré-natal é completamente diferente. Ela [enfermeira obstétrica] explicava todas as etapas [...] tudo bem explicado, então eu fui me preparando para que acontecesse certinho em casa;*<sup>23:769</sup> [...] *a enfermeira foi fundamental neste processo, não tenho dúvida disso, é muito importante esse vínculo, e acreditar nesse profissional que está com você na hora que seu filho vai nascer [...].*<sup>23:769</sup>

### **3 - Experiências comparativas de mulheres que tiveram partos no domicílio e no hospital**

Um dos estudos tratou das experiências comparativas de mulheres que tiveram partos domiciliares e partos hospitalares, sendo que as mulheres que tiveram filhos em casa, foram assistidas por parteiras, pelas próprias mães ou sozinhas.<sup>20</sup> Nessa pesquisa constatou-se que seis de sete mulheres referiram que o parto domiciliar foi melhor por diversos motivos, entre eles, maior rapidez, menos intervenções (como a não realização do toque vaginal), maior liberdade de movimentação, entre outros: [...] *eu acho que em casa me senti melhor assim, foi mais rápido, eu decidia como ficava, porque quando eu cheguei do hospital eu estava toda machucada, dolorida, deu até febre. Já em casa, eu não tive nada disso, eu me senti melhor. Lá faz muito toque, machuca muito, fiquei toda dolorida.*<sup>20:102</sup>

#### **Metacategoria - O parto respeitoso no ambiente acolhedor do lar**

A partir da releitura cuidadosa dos achados, surgiu uma metacategoria, ou seja, um tema que se sobrepôs e englobou as demais categorias.<sup>12</sup> Esse tema sobressaiu de forma implícita nas análises dos resultados encontrados nos artigos avaliados.

O ambiente da casa se sobressai nos depoimentos de quem passou pela experiência do parto domiciliar como sendo facilitador de uma vivência respeitosa, principalmente por se tratar de um evento que é considerado íntimo e individual. O atendimento à mulher e à criança, baseado na autoridade técnica, afetiva e de consideração humana é encontrado na simplicidade das falas e atitudes das parteiras tradicionais; seja aquelas sem acesso ao conhecimento científico, agindo “intuitivamente”, ou ainda, seguindo os exemplos práticos de suas antecessoras, na arte de partejar, ou as que partejam como profissão, e que lutam por um retorno financeiro mais condizente com o ofício que desempenham. O reflexo de uma atenção de reverência à mulher, em todas as fases da gestação, parto e pós-parto, fica registrado na memória



das mulheres que receberam o auxílio da parteira, com extremo reconhecimento e consideração.

Porém, a representação de um parto respeitoso também se destaca nas experiências das mulheres que foram atendidas no domicílio por profissionais de saúde e, especialmente, por enfermeiras obstétricas. Embora o preparo técnico-científico dessas profissionais seja referido como característica importante na atuação domiciliar, é a consideração aos seus desejos de co-atuar no parto, a decisão conjunta sobre posições a serem adotadas e intervenções a serem realizadas, assim como a segurança que transmitem no decorrer do período perinatal, que são considerados como expressões de respeito e consideração humana para com elas e seus filhos recém-nascidos.

Tanto para as mulheres que vivem nos recônditos brasileiros, sendo atendidas por parteiras tradicionais, quanto para as que vivem nos grandes centros, amparadas por enfermeiras especializadas profissionalmente na condução do parto, assim como para as próprias parteiras que atuavam ou continuam atuando no ofício de partejar, o parto respeitoso é possível, em grande medida, por ocorrer no ambiente da família, ou seja, no lugar mais conhecido e seguro para a família, e não, necessariamente, para quem atende ao parto. Em certo sentido, tanto as mulheres que prestam assistência ao parto em nível domiciliar, quanto as que são sujeitos de seus partos, desejam e lutam para fugir do modelo assistencial hospitalocêntrico, considerando o lar como o lugar mais acolhedor e respeitoso para dar à luz e receber o novo ser humano no grupo social.

## DISCUSSÃO

A experiência prática das parteiras tradicionais, pesquisada com profundidade pelas enfermeiras obstétricas, aponta para um ofício que carrega uma característica quase que missionária, desenvolvido em condições precárias, e com conhecimentos advindos de tradições familiares e de saberes empíricos, sendo que estes predicados se equivalem a resultados obtidos em outros estudos acadêmicos de enfermagem desenvolvidos em nível *stricto sensu*.<sup>26,27</sup> Os resultados das pesquisas envolvendo parteiras também revelam que, em suas autoapreciações, para desempenhar este papel, é condição indispensável, fomentar valores altruístas e humanistas, que vislumbrem a parturiente como alguém que vivencia uma experiência existencial, e não apenas, calcada na concepção reprodutivista, ou mesmo na promoção do ideário da maternidade; algo tão próximo ao modelo hospitalocêntrico, e tão caro à concepção biomédica.<sup>28-29</sup>

No que diz respeito ao ofício de partejar propriamente dito, as enfermeiras interpretam que o conhecimento das parteiras provém da arena empírica, e relacionado com a cultura local, “nativa”, que oferece o suporte considerado apropriado, seja para promover a saúde da mãe e do filho, prevenir complicações, ou mesmo para estabelecer rituais, técnicas e tratamentos que contribuam para a resolução das intercorrências porventura existentes. Embora interpretando o ofício, com base em redes de símbolos e significados “emicos”, essa análise talvez seja um pouco parcial e, até mesmo um tanto apressada, principalmente por desconsiderar que tais práticas integram cosmologias, portanto, muito além de “conhecimentos advindos da prática”. Observa-se ainda que, na concepção que as parteiras possuem sobre o trabalho que realizam, não há referência à falta de conhecimentos “científicos”, como algo que obstaculize a tarefa de partejar. Esta preocupação parece estar mais centrada nas preocupações das enfermeiras obstétricas que realizam as pesquisas, do que propriamente, nas necessidades das parteiras. De maneira contrastante é interessante observar que outros profissionais da área social que pesquisam parteiras não colocam essa condição como uma lacuna no “fazer” e “ser” da parteira tradicional.<sup>28-31</sup> Provavelmente essa interpretação das enfermeiras pesquisadoras apresente congruência com o ideário técnico-profissional da especialidade profissional, em que o “não científico” é considerado menos preparado do que o profissional “formalmente” preparado para agir sob os rigores da ciência obstétrica.

Quanto às dificuldades referidas pelas parteiras, as mais relevantes se concentram no problema para conseguirem sobreviver com as parcas finanças que recebem pelo trabalho realizado. As que desenvolvem o ofício, na atualidade, estão sendo apoiadas por Organizações não Governamentais, que lutam pelo direito do reconhecimento da profissão, além de uma remuneração mais justa pelo trabalho que fazem.<sup>30</sup> Essa realidade ainda é comum em algumas regiões do Brasil, como é o caso do Amapá, onde grande parte da população chega ao mundo pelas mãos de mais de 700 parteiras tradicionais, sendo que até pouco tempo atrás, o Estado ostentava o segundo mais baixo índice de mortalidade infantil.<sup>32</sup>

À luz do discurso das mulheres atendidas pelas parteiras, é possível identificar o sentimento de respeito e reconhecimento que nutrem pelas mesmas. Os estudos mostram que a familiaridade das parturientes com os preceitos de atenção à saúde e às práticas locais, facilitam a aceitação das recomendações feitas pelas parteiras, favorecendo o atendimento respeitoso.<sup>26</sup> As parturientes entrevistadas

pelas enfermeiras obstétricas também não aventam a falta de conhecimentos da ciência obstétrica como um valor que desqualifica o trabalho das parteiras. Ao contrário, o respeito e a segurança com que atuavam ou atuam é “o que conta” como maiores benefícios.

As pesquisas que abordaram o parto domiciliar nos grandes centros urbanos, atendidos por profissionais, focaram seus resultados nas motivações que levaram as mulheres e famílias a optar pelo parto em casa, bem como a participação ativa no parto e a percepção sobre o atendimento da enfermeira obstétrica. Alude-se a essa escolha o fato que as mulheres estão se inteirando, cada vez mais, dos benefícios do parto vaginal, vivido de forma respeitosa à fisiologia do nascimento. O ambiente domiciliar, para essas mulheres, parece ser o local ideal para uma experiência parturitiva com liberdade e autonomia.<sup>15,33</sup> É interessante ressaltar que as pesquisadoras deram voz às mulheres que tiveram a experiência do parto domiciliar, e não ao casal propriamente dito. É possível que, por essa razão, tenham ficado mais explícitas as representações sobre o preparo do corpo e da casa para sediar o parto. O protagonismo feminino se sobressaiu nos resultados frente à atuação da enfermeira que assistiu o parto, mas nem por isso, as mulheres deixaram de verbalizar, em algum momento, a satisfação que tiveram com a assistência prestada. Todos os resultados dessa categoria foram permeados por uma crítica ao modelo atual de assistência ao parto nas maternidades brasileiras, o que impulsionou essas mulheres a buscarem uma alternativa frente ao que está sendo oferecido pelo sistema de saúde vigente.

No estudo que abordou a experiência das mulheres que tiveram parto no domicílio e no hospital, ficou impresso, em seus depoimentos, a frustração com a experiência do parto hospitalar, em detrimento ao domiciliar. As mulheres que se submeteram a um parto hospitalar, depois da experiência vivida em casa, foram surpreendidas pelas rotinas institucionais e pela intervenção excessiva, destacando, principalmente, a intensa sucessão de toques vaginais, a privação de alimento e a restrição de movimentação. Essa situação direcionou a preferência das mulheres pelo parto no ambiente domiciliar. O resultado desse estudo comparativo reforça o ideário do parto realizado por profissionais especializados, sem intervenções tecnológicas desnecessárias, num momento em que a enfermagem obstétrica está alçando novos caminhos para o desempenho responsável, ético e legal deste tipo de atuação profissional. Já, do ponto de vista das enfermeiras que atendem o parto no domicílio e no hospital, a literatura é quase irrelevante, pelo pequeno número de publicações nacionais. Contudo, duas pesquisas, sendo uma

delas uma dissertação de mestrado e outra, um artigo de investigação publicado no exterior, foram realizadas no ano de 2010, apresentando excelentes resultados maternos e neonatais provenientes de partos domiciliares atendidos por enfermeiras obstétricas.<sup>15,33</sup>

Mesmo sendo escassas as publicações brasileiras acerca do assunto “parto domiciliar”, foi possível notar que houve um crescente interesse das enfermeiras e pesquisadoras em conhecer as práticas das parteiras tradicionais.<sup>2,26-31,34-36</sup> O saber das parteiras, outrora muito questionado pela comunidade científica e, particularmente, pela especialidade obstétrica, agora faz parte do interesse acadêmico.<sup>26-53</sup> A falta de articulação entre o conhecimento empírico e o sistema formal de saúde gerou conflitos que estão em processo de serem redimensionados e repensados, afim de se encontrarem soluções que sejam viáveis para a convivência de todos os agentes que atuam no parto domiciliar.<sup>27</sup> As expectativas de vários desses estudos é de encontrar e “resgatar” as práticas mais humanizadas e respeitadas no trato com as parturientes, tanto para “visibilizar” essas atendentes supostamente “esquecidas”, quanto para inspirar uma nova maneira de proceder a assistência.<sup>28</sup>

As principais limitações desta revisão de literatura estiveram relacionadas à exclusão de trabalhos que não se constituíram como artigos originais em periódicos indexados e à exclusão de um dos estudos, que foi realizado por enfermeiras brasileiras, porém, publicado no exterior. Embora único, acarretou no descarte de uma importante pesquisa envolvendo a atuação de enfermeiras obstétricas no parto domiciliar. Em relação aos aspectos positivos, é importante salientar que a utilização do CASP<sup>14</sup>, como instrumento de avaliação crítico-metodológica dos estudos, possibilitou o rigor e a credibilidade necessários para uma revisão sistemática de estudos qualitativos.

Os resultados da revisão mostram o interesse das enfermeiras em pesquisar o ofício das parteiras tradicionais, trazendo à tona as relevantes contribuições que essas mulheres tiveram, nos mais diferentes cenários brasileiros de assistência ao parto extra-hospitalar, mas, por outro lado, revelam ausência de estudos sobre as relações entre as enfermeiras e as parteiras, no atual contexto das práticas de atenção profissional ao parto; um tema pungente, necessário e de interesse geral na área obstétrica brasileira contemporânea. Os resultados também assinalam carência de publicações sobre a atuação da enfermeira obstétrica e de outros profissionais que atuam na assistência ao parto domiciliar, que possam apontar as facilidades e dificuldades encontradas neste cenário assistencial.

## REFERÊNCIAS

1. Monticelli M. O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. São Paulo (SP): Robe; 1997.
2. Souza HR. A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2005.
3. Hotimsky SN. Formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina; 2007.
4. Enkin M. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
5. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm USP. 2006 Jun; 40 (2): 274-9.
6. Brasil. Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.
7. Lessa HF. Parto em casa: vivência de mulheres [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2003.
8. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North

- America. *BMJ* [online]. 2005 [acesso em 2011 mar 01]; 330:1416. Disponível em <http://www.bmj.com/content/330/7505/1416.abstract>
9. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth*. 2009 sep; 36 (3): 180-189.
  10. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, Lein MC. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of 17. *Midwifery in British Columbia. CMAJ*. 2002; 166 (3): 315 – 323.
  11. Janssen PA, Saxel L, Page L, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009; 181 (6-7): 377-383.
  12. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Volume 11. Série qualitative research methods. Newbury Park (CA): Sage; 1988.
  13. Espíndola CR, Blay SL. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2009 Ago; 43 (4): 707-16.
  14. Trust MKP. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence*. London (UK): Oxford; 2002.
  15. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Referencia*. 2010 dez; III(2): 81-90.
  16. Acker JIBV, Annoni F, Carreno I, Hahn GV, Medeiros CRG. As

- parteiras e o cuidado com o nascimento. Rev Bras Enferm. 2006 set-out; 59 (5): 647-51.
17. Bessa LF. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. Rev Esc Enf USP. 1999 set; 3(3): 251-54.
18. Borges MS, Pinho DLM, Guilhen D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber edificante. Rev Bras Enferm 2007 mai-jun; 60(3): 317-22.
19. Cecagno S, Almeida FDO. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. Texto Contexto Enferm. 2004 Jul-Set;13(3): 409-13.
20. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2007 mar; 11(1): 98-104.
21. Dias MD. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. Rev Eletr Enferm [online]. 2007 [acesso em 2011 jul 24]; 9(2). Disponível em:  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>
22. Kruno RB, Bonilha ALL. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. Rev Gaúcha de Enferm. 2004 dez; 25(3): 396-407.
23. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008 dez; 12(4): 765-772.

24. Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Júnior HJN, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2009 abr-jun; 13(2): 319-327.
25. Vieira MR, Bonilha ALL. A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho. Rev Gaúcha de Enferm. 2006 mar; 27(1):19-26.
26. Santos SM. Parteiras tradicionais da região do entorno de Brasília, Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em História; 2010.
27. Chamilco RASI. Práticas culturais das parteiras tradicionais na assistência à mulher no período grávido-puerperal [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery; 2004.
28. Fleischer SR. Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2007.
29. Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2004.
30. Fleischer SR. Puxando barrigas para puxar assuntos: a massagem abdominal como uma fonte de saber e significados entre parteiras marajoaras. Mneme Revista de Humanidades [online]. 2006 [acesso 2011 jul 21]; 7(19). Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/ojs/index.php/mneme>



31. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev. Estud. Fem. [online]. 2002 [acesso em 2011 mai 25] 10 (2). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso)>
32. Costa LHR. Memória de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2002.
33. Koettker JG. Parto domiciliar atendido por enfermeiras [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
34. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet [periódico online]. 2011 Mai [acesso 2011 Jul 22]; Séries Saúde no Brasil (2): 32-46. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
35. Mott ML. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). Rev. esc. Enferm. USP [online]. 2001 vol.35, n.1 [acesso em 2011 mai 25]; 35(1). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100008&lng=en&nrm=iso)>
36. Riesco, MLG. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. Rev Latino-americana Enfermagem. 1998 abr; 6(2): p. 13-15.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é um conjunto de conceitos e pressupostos que buscam interpretar e explicar o mundo que nos cerca e auxilia a guiar as ações. Trata-se de conhecimento sistematizado, que permite um olhar específico para determinada realidade (GEORGE, 2000).

Segundo Trentini e Paim (2004, p.54), a teoria “é um conjunto de conceitos que apresentam estreita relação entre si e que tem como propósito apresentar uma visão sistematizada de um fenômeno” e, para isso, deve abranger pressupostos, um grupo de conceitos, suas definições e as articulações entre eles, de forma a consistir em uma construção lógica sobre um determinado fenômeno. Esse conjunto é identificado como “Marco Conceitual”.

Esta pesquisa se apoiou em autores que têm estudado o parto sob o ponto de vista antropológico, principalmente em Genep (1978), Davis-Floyd (2009;1992), Monticelli (2003, 1997, 1994), Tornquist (2002), Gualda (2009) e Salem (2007, 1987, 1985), com o objetivo de compreender os rituais de cuidado realizados pelas famílias durante a vivência do parto, no ambiente domiciliar.

Seguindo o modelo proposto por Monticelli (1994), nessa pesquisa o conceito-chave foi a CULTURA no qual o parto é vivenciado como um rito de passagem, sendo também o *locus* dos rituais de cuidado com a mulher e o recém-nascido. Para isso, foram usadas também as ideias concebidas por autores da Antropologia Interpretativa, como Geertz (1978), Langdon (1991, 2010) e alguns fundamentos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Dra. Madeleine Leininger (2006, 1991, 1978).

#### 3.1 MARCO CONCEITUAL

Trentini e Paim (2004) argumentam que o marco teórico de um tema de pesquisa consiste na articulação dos conceitos explícitos na questão ou no propósito da pesquisa com uma ou mais teorias e o marco conceitual, quando os conceitos da pesquisa se articulam com outros conceitos, que não são componentes de uma mesma teoria ou são apenas parte dos conceitos da teoria. Além disso, “o marco [...] conceitual na pesquisa serve como suporte das ideias e guia na conceptualização e implementação do tema de pesquisa” (TRENTINI; PAIM, 1999, p.54).

De acordo com Monticelli (1997), o marco conceitual tem uma ligação mais próxima com a realidade prática, agindo como uma bússola, no sentido de definir alguns aspectos mais concretos da realidade pesquisada.

O marco conceitual, de acordo com Meleis (1985), é composto por pressupostos e por conceitos inter-relacionados. Pressupostos são entendidos como “crenças, valores, ‘coisas’ em que se acredita” (MONTICELLI, 1997, p. 67), e conceitos, conforme Minayo (2004), são imagens que descrevem objetos, propriedades ou eventos e direcionam nossas percepções sobre a realidade. O conceito é entendido como uma abstração mental sobre determinado aspecto da realidade e que influencia nossas decisões e nossas ações (TRENTINI; PAIM, 2004). Na elaboração dos conceitos, o autor está “polindo bordas foscas” (MONTICELLI, 1994, p. 42), esclarecendo ambiguidades e estabelecendo relações.

Cabe ressaltar que os conceitos são extremamente úteis para orientar o estudo, porém, não se inserem como um mapa rígido, e sim, são utilizados como guias ou como possibilidades de interpretação da realidade, evitando-se assim cristalizações e engessamentos dos fenômenos sob investigação. Os conceitos que compõem o marco conceitual são: cultura, parto como rito de passagem, rituais de cuidado no parto, ideário do “casal grávido” e família no parto. Esses conceitos foram fundamentados em autores que apresentavam concepções bastante parecidas, sem, no entanto, utilizar uma única teoria, e ajudaram a construir um entendimento aprofundado sobre os rituais das famílias no parto domiciliar.

### **3.1.1 Pressupostos**

- Os valores, crenças e práticas de 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).
- A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, humanístico e uma profissão cujo propósito maior é servir ao ser humano. O

paradigma qualitativo proporciona novas formas de saber e diferentes meios de descobrir as dimensões epistemológicas e ontológicas do cuidado humano (LEININGER, 1991).

- Todas as culturas desenvolvem ritos de cuidado. Porém estes não acontecem da mesma maneira em todas as culturas. Assim sendo, alguns rituais são mais significantes e terapêuticos do que outros, mas todos têm propósitos ou funções específicas para as culturas (LEININGER, 1991; MONTICELLI, 1994).

- Enfermeiras e clientes (famílias, grupos, comunidades) trabalham de maneira coparticipante para a obtenção de cuidados culturalmente congruentes (LEININGER, 1991; MONTICELLI, 1994).

- O cuidado à saúde pode ser expresso por rituais, que não são apenas gestos, mas um sistema simbólico que tem validade compartilhada (GEERTZ, 1978; MONTICELLI, 1994).

- A enfermeira, representante do sistema profissional de saúde, necessita compartilhar símbolos e significados com as famílias, durante o parto, para que os ritos de cuidado sejam culturalmente congruentes, seja na instituição hospitalar ou nos domicílios (MONTICELLI, 1994).

- O conhecimento do cuidado cultural é necessário para o desenvolvimento da prática assistencial da enfermagem (LEININGER, 1978, 1991).

- A casa, como cenário do parto, favorece as práticas ritualísticas das famílias que envolvem a parturiente e o recém-nascido.

- O corpo humano e os sintomas são interpretados por meio dos filtros das crenças culturais (GUALDA, 2009).

- Aspectos culturais dos sistemas de cura têm consequências importantes para a aceitabilidade, a eficácia e a melhoria da saúde nas sociedades humanas (GUALDA, 2009).

- As interações que a família articula com outras famílias, os especialistas populares e os profissionais de saúde têm influência na escolha do local para o parto, bem como nos significados atribuídos aos rituais de cuidado desenvolvidos com a mulher e o recém-nascido.

- Cada parto é singular; uma experiência única no universo da mulher e de sua família, que envolve também a comunidade ou sociedade em que estão inseridos.

- Além de “respeitar” e “levar em consideração” os cuidados familiares, é imprescindível que a enfermeira compreenda o contexto cultural dos clientes e suas famílias durante o parto (MONTICELLI, 1994).

### 3.1.2 Conceitos inter-relacionados

#### O conceito de cultura

De acordo com Geertz (1978), a cultura é uma rede de símbolos e significados elaborada pelos seres humanos para orientar suas ações na vida cotidiana. A cultura é pública, pois há consenso em relação aos significados, e compartilhada, pois um indivíduo sozinho não inventa uma cultura. A cultura é o resultado das interações dos indivíduos que, desempenhando e reinventando papéis sociais, desenrolam sua história (VELHO; CASTRO, 1978).

A concepção de cultura de Geertz (1978) estabelece ligação entre as formas de pensar e agir das pessoas, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva, considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são construídas culturalmente (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Para Langdon (1991), a cultura não é inata dos indivíduos, ela é aprendida, por isso é diferente da questão biológica; é lógica, pois é organizada simbolicamente e é dinâmica, pois os indivíduos estão sempre reorganizando suas representações.

Ao se afirmar que a cultura é aprendida, profere-se que não se pode explicar as diferenças do comportamento humano através da biologia de forma isolada. Sem negar o seu destacado papel, a perspectiva cultural(ista) afirma que a cultura modela as necessidades e características biológicas e corporais. Porém, é a cultura compartilhada pelos indivíduos formadores de uma sociedade que torna essas possibilidades em atividades específicas, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis (LANGDON; WIIK, 2010, p.175).

A família é quem introduz a cultura, provendo valores, crenças, símbolos, normas e comportamentos de vida que balizam o viver dos seres humanos. Através de interações prévias os indivíduos, famílias e grupos sociais adquirem e desenvolvem significados que são traduzidos pelas ações e comportamentos da vida cotidiana. O nascimento de uma

criança está intimamente relacionado e embebido na cultura da família, e também nas relações que esta tem com os profissionais de saúde e as demais estruturas da sociedade (MONTICELLI, 1994).

### O parto como rito de passagem

Van Gennep (2011) classifica os ritos de passagem como sendo uma gama ampla de eventos que marcam as mudanças de uma pessoa ou de uma coletividade, ao longo da vida, desde o nascimento até a morte, tais como os batismos, os casamentos, as formaturas, os funerais e os nascimentos. Os ritos de passagem são os que acompanham a vida de um indivíduo, passando pela infância, puberdade, noivado, casamento, maternidade/paternidade entre outros. O que confere importância e simbolismo para cada uma dessas “passagens” são os valores culturais de cada sociedade, construídos nas interações com as pessoas, as organizações, os profissionais e quaisquer outras relações desenvolvidas durante o processo de viver.

Um ritual é a representação padronizada, repetitiva e simbólica de uma crença ou valor cultural; seu objetivo principal é alinhar o sistema de crenças do indivíduo com o da sociedade. Um rito de passagem é uma série de rituais que mobiliza os indivíduos de um estado ou *status* social para outro. Os ritos de passagem transformam tanto a percepção que a sociedade tem dos seus indivíduos, como a que os indivíduos têm a respeito de si mesmos (DAVIS-FLOYD, 2004).

Os ritos de passagem consistem, em geral, de três etapas delineadas originalmente por Van Gennep (1978) como uma “série típica dos ritos de passagem”: a **separação**, fase pré-liminar, supõe uma mudança ou separação do indivíduo de um *status* anterior para outro, a ruptura de uma estrutura social ou de um conjunto de condições culturais; o período de **margem**, a seguir, incorpora uma fase liminar, em que o sujeito do rito, o “passageiro”, é ambíguo, possuindo pouco ou nenhum atributo, seja do período passado, ou do vindouro. Tais atributos são bastante desenvolvidos, por exemplo, na gravidez, no parto, ou em qualquer iniciação; e, por fim, a **agregação**, que é uma etapa desenvolvida na fase pós-liminar, onde a passagem já foi consumada, o indivíduo é absorvido no novo *status* social, através de vários ritos de incorporação (GENNEP, 1978; DAVIS-FLOYD, 2004; MONTICELLI, 1994).

O parto como rito de passagem, considerando-se toda a trajetória da gestação/nascimento, principia com a percepção da mulher sobre sua

gravidez; o período de transição se mantém até muitos dias após o parto; e o de integração termina, gradualmente, nos primeiros meses de vida da criança, quando a nova mãe começa a perceber que está “na normalidade” outra vez (DAVIS-FLOYD, 2004).

O recém-nascido, por sua vez, encontra-se num estado de liminaridade entre a natureza e a cultura. Os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias com seus recém-nascidos têm a função de promover esta transição, através de procedimentos simbólicos, fazendo-o nascer socialmente (GENNEP, 1978; RODRIGUES, 1989; MONTICELLI, 1997).

Segundo Monticelli (1994), a literatura antropológica demonstra que o nascimento, embora sendo um evento biológico universal, é diferentemente percebido, organizado e padronizado de acordo com cada cultura. É fácil perceber que, dependendo da região e das características culturais, as mulheres conferem significados diferentes para o ato de parir. Essas diferenças culturais, por exemplo, estão impressas no tipo de parto e nas posições adotadas para dar à luz. De acordo com Rodrigues (1979), as técnicas obstétricas também variam de cultura para cultura. Para muitas sociedades, as condições de limpeza, temperatura e luminosidade são detalhes sem nenhuma importância. Para outras, a dor e os desconfortos do parto têm significados diferenciados; enquanto para algumas mulheres o parto é um momento de sofrimento e trauma, para outras, a dor física não é vista como um problema. Algumas mulheres dão à luz completamente sós, enquanto outras o fazem acompanhadas por profissionais, parteiras, pessoas significativas ou não. Independente de como o parto acontece, ele é considerado um rito de passagem.

### Rituais de cuidado no parto

Monticelli (1994) define rituais de cuidado como sendo todas as ações que são desenvolvidas durante o processo de nascimento. Essas ações são plenas de símbolos e significados e têm a finalidade tanto de comunicar ou expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos durante o nascimento, quanto de auxiliar na reelaboração ou reorganização simbólica para incorporar o novo. Ao vivenciar o nascimento como um rito de passagem, as famílias desenvolvem ritos de cuidado que as auxiliam na reinterpretação do novo (a nova mãe e o novo integrante da família), sendo que tais rituais ajudam a reorganizar a experiência existencial, e não apenas, a experiência física da mulher que está parindo ou do feto que está se



transformando em recém-nascido. Portanto,

[...] as ações desenvolvidas pelas famílias podem ser de natureza física, imaginária ou social. Dessa maneira, tanto os ritos ‘falam’ das mulheres e dos recém-nascidos, quanto ‘dizem’ algo para eles, ou seja, tanto permitem a retransmissão do sistema de valores à rede de mulheres, como permitem a sua reestruturação (MONTICELLI, 2002, p.145).

De acordo com Leininger (1978) e Monticelli (2002), todas as culturas desenvolvem ritos de cuidados, porém estes não acontecem da mesma maneira. Assim sendo, alguns rituais são mais significativos e terapêuticos que outros, mas todos têm propósitos ou funções específicas para as culturas.

Os rituais de cuidado no parto são mais evidentes quando o parto em si é vivido como um rito de passagem. As ações realizadas pelas famílias durante o parto são reflexos do significado maior que tem a passagem de um *status* social para outro. Desde a preparação para a chegada de um novo ser, passando pelo parto propriamente dito, e os cuidados com a mulher recém-parida e com a criança que chegou, as famílias desenvolvem rituais de cuidado que possuem, pois, significados culturais, ou seja, que ultrapassam a visão simplista de ações voltadas tão somente às preocupações com o corpo do pequeno bebê e o da mulher. Os rituais de cuidado são nutridos pelo contexto cultural.

### Ideário do “casal grávido”

O “casal grávido” é um processo construído, representando a conjugalidade grávida, onde a figura paterna passa a ser uma presença importante no cenário contemporâneo da gravidez, haja vista que essa ideologia não é natural, mas elaborada por quem nela acredita. Por muito tempo, o homem esteve “naturalmente” à margem do processo do nascimento, pois as mulheres pariam entre mulheres e com o apoio de mulheres. Porém, para muitas pessoas e comunidades, o parto continua sendo um evento do universo feminino.

O ideário do “casal grávido” valoriza o “novo” e a “mudança”, além de pregar o igualitarismo entre os papéis femininos e masculinos. Ao pressupor uma indiferenciação valorativa entre o masculino e o feminino, o “casal grávido” instiga cada um dos gêneros a ingressar no universo do outro (SALEM, 2007, 1987, 1985).

Como percussora desse conceito, Salem (1983, p.5) explica que “esta ênfase no partilhar das emoções e tarefas envolvidas no nascimento não diz respeito à comunidade e nem mesmo à família extensa, mas antes e sobretudo, ao casal.”

Observa-se, portanto, a entrada de um novo personagem em cena: o pai da criança. A ele cabe não apenas presenciar o nascimento – onde ele tem tarefas bastante específicas a desempenhar – mas também é altamente aconselhada e estimulada a sua participação em cursos prénatais. Tal como sua companheira, ele deve comportar-se como um ‘participante ativo e informado’, conforme convém ao ‘pai moderno’ e ao ‘conceito moderno de casamento’. Em suma, a imagem da mulher grávida, tendo sua mãe a seu lado, é destronada pela do casal grávido (SALEM, 1983, p.6).

É imprescindível manter o olhar para aquilo que cada família interpreta como fundamental para a sua experiência com o parto. Isto inclui os participantes que deverão integrar o rito de passagem e desenvolver os rituais de cuidado, desde a gravidez até o pós-parto. Para algumas famílias, ter um filho costuma ser um assunto privativo da mulher com sua mãe, a quem a família recorre para dar conselhos e orientar quanto às ações a serem desenvolvidas com a parturiente e seu bebê, porém, para outras, trata-se de um ritual de passagem a ser vivido pela família nuclear e que evoca a participação dos demais filhos do casal (caso existam), mas se prioriza o homem e a mulher que estão se preparando para a nova transição dos papéis parentais, desde a gravidez (a “fase pré-liminar”), passando pelo parto (a “fase liminar”), até o pós-parto (a “fase pós-liminar”).

### A família no parto

O ser humano nasce dependente de cuidado e cresce absorvendo, refletindo e modificando o meio cultural em que vive. Considerado como indivíduo único e com características idiossincráticas, vive em comunidades, compartilhando crenças, valores, símbolos e rituais. Seu primeiro contato com outros seres geralmente se dá em família, a comunidade mais próxima, e é nesse meio que aprende a interagir socialmente, “adquirindo e desenvolvendo significados que serão,

posteriormente, traduzidos em ações e comportamentos durante todo o seu processo de viver” (MONTICELLI, 1994, p. 46).

Ao longo da história, a família tem cuidado de seus membros durante inúmeras situações do ciclo de vida, como o nascimento, a enfermidade, a velhice e a morte. A casa torna-se um local de cuidado e também de transmissão de conhecimento sobre saúde e experiências relativas à vida, de uma geração à outra (ÂNGELO, 2009).

O significado de “família” varia de acordo com a visão de mundo dos indivíduos, sendo que esse significado não é inflexível, podendo tomar diversas conotações, inclusive, de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo, na vida grupal. A sociedade brasileira, hoje, é composta por diversos tipos de família, entre elas: multigeracional, birracial, nuclear, mista, adotiva, casais homossexuais e suas crianças.

A família é parte integrante de um ambiente sociocultural. Isso significa que crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais e, como tais, influenciam e são influenciados pela família (ÂNGELO, 2009, p.84-85).

Os cuidados desenvolvidos pelas famílias são fortalecidos por redes sociais e essas podem ser formadas por parentes, amigos, compadres, vizinhos ou até mesmo por profissionais ou agentes de saúde. O cuidado familiar é aprendido e construído através de sua trajetória, mas pode ser modificado segundo as vivências e interpretações de seus membros (ÂNGELO, 2009). Deste ponto de vista, a família é uma unidade social bastante complexa, e a diversidade dos aspectos que a envolve faz reconhecer que pouco se sabe de sua realidade, especialmente porque cada família tende a criar seu próprio ambiente (ALTHOFF, 2002).

Nesse estudo são consideradas integrantes da “família” todas as pessoas que se relacionam com o casal grávido que opta por vivenciar o parto no domicílio, em qualquer uma de suas fases (ou em todas), desde que suas inserções no parto sejam desejadas e requeridas pela gestante e seu companheiro.

As famílias têm tendência a ter um espaço físico, um lugar que seja seu, e que permita viver em família. Entre as características que definem a moradia, a privacidade é considerada a mais importante.

Significa ter um espaço que também é simbólico; liberdade, autonomia, independência para criar um modo de vida, isso é dar significado ao espaço familiar (ALTHOF, 2002).

[...] na dimensão física, o tipo, o local, instalações e delimitação do espaço podem indicar como vive a família. Na dimensão social, é possível perceber como a família se relaciona com os outros e entre seus próprios integrantes. O grau de abertura do espaço da moradia para receber amigos, parentes, vizinhos e outras pessoas, indica quanto os limites são permeáveis e quanto a família se coloca à disposição para troca e ajuda (ALTHOF, 2002, p.29).

A moradia apresenta as características que refletem a identidade familiar, exprimindo aquilo que é próprio da família.

## 4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Diante das perguntas norteadoras e do tema proposto para essa investigação, a abordagem etnográfica qualitativa de pesquisa pareceu ser a mais apropriada, justamente por viabilizar a incorporação dos aspectos culturais e ritualísticos inerente ao objeto de estudo. Segundo Minayo (2004), a metodologia qualitativa possibilita a compreensão dos meandros das relações sociais consideradas a essência e o resultado da atividade humana afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano e da vivência da pesquisadora com os sujeitos do estudo.

A metodologia qualitativa possui pressupostos que buscam desvendar os significados, as atitudes e as crenças para a compreensão de um fenômeno em especial, tem o ambiente “naturalístico” como fonte direta de dados, a pesquisadora é o instrumento de pesquisa mais importante, tende a ser descritiva e indutiva e, principalmente, a pesquisadora valida o estudo assegurando-se que as informações obtidas (os dados) representam exatamente o que as pessoas dizem e o que elas fazem, para gerar conhecimentos da vida social em foco. Em geral, na investigação qualitativa, há mais interesse pelo processo do que pelos resultados ou produtos (MINAYO, 2004; MONTICELLI, 2003; TAYLOR, BOGDAN, 1984).

### 4.1 A ETNOGRAFIA

Partindo do princípio que o presente estudo teve suas bases teóricas fundamentadas no campo antropológico, além da necessidade de uma aprofundada compreensão sobre o universo cultural que permeia o parto em nível domiciliar, o método etnográfico foi utilizado para trilhar o caminho rumo ao entendimento dos rituais de cuidado que acontecem neste universo. O método foi escolhido por permitir estudar fatos desconhecidos e modos de vida de pessoas de uma determinada cultura, descrevendo e analisando as características físicas, culturais, sociais, ambientais, e como esses fatores podem influenciar seus padrões de vida (ROSA et al., 2003).

O conhecimento desenvolvido na etnografia envolve duas perspectivas, a emic, que é a forma pela qual os membros da cultura percebem o seu mundo, numa visão interna, e a etic, que são as

explicações e interpretações das experiências daquela cultura, numa visão externa (ROSA et al., 2003, p.15).

Por tratar-se de interpretação do comportamento cultural, implica em descrever densamente o que as pessoas de um determinado lugar, comunidade, *status* ou contexto fazem em circunstâncias comuns ou especiais, assim como os significados que atribuem à sua *práxis* (ELSEN, MONTICELLI, 2003; MONTICELLI, 2003; GEERTZ, 1989). Em outras palavras, a etnografia refere-se à descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender o modo de vida, a partir do ponto de vista dos informantes. Refere-se ao processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar os estilos de vida ou padrões particulares de uma cultura, a fim de compreender o modo de viver das pessoas (MONTICELLI, 2003; GEERTZ, 1989).

A tarefa do etnógrafo não se restringe às atividades do trabalho de campo – entrevistar informantes, observar rituais ou o dia-a-dia de certos grupos sociais, apreender a linguagem, os termos mais utilizados, localizar e representar graficamente o grupo estudado, as casas, escrever o diário de campo, etc. Pressupõe, também a capacidade de o pesquisador realizar uma ‘descrição densa’, no sentido de que os dados não são apenas apreendidos, mas devem ser interpretados para que seus vários significados possam ser revelados (NAKAMURA, 2009, p.11).

Na antropologia, o foco da etnografia está no estudo aprofundado das comunidades ou grupos de pessoas que estão ligadas entre si de múltiplas maneiras. Assim, “possibilita a transformação daquilo que parece ser apenas uma coleção de material heterogêneo, em uma rede de entendimentos sociais que se reforçam mutuamente” (GEERTZ, 1999, p. 234).

Na etnografia, o ‘campo de pesquisa’ é concebido como o recorte que a pesquisadora faz em termos de espaço, representando a realidade empírica a ser estudada, a partir da abordagem teórica que fundamenta o objeto da investigação (MINAYO, 2004). A experiência de campo

depende, em grande parte, da biografia da pesquisadora, das opções teóricas que faz, do contexto cultural e das situações imprevisíveis que se configuram, no dia-a-dia, no próprio local de pesquisa entre pesquisadora e informantes (MONTICELLI, QUEVEDO, REYNA, 2008; MONTICELLI, 2003; PEIRANO, 1995).

Assim, no domicílio das famílias, tive a possibilidade de realizar o ofício contínuo da pesquisa etnográfica, aprendendo com os informantes, no contexto “naturalístico” onde os partos ocorreram.

#### **4.1.1 Local e contexto**

Segundo Leopardi (2002), o pesquisador não escolhe o campo (cenário) por acaso. Ao contrário, vai a este campo porque já tem um assunto ou um problema prático que almeja abordar, seja para conhecer suas características, seja para encontrar uma solução. É importante compreender, no entanto, que o campo não é neutro; a forma de abordá-lo “revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los” (MINAYO, 2004, p.107).

A escolha do cenário domiciliar para a realização dessa pesquisa veio ao encontro do objeto da investigação, assim como com o delineamento teórico escolhido. Deste modo, o critério de escolha do local para a coleta de dados centrou-se nos domicílios das famílias que optaram pela realização do parto em casa, pois esse é o ambiente “naturalístico” onde essas famílias desenvolvem seus rituais de cuidado.

A opção pela casa/domicílio como contexto de estudo tornou-se o ponto de partida por ser o local onde venho desenvolvendo minha atividade profissional como enfermeira, em conjunto com outras profissionais que atendem partos domiciliares em Florianópolis e em cooperação com médicos obstetras. Essa equipe de enfermeiras presta assistência ao parto no domicílio, envolvendo-se desde as consultas pré-natais, o parto propriamente dito, e acompanham, ainda, mãe e recém-nascido, nas consultas pós-parto, até que a família não mais apresente demandas de cuidados profissionais. Como dito anteriormente, essa atuação é respaldada pela legislação federal e estadual e pelo conselho profissional.

Cabe ressaltar que as casas que abrigaram os partos, durante a etnografia, nem sempre era o local de residência das famílias, mas sim, o ambiente que as mesmas escolhiam para a vivência do parto

propriamente dito. Algumas, portanto, alugaram casas apenas para a ocorrência do parto, embora a maioria permanecesse na sua moradia. De qualquer modo, permaneci com as famílias, no local que elas escolheram para desenvolver os rituais de cuidado. Portanto, o local de escolha para a ocorrência do parto domiciliar, pelas famílias, foi parte integrante da análise ritual.

Minha participação como profissional, integrando a equipe de enfermeiras obstétricas que atendem ao parto domiciliar, foi a porta de entrada para “o trabalho de campo etnográfico”, pois, dessa forma, pude preencher os principais requisitos colocados pelos estudiosos, para a seleção do “campo” de estudos, dentre eles: acessibilidade, possibilidade maior de obter permissão para a investigação, frequência com que as atividades que foram investigadas poderiam vir a ocorrer (os ritos de cuidado desempenhados pelas famílias no parto domiciliar), além de haver oportunidade de realizar observações, atuando como uma “participante total” na realidade investigada (LEININGER, McFARLAND, 2006; MONTICELLI, 2003; SPRADLEY, 1980). Contudo, os princípios de não-intrusão e de manutenção do olhar de “estrangeiro” foram mantidos, a fim de garantir o distanciamento etnográfico, que é fundamental para a descrição densa e a interpretação “etic”, a partir do aporte teórico escolhido para o empreendimento analítico. O *modus operandi* utilizado para a coleta de dados será descrito no item referente aos “Guias habilitadores”.

#### **4.1.2 Os informantes participantes da pesquisa**

As informantes foram 25 famílias que optaram por vivenciar o parto domiciliar planejado, atendido por uma equipe de enfermeiras obstétricas que atua de forma autônoma, na grande Florianópolis, no período de setembro de 2010 a maio de 2011. O número total de famílias foi estabelecido durante a coleta de dados, respeitando os princípios de saturação indicados pelos estudos de natureza qualitativa (FONTANELLA, 2008; MONTICELLI, 2003; LEININGER, 1991).

As famílias chegaram até as enfermeiras, através de indicação de amigos ou conhecidos que já vivenciaram o parto em casa, através de consulta à internet, ou pela indicação direta de médicos pré-natalistas. Durante os meses da coleta de dados, as enfermeiras realizaram encontros mensais, abertos e gratuitos para gestantes e demais familiares, onde eram esclarecidas as dúvidas acerca do atendimento



prestado ao parto domiciliar. Nesses encontros, foram apresentados os protocolos de atendimento e o método de trabalho da equipe. A partir disso, as famílias que desejavam vivenciar o parto domiciliar, procuraram pelos serviços profissionais das enfermeiras obstétricas, quando a gestação completava 36 semanas, para, então, começar o pré-natal de enfermagem e o preparo para o parto. Na ocasião desses encontros mensais eu então apresentava a proposta dessa pesquisa, propondo às famílias suas participações, como sujeitos da mesma, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice A**), ressaltando que as que optassem por não participar da pesquisa, não teriam qualquer prejuízo na assistência. Da mesma forma que as famílias que optassem por participar, não teriam, por isso, assistência diferenciada.

Nos estudos etnográficos os informantes são participantes indispensáveis e a razão de ser da pesquisa. A pesquisadora, entretanto, não tem ‘amostras’, ‘objetos’, ‘casos’ ou ‘populações’, mas trabalha com informantes-chave e informantes gerais que, por sua vez, tornam-se as principais fontes para que se aprenda com eles, sobre eles (LEININGER, 1995, 1991). Segundo Leininger (1991), os **informantes-chave** são selecionados de modo proposital ou intencional por terem mais conhecimento sobre o assunto que está sendo investigado e por refletirem a rede de símbolos e significados daquela cultura. Assim, os informantes-chave da pesquisa corresponderam aos CGs que decidiram pelo parto domiciliar. Os **informantes gerais**, de acordo com Leininger (1991), são considerados os que, comparativamente, não possuem experiências tão aprofundadas sobre o assunto, mas têm idéias e domínio geral sobre o fenômeno sob investigação e mostram-se dispostos a compartilhar suas ideias. Assim, foram considerados como informantes gerais, as pessoas que eram consideradas “da família”, pelos CGs, e que entravam na cena do parto e nos cuidados pós-parto para compartilhar experiências, saberes e condutas. Entre os informantes gerais foram incluídos pai, mãe, irmãos, irmãs, avós ou tias dos CGs, comadres (que seriam madrinhas do bebê) e amigos(as) próximos do casal que estavam no cenário do nascimento ou que conviviam na mesma comunidade.

É importante ressaltar que todos os casais que vivenciaram o atendimento completo das enfermeiras (pré-natal, parto e pós-parto) na época do estudo foram potenciais participantes do mesmo, independente da paridade, da idade, da situação conjugal ou do nível socioeconômico, desde que concordassem com a participação, assinando o TCLE. O atendimento prestado pelas enfermeiras iniciava com visitas semanais a

partir de 37 semanas de gestação, consideradas preparatórias para o parto domiciliar, culminando no parto, e concluindo no décimo dia pós-parto. Esse foi o período em que as enfermeiras e as famílias foram acompanhadas no ambiente domiciliar.

É importante destacar que o protocolo de atendimento das enfermeiras excluía gestantes que apresentassem gestação de risco (doença hipertensiva específica da gestação, hipertensão arterial, diabetes gestacional, feto em apresentação pélvica e gemelares). Dessa forma, todos os partos acompanhados foram de gestações consideradas de baixo risco pelos protocolos obstétricos da biomedicina.

As características mais particulares dos informantes que participaram da pesquisa serão apresentadas, nesta dissertação, no capítulo 5, constituindo um artigo científico específico, pois pareceu de fundamental importância debruçar-me sobre esse objeto, para um entendimento mais aprofundado sobre quem são essas pessoas que optam pelo parto domiciliar.

#### **4.1.3 Os guias habilitadores**

Considerando-se as perguntas de pesquisa e o objetivo a ser alcançado, as técnicas utilizadas para a coleta dos dados com as famílias foram a observação participante e a entrevista, sendo a segunda, complementar à primeira. Tais técnicas, ou, na denominação utilizada por Leininger (1991, p.14, tradução nossa), tais “guias habilitadores” foram considerados indispensáveis nesse estudo etnográfico. Além disso, foram feitas consultas nos prontuários das parturientes atendidas pelas enfermeiras obstétricas.

Dentre as modalidades de observação participante existentes, a que pareceu mais adequada aos propósitos delineados em torno dos ritos de cuidado durante o parto no domicílio, foi a técnica denominada Observação – Participação – Reflexão (O-P-R), que foi proposta por Leininger (1991) e traduzida e adaptada por Monticelli (1994, 1997, 2003), para uso criativo no contexto do processo do nascimento.

A O-P-R foi selecionada não apenas por levantar dados para análise posterior, mas, por analisa-los-em-contexto, no decorrer da pesquisa. De acordo com Monticelli (2003), as reflexões sobre os fenômenos observados ou sobre os comentários ouvidos, auxiliam a enfermeira a pensar sobre os aspectos do contexto da pesquisa, antes de interpretar uma ideia ou experiência. Embora a reflexão tivesse ocorrido

com maior ênfase na fase final do estudo, ela já se iniciou desde o momento da entrada no campo. As fases da O-P-R que foram colocadas em prática para a coleta de dados estão apresentadas esquematicamente na Figura 1 e, descritivamente, logo a seguir.

Fase 1 ----->	Fase 2 ----->	Fase 3 ----->	Fase 4 ----->
Fundamentalmente observação e escutar ativo (não participação ativa).	Fundamentalmente observação com limitada participação.	Fundamentalmente participação com observação continuada.	Fundamentalmente reflexões e reconfirmações com os informantes.

**Figura 1** – Fases do Método Observação-Participação-Ação (O-P-R) proposto por Madeleine Leininger (Fonte: MONTICELLI, 1997, p. 44).

Fase 1 – observação e escutar ativo. Esse foi o primeiro momento do contato com o CG, que aconteceu no encontro mensal, no grupo de gestantes, ou indiretamente, através da lista de discussão virtual criada pela equipe, que abriga mulheres que já tiveram seus filhos em casa e as gestantes que estavam planejando tê-los. Nessa ocasião foi feita uma identificação geral dos informantes e a compreensão detalhada da situação, envolvendo aí as justificativas pelas quais o CG optou por ter o parto em casa, sempre mantendo o foco nos rituais de cuidado. De acordo com Leininger (1991) esta fase é importante porque permite um olhar ampliado à cena e ao cenário situacional onde ocorre a pesquisa, o que cria uma expectativa positiva com relação ao objeto a ser perscrutado. “A pesquisadora inicia a compreensão do que está ocorrendo, antes de influenciar a situação como uma participante (antes de desenvolver o cuidado, no que se refere à enfermagem)” (MONTICELLI, 1994, p. 63). A observação e o escutar ativo foi uma “via de mão dupla”, pois ao mesmo tempo que intentei-me do contexto, observando acuradamente tudo que se passava ou o que se dizia nos diferentes espaços interativos, os informantes também passavam a me conhecer e a interagir comigo, enquanto pesquisadora.

Fase 2 – observação com limitada participação. Essa fase aconteceu no decorrer do atendimento ao pré-natal e nos dias que precediam o parto, justamente quando os rituais de cuidado estavam se revelando. Nessa fase, interagi mais com os informantes-chave, de forma a ganhar confiança. Assim, tive acesso às práticas realizadas pelas famílias nos momentos que precediam ao parto. O preparo do ambiente

físico e emocional para o parto, a arrumação das roupas e objetos que seriam de uso do recém-nascido, a alimentação, a combinação sobre o destino da placenta, entre outros, foram motivos de diálogo entre eu, como pesquisadora, a gestante e o companheiro, assim como com os demais membros da família, sempre que estes eram chamados a participar. A minha participação como pesquisadora, nessa fase, foi feita por intermédio das visitas pré-natais, conforme o protocolo de atendimento das enfermeiras e conforme as necessidades de cada uma das famílias. Eu me inseria na observação da assistência que as enfermeiras realizavam, ficando sempre na retaguarda e, vez ou outra, atuava buscando material esquecido no carro, entretendo as crianças mais velhas, atendendo às solicitações de abrir gavetas, fechar janelas e/ou apagar a chama do fogão. Contudo, essas ações eram realizadas sob expressa solicitação das famílias ou da equipe. Essa atuação mais periférica, entretanto, foi bastante útil para inteirar-me do cotidiano das famílias, fazer amigos e inspirar confiança, sem me descuidar da acuidade das observações e sem jamais perder o foco na proposta do estudo. O olhar atento e a escuta sensível às ocorrências ainda foram as principais estratégias a serem utilizadas nesta fase.

Fase 3 – participação com observação continuada: nessa fase, a participação passou a ser um pouco mais ativa, contudo, com observação mais apurada e aprofundada. A troca de informações com os informantes se deu de modo mais fluente. Segundo Monticelli (2003, p.99) “nesta fase a pesquisadora, já tendo obtido informações prévias, tem condições de [...] captar dados mais estreitamente ligados às perguntas de pesquisa, procurando informações mais significativas e diretamente relacionados com o foco da investigação”. Nesta etapa, enquanto pesquisadora, eu já tinha ‘em mente’ questões apontadas durante as fases anteriores, principalmente no que tange aos momentos em que os rituais de cuidados se materializavam em gestos, ações ou palavras. Dessa maneira, e com o decorrer das relações de confiança, foi possível progredir às demais fases do trabalho de parto, parto e pós-parto, selecionando observações específicas, como por exemplo, os rituais de cuidado para a chegada do bebê, os cuidados com o corpo grávido, o preparo para o parto, a ocorrência do parto, os rituais de cuidado no pós-parto com a mulher e o bebê, o destino da placenta, o processo de amamentação e outros momentos e eventos que evocavam rituais de cuidado familiares. Procurei me manter distante do meu papel profissional enquanto enfermeira, e me aproximei da observação atenta enquanto pesquisadora, deixando explicitamente visível essa atitude para as famílias e as demais enfermeiras da equipe. No entanto, para

ajudar no processo observacional e ter afinal algo “visível e proveitoso” para fazer, fui convidada e aceitei ser a “registradora” dos eventos, assim, tomava notas, filmava ou fotografava, sempre me mantendo à margem da atuação como enfermeira e assumindo integralmente o papel de pesquisadora. Entretanto, não pude me abster de atuar como enfermeira assistencial nos momentos emergenciais, como por exemplo, nas poucas intercorrências intraparto, ou no parto, especificamente, em um caso em que, quando cheguei, o bebê já estava nascendo. Acredito, porém, que esse papel de enfermeira não se confundiu com o papel de pesquisadora, pois assim que a situação se normalizava, eu assumia novamente um lugar mais distante, retomando meu *status* investigativo.

Fase 4 – reflexão e reconfirmação dos dados com os informantes: nesta fase, deparei-me com os dados obtidos das fases anteriores e refleti sobre os mesmos, retornando, sempre que necessário, ao campo, para revalidar as reflexões feitas (MONTICELLI, 2003). Durante essas “visitas” eu procurava realizar as entrevistas focalizadas.

É importante ressaltar que a apresentação descritiva das fases, dessa forma, serve apenas para fins didáticos, pois, na prática, cada fase interpenetrou na outra. Assim, por exemplo, a fase 4 (de reflexão e reconfirmação), apesar de ser efetivada de modo mais forte ao final da coleta de dados com cada uma das famílias, foi operacionalizada, também, em algum grau, nas fases anteriores, e a fase 1 (observar e escutar), por outro lado, foi implementada nas demais fases componentes da O-P-R, reafirmando a O-P-R como um método não “engessado” para a coleta dos dados.

O conteúdo das observações (os dados propriamente ditos) foram orientados por um roteiro-guia, mantendo-se o foco nas perguntas e objetivos da pesquisa etnográfica (**Apêndice B**). Foi mantido respeito aos direitos dos informantes da pesquisa, à independência e liberdade em aceitar ou não a observação, em qualquer etapa do parto domiciliar, à governabilidade sobre qualquer atividade e/ou necessidade individual ou do núcleo familiar e também às atividades assistenciais que as enfermeiras obstétricas necessitaram efetuar para a prevenção, manutenção e/ou recuperação da saúde das gestantes e dos recém-nascidos, desde o pré-natal até a alta do atendimento domiciliar.

Segundo Gil (1994), a observação apresenta como principal benefício em relação a outras técnicas, o fato de que os eventos são apreendidos diretamente, sem qualquer intermediação, fato este que valoriza o processo de investigação social. Como afirma Cardoso de Oliveira (1998), a escolha da técnica não ocorre, entretanto, sem que sejam observadas três faculdades a ela complementares – olhar, ouvir e

escrever – consideradas essenciais ao processo de apreensão dos fenômenos sociais.

Em etnografia, não se trata de olhar tudo ou qualquer coisa relacionada ao objeto estudado, como o viajante, observador ingênuo, diante de algo exótico. O que de fato importa ao pesquisador é aquilo que faz algum sentido do ponto de vista teórico-conceitual, sem o qual não haveria motivo para a investigação. Portanto, esse olhar encontra-se sensibilizado ou ‘domesticado’ pela teoria disponível (NAKAMURA, 2009, p. 24).

As entrevistas etnográficas foram realizadas de forma complementar à O-P-R, individualmente ou em família, com o propósito de aprofundar o entendimento acerca dos rituais de cuidado, observando os significados demandados nas narrativas. A entrevista é uma técnica de coleta de dados apropriada para aquisição de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou almejam, bem como acerca das suas explicações ou realizações a respeito das coisas precedentes (GIL, 1994).

Sendo mais um guia habilitador para a coleta dos dados, a entrevista foi realizada à medida que foram surgindo às necessidades de detalhar, polir, aperfeiçoar, confirmar ou até mesmo descartar interpretações e sentidos. Essa técnica de coleta de dados ocorreu mais próxima do final do trabalho de campo, com a intenção de aprofundar os temas que surgiram durante a vigência da observação participante, já que esta última foi a técnica principal da coleta de dados.

#### **4.1.4 Registro e documentação dos dados**

Nakamura (2009) descreve que as informações devem ser registradas pelo pesquisador em seu “caderno de campo”, como um diário; ferramenta imprescindível para anotar não apenas o que se observou em relação ao objeto de estudo, mas também as condições em que foram feitas as observações e colhidas as informações. Tais observações devem ser feitas durante um período que permita a participação do pesquisador no dia-a-dia dos pesquisados, captando assim os fatos corriqueiros, relevantes ou inusitados, no momento exato

em que acontecem. “O olhar do etnógrafo procura dar vida àquilo que é observado, pois a observação somente importa se puder revelar experiências humanas” (NAKAMURA, 2009, p. 24).

O diário de campo serviu como instrumento principal para armazenar os dados da pesquisa, entre eles, a descrição dos informantes, as falas e ações desenvolvidas, a descrição dos locais, além de toda informação, característica, fenômeno ou evento que tivesse algum significado explícito ou implícito relacionado aos rituais de cuidado.

O registro foi baseado nas sugestões apontadas por Taylor e Bodgan (1984) e por Monticelli (1994, 2003), e sua organização se deu através das Notas de Campo, Notas de Reflexão e Notas Metodológicas, conforme caracterizado a seguir.

Notas de Campo (NC) – descrição pormenorizada dos aspectos que diziam respeito às ações e interações ocorridas durante o pré, o trans e o pós-parto. Englobou a narração de tudo o que foi sentido, observado e ouvido no campo da pesquisa, procurando apresentar a um leitor distante, e tentando projetar nele as mesmas emoções sentidas pelo pesquisador “em campo”. De acordo com Geertz (1989), trata-se de descrições densas. Foram apresentados dados referentes à planta física, espaço e estrutura dos domicílios, às percepções acerca da ambiência, da organização da casa para sediar o parto, além da descrição das ações realizadas pelos informantes e suas narrativas. Essas notas de campo correspondem ao registro dos ‘descritores’ ou ‘dados brutos’ apontados por Leininger (1991).

Notas de Reflexão (NR) – foram registradas as impressões da pesquisadora sobre as informações descritas nas Notas de Campo, observações, entrevistas e conversas informais com os participantes do estudo, tomando-se por base o marco conceitual que sustentou a pesquisa.

Notas Metodológicas (NM) – foram frisadas as informações que disseram respeito à operacionalização do estudo etnográfico, procurando-se destacar estratégias que deveriam ser continuadas, no sentido de serem apropriadas para o prosseguimento da coleta de informações, mas também as estratégias e/ou rumos que foram tomados indevidamente e que deveriam ser modificados, a fim de que os objetivos propostos fossem alcançados.

O registro das observações foi feito logo após a ocorrência de cada contato com a família, preservando-se a memória da pesquisadora e a fidedignidade das informações. O das entrevistas foi feito através de gravações, com consentimento dos informantes envolvidos no estudo, e transcritas logo em seguida. Todas as transcrições foram feitas pela

pesquisadora, a fim de que as reações que não foram captadas na observação participante pudessem ser reativadas por estarem fazendo parte da memória visual da pesquisadora (CABRAL; TYRREL, 1998).

Além do registro de voz, foi feito um registro fotográfico, de forma discreta, para ilustrar os rituais de cuidado e seus significados. As fotos divulgadas (para esta dissertação ou nos manuscritos que derivarem dela) foram previamente autorizadas pelos informantes da pesquisa, através do TCLE (Apêndice A) e da aprovação pós-informada de cada uma dessas imagens.

Um exemplo da organização e conteúdo do diário pode ser observado no Apêndice C.

#### **4.1.5 Plano de organização e análise dos dados**

Segundo Gil (1994), a análise tem como objetivo organizar os dados de forma tal que possibilite fornecimento de respostas ao problema proposto para a pesquisa. Assim, ensina que os dados coletados sob diversas formas devem ser trabalhados de maneira a não serem discriminados antecipadamente. Leopardi (2002) acrescenta que tudo deve ser descrito, documentado e classificado, mesmo aquele dado imprevisto e que, apressadamente, o pesquisador considerou como não representativo.

Minayo (2004) aponta três finalidades complementares da fase de análise: estabelecer a compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte. Analisar dados à luz da etnografia, pois, envolve grande dose de abstração e interpretação.

A análise dos dados obtidos foi feita, sempre que possível, junto com a coleta de dados e à luz do referencial teórico e do objetivo que compuseram o alicerce do estudo. Contudo, quando se considerou que as informações já cumpriam “saturamento”, foi dado início aos procedimentos mais formais de análise, considerando-se o rigor e a representatividade. Tomando-se por base a metodologia interpretativa de Morse e Field (1991, 1995), refinada por Trentini e Paim (2004), a análise de informações alicerçou-se em quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência, sendo que estas ocorreram de maneira parcialmente sequencial, conforme apresento a seguir.

Etapas de apreensão: essa etapa iniciou com a coleta das informações provenientes das observações participantes, nas incursões



ao campo, durante as visitas pré-natais, o desenrolar do parto e as visitas do período pós-parto, acompanhando as enfermeiras que realizavam o atendimento nos domicílios. As informações foram organizadas e registradas no Diário de Campo, para permitir a apreensão dos significados das mesmas, conforme já exemplificado no **Apêndice C**. Mediante essa organização, foi possível identificar palavras, frases, temas-chave que persistiam e se repetiam nas observações descritas. O reconhecimento dessas informações repetidas gerou as primeiras grandes categorias.

Etapa de síntese: nesta etapa, realizei diversas leituras e releituras das informações obtidas na etapa anterior, buscando completo domínio sobre o tema da investigação. Foi necessário muito empenho para realizar as sínteses daquilo que se repetia e daquilo que era conflitante, a fim de encontrar interpretação e familiarização com os dados obtidos. Este trabalho minucioso começou com a realização de destaques (usando cores para sublinhar as similaridades e diferenças dentro de cada família e também ao comparar cada uma das 25 participantes), e culminou uma representação esquemática das categorias e subcategorias. Tal representação somente foi possível quando os dados começaram a fazer sentido dentro do desenho do estudo, revelando-se então um material propício para identificar e compreender os rituais de cuidado empreendidos pelas famílias, durante o parto realizado no ambiente domiciliar. O esquema geral está disponibilizado ao leitor no **Apêndice D**.

Etapa de teorização: nessa fase foi necessário um nível ainda maior de abstração das informações, sendo que isso foi promovido através de um trabalho de especulação, verificação, seleção, revisão e descarte. Esse momento foi decisivo para manter as informações que exprimiam de maneira significativa a essência das questões levantadas, quando confrontadas com as categorias e subcategorias. Os achados foram aproximados e associados ao referencial teórico e à literatura existente sobre o tema, constituindo-se então em exposição dos resultados e suas respectivas discussões (VOLKMER, 2010). Esta etapa pode ser visualizada nos três últimos artigos que compõem a presente dissertação.

Etapa de transferência: na finalização do processo analítico, foram desvendados os significados dos resultados, mediante os objetivos previamente traçados, estabelecendo-se assim as conclusões do estudo.

#### 4.1.6 Aspectos éticos

A normatização das atividades de pesquisa e as intervenções com os seres humanos obedeceram à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), cujas diretrizes orientadoras são os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, que foram adotados e respeitados incondicionalmente durante todo o processo da pesquisa.

Visando garantir o rigor exigido na execução de uma pesquisa científica, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo autorizado sob parecer nº 882/10 (**Anexo A**). Os “casais grávidos” (informantes-chave da pesquisa) receberam individualmente todas as orientações referentes à pesquisa, dando oportunidade para que lessem e fizessem as perguntas que desejassem. Os que manifestaram desejo de participar voluntariamente, receberam o TCLE (**Apêndice A**), para que assinassem, sendo que uma cópia ficou em seu poder, e a outra, com a pesquisadora principal.

Além disso, a pesquisadora assumiu os seguintes aspectos éticos no transcorrer da pesquisa:

- o projeto de pesquisa inicial, bem como seus objetivos, foram apresentados às enfermeiras que atendem partos no domicílio, a fim de que concordassem com a realização da pesquisa e com a forma de inserção da pesquisadora durante o trabalho de campo;
- os dados obtidos com as famílias foram coletados e as entrevistas realizadas somente após a assinatura do TCLE;
- todas as informações disponíveis nos prontuários das famílias foram utilizadas com autorização expressa das profissionais da equipe e das famílias;
- a pesquisadora permaneceu atenta a qualquer sinal de desejo de desistência e em qualquer momento do estudo. Embora não tivesse havido nenhuma manifestação neste sentido, as famílias estavam cientes de que poderiam desistir a qualquer momento, sem que isso implicasse em qualquer prejuízo assistencial;
- o anonimato foi garantido com nomes fictícios, preservando os valores éticos e morais;
- o trabalho foi disponibilizado aos informantes sempre que solicitado, estando a pesquisadora disponível para qualquer esclarecimento.

#### 4.1.7 O preparo para a entrada no campo da pesquisa

Antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita, procurei participar de um processo de parto, não como enfermeira assistencial da equipe, e sim como observadora, acompanhando as enfermeiras que atenderam uma gestante e seu companheiro, desde as visitas domiciliares pré-natais, presenciando o parto e, ainda, em todas as visitas que ocorreram após o parto. Essa estratégia foi um exercício inicial para me colocar no lugar de “estrangeira” frente a uma atividade que, antes, me era cotidiana. No ‘vai-e-vem’ desses encontros assistenciais, percebi que eu deveria dar um destino à enfermeira que habita em mim para ceder espaço à pesquisadora. Estar no parto como pesquisadora requereu um permanente exercício de desapego da prática assistencial e o desenvolvimento de um olhar “estrangeiro” bastante acurado.

Para Velho (1996), uma das mais tradicionais premissas para esse tipo de estudo é a necessidade de uma distância mínima que garanta ao investigador condições de objetividade em seu trabalho, pois o olhar imparcial da realidade evita envolvimento que possam obscurecer ou deformar seus julgamentos e conclusões. Durante, pois, esse ensaio, percebi que deveria me familiarizar mais com o ato de pesquisar e então realizei mais algumas incursões ao campo, sem necessariamente tornar “úteis” os dados para compor o *corpus* de análise. A intenção, em comum acordo com minha orientadora, era a de “afinar” o olhar da pesquisadora, polir as observações e começar o ritual de iniciação para o desempenho do papel de etnógrafa. Essa decisão foi fundamental para aproximar o meu olhar para os rituais de cuidado e pude perceber claramente que, tanto as enfermeiras quanto as famílias realizavam uma práxis cuidativa, e cada qual, fundamentadas em saberes autoritativos específicos e, algumas vezes, interpenetrados. Separando o “joio do trigo”, exercitei a minha atenção aos rituais de cuidado familiares, assim como era a proposta deste estudo.

Após receber o parecer consubstanciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, e depois da banca de qualificação, onde recebi valorosas contribuições, entrei definitivamente no campo de pesquisa, a fim de começar a coleta de dados propriamente dita.

#### 4.1.8 O campo investigativo: entrada, permanência e saída

Entrar no campo de investigação não foi propriamente uma tarefa difícil, já que o parto domiciliar faz parte do meu trabalho como enfermeira obstétrica. O desafio foi permanecer como pesquisadora, o que exigiu de mim uma postura diferenciada perante o novo ofício que tinha pela frente. Com relação à equipe, a relação diferenciada, inicialmente, foi um tanto estranha, pois eu não era “mais uma” e isso exigia outra forma de distribuição das atividades. Porém, com o passar do tempo e com a compreensão interessada das colegas de equipe, cheguei a ficar com a sensação de que haviam “esquecido” da minha atuação no parto, mesmo como pesquisadora. Isso me deixou mais à vontade para embrenhar-me no contato com as famílias e seus cuidados.

Outro fator interessante foi que, ao entregar o TCLE, algumas famílias prontamente se identificaram com o tema “rituais de cuidado” e logo expuseram, espontaneamente, a sua compreensão sobre o assunto, colocando principalmente as ações que consideravam “ritualísticas” e que planejavam fazer durante o parto. Outras, contudo, apresentaram-se temerosas em ser observadas demais e questionaram que tipo de ações eu iria observar, mas à medida que íamos interagindo e nos aproximando, os receios foram sendo deixados de lado e eu era, inclusive, chamada a participar de várias atividades em que julgavam “interessar” ao meu trabalho.

No decorrer de 8 meses de intenso trabalho, foram feitas aproximadamente 70 incursões ao campo, entre visitas pré-parto e pós-parto, participação nos partos, e retornos para entrevistas e reconfirmação dos dados. Cada visita durou cerca de duas horas e a média de tempo dos partos foi de aproximadamente oito horas. Cabe ressaltar que todas as incursões ao campo geraram algum tipo de aproveitamento à pesquisa; algumas em maior ou menor grau, porém, sempre que uma dada situação fosse encarada como “fértil” na promoção de informações para a compreensão dos rituais de cuidado, eu não media esforços para aprofundar um pouco mais a observação, aumentando o tempo de permanência, ou a frequência das visitas, a fim de absorver o máximo possível de informação, mantendo sempre uma postura discreta e respeitosa.

A saída do campo se deu de forma gradual, à medida que os dados foram saturando, o que aconteceu concomitantemente com o prazo estipulado para o término da coleta de dados. Mesmo durante o processo de elaboração e análise dos resultados, mantive contato com os

informantes, sempre que tive necessidade de aprofundar dados, reconfirmar significados e interpretações, ou para polir o olhar analítico. Esses retornos eram feitos através de encontros nas residências ou mesmo por contato negociado em meio virtual.



## **5 CONHECENDO AS FAMÍLIAS ADEPTAS DO PARTO DOMICILIAR**

As características gerais dos informantes serão apresentadas a seguir, na forma de artigo, conforme a Instrução Normativa 06/PEN/2009, que dispõe sobre a apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O artigo é intitulado “Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas” e foi elaborado de acordo com as normas da Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Este periódico é classificado pelo sistema Qualis da CAPES como B1.

### **5.1 ARTIGO 2 - PERFIL DE CASAIS QUE OPTAM PELO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

## **PERFIL DE CASAIS QUE OPTAM PELO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

## **PROFILE COUPLES WHO OPT FOR HOME BIRTH ASSISTED BY OBSTETRIC NURSES**

## **PERFIL DE LAS PAREJAS QUE OPTAN POR EL PARTO EN CASA ASISTIDO POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS**

Título abreviado para cabeçalho: Perfil de casais no parto domiciliar

Autores: Iara Simoni Silveira Feyer<sup>\*</sup>, Marisa Monticelli<sup>†</sup>

### **Autor responsável pela correspondência:**

Iara Simoni Silveira Feyer

Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2740 Bloco A, apartamento 404, Itacorubi. Florianópolis/SC. CEP: 88034-101

Fone: (48) 91126749

E-mail: iarasilveira@gmail.com

## **PERFIL DE CASAIS QUE OPTAM PELO PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, com o objetivo de identificar as características sociodemográficas de casais que optam pelo domicílio como local para a ocorrência do parto. Participaram 25 casais que elegeram os serviços de uma equipe de enfermeiras obstétricas, em Florianópolis-SC. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários que contém os registros dos atendimentos prestados, além de entrevistas semiestruturadas com os casais participantes. Realizou-se análise descritiva do perfil obtido. Os resultados mostraram que a maioria dos praticantes do parto domiciliar planejado são pessoas com

---

<sup>\*</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). E-mail: iarasilveira@gmail.com

<sup>†</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PEN/UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br



formação superior, relacionamento estável, moram em casas próprias e possuem estabilidade profissional. Grande parte dos participantes não é natural da capital catarinense, sendo que alguns casais vieram de outras cidades para ter o parto em Florianópolis. Foi possível concluir que o retorno do parto para o ambiente da casa está atrelado à revalorização do “doméstico” e não a um resgate do passado.

Palavras-chave: Parto domiciliar. Enfermagem obstétrica. Características da população.

### **PROFILE COUPLES WHO OPT FOR HOME BIRTH ASSISTED BY OBSTETRIC NURSES**

**ABSTRACT:** The objective of this exploring descriptive research is to identify social and demographic characteristics of couples who have decided for home birth. Twenty-five couples who have chosen the service of an obstetric nurse team participated in this research, in Florianópolis, SC. The data were got from medical registers, which informed about the attendances and from semi-structured interviews with the couples. We made a descriptive analysis of the final profile. The results showed that most of people who decided for a planned home birth are graduated, have a steady relationship, own the houses where they live in and have professional stability. A great number of the participants were not born in the capital of Santa Catarina estate and some of them come from another places just to give birth in Florianópolis. It was possible to conclude that the return to the practice of giving birth at home is associated to domestic revaluation and not to bringing back the past.

Keywords: Home childbirth. Obstetrical nursing. Population characteristics.

### **PERFIL LAS PAREJAS QUE OPTAN POR EL PARTO EN CASA ASISTIDO POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS**

**RESUMEN:** Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, con el fin de identificar las características sociodemográficas de las parejas que eligen el hogar como un lugar para dar a luz. El estudio se hizo con veinticinco parejas que eligieron los servicios de un equipo de enfermeras obstétricas, en Florianópolis-SC. Los datos se obtuvieron de los registros médicos que contienen los informes de la atención recibida, así como entrevistas semi-estructuradas con las parejas participantes. Se realizó un análisis descriptivo de los perfiles obtenidos. Los resultados mostraron que la mayoría de los practicantes del parto en casa son personas con educación superior, relación estable, que viven en sus

propias casas y tienen seguridad laboral. La mayoría de los participantes no son de Florianópolis, y algunas parejas vinieron de otras ciudades para dar a luz en esta ciudad. Se concluyó que el renacimiento del parto en el ámbito del hogar está relacionado con la revalorización de lo "doméstico" y no un rescate del pasado.

Palabras clave: Parto domiciliário. Enfermería obstétrica. Características de la población.

## INTRODUÇÃO

Até pouco tempo atrás, o parto domiciliar, no Brasil, estava relacionado a uma prática que era adotada sobejamente por pessoas de baixo poder aquisitivo, e assistida por parteiras tradicionais, em regiões onde, na maioria das vezes, as famílias não tinham acesso às instituições hospitalares.<sup>1</sup> Na atualidade, essa prática vem ganhando adeptos, especialmente nos grandes centros urbanos, porém, não mais com a assistência exclusiva da parteira, e sim, com o apoio de profissionais de saúde, que são especialistas na área obstétrica, particularmente, médicos, enfermeiras e obstetizes.<sup>2-4</sup>

De acordo com autores da área,<sup>1-6</sup> esta mudança se deve a inúmeros fatores, dentre os quais, a intenção de afastar os processos de parir e nascer, do domínio exclusivamente médico, trazendo-os à perspectiva das experiências humanas e sociais. Esta transformação tem gerado novos comportamentos, valores e sentimentos, tanto para as famílias, quanto para os profissionais envolvidos com a assistência ao parto domiciliar.<sup>5</sup>

Do ponto de vista dos casais que escolhem este modelo, a quem, inclusive, tem sido alcunhado o termo “casais grávidos”,<sup>7</sup> ou seja, aquele que vive junto todas as etapas da gestação, tornando comum ao homem e à mulher a experiência de preparar a chegada de uma criança, alguns estudos brasileiros têm apontado motivos pelos quais os mesmos optam pela realização do parto em ambiente domiciliar.<sup>2, 4-6</sup> Alude-se, de um lado, ao recurso visto como abusivo à medicalização do parto pela tecnologia obstétrica, assim como aos partos programados, que instigam a passividade da parturiente (o incremento da taxa de cesarianas é tomado como evidência incontestável desta tendência) e, ao mesmo tempo, desconsiderando as idiosincrasias e dificuldades de cada mulher. De outro, à crítica à “despersonalização” do parto hospitalar, evidenciada por regras e rotinas, quase sempre justificadas com relação à segurança e à assepsia, divorciando assim o nascimento de um contexto familiar e/ou de solidariedade afetiva.<sup>4-6</sup>

Um desses estudos, realizado por antropóloga, em uma capital do Sul do país, revelou que, entre os principais motivos apontados pelos casais, para a preferência pelo parto em casa, estava a valorização pela “simplicidade” de um “parto natural”, a possibilidade de experimentar sensações que faziam parte da intimidade do homem e da mulher, bem como a expectativa de prepararem juntos a chegada de uma criança que, em síntese, selaria a união afetiva dos dois.<sup>5</sup>

A escassa literatura sobre o tema, no entanto, é denotadora que a opção dos casais pelo parto domiciliar está dentro de uma realidade pouco visível no cenário oficial do cuidado com a saúde no Brasil, onde terapêuticas e personagens são acionados a partir de um sistema de saúde popular, justamente pelo fato de “fazerem sentido”<sup>8:14</sup> para essas pessoas, e não por uma suposta falta de escolha ou pela falta de acesso aos serviços oficiais; nem mesmo por falta de informação.<sup>8</sup>

Como integrantes de uma equipe de profissionais que presta assistência aos partos no domicílio, temos observado que, algumas vezes, esses casais têm sido denominados por diversas alcunhas e que, muitas vezes, tornam-se categorias de acusação<sup>5</sup>, como por exemplo, “hippies” ou “naturebas”, por pessoas ou famílias não adeptas desta prática, ou mesmo de “alienados” ou “irresponsáveis”, por profissionais de saúde que desvalorizam o parto domiciliar, ainda que seja inteiramente apoiado pela Organização Mundial da Saúde,<sup>9</sup> e formalizado pelas políticas públicas brasileiras. Sabe-se que os sistemas de acusação desempenham funções de delimitar fronteiras entre grupos e exorcizar dificuldades. As imagens estigmatizantes são reações não apenas contra o parto domiciliar, mas contra um estilo de vida real que é encarado como contrário ou subversivo a uma ordem moral.<sup>5</sup>

Com o aumento da procura por esse tipo de parto, torna-se necessário estudar esse fenômeno, que representa casais que confrontam a ideologia urbana vigente e lutam por uma forma menos medicalizada de vivenciar esta fase da vida. Diante do avanço da tecnologia, as informações estão cada vez mais acessíveis e as pessoas estão questionando o modelo atual, principalmente pelo fato do Brasil ostentar o título de campeão de cesarianas, segundo a última revisão do *The Lancet*.<sup>10</sup>

O cenário dessa nova modalidade de assistência aponta para a importância de se pesquisar as características dos casais que optam pelo parto domiciliar, com a intenção de auxiliar na desmitificação desta representação. Estudos realizados até hoje sobre o perfil de casais e o tipo de parto, estão relacionados a outros contextos, como por exemplo, o parto domiciliar que acontece acidentalmente, ou casais que tiveram

seus filhos em casas de parto.<sup>11-12</sup> Não se encontram publicadas, no Brasil, produções científicas que abordem especificamente o perfil dos casais que fazem escolha pelo parto domiciliar planejado.

O objetivo, pois, desse estudo, foi identificar as características sociodemográficas de casais que optam pelo domicílio, como local para a ocorrência do parto.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se pesquisa exploratório-descritiva, de caráter quanti-qualitativa, que integrou um projeto de maior envergadura, visando analisar os rituais de cuidado realizados pelas famílias, no parto domiciliar, em Florianópolis-SC. A amostra foi constituída por 25 casais, que representaram todas as famílias que tiveram a experiência do parto domiciliar, entre os meses de agosto de 2010 a maio de 2011.

A assistência, neste contexto específico, é realizada por uma equipe de enfermeiras obstétricas, que atua desde 2006, atendendo a partos no domicílio. Esta equipe oferece serviços de assistência privada, em gestações consideradas de baixo risco, sendo que o acompanhamento pré-natal completo é realizado por médico obstetra e enfermeiras da equipe.

Os dados foram obtidos a partir dos prontuários que continham os registros dos atendimentos prestados. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os casais, em seus próprios domicílios, após a ocorrência do parto. As entrevistas tiveram a finalidade de confirmar os dados e aprofundar o entendimento sobre o contexto em que viviam os participantes. O roteiro contemplava aspectos relacionados à naturalidade, nacionalidade, idade, escolaridade, profissão, formação complementar, situação conjugal, local de residência, tipo de residência (própria ou alugada), preferências religiosas e/ou filosofias de vida e experiência com partos anteriores. Após anuência dos casais para a gravação das entrevistas e utilização dos dados para futuras publicações, sob compromisso dos pesquisadores em manter o anonimato, os dados eram então registrados em diário de campo, utilizando-se codinomes.

Os procedimentos interpretativos foram efetuados, realizando-se análise descritiva dos dados.<sup>13</sup> Embora a maior parte das análises de conteúdo culmine em descrições numéricas de algumas características do *corpus* do texto, neste relato de pesquisa estamos considerando também alguns depoimentos ilustrativos, que complementam aspectos relevantes do escrutínio analítico. A integração entre os dados numéricos e os dados textuais, levantados a partir das entrevistas,

possibilitaram uma análise de texto que faz uma ponte entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa do material.<sup>13</sup>

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 882/10. Os casais receberam individualmente todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados mostraram que a faixa etária das 25 mulheres que tiveram seus filhos em casa variou de 19 a 38 anos de idade, sendo que a maioria correspondeu à idade de 20 a 29 anos, representando uma expressiva proporção de mulheres jovens e que não se enquadravam em situação de risco gestacional. Estes dados equivalem a resultados encontrados em estudos internacionais, em contexto semelhante.<sup>14</sup> No que diz respeito aos participantes do sexo masculino, constatou-se que a maioria estava dentro da faixa etária de 21 a 30 anos, e os demais, entre 31 e 40 anos, o que caracteriza uma população de casais constituída por adultos jovens (Tabela 1).

**Tabela 1-** Características dos casais que optaram pelo parto domiciliar segundo idade e grau de instrução. Florianópolis-SC, 2011

<b>Características</b>	<b>Homem*</b> <b>n=25</b>	<b>Mulher**</b> <b>n=25</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
< 21	0	1
21 a 30	14	13
31 a 40	11	11
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio completo	4	1
Ensino superior incompleto	6	6
Ensino superior completo	10	18
Pós-graduação***	5	0

\* a média de idade dos homens é de 30 anos, com um desvio padrão de 4,24.

\*\* a média de idade das mulheres é de 28,2 anos, com um desvio padrão de 4,84.

\*\*\* concluída ou em andamento.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres cursou ou cursa ensino superior, sendo que mais da metade delas já completou o terceiro grau e trabalha na área em que se formou. Com relação aos homens, a maioria também possui ou está cursando universidade, sendo que alguns deles, inclusive, titularam-se ou estão em processo de titularem-se em

pós-graduação stricto sensu. Quatro concluíram somente o ensino médio. Os dados referentes à idade materna e paterna, bem como os dados de instrução acadêmica se coadunam com os achados de pesquisa conduzida por enfermeiras brasileiras, e publicada no exterior, onde foi observado idade e escolaridade materna elevada, além de estabilidade no mercado de trabalho.<sup>14</sup>

No que se refere às frentes de atuação profissional, o universo investigado nessa pesquisa incluía advogados, professores, dentista, artista, vendedor, analista de sistema, administrador, psicólogo, médica e pesquisadores, entre autônomos e vinculados a empresas privadas ou públicas. Alguns eram estudantes de nível superior e recebiam bolsa de pesquisa ou auxílio dos pais para se manter. Dessa maneira, cotejando com os dados de moradia, é possível afirmar que nesse universo investigativo, os casais pertencem aos estratos econômicos B2 e A1 da população, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>15</sup> (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características das pessoas que optaram pelo parto domiciliar segundo profissão/ocupação. Florianópolis-SC, 2011

<b>Profissão/Ocupação</b>	<b>n=50</b>
Estudante	11*
Profissionais autônomos - nível superior	9
Profissionais autônomos - nível técnico	8
Funcionário público	6
Funcionário de empresa privada	9
Desempregado por opção	7**

\* 7 corresponde a alunos de graduação e 4, de pós-graduação (1 mestrado e 2 doutorado).

\*\* Corresponde às mulheres que optaram por deixar seus empregos para se dedicarem à maternidade.

Os dados de escolaridade (Tabela 1) e de profissão (Tabela 2) referendam que as pessoas que optam pelo parto domiciliar, nos grandes centros urbanos, têm acesso à informação e possuem alto nível de instrução acadêmica, o que possivelmente lhes garante uma rentabilidade que possibilita a contratação do serviço particular na assistência ao parto domiciliar, uma vez que o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) não subsidia tal opção. Assim, podem arcar integralmente com os custos que envolvem o procedimento<sup>16</sup> e, ainda,

dar condições às mulheres, de dedicarem-se integralmente à tarefa da maternidade, durante o tempo que acharem conveniente, como foi o caso de quase um quarto das participantes deste estudo. É relevante ressaltar ainda que a maioria dos casais possuía planos de saúde complementares e realizou o pré-natal com médicos conveniados. Por outro lado, isto também mostra que tinham condições de ter o parto em clínica privada, caso a única intenção fosse a procura por serviços particulares de atenção ao parto.

Em contrapartida, este perfil contrasta com o de mulheres que tiveram seus partos em uma Casa de Parto, localizada na grande São Paulo, para onde afluem parturientes com baixa escolaridade. Em pesquisa realizada neste contexto, em 2002, observou-se que 90,6% das mulheres não haviam completado o primeiro grau, e apenas 6,2% apresentavam instrução de ensino superior.<sup>16</sup> De qualquer modo, guardadas as diferenças de escolaridade, o cotejamento dos dados permite inferir que tanto mulheres com alto grau instrucional, quanto as de formação acadêmica menos privilegiada, acorrem a formas menos intervencionistas para a vivência do parto, se lhes forem dadas oportunidades de escolha.

As características dos participantes da presente pesquisa, entretanto, apresentam analogias com as encontradas em pesquisa realizada sobre o “casal grávido”, na década de 80. Embora os casais não possuíssem vultuosos rendimentos financeiros, o *status* profissional era alto, comparado com a média da sociedade brasileira. É importante assinalar também que, no estudo atual, ambos os pares constituintes de grande parte dos casais, referiram participação e/ou formação específica em “práticas alternativas”.<sup>7</sup> Cursos como de yoga, terapia ayurveda, aprendizagem sobre utilização de óleos essenciais, fitoterapia, aromaterapia, capacitação em pilates, dança, apometria quântica, macrobiótica, estudos especializados sobre o calendário Maia, alimentação vegetariana, aplicações de Reiki e, inclusive, formação para exercer a função de “doula”, acompanhando partos institucionais. Essa inclinação dos casais a realizar uma formação extra, direcionada para carreiras menos convencionais, revela, de certa forma, o *status* diferenciado que procuram assumir diante do sistema mais dominante.<sup>7</sup>

Essas “práticas alternativas”<sup>7</sup> estavam também relacionadas ao universo de casais que se enquadravam, na sua maioria, como profissionais liberais, ou aqueles que, mesmo com emprego fixo, complementavam a renda familiar com essas atividades ou, simplesmente, por acreditarem nos benefícios terapêuticos de tais práticas. Em alguns casos, essa característica para o aprendizado de

funções e/ou atividades ditas “alternativas” parece afinar-se com o desejo dos casais de prepararem-se e direcionarem-se para a opção pelo parto fora do contexto hospitalar.

Essa constatação vai ao encontro de uma visão de mundo que considera a construção de um corpo saudável, capaz de gerar e de parir “naturalmente”, não sendo considerado apenas um pré-requisito para o parto domiciliar bem sucedido, mas também, ligado a hábitos cotidianos que envolvem o constante “cuidado de si”,<sup>5:11</sup> e que constitui um estilo de vida diferenciado.

**Tabela 3** - Características dos casais que optaram pelo parto domiciliar segundo o tipo de relação conjugal, experiência com partos anteriores, procedência, tipo de residência e opção religiosa. Florianópolis-SC, 2011

<b>Características</b>	<b>n = 25</b>
<b>Estado marital</b>	
Casado	13
União estável	11
Solteiro	1
<b>Partos anteriores</b>	
Nenhum	15
Parto normal anterior	4
Parto cesárea anterior	1
Parto domiciliar	5
<b>Procedência</b>	
Florianópolis	19
Outras cidades	5
Outro país	1
<b>Situação da residência escolhida para o parto</b>	
Imóvel próprio	15
Imóvel alugado	5
Imóvel alugado na cidade para sediar o parto*	5
<b>Opção religiosa</b>	
Católica (praticantes ou não)	5
Evangélica	1
Testemunha de Jeová	1
Práticas orientais (Budismo, Hinduísmo)	3
Neoesoterismo (Espiritismo, Xamanismo, Rastafari)	9
Não tem religião específica	5
Ateus	1

\* se refere a casais que vieram de outras cidades/países para ter o parto domiciliar com a equipe de enfermeiras.

Com relação ao estado civil dos praticantes do parto domiciliar



em Florianópolis, a Tabela 3 mostra que, dos 25 casais que tiveram partos domiciliares, 13 são oficialmente casados, e 11 se declararam como união estável, morando na mesma casa e estando juntos há mais de um ano. Esse dado corrobora com um estudo internacional que afirma que há uma incidência menor de “mães solteiras” nos partos domiciliares planejados, comparado aos partos hospitalares.<sup>14</sup> Isso evidencia que a adesão ao parto domiciliar, nos grandes centros, é uma característica particular do “casal grávido”. A teoria do “casal igualitário” não é redutível a um modo físico e corporal de parir; muito além disso, o casal anuncia uma forma sociológica de fazê-lo. Num discurso “anti-médico”, o casal estabelece quem deve participar e quem deve ser excluído do evento. É essa condensação de significados que permite inferir ideais de sociabilidade e de conjugabilidade, que são característicos dos “segmentos modernos individualistas”.<sup>6:15</sup>

Nesse estudo, um casal se declarou “solteiro”, ou seja, o par não morava na mesma casa e possuía uma relação “sem compromisso”. Porém, nesse caso específico, o pai do bebê se fez presente em todos os encontros que a gestante teve com as enfermeiras, participou ativamente do parto, e permaneceu auxiliando diretamente à mulher e ao filho recém-nascido, durante o decorrer do pós-parto. Tal atitude nos remete ao estudo do “casal igualitário”, que, trazida para o contexto dessa pesquisa, se fortalece na “parceria igualitária”,<sup>7:174</sup> em que o par, mesmo não estando em uma situação conjugal estável, compartilha a adesão ao parto natural, não apenas como um modo físico e corporal de parir, mas como uma forma sociológica de fazê-lo.<sup>7</sup> Cabe ressaltar que essa situação pode ser cada vez mais comum na sociedade contemporânea, onde a família nuclear e conjugal não é a única considerada representativa da vida moderna.<sup>17</sup>

Quanto à experiência anterior, a Tabela 3 mostra que a maioria das mulheres dessa pesquisa (15) nunca teve nenhum parto antes de vivenciar o parto domiciliar, cinco delas já tiveram um parto no domicílio – sendo que dessas, quatro tiveram o acompanhamento das mesmas enfermeiras – e uma teve o parto domiciliar atendido por uma parteira, na mesma cidade. Outras duas tiveram a experiência de um parto normal hospitalar, e uma delas teve dois partos normais hospitalares, antes de ter o terceiro filho em casa. Apenas uma teve a experiência de uma cesariana anterior, por opção, ou seja, uma cesárea eletiva. É significativo ressaltar que as mulheres que tiveram a experiência do parto hospitalar (independente do tipo de parto) não retornaram às instituições, e redirecionaram a maneira de pensar o nascimento de tal forma a optar pelo parto em casa, tomando os

cuidados de serem acompanhadas por profissionais com especialização na área. Já as mulheres que tiveram um parto domiciliar anterior, buscaram vivenciar novamente a experiência, com a mesma equipe, ou, no caso da mulher que foi atendida por uma parteira, agora buscou profissionais de nível universitário para essa assistência.

As experiências anteriores com partos hospitalares foram determinantes para fortalecerem a busca pelo parto “natural” e em casa. Algumas mulheres demonstraram, através de depoimentos, que as experiências vividas no hospital se coadunam com crítica ao modelo vigente de assistência parto. Para Helen, por exemplo, o parto ocorrido na maternidade gerou lembranças negativas que prejudicaram o vínculo com seu bebê, sendo que isso a impulsionou à procura de formas alternativas para vivenciar o segundo parto:

*Meu primeiro filho foi uma cesariana desnecessária e o pós-parto foi muito sofrido. Recebi anestesia geral e só fui conhecer meu filho três horas depois do parto. A recuperação não foi fácil, senti muita dor, tive dificuldades para amamentar, foi muito estranho [...]. Depois que fiquei grávida de novo, pesquisei e encontrei uma médica [...] que apoia o parto normal, e foi ela que me apresentou a ideia do parto domiciliar (Helen).*

Outra mulher que passou por duas vezes a experiência do parto normal hospitalar declarou:

*[...] estou animada por ter parido em família [...] é uma aventura ter um filho em casa, com outras duas crianças tão pequenas. O parto foi mais rápido e mais tranquilo que os outros. Não faz sentido algum eu ir ao hospital (Erica).*

Relatos como esse reafirmam que as mulheres que tiveram experiências anteriores positivas estão cientes de que o parto pode transcorrer naturalmente, o que influencia grandemente na opção e na sensação de segurança pela decisão do nascimento em casa. Resultado semelhante foi percebido em estudo recente realizado com mulheres que tiveram ambas as experiências com parto hospitalar e domiciliar, sendo que as depoentes referiram optar pelo parto domiciliar por diversos motivos, entre eles: maior rapidez no processo, menos intervenções

como a não realização do toque vaginal rotineiramente, a presença de familiares, a liberdade de movimentação, entre outros. Já as mulheres que pariram no hospital referiram partos demorados, toques vaginais que as machucavam, restrições alimentares e de movimentação, além de se sentirem oprimidas ao expressarem seus desconfortos durante as contrações.<sup>18</sup>

Quanto à procedência, observa-se na Tabela 3 que expressiva maioria residia na própria capital catarinense, enquanto seis casais vieram à cidade especialmente para o nascimento do bebê à domicílio. Destes, cinco procediam de cidades vizinhas (com no máximo 100 km de distância), e um veio da Europa, com outros dois filhos pequenos, para que o terceiro nascesse em território brasileiro, especialmente para que obtivesse cidadania brasileira. Também optaram pelo parto no domicílio, justificando que os anteriores ocorreram no hospital. Segundo seus relatos, escolheram Florianópolis para esta experiência porque, após pesquisas na internet, sobre as formas de nascimento no Brasil, interessaram-se pelo trabalho desenvolvido pela equipe de enfermeiras, em nível domiciliar, já que em suas cidades de residência não encontraram profissionais que realizam esse tipo de atendimento. A fluência no idioma inglês, por integrantes da equipe, assim como a especialização das mesmas em obstetrícia, contribuíram para a definição da escolha.

O movimento dessas famílias que vieram de outras cidades para ter a vivência do parto domiciliar reflete a revitalização do protagonismo do casal na escolha do local do parto. Um ensaio antropológico elucida que a casa e os instrumentos do mundo doméstico são ferramentas de domínio e conhecimentos que possibilita ao casal e, especialmente, à gestante, acessar uma dimensão “transcendente”, de introspecção profunda, o que transforma o parto num evento paradigmático fundamental para quem dele participa.<sup>19</sup>

No que se refere à moradia, a Tabela 3 mostra que 15 casais residiam em casa própria, sendo que a maioria dessas casas foi planejada e construída pelo próprio casal (com suas próprias “mãos”), em locais distantes do centro da cidade, e em meio à natureza. Outros cinco casais moravam em casa alugada e, desses, o par que se declarou “solteiro”, morava em casas separadas, porém próximas, e conviviam diariamente. Todos os partos ocorreram nas casas de residência. Os demais cinco casais que vieram de outros lugares alugaram um imóvel especialmente para sediar o parto domiciliar. Para essas famílias, contudo, a casa alugada não era considerada apenas o espaço físico, com significado de abrigo, proteção e segurança para o desfecho do parto, e sim,

intimamente ligada ao ambiente ideal para receber a criança, como mostra o relato a seguir:

*[...] alugamos essa casa, pois já sabemos que uma pessoa já teve bebê aqui. Se deu sorte para ela, vai dar para mim também. Eu vim preparada para ficar até o bebê nascer, e mais uns dias, trouxe tudo, até o cachorro (Helen).*

Cabe salientar que a maioria das pessoas (n=38) que teve partos domiciliares na vigência da pesquisa, é natural de outras cidades brasileiras, que não Florianópolis. Apenas seis participantes entre homens e mulheres, são nascidos e criados na capital catarinense, o que sinaliza que os florianopolitanos, provavelmente, ainda não são a maioria dos adeptos ao parto domiciliar na cidade. Outras seis pessoas são naturais de outros países, entre eles, europeus, sulamericanos e norteamericanos. Embora a amostra desse estudo não tenha uma representatividade numérica maior, ainda assim, face ao ainda pequeno universo de casais que fazem opção por este local de parto, pode-se argumentar que a cidade de Florianópolis é conhecida por ter uma característica peculiar de receber pessoas que buscam um estilo de vida conectado com a natureza exuberante do local. Outro estudo já afirmou que o respeito à natureza e a necessidade das pessoas de se harmonizarem com os ciclos naturais, possibilitam reforçar a decisão pelo parto em casa.<sup>5</sup>

As práticas religiosas dos participantes dessa pesquisa (Tabela 3) não se distanciam muito do estilo de vida que busca caminhos alternativos, e que ganhou popularidade no contexto brasileiro, a partir da década de 80, principalmente entre as camadas médias, que deita suas raízes na efervescência ideológica que caracterizou o movimento da “contracultura”<sup>20:9</sup> e a insurgência de outros valores, inclusive espirituais.<sup>21</sup>

*Buscamos amar incondicionalmente, servir aos irmãos nas situações que a vida nos coloca, ser uma pessoa melhor, religando com o que há de Maior (Lais).*

*[...] puro amor, bondade, disponibilidade, que inclui todas as religiões e crenças, além de qualquer conceito e causalidade (Yan).*

Os casais que procuram o parto domiciliar e que transitam pelos circuitos das chamadas “Culturas da Nova Era” (CNE)<sup>20</sup> revelam, em suas narrativas de vida, ou ao contar suas experiências existenciais, que participam de rituais e de grupos espirituais, entre outros, com a finalidade de “se encontrar”, de conectar-se com o sagrado, sem, no entanto, possuir uma identidade religiosa fixa. Trata-se de pessoas que compartilham um universo cultural comum, pautando suas vidas cotidianas, seus hábitos de consumo, de saúde e até de opções de lazer, por determinados valores, que diferem da maioria.<sup>21</sup>

Todo o movimento que está relacionado às CNEs justifica o fato de que a maioria (Tabela 3) da amostra é adepta das chamadas neorreligiões.<sup>21</sup> As religiões mais tradicionais, cristãs, foram representadas em minoria, sendo que três casais eram católicos, e um, evangélico. Os seguidores das práticas orientais (Budismo e Hinduísmo) foram representados por três casais. Apenas um casal se declarou ateu. Quatro deles declarou não ter religião, porém, pelos depoimentos feitos, revelaram que “não ter religião” não significa dizer que não possuam crenças e valores relacionados à transcendência, mas sim, que possuem maneiras específicas de lidar com o sagrado.<sup>21</sup>

## **REFLEXÕES FINAIS**

A proposta de investigar o perfil dos casais que optam pelo parto domiciliar planejado, atendido por profissionais em Florianópolis/SC, reforça o pressuposto de que essa escolha passa por um minucioso estudo das consequências dessa prática, sobressaindo como sendo benéfica a oportunidade de vivenciar o nascimento com maior autonomia para a mulher, além de proporcionar uma recepção mais respeitosa e acolhedora para o recém-nascido.

Através dos resultados encontrados, é possível perceber que os casais que optam por essa prática têm, na sua maioria, formação universitária, o que reflete na facilidade de acesso à informação e ao conhecimento biomédico, permitindo análise crítica às práticas obstétricas e para argumentar e sustentar sua decisão pelo parto em casa. Além disso, são pessoas que buscam profissionais capacitados e qualificados para esse tipo de assistência, nos levando a acreditar que o retorno do parto para o domicílio não tem relação, necessariamente, com um resgate do passado, e sim, com uma maneira de revitalizar o nascimento como algo íntimo e familiar. A casa, independente de ser própria ou alugada, é classificada por esses casais como sendo o local mais “seguro” e apropriado para o parto, diante das possibilidades oferecidas pelo sistema público ou privado de saúde.

Evidencia-se também uma tendência dos casais a terem um relacionamento estável, o que facilita a construção do ideário do parto em casa, fortalecendo e sustentando essa decisão ao longo da gestação, o que levou, inclusive, à iniciativa de alguns casais, de outras cidades, a alugarem um espaço especialmente para sediar o evento, transparecendo que o interesse deles por vivenciar um parto extra-hospitalar é capaz de vencer as fronteiras do conforto de seu próprio lar, movimentando uma série de mudanças temporárias em prol da realização do parto no cenário familiar.

Os casais desse estudo mostram interesse particular por práticas diferenciadas, muitas vezes relacionadas à saúde e ao autoconhecimento, além de tendência à prática de neorreligiões, valorizando uma espiritualidade de práticas difusas. O conjunto dessas ações contempla mudanças de comportamentos associadas a maneiras “alternativas” de viver nas sociedades urbanas, e isso faz com que se aproximem de profissionais que também se esquadrinham neste *ethos* “alternativo” relacionado com as práticas do parto.

Embora essa pesquisa tenha investigado tão somente os casais e famílias que optaram pelo parto assistido em caráter privado por uma determinada equipe de enfermeiras – o que se constitui numa importante limitação do estudo – certamente outras pesquisas em outros contextos urbanos possam mostrar resultados diferenciados, aumentando o escopo e a profundidade da compreensão sobre o perfil das pessoas que praticam o parto domiciliar, na contemporaneidade, nos grandes centros urbanos.

## REFERÊNCIAS

1. Martins APV. As maternidades e a assistência médica às mulheres. In: Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004. p.196-215.
2. Lessa H. Parto em casa: a vivência de mulheres [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/UERJ; 2003.
3. Riesco MLG, Tsunehiro MA. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Rev Estud Fem. [on line] 2002 jul/dez; [citado 2011 mai 28]; 10(2): [aprox.11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>

4. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery*. 2008; 12(4):765-72.
5. Souza HR. A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre ética, a estética e a sociabilidade do parto domiciliar contemporâneo [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFSC; 2005.
6. Koettker JG. Parto domiciliar atendido por enfermeiras [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2010.
7. Salem T. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas; 2007.
8. Fleisher S, Tornquist CS, Medeiros BF. Popularizando o cuidado com a saúde: uma apresentação. In: Fleisher S, Tornquist CS, Medeiros BF, organizadores. *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis (SC): Editora da UDESC, 2010. p.13-25.
9. Organização Mundial de Saúde-OMS. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília (DF); 1996.
10. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet* [online]. Mai 11 [citado em 22 jul 11]; *Saúde no Brasil*: 32-46. Disponível em:  
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
11. Almeida MF, Alencar GP, Novaes MHD, França Jr, Siqueira AA, Schoeps D, et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do município de São Paulo. *Rev Saúde Publ*. 2005, 39(9): 366-75.

12. Hotimsky SN. Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2001.
13. Bauer MV. Análise de conteúdo clássica. In: Bauer M, Gaspel G. Pesquisa qualitativa com contexto, imagem e som: um manual prático. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004. p. 189-215.
14. Janssen PA, Saxel L, Page L, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009; 181(6-7):377-383.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo (SP); 2009.
16. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Referencia*. 2010 dez; III(2): 81-90.
17. Fonseca C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: Althoff CR, Elsen I, Nitschke RG, organizadores. Pesquisando a família, olhares contemporâneos. Florianópolis (SC): Editora Papa-Livro; 2004.
18. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 2007; 11(1): 98-104.
19. Souza HR. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. *Anais do VII Seminário Fazendo Gênero*; 2006 ago 28-30; Florianópolis (SC), Brasil.



20. Maluf WS. Peregrinos da nova era: itinerários espirituais terapêuticos no Brasil dos anos 90. Antropologia em Primeira Mão número 100 [Online]. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFSC [periódico na internet]. 2007; Disponível em: [www.antropologia.ufsc.br/100.pdf](http://www.antropologia.ufsc.br/100.pdf)

21. Magnani JGC. O Brasil da nova era. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 2000.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados em forma de três artigos, conforme segue.

O artigo intitulado **“Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado”** foi elaborado segundo as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem, classificada como A2 pelo Qualis-CAPES.

O artigo intitulado **“Rituais de cuidado realizados pelas famílias durante o parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas”** foi construído segundo as normas da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE, classificada como B2 pelo Qualis-CAPES.

O artigo intitulado **“Rituais de cuidado realizados no pós-parto, em contexto domiciliar”** foi estruturado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem, também classificada como A2 pelo Qualis-CAPES.

### 6.1 ARTIGO 3 - RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS NA PREPARAÇÃO PARA A VIVÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

## RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS NA PREPARAÇÃO PARA A VIVÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

### RITUALS OF CARE PERFORMED BY FAMILIES IN THE PREPARATION TO EXPERIENCE PLANNED HOMEBIRTH

### LOS RITUALES DE CUIDADO REALIZADOS POR LAS FAMILIAS PARA PREPARARSE PARA LA EXPERIENCIA DEL PARTO EN CASA PLANEADO

IARA SIMONI SILVEIRA FEYER<sup>\*</sup>  
MARISA MONTICELLI<sup>†</sup>

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa etnográfica, que teve por objetivo compreender os rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto, no ambiente domiciliar. Participaram 25 famílias, no período de setembro de 2010 a abril de 2011. As técnicas de coleta de dados foram a observação participante e a entrevista, sendo a segunda, complementar à primeira. Mediante processos de apreensão, síntese, teorização e recontextualização, emergiram duas categorias: A casa para nascer; e Preparando a chegada do bebê. Os resultados mostram que o parto domiciliar é uma experiência construída principalmente no âmbito do “casal grávido”, com ou sem o apoio da família extensa. A casa é considerada o local “sagrado” para a vivência de uma experiência parturitiva que agregue os valores existenciais ao ato fisiológico do nascimento. Dedica-se atenção especial para o preparo do corpo e da mente, a fim de concretizar o ideário do parto em casa. Os preparativos para a chegada do bebê englobam ações que simbolizam arrumar o “ninho” para receber o novo integrante da unidade familiar.

**DESCRITORES:** Parto domiciliar. Comportamento ritualístico. Enfermagem obstétrica. Cultura.

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Enfermeira da equipe Hanami – Parto Domiciliar Planejado. Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2740 Bloco A, apartamento 404, Itacorubi, Florianópolis/SC, CEP 88034-101. Brasil. E-mail: iarasilveira@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associado 2 do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Membro Pesquisador do NEPEPS. Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

**ABSTRACT:** This is an ethnographic research that aimed to understand families' rituals of care in the preparation to experience childbirth at home. Twenty-five families participated in this research, between September 2010 and April 2011. The techniques used for data collection were the participating observation and the interview, this second one being complementary to the first. Through the processes of apprehension, synthesis, theorization and re-contexture, two categories emerged: "The house to be born in" and "Preparing baby's arrival". The results show that homebirth is a singular experience, constructed mainly by the "pregnant couple", with or without the support of the extensive family. The house is considered the "sacred" place to experience childbirth aggregating existential values to the physiological act of giving birth. It is dedicated special attention to the preparation of body and mind to accomplish the ideas concerned to homebirth. The preparations for the baby arrival comprehend symbolic actions referred to arranging the "nest" to welcome the new component of the family unity.

**KEYWORDS:** Homebirth. Ritualistic behavior. Obstetric nursing. Culture.

**RESUMEN:** Se trata de una investigación etnográfica para comprender los rituales de cuidado que realizan las familias en la preparación para la experiencia del parto en casa. Veinticinco familias participaron del estudio, en el período de septiembre de 2010 hasta abril de 2011. Como técnicas de recolección de datos se emplearon la observación participante y entrevistas, éstas como complemento de la primera. Mediante los procesos de aprehensión, síntesis, análisis teórico y recontextualización, surgieron dos categorías: La casa el espacio para nacer, y, La preparación de la llegada del bebé. Los resultados muestran que el parto en casa es una experiencia única, construida principalmente en el ámbito de la "pareja embarazada", con o sin el apoyo familiar. La casa es considerada el sitio "sagrado" para vivir la experiencia del parto, la cual añade valores existenciales al acto fisiológico del nacimiento. Se presta especial atención a la preparación del cuerpo y la mente para hacer realidad los ideales del parto en casa. Los preparativos para la llegada del bebé incluyen acciones que simbolizan el arreglo del "nido" para recibir al nuevo miembro de la unidad familiar.

**DESCRIPTORES:** Parto en casa. Comportamiento ritualista. Enfermería obstétrica. Cultura.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, nos grandes centros urbanos brasileiros, tem havido crescente procura das famílias pelo parto domiciliar planejado<sup>(1-2)</sup>. Cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Brasília, Belo Horizonte e Florianópolis, entre outras, possuem equipes de profissionais de saúde – e, notadamente, de enfermeiras – que prestam esse tipo de assistência<sup>(1-3)</sup>. Essas famílias acreditam que o ambiente doméstico seja o mais adequado para a ocorrência do parto, por compreenderem que, ao contrário da instituição hospitalar, o domicílio propicia atmosfera para vivências com menos intervenções obstétricas e neonatais. Muitas delas escolhem a casa não só como uma maneira de experimentar o fenômeno do nascimento, em si, mas como uma celebração à vida e à nova família<sup>(3)</sup>.

Estudo revelou que não é apenas variação de endereço (hospital-casa), e sim, uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos relacionados à maneira de dar à luz e nascer<sup>(4)</sup>. As famílias que se aliam a esta proposta são a expressão de um ideário que valoriza a mudança, a vivência do parto como rito de passagem<sup>(5-8)</sup>, e algo que deve ser vivido e experienciado na intimidade do lar.

Portanto, neste contexto, entender os componentes dessa assistência, em sua dimensão simbólica, como a *performance* de rituais, no âmbito domiciliar de cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido, se torna relevante e imprescindível para os profissionais que estão se lançando nesse novo “modelo” assistencial<sup>(5)</sup>. O parto domiciliar incorpora a valorização da ambiência e do protagonismo dos participantes, não apenas enfatizando algo que deveria fazer parte do ciclo de vida das famílias, mas se comprometendo com outras concepções ideológicas igualmente significativas, como a valorização de rituais de cuidado, ou seja, aquelas ações ou práticas simbólicas que têm por objetivo ajudar no enfrentamento do “novo” e na redução da incerteza, facilitando a passagem de uma posição ou “*status*” da mãe e do recém-nascido, durante o nascimento<sup>(6)</sup>.

Ao vivenciar o nascimento como um rito de passagem, as famílias desenvolvem ritos de cuidado que as auxiliam na reinterpretção dos papéis sociais (a nova mãe, o novo pai, a iniciação para o papel de avós, o novo integrante da família, dentre outros), sendo que tais rituais ajudam a reorganizar a experiência existencial, e não apenas, a experiência física da mulher que está parindo ou do feto que

está se transformando em recém-nascido<sup>(7)</sup>.

O cenário dessa nova forma de vivenciar o nascimento aponta para a necessidade de se pesquisar com profundidade os rituais de cuidado que as famílias realizam no parto domiciliar, com a justificativa que tal conhecimento auxiliará os profissionais na compreensão da visão de mundo dessas famílias e, por conseguinte, para contextualizar de modo culturalmente responsável e respeitoso a rede de símbolos e significados<sup>(8)</sup> que as mesmas empregam na vivência desta etapa de seu processo de viver<sup>(9)</sup>. Este propósito se alia também ao intuito de preencher uma lacuna nas publicações deste campo de conhecimento, no Brasil e no exterior, de resultados investigativos que auxiliem os profissionais da área, à aquisição de saberes que contribuam para o exercício e a apropriação da “competência cultural”<sup>(10-11)</sup>.

Nesta perspectiva, o presente estudo integra um macroprojeto que teve como propósito geral, investigar os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias no parto domiciliar, tendo por objetivo, neste recorte, identificar e compreender os rituais de cuidado que são realizados pelas famílias, na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. A pesquisa foi desenvolvida sob aporte teórico de autores que estudam o cuidado cultural<sup>(10)</sup> e o nascimento, sob o ponto de vista antropológico<sup>(7, 10, 12-15)</sup>.

Compreendemos que a identificação dessas práticas rituais pode ser a chave para que os profissionais de saúde que prestam esse tipo de assistência possam se aprofundar não somente nos aspectos clínicos dessa relação (profissional-cliente), mas também se aproximarem mais da cultura dessas mulheres, com as quais interagem profissionalmente, ajudando a ampliar sua visão de mundo e seu papel social.

## **METODOLOGIA**

Foi desenvolvido um estudo etnográfico, cujos informantes foram as famílias que optaram por vivenciar o parto domiciliar planejado, atendido pelas enfermeiras obstétricas, que atuam na Grande Florianópolis. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2010 a abril de 2011, com 25 famílias, respeitando os princípios de saturação indicados pelos estudos de natureza qualitativa<sup>(10,16-17)</sup>.

Os informantes-chave<sup>(18)</sup>, correspondentes ao “Casal Grávido” (CG)<sup>(15)</sup>, foram selecionados de modo proposital ou intencional, por terem mais conhecimento sobre o assunto que estava sendo investigado, por refletirem as normas, os valores, as crenças e os estilos de vida gerais da cultura. Os informantes gerais<sup>(18)</sup> foram considerados aqueles

que, comparativamente, não possuíam conhecimento tão aprofundado sobre o assunto, mas possuíam ideias e domínio geral sobre o fenômeno sob investigação e mostraram-se dispostos a compartilhar suas idéias, ou seja, aquelas pessoas que eram consideradas pelo “casal grávido”<sup>(15)</sup> como sendo da família, e que entraram na cena da preparação para o parto.

O estudo etnográfico iniciou a partir dos contatos estabelecidos com uma equipe de enfermeiras obstétricas da cidade. O primeiro contato com as famílias se deu através dos encontros mensais, promovido pelas enfermeiras, com a finalidade de apresentarem a proposta do parto domiciliar, e esclarecerem as dúvidas dos casais e familiares. A partir desse encontro, a pesquisadora propôs às famílias o acompanhamento do atendimento prestado pelas enfermeiras, no domicílio, sempre que as mesmas realizassem assistência, desde o pré-parto, até o pós-parto, além de incursões no campo, na ausência das enfermeiras.

Em todos os encontros domiciliares, a pesquisadora se colocou no lugar de observadora do comportamento, das falas, dos gestos e das atitudes dos casais e familiares. Durante essa observação, a pesquisadora registrava, em forma de fotos, vídeos ou anotações, os encontros assistenciais das profissionais com as famílias. As técnicas para a coleta de dados foram, por conseguinte, a observação participante<sup>(12-13)</sup> e a entrevista, sendo a segunda, complementar à primeira. O registro dos dados se deu através de notas de campo, notas de reflexão e notas metodológicas, descritas em diário de campo<sup>(16)</sup>. A análise se deu em quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e recontextualização, procurando responder ao objetivo da pesquisa<sup>(19-20)</sup>.

Participaram do estudo 25 informantes-chave (“casais-grávidos”), sendo que a gestante e seu companheiro possuíam entre 21 e 40 anos de idade. Quanto às mulheres, a imensa maioria cursou ou estava cursando ensino superior, e mais da metade já havia completado o terceiro grau e trabalhava na área em que havia obtido a formação acadêmica. Quanto aos homens, a maior parte também possuía formação superior, sendo que quase a metade deles titulou-se ou estava em processo de concluir pós-graduação. Cinco deles residiam em apartamentos e 20 em casas (lugar de residência ou alugada para sediar o parto), sendo que quase todas localizavam-se em locais distantes do centro da cidade; frequentemente junto à mata nativa e/ou à beira do mar. De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>(21)</sup>, essas famílias integram a classe econômica B2 e A1 da população.

A etnografia foi desenvolvida, obedecendo aos termos de



Resolução 169/96, tendo o projeto sido aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 882/10. As famílias receberam individualmente todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na apresentação dos resultados foram utilizados nomes fictícios.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados obtidos e à luz do referencial teórico, procuramos alcançar o objetivo desse estudo, delineando duas categorias e as respectivas subcategorias, que constituíram o eixo norteador da pesquisa, e que apresentamos a seguir.

### **Categoria 1 - A casa para nascer**

Esta categoria envolve a descrição dos rituais específicos para a escolha do ambiente de realização do parto, bem como os enfrentamentos para a reafirmação dessa escolha e as características da casa, como sendo o ambiente sagrado. Observou-se que a decisão pelo parto em casa é fruto da construção de um ideário que se opõe ao modelo hegemônico vigente, resgatando, porém, a ideia de “reclusão” da mulher e da família, para a vivência do parto, de forma mais íntima e localmente significativa<sup>(22)</sup>. Parece tratar-se, portanto, de um **rito de separação**, que guarda semelhança com cerimônias de reclusão da grávida, em cabanas especiais, ou em local peculiar da residência habitual,<sup>(7)</sup> conforme observado pelos estudiosos da antropologia clássica. Essa ressurgência, em nova roupagem, da “casa”, como cenário de ritos de passagem, evoca, de alguma maneira, a revitalização do parto e do nascimento como eventos que fazem sentido para a experiência existencial das famílias.<sup>(4)</sup>

### **A construção do ideário do parto em casa**

Ultimamente, tem-se observado aumento significativo de pacientes e profissionais de saúde que aderem à Medicina Alternativa e Complementar (MAC),<sup>(23)</sup> devido à insatisfação com o modelo convencional oferecido pelo sistema oficial de saúde. A incorporação de práticas alternativas e complementares no sistema convencional de cuidado em saúde implica numa mudança de paradigma com relação ao que as pessoas compreendem sobre o processo saúde e doença.<sup>(23)</sup> As pessoas que optam pelo parto em casa, nos grandes centros, estão, de alguma forma, aderindo à MAC. O “alternativo”, nesse caso, refere-se ao cenário onde ocorrerá o nascimento, já que as famílias não abrem

mão do pré-natal e do acompanhamento ao parto, realizados por profissionais especializados na área obstétrica humanizada<sup>(24)</sup>, de forma a aumentar a segurança da mãe e do feto/recém-nascido, ao mesmo tempo em que oferece à família a oportunidade de experienciar uma das etapas mais impactantes do seu ciclo vital.

A escolha da casa para o nascimento vem ao encontro do que os autores da antropologia sinalizam sobre os rituais da gravidez e do parto, sendo que esses compreendem rituais que têm o objetivo de facilitar o parto e proteger a mãe e a criança e, frequentemente, também o pai e os demais integrantes da família extensa,<sup>(7)</sup> ao mesmo tempo que esta escolha é necessária para organizar a entrada do novo ser humano no seio da família e também a mulher que se prepara para dar à luz. O preparo para a chegada do neófito é regimentado por rituais de iniciação e por purificações ambientais que visam garantir a entrada do mesmo na nova condição existencial, mediante limpezas físicas e simbólicas, assim como preparar a mulher para conceber uma nova mãe: [...] *ao entrar na casa, logo percebo que, como todos, também preciso tirar os sapatos. Em todos os cantos da sala há pequenos altares, figuras de mestres budistas, incensos para “purificar” o ambiente. A manhã com o casal foi pontuada por conversas sobre o preparo para o dia “D”, com alguns intervalos para que Gil (o companheiro) me mostrasse os colares de pedras turquesa e coral vermelho que está preparando para que Graça (a companheira) use durante a gestação. Cada pedra tem um significado especial de conexão com a natureza e as forças que regem a terra. Cada colar, segundo Gil, está sendo usado em um momento específico, já que as pedras “têm o poder de ajudar na circulação de energia e harmonia entre o emocional e o racional, ajudando na preparação energética da mulher para a chegada da criança” (notas de observação – Graça e Gil).*

Das 25 mulheres que se preparavam para o parto no domicílio, durante o período da pesquisa, 15 estavam vivenciando a primeira gestação, cinco tiveram experiências anteriores com partos hospitalares, e cinco tiveram outro filho em casa, sendo que dessas, quatro receberam a assistência da mesma equipe de profissionais. Isso mostra que a maioria das famílias estava se preparando para o primeiro parto de suas vidas, no ambiente doméstico, sendo este o “tipo-ideal”<sup>(25)</sup> de representação dos CGs para parir e nascer. Para perseguir tal objetivo, buscam apoio, especialmente nas experiências relatadas por outras famílias que já vivenciaram a experiência, assim como em livros, em sites de apoio à gestação e partos “alternativos”, e também em redes de relacionamento. Essa bricolagem de informações ajuda na construção e consolidação desse ideário, além de sustentá-lo socialmente. Durante o

trabalho de campo observou-se, em quase todas as casas, alguns “vestígios” dessa busca pelo apoio socialmente localizado para o parto: [...] *no criado-mudo, ao lado da cama do casal, havia livros, filmes sobre gestação, parto e criação de filhos, e também uma lista de endereços de websites relacionados ao parto ‘natural e fisiológico’ realizado no domicílio (notas de observação – Dalila e Dácio).*

Como parte da construção desse ideário, praticamente todos os CGs foram estimulados, pelas enfermeiras obstétricas, a conhecer a instituição hospitalar para a qual seriam transferidos, caso houvessem intercorrências – uma aceitação parcial do modelo biomédico. Isso faz parte da consolidação de uma responsabilidade compartilhada entre os casais e os profissionais que estão acompanhando a gestação e assistirão o parto, já que o parto domiciliar ainda é uma prática à margem do sistema convencional de saúde: *Minha mãe teve um parto normal, nunca pensei que comigo fosse diferente. Fui visitar a maternidade e achei o local de uma frieza impressionante (Flávia).* Esse depoimento é significativo para se constatar que o contato com o ambiente hospitalar serviu para que a mulher reafirmasse o seu propósito de ter seu filho em casa.

Com base nos relatos e na observação, entende-se que a decisão do parto domiciliar, bem como a sustentação dessa proposta, se dá de forma conjunta no âmbito do casal. Isso fica claro na observação feita em uma das visitas pré-natais: *Estamos fazendo isso tudo junto. Ele vai comigo nas consultas com o médico, exames de ultrassom, e agora, estamos aqui nos preparando para vivenciar o parto na nossa casa (Odília).* Raramente nas interações desses casais encontramos o pronome “eu”, já a representatividade do “nós” se sobressai, indicando o casal como a ‘pessoa’ do discurso. “Esta ênfase no partilhar das emoções e tarefas envolvidas no nascimento não diz respeito à comunidade e nem mesmo à família extensa, mas antes e sobretudo, ao casal”<sup>(26:5)</sup>.

É importante contextualizar que o ideário do CG valoriza o “novo” e a “mudança”, além de pregar o igualitarismo entre os papéis. Ao pressupor uma indiferenciação valorativa entre o masculino e o feminino, o par instiga cada um dos gêneros a ingressar no universo do outro<sup>(15)</sup>: [...] *nós fizemos nosso filho lá no sítio onde morávamos, no meio do mato, com muito amor, o nosso bebê é orgânico (Joana); [...] essa barriga é nossa, é fruto do nosso amor, eu carrego a barriga e ele cuida, fazendo massagem, passando óleos essenciais. O resultado é esse, a nossa barriga é linda (Cecília).* Essas falas revelam que um mecanismo importante para a construção da identidade do CG consiste na demarcação entre o “nós” e os “outros”, ou, entre o “aqui” e o “mundo lá fora”. Repelindo, pelas mais diversas razões o “outro” e

estabelecendo uma solidariedade existencial e ideológica entre os cônjuges<sup>(15)</sup>.

Para o CG, o parto em casa é constituído de preceitos do protagonismo e da autonomia dos participantes, além da ambiência ‘quente’ e acolhedora relacionada ao seu modo de vida. Os rituais de preparação na construção desse ideário podem também estar relacionados a uma construção mental de que o parto em casa é o parto ideal, passando a ser referência incontestável quando se trata de “tipos de parto”, separando-se das referências anteriores, quase sempre associadas a rotinas desnecessárias e a condutas de exclusão, como o parto vivido passivamente, sem família, sem comida e sujeito às práticas e intervenções ‘frias’ da técnica e da tecnologia obstétrica. Sendo o parto um rito de passagem, quando vivido em casa, os rituais apresentam maior adesão ao *ethos* familiar, ao passo que, quando vivido no hospital, apresentam aderência mais aproximada ao modelo dos profissionais<sup>(27)</sup>.

### **Reafirmações e cisões: a complexidade envolvida na decisão pelo parto fora do hospital**

No contexto atual, onde o modelo de assistência é predominantemente tecnocrático e baseado em explicações e procedimentos da racionalidade biomédica, alguns casais enfrentam conflitos familiares para reafirmar sua decisão pelo parto em casa: *[...] na nossa família, todo mundo é contra o parto domiciliar. A família dele [referindo-se ao companheiro] mora aqui na ilha e não temos a menor condição de contar com eles, é muito triste isso (Maria); [...] meus pais acham a história do parto domiciliar uma loucura, e não apoiam, por isso decidimos que só estaremos nós em casa (Ana)*. Esses depoimentos exemplificam que, dentre os rituais de cuidado de preparação para o parto, os ritos de separação se sobressaem nessa etapa e são caracterizados pela conduta simbólica que significa a ruptura do grupo ou do indivíduo de uma situação anterior dentro da estrutura social<sup>(7,28)</sup>. Para esses casais, cortar vínculos com a família extensa, mesmo que temporariamente, significa um procedimento muito claro de separação, com a finalidade de reafirmar que são eles os agentes decisórios e que os fenômenos do parto e nascimento interessam à intimidade do casal e à esfera da vida privada. Esse resultado, obtido com famílias que, pelas suas características, são integrantes da classe média brasileira, é intensamente diferente daquele obtido em estudo sobre rituais de parto e nascimento desenvolvido com classes populares<sup>(12,16)</sup>, em que a família ampliada influencia diretamente nas decisões que envolvem parto e

nascimento – particularmente o círculo de mulheres.

No que se refere à relação entre o CG e as famílias de origem, na reafirmação pela escolha do lugar do parto, o preceito de ‘quase’ desfamiliarização, de certo modo, não implica um rompimento definitivo de relações com a família extensa. O que apregoam é que o casal deva ter uma identidade mais vigorosa do que aquela vinculada com os membros de seus respectivos núcleos familiares de origem<sup>(15)</sup>. Vale ressaltar, contudo, que nem todos os casais passaram por enfrentamentos familiares na reafirmação dessa decisão. Uma parte deles contou com o apoio e o incentivo da família, sem deixar, no entanto, de exercer as suas escolhas com autonomia. Mas esse respaldo, para uma parcela significativa das famílias ocorreu, em grande medida, porque a mãe da grávida ou do futuro pai, já havia experienciado um parto domiciliar: *Minha mãe vai estar no dia do parto, ela é muito tranquila, acho que a presença dela vai ser fundamental. Ela já teve parto em casa, então nos apoia na decisão (Graça)*.

As famílias que estavam se preparando para o parto em casa, depois de já ter vivido o primeiro parto em âmbito hospitalar, demonstraram, através de seus relatos, a necessidade de buscar uma vivência do parto que fosse mais íntima, afetuosa e existencialmente significativa para a mulher, e que possibilitasse um contato mais direto e íntimo com o recém-nascido: *Meu primeiro filho foi uma cesariana desnecessária, o pós-parto foi muito sofrido, recebi anestesia geral e só fui conhecer meu filho 3 horas depois do parto. A recuperação não foi fácil, senti muita dor, tive dificuldades para amamentar, foi muito estranho [...] depois que fiquei grávida de novo, queria ter um parto natural, quero minha filha comigo, pesquisei e encontrei o parto domiciliar (Helen)*. Este depoimento mostra que o parto hospitalar gerou lembranças negativas que prejudicaram o vínculo, sendo que a má vivência impulsionou o casal a buscar formas alternativas de resignificarem a experiência.

Diferentemente aconteceu com os casais que já haviam tido um parto domiciliar e que, por ter ocorrido de forma significativa, não deixou outra alternativa com relação ao novo evento: *Para nós que já tivemos a experiência de um parto domiciliar, não poderia ser diferente com essa gestação. Seria um retrocesso parir no hospital quando já se vivenciou um parto domiciliar bem sucedido (Lúcio)*. Esse depoimento caracteriza o fortalecimento e afirmação de um ideário já construído, nesse caso, a decisão expande, ilumina e ressalta o que já é comum<sup>(29)</sup>.

Para os casais com filhos mais velhos, a possibilidade de parir em família reafirmava a crença de que o parto deveria ser vivido como um evento do ciclo vital. Sendo assim, as crianças mais velhas seriam

envolvidas no processo, “naturalmente”. Nas visitas das enfermeiras antes do parto, foi possível observar que, para essas famílias, havia um sentido especial em ter os filhos juntos durante o nascimento de um irmão, já que os mesmos estariam também mudando de *status*, ou de posição dentro da família: *Vai ser importante para eles ver a irmã nascer (Erica); No dia do parto vamos estar só nós em casa (casal e filho de 7 anos). Quero muito que ele participe, tenho conversado com ele sobre o parto, sobre a saída do irmãozinho, vamos ver como vai acontecer. Se ele estiver se sentindo bem para estar junto, será ótimo, não quero forçar nada, tem que ser natural (Cecília)*. Muitas vezes, o processo transformativo exigem experiências fora do comum, incluindo dificuldades e desafios, cujo enfrentamento facilita a ruptura com o estado anterior e a abertura dos iniciados aos novos papéis<sup>(5,13)</sup>.

Na realidade brasileira dos grandes centros urbanos, a participação de crianças mais velhas, no nascimento de um irmão, está atrelada ao fenômeno contemporâneo do parto domiciliar, já que essa possibilidade é praticamente nula nas instituições hospitalares. Sendo o parto domiciliar um evento ritualístico e significativamente especial do ciclo da vida, o fato de trazer para o contexto, a participação de uma criança, como ‘acompanhante natural’, pode ser uma oportunidade passível de gerar e transmitir valores e conhecimentos acerca dos fenômenos inexoráveis da vida.

De qualquer forma, a resolução de um parto fora do domínio do hospital é complexa e passível de tomada de decisões no decorrer de todo o processo, seja com relação às diferentes demandas de todos os integrantes da rede familiar, ou pelos questionamentos que sofrem continuamente por parte da rede social mais ampla. Ainda assim, a trajetória é vivenciada com grande empenho e veemência, ultrapassando todos os obstáculos que se interpõem, haja vista, por exemplo, aqueles casais que vêm de outras cidades, deixando seus lares originais, para realizar o sonho de ter um parto fora das amarras institucionais. Essas ações reafirmam que o parto em casa, no cenário atual, requer um movimento organizacional que viabilize e suporte essa decisão, mesmo que para isso, seja necessário um enfrentamento da sociedade em geral e seus valores vigentes<sup>(3)</sup>.

### **A casa e o sagrado**

Com base nos relatos dos informantes, e através da observação dos cotidianos familiares, foi possível perceber que “a casa” é o berço onde se deitam as práticas e as crenças familiares. Desde a maneira de arrumar os espaços internos, até as “regras” internas de convivência,

implicam na produção de um cenário adequado para o conforto das pessoas que ali residem. Para alguns casais, a possibilidade de parir nesse ambiente traz à tona a tranquilidade de praticar e exercer sua religiosidade, e compartilhar sua visão de mundo, o que talvez não fosse possível realizar em ambiente hospitalar: *Queremos usar água do rio Ganja no parto. Não sabemos ainda como. Nosso amigo que veio da Índia trouxe para nós. Aliás, um dos motivos que queremos ter o parto em casa é porque aqui vamos poder praticar as coisas que acreditamos (Ana - levantando-se do lugar que estava para alcançar o pequeno pote com a água para mostrar para as enfermeiras).*

Gennep afirma que “entre o mundo profano e o mundo sagrado há incompatibilidade”<sup>(7:23)</sup>. As famílias que coadunam com a prática do parto em casa geralmente associam as maternidades ou instituições hospitalares a ambientes frios, repletos de pessoas estranhas e que realizam os cuidados de maneira rotineira, sem envolvimento afetivo<sup>(29)</sup>. Esse estranhamento, faz com que o parto se torne algo não familiar, representando o “mundo de fora”. Já a casa, com todos os utensílios, objetos e atmosfera do “mundo doméstico”, são tomados como ferramenta de domínio e conhecimento, que possibilitam os participantes a acessarem uma dimensão “transcendente”, que transforma o parto num evento paradigmático, fundamental para a vivência familiar<sup>(30)</sup>, como podemos perceber no discurso de Orest: *Fomos visitar a maternidade e ficamos impressionados. O lugar é totalmente diferente do nosso lugar. Eu me senti um estranho lá dentro [...] quando ela falou da possibilidade de ter filho em casa, isso me trouxe uma tranquilidade imensa; agora sim eu consigo até imaginar o parto; o nosso parto.*

Tais resultados aproximam o pensamento de que a casa reflete tudo aquilo que o casal ou a família acredita, e nela está impresso o seu modo de vida, o que favorece imensamente a autonomia pessoal e a espontaneidade emocional, tão fundamentais ao protagonismo do parto. São inúmeros os estudos que revelam que a ambiência do local do parto está diretamente relacionada com o bem-estar da mulher e do recém-nascido<sup>(1-3,13,24)</sup>. Nesse sentido, o ambiente do lar passa a ser então o cenário perfeito para quem acredita nisso, como podemos perceber na fala de Odília: *Olha esse ambiente, tudo aqui foi planejado e feito por nós, o jardim é todo cuidado pelo meu marido, é ele que fez o laguinho com os peixes, a fonte, ele que posicionou e iluminou as estátuas (budas) e é ele quem cuida das plantas [...] aqui é o nosso paraíso, o nosso lugar de contemplação.*

Muitas famílias deste estudo demonstraram que cultivam o

ambiente do lar como sendo um espaço sagrado onde praticam sua religiosidade: *A pequena casa tem chão de cimento queimado. Na entrada, um espaço para se deixar os sapatos antes de entrar na sala [...]. No quarto do casal, além da cama, tem um armário e uma ‘arara’ com roupas penduradas. Tudo bem apertadinho, porém, um espaço nobre foi reservado para um altar improvisado numa caixa de madeira (tipo engradado), um altar de dois andares, ou seja, em cima da caixa e outro embaixo (no chão). Nesse altar, criteriosamente arranjados, encontram-se pedras, cristais, colares, penas, incensos, fotos pequenas, estátuas de barro, figuras indianas, vários frascos contendo pós de cores diversas, óleos essenciais, mandalas, velas e muitas outras coisas miúdas... (notas de observação – Graça e Gil).* As maneiras de organizar os espaços internos da casa e as disposições dos objetos significativos variam de acordo com os costumes familiares, porém a presença de altares, velas e flores reafirmam que existe um estilo comum aos que partilham os valores da “Nova Era”<sup>(31-32)</sup>. São pequenos detalhes onde o imanente está impregnado pelo transcendente.

Os adeptos da “cultura da Nova Era”<sup>(31)</sup> empregam diferentes formas e novos significados para a expressão ‘estar em casa’. Além de ser um espaço onde as pessoas vivenciam suas rotinas diárias e conflitos inerentes, a casa é rearranjada para se tornar também um lugar de paz e meditação. A atmosfera acolhedora é representada pelas almofadas espalhadas, pelo cheiro do incenso, os pequenos altares, a música ambiente... tudo se configura num convite para que os visitantes entrem e deixem na porta os seus sapatos, sugerindo que deixem do lado de fora a sujeira das ruas e a poluição energética trazida dos espaços impuros: *Ao adentrar na sala, percebi que o marido tirou o sapato, e logo indicou para as enfermeiras o local onde elas deveriam deixar os seus (notas de observação – Cecília e Cícero).* Sobressai disso a oposição entre o puro e o impuro, representada pela imagem da casa como sendo o espaço privado e a rua como sendo o espaço público, o mundo<sup>(31)</sup>.

Para essas famílias o parto domiciliar se coaduna com um sistema alternativo que busca novas práticas relacionadas ao nascimento, pois cultivam especificidades próprias em relação à gestação e ao parto, bem como aos sentidos que devem ser atribuídos a estes eventos, principalmente no que diz respeito às relações que estabelecem com o misticismo e a religiosidade<sup>(30)</sup>, e isso é claramente visível em sua prática cotidiana, afirmando o pensamento de que o ambiente da casa reflete os valores em que acreditam: *Nós acreditamos e seguimos um pouco de cada coisa. Hinduísmo, budismo... Com todas essas filosofias... conseguimos fazer um caminho de transformação individual [...]*



*praticamos também o temascal\* esporadicamente, e meditamos (Gil e Graça – intercalando entre as frases); [...] não temos uma religião propriamente dita, frequentamos rodas shamânicas, praticamos o temascal e vamos no Daime† algumas vezes, mas nada vinculado a uma crença específica (Cícero). Em ambas as casas observamos os altares, as imagens e objetos que relacionam a espiritualidade com o espaço físico.*

Para os casais que fazem parte do movimento da “Nova Era”<sup>(32)</sup>, o parto em casa está alinhado com a religiosidade e a algumas condutas que visam um certo afastamento dos valores puramente consumistas. Para isso, lançam mão, também, da convivência com outros pares, formando pequenas comunidades de apoio mútuo, onde podem praticar tais valores<sup>(31-32)</sup>.

## **Categoria 2 - Preparando a chegada do bebê**

Durante o trabalho de campo, identificamos que as famílias realizam rituais específicos que formalizam os cuidados com o corpo grávido, com a preparação concreta para o parto e a chegada da nova criança. Teóricos da antropologia registram em suas obras que os rituais preparatórios para o nascimento são realizados desde muito tempo em todas as culturas, mostrando que estes são intensamente revestidos de poder para transformar a vida social das pessoas envolvidas<sup>(7-8,28)</sup>. Esses rituais são dotados de um conjunto de significados que visam reduzir a incerteza, promover apoio emocional para o indivíduo e facilitar a transição de papéis e de *status*, renovando a ordem social<sup>(28)</sup>.

## **O preparo do corpo e da mente para dar à luz**

O período pré-natal mostrou-se extremamente valorizado no universo dos adeptos do parto domiciliar, por compreenderem que, durante a gestação, o mundo social em que a mulher está inserida influencia grandemente o bem-estar e a saúde fetal. Nesta interpretação,

---

\* Temascal é uma terapia ritualística iniciada pelas culturas pré-colombianas e significa tenda do suor. Trata-se de uma estrutura fechada em formato de iglu, são colocadas as pedras quentes, o facilitador fecha a tenda e molha as pedras com água através de ramalhetes de ervas aromáticas, produzindo um vapor de calor intenso que representa o útero. O temascal é conduzido pelo som do tambor e cânticos. Dentre os benefícios, são citados: limpeza do trato respiratório e digestório, melhora da circulação sanguínea e dos desconfortos musculares<sup>(33)</sup>.

† O “Daime” refere-se a um chá, que é produzido pela cocção de duas plantas nativas da floresta amazônica: o cipó *Banisteriopsis caapi* e a folha do arbusto *Psychotria viridis*. Esta bebida é considerada como um “ser divino”, dotado de personalidade própria e capaz de curar e de transmitir conhecimento, usada ritualisticamente em algumas religiões originadas na Amazônia brasileira<sup>(34)</sup>.

não apenas as emoções da mãe passam vitalidade para o feto, mas também suas práticas. Por isso, essas famílias prezam ter uma boa qualidade de vida durante a gestação<sup>(4)</sup>.

A maioria das mulheres direcionava sua vida para um modelo mais voltado para um estilo “natural”. Para essas, o preparo do corpo para a vivência do parto pareceu ser um dos pontos-chave. Esse foi um achado frequente nas conversas entre as mulheres e as enfermeiras, ao serem questionadas sobre suas atividades cotidianas e o preparo do corpo para dar à luz: *Sou muito ativa, não paro, estou o tempo todo me agachando e levantando, arrumando as coisas no quintal, e agora que parei de trabalhar, vou me dedicar mais às caminhadas mais efetivas. Também me alimento super bem, temos uma prática de alimentação natural (Cecília); Uso a rede e o trapézio para me alongar, pratico pilates sempre, meu intestino é bem regular, não como carne e pratico muita atividade física [...] tenho ficado de cócoras para ajudar o bebê a se encaixar (Dalila); Pratico yoga três vezes por semana, faço fisioterapia de solo duas vezes por semana e agora comecei a nadar uma vez por semana. Me sinto bem na água (Graça)*. Esses testemunhos demonstram que as mulheres incorporaram significados de preparação para o parto às suas atividades cotidianas, ou até mesmo, implementaram novas atividades à sua rotina, com o objetivo específico de preparar o corpo para o “bem-parir”<sup>(4)</sup>.

Para aquelas, no entanto, que julgavam não ter uma vida tão regrada antes da gestação, observamos que o fato de estarem grávidas mudou o foco das preocupações, quando então deixaram de lado algumas práticas que julgavam nocivas para o novo status, como por exemplo, a alimentação desregrada, o uso de cigarro, álcool e algumas medicações, e passaram a cuidar-se mais, vislumbrando as condições que julgavam mais apropriadas para a realização de um parto fora do ambiente hospitalar. Para elas, o desejo de vivenciar um parto vaginal e em casa impulsionou uma atitude proativa de mudança comportamental.

Também foi possível identificar que as mulheres buscaram apoio na literatura para a construção de um conhecimento específico acerca da preparação para o parto. O livro “Parto Ativo”, de Janet Balaskas, pareceu ser “a bíblia” do parto, presente em praticamente todas as casas visitadas. Além desse, os livros de Michel Odent e Frederick Leboyer, obstetras “de vanguarda”, considerados ícones da humanização do parto, também serviram como referência. As “inovações” propostas por essas correntes obstétricas propõem a incorporação de uma ideologia libertária no campo da parturição<sup>(4,27)</sup>. As mulheres procuram nessas obras um alicerce para o preparo do corpo e da mente. Isso fica claro no depoimento de Joana: *Li muito [...] livros de gestação e parto ativos, desde*

*então prático yoga e meditação todos os dias de manhã, aqui na sala mesmo.*

No Brasil, a partir das décadas de 60 e 70, houve um crescimento de novas formas de espiritualidade combinadas com práticas terapêuticas não-convencionais ou alternativas, usadas principalmente pelas classes médias urbanas<sup>(31)</sup>. A adoção de um comportamento terapêutico ou espiritualizado modificou também outras escolhas, entre elas, a preferência por “medicinas suaves”<sup>(31:508)</sup>, homeopatia, acupuntura, remédios naturais, ervas e tinturas e, inclusive, a escola dos filhos, que segue uma linha de instituições alternativas, com pedagogia mais ligada aos valores espirituais, ecológicos ou mesmo políticos do país<sup>(31)</sup>. Trazendo para o contexto dessa pesquisa, foi possível perceber que os informantes tinham tendência a realizar ações de cuidado ligadas às práticas consideradas por eles como “naturais”, usando, pois, os elementos disponíveis na “natureza”.

Contudo, esses casais não recusam totalmente as práticas hegemônicas vigentes, mas se propõem a adotar um estilo de vida baseado em princípios menos segmentaristas, entre eles, o estilo de “vida comunitária”, o consumo regulado, o cultivo da espiritualidade, a produção e/ou consumo de alimentos sem agrotóxicos e a alimentação com base na macrobiótica ou vegetarianismo<sup>(31,32)</sup>. São adeptos de fórmulas “alternativas”, estudam sobre o assunto e se autoindicam terapias específicas e particulares, sempre que preveem alterações no processo saúde-doença. Assim, também, nas situações que envolvem mal-estar decorrente de situações especiais do ciclo vital, como é o caso da gestação. Diante dos desconfortos enfrentados pela grávida, por exemplo, aliviam as aflições, utilizando terapêuticas idiossincráticas, o que mostra que assumem as responsabilidades sobre seus corpos, não delegando isso aos profissionais médicos, embora algumas vezes procedam em consonância com os mesmos, mas agindo em processos de co-negociação: *Estava com prisão de ventre, fiz uma prática da medicina Ayurveda, com a aplicação de 60ml de óleo de gergelim, com uma pitada de sal de rocha morno, via retal. Fiz uma aplicação à noite e deitei, no dia seguinte o intestino voltou a funcionar, repeti a prática por três dias. Também mergulhei um O.B. no óleo de gergelim morno e coloquei intravaginal por uma noite, isso é bom para preparar o canal de parto para a passagem do bebê (Ana – nota de observação, na visita da enfermeira); De vez em quando faço um escalda-pés com camomila e sal grosso, para diminuir o inchaço e a ansiedade (Graça – ao ser questionada sobre os procedimentos que estava adotando para diminuir o edema nas pernas).*

Essas ações remetem ao conceito de “autoatenção”, que envolve

todas aquelas práticas que buscam prevenir, dar tratamento, controlar, aliviar ou curar alguma situação de saúde, levando em consideração que essas práticas estão relacionadas tanto com as condições técnicas e científicas, como também com as crenças religiosas e modo de vida de quem as pratica<sup>(35)</sup>. Nesta perspectiva também foi possível observar rituais específicos de preparação para o parto, como representado na seguinte fala: *Fazer o temascal foi maravilhoso, foi importante para eu me conectar com a gestação, com o parto e, principalmente, com o lance da superação, de aguentar firme; é difícil porque no temascal você pode desistir e sair da tenda, é diferente do parto, no parto não tem jeito de sair dele, a não ser com o bebê no colo, ou quando a mulher está num hospital e se entrega para a intervenção. Mas eu escolhi ficar até o fim, eu vi que estava conseguindo, e isso estava me fazendo bem, saí de lá com a sensação de que no parto eu vou até o fim, naturalmente (Laís).*

Contudo, cabe ressaltar que nem todas as mulheres tiveram tempo para realizar preparação física especial para o parto, pois faziam parte de uma parcela da população feminina que se dedica quase que exclusivamente ao trabalho fora de casa para ajudar no orçamento familiar, mas, ainda assim, estavam dispostas a vivenciar o parto em casa, como foi o caso de Bela, que disse: *Eu só trabalho, eu não tenho tempo pra nada [...] como não passei pela experiência do parto ainda nessa vida, não sei nada, vou deixar meu corpo me levar [...] quero muito amamentar, vou me preparar emocionalmente para uma eventual necessidade de complementação alimentar para meu filho, já que fiz uma mamoplastia quando jovem.*

### **Vislumbrando o momento do parto**

Apesar de muitos dos livros e *sites* lidos pelos casais apregoarem o “parto instintivo”, ou o parto que acontece no “ritmo da natureza”, a maioria deles não deixou de idealizar o momento do nascimento, mentalizando e verbalizando como seria (ou deveria ser) o parto ideal. Contudo, estavam cientes de que seus planos poderiam não passar de uma pressuposição, como se vê no seguinte depoimento: *Estou me preparando muito, separei músicas, plantas, aromas, fiz um plano de parto, mas lá no fundo sei que tudo acontecerá naturalmente, e que na hora do parto, posso não querer nada disso (Flávia)*, ao que o marido seguiu, com a fala: *O trabalho de parto dela vai ser sossegado demais, eu até já sei, as contrações vão começar por volta de 21h, quando for 1h ela vai ligar para as enfermeiras e a neném vai nascer com o dia clareando (Fábio)*. As expectativas demonstradas nessas falas reafirmam a ideologia do CG, onde o homem e a mulher têm a possibilidade de preparar a chegada de

uma criança, numa perspectiva de interajuda, ainda que sejam resguardadas as perspectivas de gênero.

Contudo, observamos também que a *performance* instalada nesses exercícios de antecipação da “Hora H” atua como um potente catalizador de forças positivas, no sentido de alavancar pensamentos que de alguma forma projetam atitudes e posições para serem adotadas no dia do parto. Ao “anteciparem” tais desejos, de certa forma, introjetam reivindicações para si mesmos, de modo a concretizarem tais desejos, no momento do parto. A situação idealizada por Flávia e Fábio, que acabamos de descrever, por exemplo, resultou de forma exata, conforme previsto pelo casal.

A idealização sobre o parto ocorrer na água apareceu repetidamente, sempre que as mulheres cogitavam o tipo de parto que queriam ter em casa, dispondo de uma dose considerável de confiança naquilo que já leram sobre o tema: *Eu prefiro que seja na água, aliás, eu quero que seja na água, assim ela chegará de uma forma tranquila (Iana). Eu pensei em usar a água no trabalho de parto, sei que reduz muito a sensação de dor, mas ainda não me vejo parindo na água, sou muito terra, tipo pé no chão. Acho que vou acabar parindo de cócoras, eu gosto dessa posição (Odília).* Em outros casos, o parto na água esteve atrelado a rituais de cuidado relacionados à religiosidade: *quero ter um parto na água, uma coisa que não abro mão é ter mirra no parto, aquela que Jesus recebeu quando nasceu. Quero colocar na água da piscina. Já até plantei um pezinho de mirra que está meio ‘mirradinho’, se não tiver com folhas bonitas no dia do parto, vou pegar com a vizinha, já falei com ela (Flávia).* Esse depoimento confirma a disponibilidade da mulher de vivenciar o parto ritualisticamente, compartilhando desde o primeiro momento, as crenças, os valores, enfim, a rede de símbolos e significados que serão posteriormente traduzidos em ações e comportamentos que afetarão de alguma maneira, seu processo de viver<sup>(28)</sup>.

Não surpreendentemente, os homens também contribuíram significativamente com a idealização do parto na água: *Eu imagino um parto na água, na posição de cócoras, com muita música, já até afinei os tambores para usar no dia do parto (Gil); O parto de Joana vai ser tranquilo, o menino vai sair pela vagina, mergulhar na água, vamos pegá-lo e colocá-lo no seio para mamar, simples assim, tenho certeza (Júlio).* Esses depoimentos revelam que os homens dessa pesquisa, não se colocaram apenas nos lugar de acompanhantes, mas sim de sujeitos ativos, envolvidos integralmente no processo de nascimento, confirmando a parceria igualitária<sup>(15)</sup>, que se traduz na redução das diferenças de gênero, aproximando os homens do universo feminino.

Outros rituais de cuidado pré-natais evidenciaram que as famílias e, principalmente, as mulheres, se prepararam para que o trabalho de parto transcorresse da melhor maneira possível. Para isso, estudaram com afinco todas as possibilidades e compartilharam com as pessoas que estariam no parto: *Vou usar óleo essencial de gengibre. Tem estudos que mostram que quando inalado, pode diminuir o tempo de trabalho de parto, por isso vou deixar por perto, se precisar eu uso. Tem outros aromas e florais separados também (Cecília).* No parto domiciliar, a diversidade de recursos terapêuticos, advindos principalmente do sistema de saúde familiar, reflete que o sistema de cuidado está geralmente dissociado da maioria dos preceitos considerados da alçada específica da biomedicina<sup>(35)</sup>, embora procurem equipes de profissionais de saúde com especialidade na atenção obstétrica.

O ambiente da casa favorece que alguns casais planejem realizar rituais peculiares, que jamais seriam possíveis de serem implementados no ambiente hospitalar, como é o caso de Laís e Lúcio, que já haviam tido a experiência de um parto domiciliar e, dessa vez, estavam dispostos a implementar novos cuidados relacionados à placenta: *Fizemos uma reflexão sobre o significado da placenta, já que na outra filha a placenta demorou muito para sair, e teve que ser extraída manualmente, o que foi muito traumático. Enterrei a placenta e a Laís não quis nem ver. Então pesquisamos e decidimos que nesse parto vamos ressignificar tudo isso, realizando o Parto Lótus, ou seja, não vamos cortar o cordão umbilical, queremos deixar que seque e caia espontaneamente (Lúcio).* Essa nova perspectiva de “tratamento da placenta”, no caso de Laís e Lúcio, estava envolta em significados físicos, no sentido de desprendê-la com mais rapidez, mas também, existenciais, representando um ritual de separação que não se atém somente à separação da mãe e do bebê, ou do bebê com sua placenta, mas principalmente, uma separação com o que aconteceu no passado.

Na idealização do parto, os CGs também engendram rituais de integração familiar. A rede familiar, nesse contexto, não se limita aos membros da mesma família que possuam laços consanguíneos, mas reúne futuras comadres, amigos, vizinhos, e todos que, de alguma forma, estarão envolvidos no evento do nascimento, como mostra uma nota de observação registrada durante uma incursão ao campo: *A conversa ficou realmente animada, e logo começaram a distribuir as tarefas entre eles para o dia do parto. O marido ficaria de apoio para a mulher no trabalho de parto, a mãe da gestante seria a responsável pela organização do ambiente da casa, o irmão da gestante seria o responsável pelas fotos e filmagem e a amiga seria a pessoa responsável pela*

*alimentação de todos (Notas de observação – Flávia e Flávio).* Essa distribuição de tarefas reafirma que um sistema de apoio é criado para fortalecer e reaproximar os entes queridos, tornando o nascimento do bebê um momento de sociabilidade familiar. É interessante constatar que, apesar de alguns elementos da família estarem distantes por motivos relacionados, principalmente, à não concordância com o parto domiciliar, outras pessoas que reverberam a ideia do parto domiciliar, são chamadas a tornar parte do evento do nascimento.

### **Planejando a recepção do bebê**

Sendo o parto domiciliar um evento notadamente marcado pela presença de “neoespiritualidades”, identificou-se que também a relação com o novo ser humano que está por chegar, associa-se a essa representação<sup>(4)</sup>: *Estou lendo um livro muito especial que chama ‘Nutrindo a alma do seu bebê’, nele tem mentalizações diárias que faço todos os dias de manhã. O livro é da linha do novo espiritismo. Com isso, busco transmutar, antes dela nascer, todo o carma negativo que ela (bebê) possa vir a ter (Flávia).*

Os cuidados preparatórios para a chegada do bebê são embebidos na simbologia de arrumar o “ninho” para recebê-lo: *Eu sei que a bebê só vai nascer quando eu lavar toda essa roupa suja, de quase duas semanas sem máquina de lavar, e depois que eu organizar todo o ambiente. Antes disso, ela não nasce (Notas de observação – Érica, em conversa com enfermeiras); Não reparem na bagunça, fizemos obra na casa, estamos aumentando o nosso quarto para caber o berço, estamos finalizando o ninho para a chegada do bebê (Cecília).* Essa última fala demonstra que a lógica do parto domiciliar é diferente, pois a família não vai até o hospital para “buscar” o novo integrante, e sim, arruma o ambiente para receber o filho que vai “chegar”. Os detalhes para essa recepção foram construídos durante o curso da gestação e se intensificaram nos dias que antecederam o parto. Em uma das situações foi possível observar a participação de toda a unidade familiar na construção de um berço para o bebê: *O berço foi feito pela família, literalmente. Os meus cunhados vieram me visitar, compraram o material, e enquanto um lixava, ou outro cortava, o outro pintava e por aí foram construindo o berço. O resultado é esse, um berço original (Bela – contando para as enfermeiras enquanto as mesmas apreciavam a pequena cama).*

A expectativa e o planejamento para a chegada do neófito, em algumas famílias, associavam-se à data de sua chegada, com os ciclos da natureza, como revela a fala de Graça: *Acho que pode nascer no dia 23, pois é lua cheia, e nessa época o filho será do signo de libra, igual ao meu.*

Essa perspectiva é representativa que os indivíduos não são independentes da natureza, e sim, um continuum do universo que, por sua vez, também está submetido a ritmos que afetam a vida humana. Diante disso, associam as cerimônias de passagens humanas às que se relacionam com as passagens cósmicas, como as fases da lua, por exemplo, que são reconhecidas por “contar o tempo na terra”<sup>(7:24)</sup>.

Através desses resultados, percebemos que os casais movimentam uma série de rituais de cuidado para esse momento de “separação”<sup>(7)</sup>, onde a mulher gestante se tornará mãe, o homem será pai e o que está chegando se tornará filho. A preparação específica para o recebimento do forasteiro direciona ações previamente planejadas, com a finalidade de respeitar o momento de transição da vida intrauterino, para a vida extrauterina: *Não queremos cortar o cordão umbilical logo, queremos esperar pelo menos duas horas. Li que existe um tempo de troca energética entre a placenta e o bebê, via cordão, por isso, queremos deixá-lo ligado à placenta mais tempo [...] também não queremos colocar roupas logo que ele nascer, queremos ficar pele a pele com ele o tempo que for preciso. Queremos que ele faça uma transição suave (Joana).*

A prática “alternativa” comumente associada ao parto domiciliar está relacionada à ideia de um ruptura com certos padrões e convenções sociais, além de uma reorganização de práticas, concomitante à construção de um modo de vida considerado mais saudável<sup>(4)</sup>. Todavia, esse comportamento geralmente tem um fundamento lógico, embasado em estudos que comprovam os benefícios de adotar esse estilo de vida, incluindo o planejamento dos cuidados com o bebê que nascerá: *Não vamos dar banho nela quando nascer, e isso não é uma questão cultural, existem estudos que recomendam isso, os bebês nascem com uma camada protetora na pele e é muito importante que se preserve essa camada nas primeiras semanas de vida, pois previne irritações na pele do bebê (Eduardo).* Os ritos de cuidado com o recém-nascido, na compreensão desses CGs, são planejados para serem praticados com o objetivo de prevenir problemas de saúde e os malefícios a que está sujeito, por sua condição especial de fragilidade e de ser “novo” como ser humano, conforme sugerem outros estudos na área<sup>(28)</sup>. No contexto do parto domiciliar, acreditam que quanto mais intervenções, maiores problemas poderão ocorrer, em vista dessas características neonatais. Assim, parecem existir intencionalidades bem fundamentadas de que o uso de alguns produtos e substâncias (como o sabonete industrializado, por exemplo), por conterem substratos químicos, favorece o surgimento de problemas de pele e alergias e, por isso, são descartados<sup>(28)</sup>.



## CONCLUSÃO

A construção do ideário do parto em casa é permeada por uma rede de símbolos e significados que liga a gestação a um evento esperado do ciclo reprodutivo e que faz parte de um ciclo da vida que esses casais e famílias consideram como “natural”, assumindo uma postura diferenciada do que postula o atual modelo de atenção ao parto e nascimento oferecido pelas instituições hospitalares.

Os casais grávidos que fazem a opção pelo parto domiciliar enfrentam diversos desafios, que iniciam já dentro da própria unidade familiar, quando os pais da grávida ou do futuro pai não aceitam que a parturição ocorra fora do âmbito hospitalar. Contudo, persistem na ideia de sua consecução, ainda que tenham que vivenciar a experiência sozinhos, ou na companhia de pessoas significativas da rede social mais ampla.

A *priori*, o ambiente da casa está intimamente relacionado a um ambiente que é considerado “extra-ordinário”, onde os casais praticam sua religiosidade e cultivam sua ligação com aquilo que acreditam “religá-los” ao universo, particularmente na vivência de um fenômeno que traduz vida e renovação, como é o de gestar uma nova existência. Dentro desse contexto, a preparação para a chegada do bebê envolve uma série de rituais específicos, que vão desde o preparo do corpo da mulher para dar à luz, até o planejamento da recepção do neófito que está por chegar.

Os rituais de preparação do corpo da gestante para vivência do parto estão sempre relacionados às práticas terapêuticas que seguem, segundo suas percepções, uma linha “alternativa” de autocuidado. A prática da meditação e a literatura direcionada para o parto ativo são implementadas como ações regulares que servem de alicerce para o preparo “da mente” da mulher e de seu parceiro, para a vivência do parto. Assim, o fato de mentalizarem como ocorrerá o nascimento e o parto torna-se potente catalizador de forças, que auxiliam os CGs a introjetarem bons pensamentos, que os preparam para a prática do parto no ambiente domiciliar. No que se refere aos rituais de cuidado para a chegada do bebê, constata-se que as famílias desenvolvem ações que simbolizam arrumar o “ninho” para receber o novo integrante da unidade familiar. O planejamento dessa recepção se materializa em atividades e decisões, em prol de uma recepção respeitosa e acolhedora, que auxilie o bebê a realizar a “passagem” de forma mais suave, e a enfrentar a condição de fragilidade a ele inerente.

Os rituais de cuidado realizados durante a fase de preparação para

a vivência do parto no domicílio servem como baliza para compreender a cultura familiar, uma vez que essas práticas evocam o modo de viver dos casais grávidos e suas redes sociais, quase sempre, em movimentos de resistência ao modelo de atenção ao parto em nível hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Koettker JG. Parto domiciliar atendido por enfermeiras [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. 135 p.
2. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Referencia*. 2010 dez; III(2): 81-90.
3. Lessa HF. Parto em casa: vivência de mulheres [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. 97 p.
4. Souza HR. A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre ética, a estética e a sociabilidade do parto domiciliar contemporâneo [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. 155 p.
5. Diniz SG. Que valores escolhemos nesse ritual?. *Rev. Estud. Fem.* [periódico de internet]. 2002, [citado 2011 set 25]; 10 (2): [cerca de 4 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14979.pdf>
6. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1): 26-34.
7. Gennep AV. Os ritos de passagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2011
8. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara,

1989.

9. Cerveny CMO, Berthoud CM. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

10. Leininger M, Mc Farland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York: McGraw-Hill, 2006.

11. Boehs AE, Monticelli M, Martins M, Fernandes GCM, Feyer ISS, Rumor PCF. Conceitos da teoria do cuidado cultural em dissertações de mestrado. Rev Rene 2010 out/dez; 11(4): 182-89.

12. Monticelli M. O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. São Paulo (SP): Robe; 1997.

13. Davis-Floyd R. Birth as an american rite o passage. Berkeley: University o California Press, 1992.

14. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Revista Estudos Feministas 2002; 10:483-92.

15. Salem T. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2007.

16. Monticelli M. Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto. [Tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. 471 p.

17. Fontanella BJB, Rica J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 [citado em 2011 set 15]; 24(1): [cerca de 10p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
18. Leininger M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.
19. Trentini M, Paim LMD. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC; 2004.
20. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2.ed. London: Sage; 1995.
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo (SP); 2009.
22. Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis: Vozes; 1997.
23. Otani MAP, Barros NF. Complementary and alternative medicine in nursing and midwifery: towards a critical social science. Texto Contexto Enferm 2010; 19(4): 789-90.
24. Davis-Floyd R, et al. Birth models that work. Berkeley (CA): University of California Press; 2009.
25. Weber M. Conceitos sociológicos fundamentais. In: Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Volume 1. Brasília (DF): Editora da UnB; 1999.

26. Salem T. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. *Boletim do Museu Nacional* 1983; (40): 1-27.
27. Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004. 412 p.
28. Monticelli M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá (PR): EDUEM; 2002. p.141-54.
29. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): 390-397.
30. Souza HR. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. *Anais do VII Seminário Fazendo Gênero*; 2006 ago 28-30; Florianópolis (SC), Brasil.
31. Maluf SW. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da "Nova Era". *Mana*. 2005; (11) 2: 499-528.
32. Magnani JGC. *O Brasil da Nova Era*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 2000.
33. Contreras ATR. Visiones sobre el temazcal mesoamericano: un elemento cultural polifacético. *Ciência Ergo Sum*. [periódico de Internet]. 2001 [citado 2011 set 30]; 8(2): [cerca de 10p]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/104/10402103.pdf>

34. Rose IS. Repensando as fronteiras entre espiritualidade e terapia: reflexões sobre a “cura” no Santo Daime. Revista Campos [online]. 2006 [acesso em 2011 set 30]; 7(1): [cerca de 20 p]. Disponível em: [http://www.neip.info/upd\\_blob/0000/801.pdf](http://www.neip.info/upd_blob/0000/801.pdf)

35. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(1):185-207.

## 6.2 ARTIGO 4 - RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS DURANTE O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

### **RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS DURANTE O PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS\***

### **RITUALS OF CARE PERFORMED BY FAMILIES DURING HOMEBIRTH ASSISTED BY OBSTETRIC NURSES**

### **LOS RITUALES DE CUIDADO QUE REALIZAN LAS FAMILIAS DURANTE EL PARTO EN CASA, ASISTIDO POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS**

Iara Simoni Silveira Feyer<sup>†</sup>  
Marisa Monticelli<sup>‡</sup>

#### **Autor responsável pela correspondência:**

Iara Simoni Silveira Feyer

Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, 2740 Bloco A, apartamento 404, Itacorubi, Florianópolis/SC, CEP 88034-101.

Fone: 48 91126749

E-mail: iarasilveira@gmail.com

### **RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS DURANTE O PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS**

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa etnográfica, que teve por objetivo compreender os rituais de cuidado realizados pelas famílias, no ambiente domiciliar, no momento em que acontece o parto. Participaram

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado “Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

† Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: iarasilveira@gmail.com

‡ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

25 famílias, cujos partos ocorreram no período de setembro de 2010 a abril de 2011. As técnicas para a coleta de dados foram a observação participante e a entrevista. Mediante análise dos dados, a partir da apreensão, síntese, teorização e recontextualização, emergiram categorias referentes à ambiência no dia do parto, à *performance* da família durante as contrações da parturiente, às ações de celebração pela chegada do bebê e aos rituais com a placenta. Os resultados mostram que essas famílias são adeptas de um estilo “naturalístico” e o parto é vivenciado com participação, autonomia e respeito. Conclui-se que vivenciam o dia do parto como um ritual de passagem que é “da família”, e não dos profissionais ou da instituição.

**DESCRITORES:** Parto domiciliar. Comportamento ritualístico. Enfermagem obstétrica. Cultura.

#### **RITUALS OF CARE PERFORMED BY FAMILIES DURING HOMEBIRTH ASSISTED BY OBSTETRIC NURSES.**

**ABSTRACT:** This is an ethnographic research that aimed to understand families’ rituals of care which occur at home in the moment that childbirth happens. Twenty-five families whose childbirth occurred between September 2010 and April 2011 participated in this research. The techniques used for data collection were the participating observation and the interview. Through data analysis – apprehension, synthesis, theorization and re-contexture – categories emerged referring to the atmosphere on the childbirth day, to the family’s performance during the parturient contractions, to the actions celebrating the baby arrival, and to the rituals with the placenta. The results show that these families are followers of a “natural” style and childbirth is experienced with participation, autonomy and respect. It is concluded that they experience the childbirth day as a rite of passage which is “family’s” and not professional’s or institution’s.

**KEYWORDS:** Homebirth. Ritualistic behavior. Obstetric nursing. Culture.

#### **LOS RITUALES DE CUIDADO QUE REALIZAN LAS FAMILIAS DURANTE EL PARTO EN CASA, ASISTIDO POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS**

**RESUMEN:** Se trata de una investigación etnográfica para comprender los rituales de cuidado que realizan las familias durante el parto en casa. El estudio contó con la participación de 25 familias, cuyos partos ocurrieron de septiembre de 2010 hasta abril de 2011. Para la recolección de datos se emplearon la observación participante y



entrevistas. Mediante el análisis de los datos, la aprehensión, síntesis, análisis teórico y recontextualización, surgieron las categorías relacionadas con el ambiente el día del parto, la *performance* de la familia durante las contracciones de la parturienta, las acciones de celebración por el nacimiento del bebé y los rituales con la placenta. Los resultados muestran que estas familias profesan un estilo de vida "naturalista" y el parto es vivido con participación, autonomía y respeto. Se concluye que la experiencia vivida el día del parto como un rito de paso que es de la "familia" y no de los profesional o de la institución.

**DESCRIPTORES:** Parto en casa. Comportamiento ritualista. Enfermería obstétrica. Cultura.

## INTRODUÇÃO

Ao associar o parto a intervenções medicamentosas e cirúrgicas, a biomedicina hipervaloriza os aparatos tecnológicos usados para conter os assim chamados “riscos obstétricos” e, com base neste pressuposto, frequentemente desvaloriza a capacidade parturitiva feminina.<sup>(1-2)</sup> O resultado disso, quase sempre, é o julgamento de que as mulheres são incapazes de parir sem o apoio da medicina convencional. Esse julgamento foi construído através de lutas e contradições que permeiam a vasta história da assistência ao parto. Ao longo desse tempo, constituiu-se um modelo social predominante, que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. “Esse modela pré-determina formas de conhecimento e ação, na área da saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal”.<sup>(1:12)</sup> Dessa forma, as mulheres acabam por se submeterem a interferências obstétricas desnecessárias, acreditando que essa é a maneira mais segura para dar à luz a seus bebês.<sup>(1-2)</sup>

Contudo, atualmente, com o acesso livre aos meios de comunicação e, principalmente, com a possibilidade de obter informações sobre os benefícios de parir de forma, a um só tempo, respeitosa e planejada, no ambiente do lar, uma parcela das famílias brasileiras tem procurado profissionais de saúde, entre esses, enfermeiras obstétricas, que prestam assistência domiciliar nos grandes centros urbanos. Este “retorno” do parto para o ambiente da casa, faz parte de um movimento recente, fomentado por mulheres, instituições políticas, organizações e profissionais que acreditam na possibilidade de tornar esse evento mais participativo e fortalecedor para as famílias.<sup>(3)</sup> Denominado “Humanização do Parto e Nascimento”, esse movimento reivindica, da parte dos profissionais e das instituições hospitalares, uma

prática com menos intervenções desnecessárias e, da parte das mulheres, o exercício de resgatar a autonomia sobre seus corpos e o respeito às suas escolhas.

Estudos recentes confirmam que a busca pelo parto extra-hospitalar está cada vez mais frequente nas cidades em que há a oferta desses serviços. Dentre as opções mais vigentes para a realização do parto fora do hospital, no Brasil, está o próprio domicílio das famílias, haja vista que as casas de parto e os centros de parto normal ainda não são alternativas consolidadas.<sup>(4-7)</sup> Além disso, a maioria das famílias que optam pelo parto domiciliar, o fazem por uma opção ou por escolha, e não necessariamente, pela simples oferta desse serviço.

O parto domiciliar atendido por enfermeiras obstétricas é uma prática relativamente nova na enfermagem e, de certa forma, está atrelada também a uma necessidade dessas profissionais que, como as famílias, buscam uma forma diferenciada de vivenciar o processo do nascimento, valorizando-os como ritos de passagem familiares. Muitas dessas profissionais encontram, no atendimento domiciliar, um refúgio para o que acreditam, já que cenário hospitalar é considerado um ambiente poderosamente restritivo em termos de trocas de experiências e de negociação de saberes e práticas com os agentes sociais que estão envolvidos no evento do parto.<sup>(8)</sup> Estudos recentes, por exemplo, dão conta que essas enfermeiras, no exercício profissional, realizam sim intervenções clínico-obstétricas, porém, tais intervenções são menos voltadas ao modelo biomédico, e mais aderentes aos pressupostos e práticas do modelo humanista de atenção ao parto, sendo também mais permeáveis à prática de alternativas complementares, pois seu cuidado está centrado na mulher, no recém-nascido e na família.<sup>(9-10)</sup>

Por outro lado, para as famílias adeptas do parto domiciliar, e, especialmente, os “Casais Grávidos” (CGs),<sup>(11)</sup> ou seja, para o homem e a mulher que são participantes ativos e partilham das emoções e tarefas envolvidas no nascimento, existe a ideia de que o espaço físico e o contexto ambiental são fundamentais para que se estabeleça a intimidade do evento do nascimento.<sup>(12)</sup> Trata-se de uma *performance* estética que se alia a uma forma menos hegemônica de valorar os processos de parir e nascer. Para quem atua nesta área, é possível observar a valorização do ambiente familiar e do protagonismo dos participantes, não apenas enfatizando algo que deveria fazer parte do ciclo de vida das famílias, mas um fenômeno que está comprometido com uma práxis igualmente significativa, como a realização de rituais de cuidado,<sup>(13)</sup> ou seja, ações que são plenas de símbolos e significados, desenvolvidas no decorrer do processo de nascimento, com a finalidade

de comunicar ou expressar a percepção de saúde-doença e também os papéis sociais a serem desempenhados pelos integrantes da família.<sup>(14)</sup> Os rituais de cuidado com a parturiente e com o neonato, portanto, além de cumprirem com as funções práticas de promoção da saúde, são dotados de densidade simbólica, uma vez que auxiliam na reorganização da nova vida pós-nascimento.<sup>(13-15)</sup>

Além disso, os autores clássicos da Antropologia se referem ao nascimento como um rito de passagem, que representa um marco existencial na vida de quem dele participa, ou seja, uma mudança de condição estável, culturalmente reconhecida, para outro *status*.<sup>(15-16)</sup> Dentre as etapas dos ritos de passagem, o parto se destaca como sendo uma fase de margem, ou de liminaridade, pois as pessoas envolvidas não se situam no lugar que estão, uma vez que se encontram “no meio e entre” as posições atribuídas e ordenadas socialmente, sendo seus atributos ambíguos e indeterminados, exprimindo-se por uma rica variedade de símbolos.<sup>(15-16)</sup>

Embora atuando na assistência ao parto domiciliar, nem sempre as enfermeiras conseguem acessar a rede de símbolos e significados que se encontra impressa na práxis das famílias, com relação aos rituais de cuidado com o parto; e por não entendê-la, têm dificuldades de realizar assistência culturalmente congruente.<sup>(10,14)</sup>

Acreditando que a compreensão desses rituais oportuniza o fortalecimento da competência cultural,<sup>(17)</sup> optamos por desenvolver um estudo etnográfico, que teve como objetivo, compreender os rituais de cuidado realizados pelas famílias durante o trabalho de parto e o parto assistidos no domicílio. Essa pesquisa faz parte de um macroprojeto, que teve como propósito geral, identificar e compreender os rituais de cuidado que as famílias desenvolvem no pré, trans e pós-parto domiciliares. A investigação foi desenvolvida sob aporte teórico de autores que estudam o cuidado cultural<sup>(17)</sup>, e os que focalizam o nascimento sob o ponto de vista antropológico.<sup>(9-18)</sup>

## **METODOLOGIA**

Realizou-se pesquisa etnográfica com famílias que optaram pelo parto domiciliar assistido por uma equipe de enfermeiras obstétricas, em Florianópolis-SC, entre os meses de setembro de 2010 a abril de 2011. Participaram da pesquisa 25 famílias (correspondente a 25 partos), sendo que os CGs<sup>(11)</sup> atuaram como informantes-chave, e os demais membros da família extensa, os filhos anteriores do casal, e também os amigos que compartilharam saberes e tiveram participação significativa

na cena do parto, foram inseridos como informantes-gerais.<sup>(17)</sup> Este número de participantes proveio dos princípios de saturação indicados pelos estudos de natureza qualitativa<sup>(17,19)</sup>.

As técnicas para a coleta dos dados foram a observação participante do tipo O-P-R (ou seja, Observação-Participação-Reflexão)<sup>(17,20)</sup>, e a entrevista etnográfica. A O-P-R foi usada pela pesquisadora no dia do parto domiciliar, sendo que a pesquisadora assumiu a papel de “registradora” do evento, filmando, fotografando, ou auxiliando a equipe no apoio logístico durante o decorrer do dia do parto com cada uma das famílias, sendo que as mesmas haviam concordado previamente com a participação e com o tipo de participação que a pesquisadora adotaria. A entrevista foi realizada de forma complementar, com o propósito de aprofundar o entendimento acerca dos rituais de cuidado, procurando então acessar os significados que estavam na base das práticas rituais.<sup>(17,20)</sup>

O registro dos dados foi feito através de notas de campo, notas de reflexão e notas metodológicas em diário de campo<sup>(21)</sup>, e a análise dos dados se deu em quatro etapas: apreensão (leitura dos diários com identificação de palavras-chave que respondiam à interrogação da pesquisa), síntese (leituras mais aprofundadas, resultando no delineamento de códigos e categorias), teorização (interpretação das categorias segundo o referencial teórico) e recontextualização (articulação dos resultados com a literatura, procurando-se convergências e divergências que auxiliassem na superação do questionamento da pesquisa).<sup>(20)</sup>

Assegurando os preceitos éticos, a pesquisa foi desenvolvida obedecendo aos termos de resolução CNS 169/96, tendo o projeto sido aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 882/10. As famílias receberam todas as orientações referentes à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha a solicitação para a observação e a entrevista. A fim de garantir o anonimato, foram atribuídos às famílias nomes fictícios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com o objetivo de compreender os rituais de cuidado realizados durante o trabalho de parto e parto, os resultados analisados à luz do referencial teórico convergiram para o levantamento de cinco categorias: A ambiência do dia “D”; Entre contrações, concentrações e distrações; A hora “H”: borboletas saindo do casulo; Celebrando a chegada do bebê; e

Rituais com a placenta: “aquela que te nutre, nutre também a mim”.

### **A ambiência do dia “D”**

Essa categoria envolve uma descrição pormenorizada do contexto geral da ambiência da casa no dia do parto. Observou-se que a casa das famílias que optam por esse tipo de vivência representa, de certa maneira, o meio cultural em que vive a família, ou seja, nela estão impressos os símbolos e significados que orientam a vida cotidiana do grupo familiar. Ao entrar no ambiente da casa, já era possível perceber a valorização do local como um espaço simbólico, e não apenas o ambiente físico que abrigaria o parto: *logo na entrada da casa havia um lugar para deixar os sapatos. Do lado esquerdo, um altar com figuras de buda, incensos, sino, pedras, flores amarelas e cristais. Bem no centro da sala, a piscina montada para o parto na água [...] (notas de campo – Cecília e Cícero)*. A configuração desse espaço, de imediato, é reveladora da visão de mundo da família, sendo que os símbolos evocam mais do que os significados estritos relacionados com o evento do parto. Cada objeto está impregnado da vida cotidiana, sendo esta práxis um espelho do seu jeito e modo de ser.<sup>(22)</sup> O fato de ter que tirar os sapatos para adentrar a casa, caracteriza a casa como ambiente sagrado, reaparecendo assim a oposição entre o puro e o impuro, que está representada pelo espaço privado da casa (sagrado) e o espaço público (mundano) da rua.<sup>(23)</sup>

Neste esteio de representações, os detalhes do preparo para o grande momento existencial familiar, que é o parto, são exacerbados, e se mostram desde a disposição dos móveis/utensílios internos da casa (um espaço especial dedicado à água “para nascer”), até minuciosos gestos, como por exemplo, colher flores frescas, acender velas ou colocar uma determinada música. Essas ações transformam o “espaço-cotidiano” em um “espaço-simbólico” e ritualístico ainda mais especial.<sup>(22)</sup> Assim, por exemplo, um número expressivo de CGs que optaram pelo parto domiciliar, no decorrer dessa pesquisa, fazia parte de uma corrente contestatória, vinculada ao que se convencionou chamar “movimento contracultural”<sup>(24:12)</sup>, que afeta fortemente a organização de vida dessas pessoas, influenciando o estilo de morar, os hábitos de consumo, as formas de comunicação e os valores espirituais.<sup>(22-24)</sup> Os casais que seguem essa corrente, têm tendência a agir contra os valores dominantes, descobrindo um ponto de apoio muito grande na filosofia e nas religiões orientais.<sup>(24)</sup>

Nos altares, a imagem de “Nossa Senhora do Bom Parto” e outras entidades representadas pela figura feminina, Budas, deuses

indianos, velas, terços, flores frescas, bíblia, incensos e outros objetos foram encontrados com frequência no ambiente que compunha a cena do parto: *na entrada da casa havia uma mesa com uma imagem de Buda, e logo na frente da imagem, uma cuia de vidro com sal grosso, pimenta vermelha e alhos frescos. Na bolsa, com as coisas do bebê, em um terço com corrente dourada, encontrava-se uma imagem de “Nossa Senhora Aparecida”.* Ao ser questionada sobre a razão para esta escolha, a parturiente disse: *“ah! São minhas coisinhas de proteção, né? Eu tenho dessas coisas, acredito nisso, nem me pergunta mais porque senão vou falar a noite toda. Tem tanta coisa que eu acredito, isso tudo me fortalece!”* (notas de campo – Flávia e Fábio). A bricolagem de imagens, entidades ou objetos de várias vertentes religiosas parece sinalizar que essas famílias representam o que alguns autores das ciências sociais descrevem como “*neoesoterismo*”, ou movimento da “*nova era*”, que envolve a introdução de formas inovadoras de exercício religioso, incorporadas de representações pré-existentes que influenciam o modo como essas novidades se apresentam.<sup>(22-23)</sup>

Pôde-se perceber, inclusive, que até as músicas tocadas no dia do parto tinham significado especial para a cerimônia do parto. Tratava-se de sons direcionados a conduzir a mulher para o contato com sua “*natureza*”: *na sala, um mantra tocava em volume baixo. Quando as velas chegavam ao fim, nos pequenos altares, o marido prontamente acendia outra, antes que a chama se apagasse* (notas de observação – Graça e Gil). [...] *as músicas/mantras diziam repetidamente frases como: eu sou a força, a coragem está dentro de mim [...]* (notas de observação – Jasmin e Júlio). Tais sons, segundo a mulher e seu companheiro, eram tidos como estratégia fundamental para a prática de meditação, ajudando a transmutar a energia do ambiente.<sup>(22)</sup>

Em todas as famílias era perceptível a satisfação que as envolvia nas horas que antecediam o parto, pois todos trabalhavam de forma engajada, e pelos mesmos propósitos: *a mãe da gestante apanhou um incensário e saiu pela casa defumando mirra, enquanto o genro trocava os CDs de mantras, cantarolando no mesmo ritmo da canção anterior* (notas de campo – Flávia e Fábio). É importante ressaltar que, dentro do plano de parto\* desse casal, já estava previsto incensar a casa com mirra, pela

---

\* Plano de parto diz respeito a uma carta, que é redigida pela gestante, onde ela relaciona tudo o que deseja, o que não deseja, e também o que gostaria de evitar em seu parto. Esta estratégia é estimulada pelos profissionais que atendem “partos humanizados”, e serve para que a gestante pense nos diferentes aspectos do processo, e discuta-os com as pessoas envolvidas, seja o companheiro, os demais integrantes da família, ou a equipe de profissionais que a assistirão no parto.<sup>(25)</sup>

simbologia atribuída ao nascimento de Jesus, que recebeu mirra ao nascer, assim como estava no plano, colher flores frescas para enfeitar a cena do parto. Outras famílias acenderam incensos, sendo que o mais frequente foi o denominado “*palo-santo*”, que segundo os informantes, é feito com madeira proveniente da amazônia peruana, e que tem a finalidade de purificar o ambiente com sua fumaça branca e de perfume doce, agregando maior intimidade e conforto ao ambiente que compõe a cena do parto.

Nas casas onde havia crianças pequenas, filhos do próprio CG, a ambiência era especialmente descontraída e proporcionava a participação dos mesmos de forma “naturalística” e espontânea. Em uma das casas, quando as enfermeiras chegavam para mais uma visita, foi possível ouvir a fala de João (4 anos), para a mãe: *manhê, as parteiras chegaram; é hoje que o nosso bebê vai nascer!!! (notas de campo – Jasmin e Júlio)*. Quando João se refere ao bebê como sendo “nosso”, supõe-se que ele está incluído na tarefa de receber o irmão. Isso expressa o fenômeno do parto não apenas como uma dádiva biológica, mas um processo social que afeta as relações dos membros da família, definindo novos papéis.<sup>(15)</sup> O ambiente doméstico pareceu favorecer para que a transição dessa nova identidade familiar acontecesse de forma ritualizada/construída, como se vê nessa observação: *ao ver a mãe dentro piscina montada no meio da sala, o filho (4 anos) tirou a roupa, entrou na água, e brincou como se aquela piscina estivesse ali para alegrá-lo (nota de observação – Jasmin e Júlio)*. Outras pessoas significativas que estavam presentes na cena do parto (da família expandida ou amigas) mantinham aparência discreta, geralmente assumindo a função específica de manter a “harmonia” do ambiente, seja cuidando das outras crianças ou preparando alimentos para o CG e as demais pessoas presentes na casa.

Toda a rede de apoio da parturiente, em todas as famílias pesquisadas, teve papel relevante na composição da ambiência, com a finalidade de dar suporte ao evento, seja preparando alimentos, organizando a casa e até tocando violão ou outros instrumentos, para que tudo ocorresse em sensível conforto e consonância com a grandeza da ocasião. Apesar da relativa afluência de pessoas, no dia do parto, contraditoriamente, o que se percebia eram esforços coletivos para que prevalecesse o silêncio, focando a privacidade e individualidade da nova mãe e do novo pai. A pluralidade de sensações (cor, cheiro, som, iluminação, dentre outros) provocadas silenciosamente pelos convidados, garantia ao CG a segurança para “parir em paz”.

### Entre contrações, concentrações e distrações

Para essas famílias, o parto é considerado uma experiência que faz parte do ciclo vital da mulher, e então, avaliam-no como sendo um processo integrante da “natureza” feminina. Essa percepção alia-se, pois, ao entendimento de que, por sua “própria natureza”, prescinde de internação hospitalar – aqui, o parto, por ser “natural”, faz parte de um *ethos* voltado à perspectiva da saúde (e não da doença). Tal significado colabora para que decidam, ao menos em primeira instância, pela ocorrência do parto no domicílio. Contudo, isso não significa que a experiência seja trivial. Ao contrário, significados especiais são conferidos às atividades desenvolvidas ao redor do parto, pois mesmo sendo ações que fazem parte do cotidiano, quando praticadas nos dias que antecedem ao parto propriamente dito, passam a ser enquadradas no domínio do “extra-ordinário”. Trata-se de requalificar os benefícios já conferidos pelas mesmas, no dia-a-dia.<sup>(26)</sup>

Para as mulheres, especialmente, as tarefas de casa foram mantidas na fase inicial do trabalho de parto, incorporando a definição de que uma mulher que vivencia esta experiência tem condições de ser ativa em todo o processo. Algumas delas mantiveram a rotina doméstica, mesmo em franco trabalho de parto, alegando ser uma forma de atravessar os desconfortos causados pelas contrações, como se percebe na explicação de Ana, para a enfermeira que chegou na casa, no horário do almoço: *deitada, as contrações doem mais. Então me levantei e vim pra cozinha, fiz um almoço saudável e colorido pra todo mundo. É bom cozinhar em trabalho de parto, parece que ajuda a passar o tempo mais rápido, me sinto bem melhor (notas de campo – Ana e André)*. Outra parturiente se pôs a correr, perto de sua casa, para estimular as contrações: *sou atleta, dou aula de hidroginástica, sempre corri. Notei que as contrações aumentavam a intensidade enquanto corria, e mesmo intensas, doíam menos, então continuei correndo, e meu filho foi me acompanhando, pedalando a bicicleta ao meu lado (entrevista – Ruth)*. Esses achados reafirmam o sentimento das famílias de que, no parto vivido em casa, é possível a íntima aproximação com a “mãe-natureza”, cabendo aos profissionais respeitarem o ritmo e as necessidades específicas da gestante, interferindo o mínimo possível em seu processo parturitivo.<sup>(1)</sup>

Para os casais que já tinham filhos, observou-se o cuidado de explicar o que estava acontecendo, de forma que as crianças pudessem entender o processo, da forma mais simples possível, como mostra essa conversa entre a mãe e o filho, enquanto a mesma experimentava contrações: *“mãe, precisa gritar assim?? Por quê você grita??” (João, 4*



anos); “*é assim mesmo meu filho, seu irmão quer nascer, e ele vai passar por um buraquinho muito apertado. Eu tenho que empurrar e às vezes isso dói um pouco, mas tá tudo bem com a mamãe, logo teremos ele no colo!*” (notas de campo – *Jasmin e Júlio*). Nesse contexto, a casa torna-se um local de cuidado e também de aprendizagens significativas sobre saúde e experiências relativas à vida, em âmbito intrafamiliar.<sup>(27)</sup>

No decorrer do dia do parto, percebeu-se certa oscilação na forma com que as mulheres e os demais participantes agiam, de acordo com os diferentes momentos do trabalho de parto. Ao mesmo tempo em que colocavam em prática seus valores espirituais, como vemos na seguinte observação: *Ana pediu para que o marido pegasse para ela um frasco que estava no altar [o frasco continha água do Rio Ganges da Índia – trazido especialmente para o uso no parto], fez uma oração e derramou aquela pequena quantidade de líquido nos ombros, na frente, e depois, na água da piscina onde estava (notas de observação – Ana e André)*, também demonstravam tensões e inseguranças, mesmo que passageiras, como se percebe neste excerto do diário de campo: *eu preciso disso, preciso ser forte e não ter medo, preciso me entregar [...] está tudo bem, né, gente? É assim mesmo? Tá tudo bem com o bebê? (notas de observação – Cecília, dialogando “consigo mesma” e com as enfermeiras)*. Geralmente essas tensões se apresentavam mais próximas do período expulsivo, principalmente durante as contrações, no momento liminar em que a mulher estava prestes a se tornar mãe e que o feto logo chegaria como o filho esperado.

Em algumas famílias, percebeu-se que as parturientes transcendiam os desconfortos gerados pelas contrações, com o auxílio de mantras ou de sonorização difusa, que “obedeciam” a intensidade e o momento das contrações uterinas. Essa *performance* era efetuada principalmente por aquelas que acreditavam na “força do organismo feminino”, como propulsora e geradora da vida. Esse significado as levava a um lapso de solidão, quando então se “refugiavam” nos cantos mais íntimos da casa, no jardim ou embaixo do chuveiro, durante o tempo que durasse o processo de dilatação do colo. A oscilação de sentimentos da mulher nos momentos próximos a dar à luz e tais atos de reclusão assemelham-se à abordagem do parto como um período liminar ou de margem, onde o *status* do sujeito do rito, ou seja, “o passageiro”, ou a “pessoa liminar” é ambíguo, possuindo pouco ou nenhum atributo, tanto do estado passado como do vindouro.<sup>(14, 16)</sup>

Mesmo sendo assistidas em casa por enfermeiras, as mulheres, em geral, mostraram possuir autonomia e aparentavam tranquilidade para negociar terapêuticas ou procedimentos com as profissionais, já que

essas estavam sempre abertas e receptivas para as propostas que viessem. Esta aquiescência promovia relações de interajuda que favorecia o compartilhar de conhecimentos e de práticas, numa atmosfera de confiança mútua. O exemplo a seguir é representativo desta interação e ocorreu quando uma das parturientes sentiu que suas contrações não estavam efetivas: [...] *lá embaixo, na cozinha, tem uma cesta com óleos essenciais. Tem um frasco com rótulo azul que é gengibre. Alguém pode trazer para mim e colocar 12 gotas no difusor?* (notas de campo – Cecília e Cícero; [...] *no intervalo entre as contrações, a Cecília faz uso de “florais da deusa”. Nos rótulos há identificações como ‘mente serena’, ‘calma’ e ‘coragem’. A cada contração ela toma um floral diferente* (notas de observação – Cecília e Cícero). Neste excerto pode-se observar que a parturiente possuía conhecimentos sobre a terapêutica floral, bem como sobre os benefícios dos óleos essenciais. Portanto, ela se preparou para os desafios que poderiam surgir no trabalho de parto e, antes que as enfermeiras propusessem qualquer ação, ela mesma elaborou um plano de ação e decidiu pelo “autocuidado”,<sup>(28)</sup> que, na interpretação de alguns estudiosos da chamada Medicina Alternativa e Complementar (MAC)<sup>(10)</sup>, já está incorporado por esse segmento social, como é o caso aqui dos CGs, associado a um movimento que, poderíamos dizer, conecta-se ao *ethos* alternativo, que busca novos padrões de cuidados com o corpo e a mente.<sup>(24, 28)</sup> Essas famílias tendem a aderir a um sistema de cuidado e atenção que está voltado para a prática de terapêuticas mais “leves”, acreditando em sua eficácia.<sup>(10,22,24,28)</sup>

### **A hora “H”: borboletas saindo do casulo**

Essa categoria foi induzida dos momentos exatos em que as mulheres do estudo deram à luz a seus bebês. Os rituais de reconhecimento envolviam relações e reelaborações de papéis sociais entre os parceiros (mãe e pai do recém-nascido), entre os demais integrantes da família e entre todos esses e o novo rebento.

No instante em que o bebê estava vindo ao mundo, as testemunhas do evento transbordavam emoção, seja através de gestos, palavras, gemidos e sons carinhosos, em meio a expressões de riso ou choro. Ninguém permanecia incólume. A mulher-mãe, em todos os partos acompanhados, tocou seu bebê, com palavras e gestos, dando-lhe as boas-vindas: [...] *nasceu, meu filho amado, está tudo bem, lindo, está tudo bem, lindo do meu coração, que coisa mais maravilhosa que você é* [...] (notas de campo – Ana e André); [...] *ahh, como é lindo, está piscando... Davi, Davi, Davi.... você nasceu!* (notas de campo – Dalila e

*Dácio*); [...] *ai meu Deus, nasceu!!! Filha, você nasceu e é linda (notas de campo – Iana e Igor)*. O ritual de recebimento da mãe consistia em dedilhar suavemente seus dedos nos dedos e na face do filho, enquanto “conferia” cada pequeno pedaço, em voz alta, sendo acompanhada, inicialmente, apenas pelo choro do mesmo, ou, se esse não chorava, apenas a voz da mãe, por alguns minutos, ecoava no ambiente: *olha ela, olha o braço dela, a mão dela, ela está toda enrugada, olha isso, a orelhinha é perfeita [...] (notas de campo – Iana e Igor)*; *É um menino, meu filho é um menino, mais um menino na nossa vida (notas de campo – Jasmin e Júlio – ao descobrir o sexo do recém-nascido, pela primeira vez, conforme desejo do casal)*.

Passados os primeiros minutos, observou-se que algumas mães tiveram o cuidado de “situar” seus filhos recém-nascidos no espaço e no tempo, como uma maneira de acalmar, ou de avisar ao bebê o que acabou de acontecer, conforme se constata nos relatos a seguir: *foi um processo longo que você passou meu filho, eu também passei, nós passamos! (Graça)*; *minha borboleta, você saiu do casulo, tá tudo bem contigo, você nasceu, eu renasci [...] ah, não chora, não chora, você nasceu meu príncipe, você saiu do útero, bem-vindo à vida (notas de campo – Joana e João)*. Os depoimentos comunicam e expressam a mudança de papéis sociais, em que a mulher renasce como mãe, e o feto, até a pouco, desconhecido, se torna “filho”, incorporando simbolicamente novos *status*.<sup>(14)</sup> Constata-se que, após o parto, a mulher se dá conta de que o bebê é “outra pessoa”, e passa a entrar em contato o bebê real.<sup>(29)</sup> Ao ter tempo de fazer o contato, de falar com o filho, e de interagir com a nova pessoa que chega na família, a mãe tem condições de elaborar a nova existência e reafirmar a sua nova condição, e também a nova condição do ser que está sendo recebido. O parto domiciliar, para estas famílias, ao invés de renovar o “tempo da clínica, voltado ao viver institucional, parece propiciar a vivência do tempo narrativo, voltado ao viver social”<sup>(21:382)</sup>.

Foi possível perceber que os homens manifestaram forte envolvimento emocional nos primeiros momentos após o nascimento. Alguns se colocavam a observar a mulher com o filho nos braços, apoiando-os nos braços, literalmente, pois geralmente estavam atrás dos dois, envolvendo-os num abraço. Apesar de não tocar a criança, nos primeiros instantes, deixando a aproximação mais íntima do bebê com a mulher, invariavelmente sua expressão facial e seus gestos eram de êxtase: *eu nunca mais vou esquecer isso (notas de campo – Fábio, chorando e olhando a mulher com o filho nos braços)*; [...] *essa minha mulher é poderosa, nossa, eu vi ela parir uma criança, nosso*

*relacionamento nunca mais será o mesmo, ela estava diferente. Lá no chuveiro, algumas vezes, parecia que o espaço, que é grande, ficou pequeno para ela. Ela se virava, abaixava, levantava, alongava, encolhia. A impressão que eu tive era de que ela estava passando por uma transformação física mesmo, do corpo dela, como uma borboleta saindo do casulo, se debatendo para sair da casca. Mudou minha forma de ver. Eu não a vejo mais como mulher [faz uma pausa, como se tivesse com um nó na garganta – a enfermeira perguntou como ele a vê agora] – como uma divindade [com lágrimas nos olhos] (Entrevista – Oscar). A fala desse homem-pai se coaduna com o depoimento colocado anteriormente, de uma mulher-mãe, de outro casal, para seu filho recém-nascido, que associa o parto (do ponto de vista da mulher) e o nascimento (do ponto de vista do bebê), com a liberdade de uma borboleta, ao sair do casulo. É relevante pensar que a borboleta representa a metamorfose, a transformação de um ser em outro, ou seja, a mulher que “virou” mãe, o feto que “virou” bebê e o homem que “virou” pai. Com um ambiente propício para um nascimento respeitoso, é possível apoiar as famílias na transformação de seus novos papéis sociais. Algumas vezes foi possível perceber que a transformação da mulher em mãe foi celebrada pelo companheiro através de gestos e atitudes: [...] momentos antes de a filha nascer, o marido entrou na piscina, e passou a apoiar ativamente sua mulher. Quando percebeu que a próxima contração daria vida ao bebê, alcançou um saco de papel com pétalas de rosas vermelhas, e as esparramou pela água, deitando algumas sobre o corpo da mulher. Logo após o nascimento, ele apanhou o outro recipiente, dessa vez com pétalas brancas, lançando as flores sobre a mulher e a filha recém-nascida [...] (notas de observação – Yara e Yuri).*

A reação dos filhos mais velhos ao presenciarem o nascimento do novo irmão, ou da nova irmã, ocorreu sempre de forma muito espontânea. Por meio de frases curtas, demonstravam contentamento, ao mesmo tempo em que buscavam entender todo aquele “movimento” em torno da chegada do recém-nascido: [...] *Ui, tá nascendo, tá saindo da barriga! Ai mãe, tá saindo um pouco de sangue mas já tá nascendo mesmo! Já tô vendo o cabelinho do meu irmão! Ó, já está saindo a cabecinha! [...] Ó, já saiu a cabecinha mamãe!* (notas de campo – Cauã, 4 anos). Os demais integrantes da família também tinham oportunidade de “processarem” as transformações dos papéis sociais, em meio às sensações de admiração e êxtase: *gente, nem acredito que isso aconteceu, bem aqui diante dos meus olhos, a minha filha é mãe e pariu a minha neta, ela nasceu e eu virei avó!* (notas de campo – Mãe de Flávia, observando a filha, com a neta recém-nascida no colo). As falas mostram que o parto

marcou existencialmente a vida das pessoas que participaram como testemunhas daquele momento. As palavras “irmão”, “filha”, “mãe” “avó” e “neta”, proferidas nos momentos que circundaram o nascimento, caracterizaram com ênfase a transição de posição social dentro da família.

### **Celebrando a chegada do bebê**

Em todos os nascimentos ocorridos durante o trabalho de campo, as famílias celebraram/festejaram a chegada do neófito. Na maioria deles, os homens recém-pais é que se encarregavam de conduzir os rituais específicos para comunicar a novidade. A partir das notas de observação dos diários de campo, selecionou-se um episódio que exemplifica essa comemoração: *Gil se levantou, pegou uma concha [búzio] e saiu da casa. Do lado de fora, passou a soprar com vigor a concha, nas quatro direções. Logo que ressoou a primeira vez, um vizinho gritou “nasceu, viva a vida!”. Na segunda vez, outra pessoa distante dali soprou uma concha também, como se estivesse respondendo. Gil, entre um sopro e outro, levantava as mãos e fazia uma pequena oração. Ao entrar na casa, submergiu a concha na água da piscina onde estava a mulher com o filho recém-nascido, enchendo-a de água, depois, derramou a água sobre o filho (Notas de observação – Graça e Gil).* Essa rede simbólica utilizada para comunicar a chegada do novo integrante da família, utilizada por Graça e Gil, e também por outros informantes, apresenta similaridade com algumas práticas, que foram estudadas por pesquisadores das ciências sociais, e que se coadunam com a ideologia dos adeptos da “cultura da nova-era”,<sup>(30:8)</sup> e que expressam as interlocuções contemporâneas que existem entre o “holismo-terapêutico”<sup>(23: 6)</sup> e a espiritualidade.

Através da inocência de suas falas e atitudes, as crianças presentes no parto demonstraram a incorporação do ‘novo’, com celebração: *[...] meu Deus, isso é melhor do que qualquer brinquedo novo!! (Notas de campo – Zion, 4 anos, olhando a irmã que acabara de nascer); [...] quando ele nascer vai mamar muito o peito da mamãe, e eu também vou! (Notas de campo – Luíza, 3 anos); [...] vou pegar meus peixes da pescaria para dar pra ele! (Notas de campo – Júnior, 4 anos, e logo após o nascimento colocou “os peixes” coloridos de plástico dentro da água da piscina, onde estava a mãe e o recém-nascido, ofertando alguns ao irmão).* Essas expressões verbais e atitudinais dos irmãos (de oferecer “o melhor que possuem”, como “o peito da mamãe” e seus “peixes”, em forma de boas-vindas) são demonstrativas da receptividade para a criação do vínculo afetivo com o recém chegado.

Em dois dos nascimentos, a celebração da chegada se estendeu aos vizinhos e à comunidade próxima. Os amigos reunidos silenciosamente, do lado de fora da casa, ao ouvirem o choro do recém-nascido, acenderam uma fogueira e, em sua homenagem, tocaram instrumentos e cantaram animadamente. Uma das letras dizia: “*salve a espaçonave do anjo Gabriel, que deixa nesse mundo, mais um filho do céu*” (notas de campo – Graça e Gil). Isso revela a singularidade desse grupo social e, de certa forma, representa o *ethos* dos que transitam e optam pela ocorrência do parto no domicílio, onde a comemoração da nova vida, de um lado, representa um “discurso individualista, que privilegia o indivíduo e suas experiências particulares e privadas; de outro, um discurso centrado sobre valores morais que se aproximam de uma visão holista do mundo, submetendo o indivíduo a uma ordem cósmica maior”.<sup>(30:9)</sup> As demais famílias também utilizaram-se de expedientes para celebrar a chegada da criança, utilizando formas similares de comemoração.

### **Rituais com a placenta: “aquela que te nutre, nutre também a mim”**

Diferentemente das práticas hospitalares, onde a placenta é geralmente desprezada como lixo hospitalar, assim como qualquer outra parte “não-desejada” do corpo,<sup>(31)</sup> no parto em casa, o destino e os rituais de cuidado com a mesma, para a maioria das famílias, apresenta outra configuração. De fato, a maioria dos CGs procede com a placenta, de maneira frontalmente oposta aos procedimentos adotados na instituição hospitalar. Aliás, a decisão pelo parto domiciliar leva em conta a possibilidade não apenas de vivenciarem outras experiências, de caráter existencial, com relação ao desempenho dos papéis sociais e a celebração da nova vida *per se*, mas também a expectativa de desenvolverem rituais de cuidado específicos com a placenta, por considerarem que a mesma tem significados que ultrapassam a percepção ordinária de já ter cumprido sua função fisiológica de nutrição fetal.

Apenas dois, dos vinte e cinco casais participantes, valorizaram a placenta apenas de forma imanente, ou seja, como o órgão que alimentou o crescimento e o desenvolvimento do feto e que, após o parto, já poderia ser descartado, porque já havia cumprido sua missão. Destes, os poucos que não sabiam exatamente o que fazer com o mesmo, após o parto, davam declarações como: *vamos guardar no freezer, depois, com calma, vemos o que fazer* (notas de campo – Ana), deixando aberta a possibilidade de decidir um destino alternativo, que não um rejeito “orgânico”. Contudo, para a maioria dos casais, a

placenta era concebida como um símbolo “sagrado”, por haver sustentado a vida do filho, enquanto o mesmo estava sendo gerado: *era a ‘casinha’ do bebê quando ele estava na barriga. Agora que ele saiu, trouxe a casinha dele. Nós vamos plantar uma árvore em cima dela, no quintal, e sempre que olharmos para lá, vamos lembrar do dia do nascimento do seu irmão. Ela vai crescer junto com ele (diário de campo – Cecília e Cícero); [...] nós vamos plantar uma árvore da felicidade em cima dela, num vaso. Assim, quando mudarmos de casa, vamos levar a árvore da felicidade junto com a gente (notas de campo – Dalila e Dácio); te agradeço placenta, por nutrir meu bebê por todo esse tempo! (notas de campo – Graça, logo após a dequitação da placenta)*. Os 23 casais que não desprezaram a placenta, deram como destino final seu “plantio”, juntamente com uma muda de árvore, mesmo que nem todos tenham executado essa ação logo após o parto.

Algumas famílias “estudaram” com afinco os benefícios da placenta e passaram a valorizá-la como algo que transcende a função de nutrição fetal. Os resultados dessa busca, em livros ou em websites, foram observados no pós-parto imediato: *não queremos cortar o cordão umbilical por, pelo menos, duas horas. Lemos em alguns lugares que existe um fluxo energético entre a placenta e o bebê, nas primeiras horas após o nascimento (notas de campo – Joana)*. Foi comum encontrar casais que optaram por fazer tintura, homeopatia, ou até mesmo “vitamina”, com a finalidade declarada de ajudar no pronto reestabelecimento da mulher no pós-parto, como exemplificado a seguir: *mãe, você lembra o que te falei? Então, para a tintura, você pega uma colher pequena de placenta, mistura com nove de brandy, e coloca nesse vidro aqui [pegando um vidro que estava ao lado da cama]. Depois, com outro pedaço, do tamanho de uma colher de sopa, bate numa vitamina com qualquer fruta, e traz aqui que eu vou querer tomar (diário de campo - Graça)*; ao que a mãe dela prontamente continuou a conversa: *Já que vamos fazer tudo isso, eu também vou querer um pedaço para passar no meu rosto, ouvi dizer que é muito boa para a pele (notas de campo – mãe de Graça)*. Para várias famílias, este órgão tem funções tão potentes e diversificadas, dentro do útero (como nutrição, oxigenação, limpeza de toxinas e metabolismo), que deve continuar a ser utilizado para outras finalidades, mesmo após o parto. As famílias se baseiam nas mais diversas fontes para buscar formas de uso “alternativo” da placenta, entre elas está o livro de uma parteira alemã (com formação em pedagogia e psicologia), que mostra, de maneira didática, as possibilidades de aproveitamento desse órgão vital, incluindo tinturas, homeopatias, capsulas e até como forma de alimento.<sup>(31)</sup>

Para duas famílias, pareceu não ser um órgão da mãe ou do casal, e sim, do bebê, e por isso, não caberia a essas pessoas decidir seu destino, antes que o bebê se desprendesse dela. Assim, mantiveram a placenta “ligada” ao recém-nascido, até sua queda espontânea. A explicação e a sustentação para tal ritual de cuidado, segundo elas, advinham da “filosofia do Parto Lótus”, que é uma prática de origem americana, que se espalhou por outros continentes, muito usada atualmente pelas parteiras tradicionais no México.<sup>(32)</sup> Ao acessar tal referência, detectou-se que se trata de uma prática neonatal que visa manter o cordão umbilical intacto após a dequitação. O bebê, o cordão e a placenta são tratados como uma unidade, originada da mesma fonte celular. Essa prática requer um envolvimento da família para cuidar da placenta até que o cordão se desprenda espontaneamente.<sup>(32)</sup>

Trazendo para ao contexto desse estudo, o Parto Lótus parece estar relacionado a uma forma de demonstrar o período liminar em que o recém-nascido se encontra após o parto. Mesmo nascido, ainda não se desprende daquilo que o “ligava” à sua mãe. Com a placenta conectada, a sua “transformação” de feto para bebê é feita gradualmente, à medida que ele percebe que, agora, sua fonte de energia vital é sua mãe.

## REFLEXÕES FINAIS

Os resultados obtidos mostram que, no dia do parto, as famílias colocam em prática rituais de cuidado que estão diretamente relacionados com suas redes culturais de símbolos e significados. As ações evidenciam que o evento é vivido como um ritual de passagem que é “**da família**”, e não dos profissionais ou da instituição.

As famílias preparam o ambiente da casa com uma atenção peculiar no dia do parto. Essa manifestação envolve desde gestos menos elaborados, como a recolocação dos móveis, mudança na luminosidade, introdução ou reforço de alguns sons e aromas, até a limpeza energética da casa, com o intuito de prover ambiente seguro e tranquilo para a mulher em trabalho de parto. As que possuem crianças têm um cuidado especial para situá-las no ambiente-contexto do parto, introduzindo-os ativamente na *performance* ritual.

A mulher parturiente permanece ativa durante as contrações, tomando decisões sobre os rituais de cuidado que considera mais apropriados à situação, tomando por base a rede de símbolos e significados elaborada para a vivência desse dia cerimonial, as experiências passadas em família, as construções tecidas pelo casal



durante o processo de vida conjunta e também outras práticas “alternativas” para o que consideram relevante para o “bom andamento” do trabalho de parto. Esses conhecimentos advêm de sites específicos que são utilizados e veiculados na sua rede de “pares”, assim como de obras impressas que circulam no “meio alternativo”.

No momento do nascimento, os rituais de cuidado são direcionados para saudar a chegada do novo integrante na família e na sociedade, sendo que as ações são mescladas por manifestações afetivas e, para algumas famílias, como um evento que mescla a experiência privada com a revelação coletiva de comemoração à renovação da natureza e da vida.

O destino da placenta apresenta vinculação com o significado da contínua renovação da vida, e o fato de enterrá-la, com a finalidade de continuar “alimentando” outras “existências”, como a de árvores e flores, agrega-se à visão de mundo dessas famílias, que constroem formas particulares de representar os processos vitais de parir e nascer.

A nova geração de famílias que opta pelo parto no domicílio age no sentido de questionamento ao que é adotado pelo modelo hegemônico. Essas famílias encontram no que é “alternativo”, a possibilidade de vivenciar o nascimento como uma celebração da vida. Isso não significa que não possam existir conflitos, inclusive com a equipe de profissionais do parto domiciliar, contudo, as relações estabelecidas entre famílias e equipe aparentam ser mais dialógicas, se comparadas aos estudos publicados no país, que focalizam as interações no cenário hospitalar. Por outro lado, os profissionais que atuam no parto domiciliar podem aprender com as famílias a atuarem de forma mais respeitosa e culturalmente congruente, não apenas tomando por base a rede de símbolos e significados que permeia as fases típicas do trabalho de parto e parto, sob o ponto de vista estrito da “ciência” e da “técnica”, mas aprender com essas famílias a se tornarem parceiros na celebração da vida.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, jan. 2001.
2. Krunko RB, Bonilha ALL. Parto no domicílio na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. Rev Gaúcha de Enferm 2004; 25(3): 396-407.

3. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem.* julho/dezembro 2002; 10(2):483-92.
4. Koettker JG. Parto domiciliar atendido por enfermeiras [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
5. Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enf Referencia* 2010; III(2): 81-90.
6. Lessa HF. Parto em casa: vivência de mulheres [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
7. Souza HR. A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre ética, a estética e a sociabilidade do parto domiciliar contemporâneo [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
8. Monticelli M, Elsen I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(4): 789-90.
9. Davis-Floyd R, Barclay L, Daviss BA, Tritten J. *Birth models that work.* Berkeley (CA): University of California Press; 2009.
10. Otani MAP, Barros NF. Complementary and alternative medicine in nursing and midwifery: towards a critical social science. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(4): 789-90.

11. Salem T. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas; 2007.
12. Souza HR. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. In: Anais do VII Seminário Fazendo Gênero; 28-30 agosto 2006; Florianópolis, Santa Catarina: UFSC; 2006.
13. Monticelli M, Elsen I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(1): 26-34.
14. Monticelli M. O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. São Paulo (SP): Robe, 1997.
15. Monticelli M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): Eduem; 2002. p.141-54.
16. Gennep AV. Os ritos de passagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
17. Leininger M., Mc Farland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York (NY): McGraw-Hill; 2006.
18. Davis-Floyd R. Birth as an american rite of passage. Berkeley (CA): University of California Press; 2004.
19. Fontanella BJB, Rica J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.

20. Trentini M, Paim LMD. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis (SC): UFSC; 2004.

21. Monticelli M. Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

22. Maluf SW. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da "Nova Era". *Mana*. 2005; (11) 2: 499-528.

23. Schwade E. Neo-esoterismo no Brasil: dinâmica de um campo de estudos. *BIB Rev Bras de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. 2006; 61(1): 5-24.

24. Magnani JGC. O Brasil da Nova Era. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 2000.

25. Diniz SG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea?: o que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro (RJ): Editora UNESP, 2004.

26. Segalen M. Ritos e rituais contemporâneos. Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV, 2002.

27. Ângelo M. Cultura e cuidado da família. In: Nakamura E, Martin D, Quirino JF. *Antropologia para enfermagem*. Barueri (SP): Manole, 2009, p. 82-99.

28. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*.

2003; 8(1): 185-207.

29. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. São Paulo (SP): Saraiva, 2000.

30. Maluf WS. Peregrinos da nova era: itinerários espirituais terapêuticos no Brasil dos anos 90. Antropologia em Primeira Mão. 2007; 100: 05-26.

31. Enning C. Placenta: the gift of life. Eugene (OR): Motherbaby Press, 2007.

32. Buckley SJ. Lotus birth: a ritual for our times. Midwifery Today. 2006; Autumn (6) 36-9.

### 6.3 ARTIGO 5 - RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS PELAS FAMÍLIAS NO PÓS- PARTO, EM CONTEXTO DOMICILIAR

#### RITUAIS DE CUIDADO REALIZADOS NO PÓS-PARTO, EM CONTEXTO DOMICILIAR

#### RITUALS OF CARE OF WOMAN AND NEWBORN MADE BY FAMILIES AFTER A HOMEBIRTH

#### RITUALES DE CUIDADO REALIZADOS EN EL POSTPARTO, EN EL CONTEXTO DEL HOGAR

Iara Simoni Silveira Feyer<sup>\*</sup>  
Marisa Monticelli<sup>†</sup>

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa etnográfica, com objetivo de compreender os rituais de cuidado realizados pelas famílias, após o parto domiciliar. Os informantes foram 25 famílias, que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no período de setembro de 2010 a abril de 2011. Utilizou-se observação participante e entrevista para coletar dados, e diário de campo para registro e organização das informações. A análise seguiu fases de apreensão, síntese, teorização e reconstitucionalização, da qual resultaram cinco categorias: O corpo que recém pariu; Cuidados com a placenta e com o coto umbilical; Os cuidados com a amamentação; Os filhos da “Nova era”: o bebê e suas necessidades especiais; e O novo cotidiano da família. Conclui-se que os rituais de cuidado são centrados num sistema familiar que “naturaliza” construções culturais voltadas ao “poder” da natureza, à força da mulher que dá à luz e à vida ecologicamente valorizada. A compreensão dessa rede de significados é fundamental para que os profissionais prestem cuidados culturalmente congruentes.

**DESCRITORES:** Parto domiciliar. Comportamento ritualístico. Enfermagem obstétrica. Cultura.

---

<sup>\*</sup>Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). Endereço: Rodovia Amaro Antonio Vieira, 2740 Bloco A, apartamento 404, Itacorubi, CEP 88034-101. Florianópolis/SC. Brasil. E-mail: iarasilveira@gmail.com

<sup>†</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

**ABSTRACT:** It is an ethnographic research aiming to understand rituals of care performed by families after homebirth. The informants were 25 families who had childbirths assisted by obstetric nurses, from September 2010 to April 2011. Participant observation and interview for data collecting, and also a field research diary for recording and organizing the information were used. The analysis followed apprehension, synthesis, theoretical operation and re-constitution phases, resulting in five categories: The body that has just given birth; Care for placenta and umbilical cord; Breastfeeding care; The “New Age” children: the baby’s special needs, and The family’s new everyday life. It is concluded that rituals of care are focused in a family system that “naturalizes” cultural constructions oriented towards Nature “power”, the strength of the woman who gives birth and an ecologic valued life. Understanding this web of meanings is essential for culturally congruent professional care.

**KEYWORDS:** Homebirth. Ritualistic behavior. Obstetric nursing. Culture.

**RESUMEN:** Se trata de una investigación etnográfica, con el fin de comprender los rituales de cuidado que realizan las familias después del parto en casa. Los informantes son 25 familias que tuvieron sus partos atendidos por enfermeras obstétricas, en el período de septiembre de 2010 hasta abril de 2011. Para recopilar los datos se utilizó la observación participante y entrevistas, y el diario de campo para el registro y organización de la información. El análisis se hizo según las etapas de comprensión, síntesis, teoría y transferencia, que se tradujo en cinco categorías: El cuerpo que ha dado a luz recientemente; Los cuidados con la placenta y el cordón umbilical; Los cuidado con la lactancia materna; Los hijos de la "Nueva Era": el bebé y sus necesidades especiales; y, La nueva rutina de la familia. Se concluye que los rituales de cuidado son centrados en un sistema familiar que "naturaliza" construcciones culturales dirigidas al "poder" de la naturaleza, la fuerza de la mujer que da a luz, y a la vida ecológicamente valorizada. La comprensión de esta red de significados es esencial para que los profesionales ofrezcan cuidados culturalmente congruentes.

**DESCRIPTORES:** Parto en casa. Comportamiento ritualista. Enfermería Obstétrica. Cultura.

## INTRODUÇÃO

O modelo atual de assistência obstétrica transformou o parto e os cuidados com a mulher e o recém-nascido em alvo da racionalização dos valores biomédicos e da estrutura autoritária dos profissionais de saúde, afastando as famílias dos seus saberes, experiências e práticas relacionadas com o parto e o nascimento.<sup>1</sup> Em geral, a medicina convencional atua fundamentada nos princípios da doutrina filosófica monista, que defende a redução de todas as coisas à unidade e incorpora a ideia de que a medicina é uma só, não reconhecendo o conjunto de elementos socioculturais que compõem as práticas no campo da saúde.<sup>2</sup>

Estudos de cunho antropológico contribuíram fortemente para a compreensão das diferenças culturais que estão expostas no parto, e que são inibidas pelo modelo intervencionista e tecnocrático da assistência profissional.<sup>3</sup> Quando se analisa o parto sob a perspectiva de um rito de passagem familiar, e que faz parte do ciclo da vida, depreende-se que os cuidados realizados durante sua vigência são impregnados pela rede de símbolos e significados que foi sendo construída através do processo de socialização entre as mulheres, principalmente.<sup>3</sup> Tal referencial, muitas vezes, entra em conflito com as normas e rotinas estabelecidas pelas instituições hospitalares,<sup>4</sup> uma vez que a prática assistencial prestada pelos profissionais não se subjeta à dimensão familiar, e, quando a reconhece, tem a tendência de desviá-la do foco assistencial, pelo desconhecimento sobre os modos de lidar com a questão na prática profissional.<sup>4</sup>

Por esse e outros motivos, uma parcela da população com acesso à informação, questiona o modelo oferecido pelas instituições, fazendo crescer o número de usuários e praticantes de métodos alternativos e complementares, agindo na direção contrária, e trazendo para o primeiro plano os diferentes sistemas ou racionalidades de cuidado e cura, além de questionarem o significado hegemônico do parto, centrado essencialmente nas “evidências”.<sup>2</sup> Essas pessoas se unem ao “Movimento da Humanização do Parto”, que ganhou força na década de 80 e é fomentado por mulheres, instituições políticas, organizações, governos e profissionais que acreditam em possibilidades de tornar o parto mais participativo e fortalecedor. Os adeptos dessa causa alegam que o parto deve ser tratado como um evento de natureza “fisiológica” e familiar, podendo, inclusive, ser vivido fora da esfera institucional.<sup>5</sup>

Neste esteio das práticas “humanizadoras” e da busca pelo que é “alternativo” ao que é oferecido pelo modelo vigente, o cenário domiciliar tem sido considerado um ambiente favorável para o exercício



da autonomia familiar durante o processo do nascimento, sem descuidar-se da segurança obstétrica e neonatal requeridas. O parto domiciliar, no contexto brasileiro das grandes cidades, tem sido atendido por profissionais de saúde especializados na área e, particularmente, por enfermeiras, que possuem habilitação técnica e regulamentação legal para atuarem nos partos de baixo risco que ocorrem fora do hospital, de maneira planejada, geralmente contando com colaboração e parceria de médicos obstetras adeptos dessa ideologia.<sup>6-7</sup>

No cenário urbano contemporâneo, os adeptos do parto domiciliar são, na sua maioria, jovens casais que compartilham mutuamente as decisões sobre a gestação, o parto e os cuidados com recém-nascido. Esse compartilhamento de ideias e de planos entre o homem e a mulher, por ocasião do processo gestacional e parturitivo, tem sido interpretado como uma “parceria igualitária”, que insere o par dentro da concepção de um “Casal Grávido” (CG),<sup>8</sup> ou seja, um ideário que torna comum, tanto para o homem, quanto para a mulher, a experiência de preparar a chegada de um criança.

Para alguns autores, os CGs que decidem parir em casa possuem uma postura diferenciada, fundamentada na mudança de paradigma que vem sendo incorporada por movimentos ditos “alternativos”, cuja principal reação é a recusa aos valores vigentes e/ou hegemônicos.<sup>9-10</sup> Esse modelo “alternativo” é conhecido na literatura socioantropológica como sendo parte de um visão de mundo representada pela “cultura da nova era”,<sup>9:8</sup> que opta por um estilo de vida baseado em princípios contrários aos assumidos majoritariamente pela sociedade urbana de consumo, incluindo nisso algumas premissas de vida, como a adesão a uma vida comunitária, à espiritualidade em contato com a natureza, alimentação saudável, não terceirização da educação dos filhos, entre outros.<sup>9-10</sup> No entanto, as fronteiras desse movimento são permeáveis, e muitos desses CGs encontram nos grandes centros urbanos, o apoio de profissionais que atendem partos domiciliares e que geralmente possuem uma visão parecida no que diz respeito ao nascimento respeitoso. Dessa maneira, essas famílias conseguem fugir das normas e rotinas hospitalares com a intensão de, em casa, praticar seus “rituais”, sem, no entanto, comprometer a segurança obstétrica e neonatal.<sup>6-7</sup>

Para os autores da antropologia clássica, o parto é considerado um rito de passagem, pois reflete uma mudança de *status* das pessoas envolvidas, possuindo uma gama de significados, de acordo com a dimensão simbólica que o mesmo apresenta para o grupo social.<sup>11-12</sup> Sendo assim, as pessoas nele envolvidas desenvolvem ações plenas de símbolos e significados que têm a finalidade tanto de comunicar ou

expressar a percepção de saúde-doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos, quanto de auxiliar na reorganização simbólica para incorporar “o novo”, ou seja, o neófito e os demais integrantes da família, que passam a desempenhar outros papéis sociais. Essas ações podem ser de natureza física, imaginária ou social, e se consubstanciam em rituais de cuidado.<sup>13</sup>

As enfermeiras que incorporam o conhecimento antropológico acerca do parto e nascimento como ingrediente no processo de cuidar, seja nas maternidades ou nos domicílios, descobrem que isso ajuda a evitar a imposição cultural profissional, auxiliando no compartilhamento de símbolos e significados, e contribuindo para a personalização e individualização da assistência ao recém-nascido, puérperas e suas famílias, dentro de seus contextos “naturalísticos”.<sup>4</sup> Tal assertiva provem do pressuposto de que os ritos de cuidado populares e profissionais podem ser conflitantes durante o processo de nascimento, cabendo à enfermeira a tarefa de refletir sobre essas diferenças conjuntamente com as mulheres e suas famílias, visando o estabelecimento de ritos de cuidado culturalmente congruentes.<sup>4-14</sup>

A prática do parto domiciliar, desenvolvida por uma equipe de enfermeiras obstétricas, levou à constatação de que em todas as fases do processo de parir (pré-parto, parto e pós-parto), as famílias desenvolvem alguns rituais de cuidado que são um tanto diferenciados daqueles realizados e/ou recomendados pela ciência obstétrica e neonatal. Contudo, dentre as fases desse processo, o pós-parto ocupa um lugar especial, pois nele, a mãe e o bebê passam pelo ritual de separação,<sup>11</sup> onde ambos se “desvinculam” materialmente. Um exemplo clássico dessa separação é a secção do cordão umbilical. Logo nos primeiros dias de vida, o novo membro da família passa também por rituais de agregação,<sup>11</sup> em que é apresentado e incluído no círculo social.

Acreditando que o entendimento mais aprofundado desse universo simbólico ajudaria a equipe de enfermeiras a prestar assistência ao parto domiciliar, respeitando as diversidades, aumentando a sensibilidade para as necessidades dos CGs e de suas famílias, além de oportunizar o fortalecimento da competência cultural,<sup>14</sup> optou-se por desenvolver um estudo etnográfico, que teve como objetivo, compreender os rituais de cuidado realizados pelas famílias durante o pós-parto no domicílio. Tal estudo faz parte de um macroprojeto, que teve como propósito geral, identificar e compreender os rituais de cuidado que as famílias desenvolvem no pré, trans e pós-parto domiciliares. A investigação foi desenvolvida sob aporte teórico de autores que estudam o cuidado cultural,<sup>14</sup> e os que focalizam o

nascimento sob o ponto de vista antropológico.<sup>3-5,11-14</sup>

## **METODOLOGIA**

O estudo configurou-se como uma pesquisa etnográfica, cujos informantes foram as famílias que optaram por vivenciar o parto domiciliar planejado, atendido pelas enfermeiras obstétricas, que atuam na grande Florianópolis. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2010 a abril de 2011, com 25 famílias, respeitando os princípios de saturação indicados pelos estudos de natureza qualitativa.<sup>14-15</sup> Para o alcance do objetivo, a pesquisadora estabeleceu contatos com a equipe de enfermeiras obstétricas da cidade, a fim de obter autorização para a investigação e se aproximar dos informantes. O primeiro contato com os informantes se deu através dos encontros mensais que as enfermeiras realizam com pessoas/casais/famílias interessadas no parto domiciliar, com a finalidade de apresentar a equipe, o processo de trabalho, e também, esclarecer dúvidas. Nos encontros, a pesquisadora estabeleceu o primeiro vínculo com as famílias e expôs o projeto etnográfico, informando sobre a forma de participação que ela teria (como acompanhante da equipe), e também o modo como coletaria dados relacionados aos rituais de cuidado. Então, após o “aceite” inicial, a pesquisadora passou a participar das visitas preparatórias para o parto domiciliar, juntamente com as enfermeiras, além de acompanhar o parto e o período pós-parto.

Os informantes-chave,<sup>14</sup> portanto, foram os 25 CGs que foram selecionados de modo proposital ou intencional, por terem mais conhecimento sobre o assunto que estava sendo investigado, além de refletirem as normas, os valores, as crenças e os estilos de vida gerais da cultura.<sup>14</sup> As demais pessoas que se mostraram dispostas a colaborar com a pesquisa, compartilhando seus saberes e fazeres acerca dos rituais de cuidado, e que eram consideradas pelo CG como sendo da família, por serem convidados a entrar na “cena do parto”, foram inseridas no estudo como informantes gerais.<sup>14</sup>

As técnicas para a coleta dos dados foram a observação participante, do tipo O-P-R (Observação - Participação - Reflexão)<sup>4,14</sup>, e a entrevista focalizada, sendo a entrevista, complementar à observação. A técnica de observação foi utilizada em todas as incursões feitas ao campo; ocasião em que a pesquisadora atuava como “acompanhante” da equipe, enquanto coletava os dados (ocasionalmente fotografando e/ou filmando os rituais de cuidado), e sua suspensão ocorria, com cada uma das 25 famílias, em torno do décimo dia pós-parto, quando as

informações já eram consideradas suficientes, tomando-se por base o princípio da saturação. Embora a técnica de observação englobasse diálogos contextualizados, a entrevista focalizada foi utilizada de forma mais sistemática, em visitas extras a cada uma das famílias, sempre que determinado ângulo dos rituais de cuidado pós-parto necessitasse aprofundamento, visando sua compreensão, do ponto de vista “emic e etic”.<sup>14</sup>

O registro se deu através de notas de campo, notas de reflexão e notas metodológicas, descritas em Diário de Campo (DC).<sup>16</sup> A análise dos dados foi realizada em quatro etapas: apreensão (leitura dos diários com identificação de palavras-chave que respondiam à interrogação da pesquisa), síntese (leituras mais aprofundadas, resultando no delineamento de códigos e categorias), teorização (interpretação das categorias segundo o referencial teórico) e recontextualização (articulação dos resultados com a literatura, procurando-se convergências e divergências que auxiliassem na superação do questionamento da pesquisa).<sup>16-17</sup>

A pesquisa foi desenvolvida, obedecendo aos termos de Resolução CNS 169/96, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 882/10. Os informantes receberam todas as orientações referentes à investigação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de garantir o anonimato, na apresentação dos resultados será usado o termo DC (independente de tratar-se de extrato de observação ou entrevista), seguido pelo nome fictício dos informantes.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Da análise dos dados obtidos e à luz do referencial teórico, os resultados foram organizados em cinco categorias, denominadas: “O corpo que recém pariu”; “Cuidados com a placenta e com o coto umbilical”; “Cuidados com a amamentação”; “Os filhos da ‘Nova era’: o bebê e suas necessidades especiais”; e “O novo cotidiano da família”.

### **O corpo que recém pariu**

Para os CGs e suas famílias, o resguardo da mulher que acabou de dar à luz é envolto em manifestações significativas que revelam a força feminina e a simbologia que seu corpo evoca, por estar preparado para a vivência do parto. Esta condição faz parte de um determinado *ethos* que classifica os processos vitais (como nascimento, parto, morte, etc.), como sendo processos “naturais”. Nas observações realizadas no

campo, percebeu-se que tanto a recém-parturiente, quanto o companheiro e as demais pessoas significativas, naturalizavam os movimentos corporais e, inclusive, estimulavam sua recuperação, o mais rapidamente possível, numa clara alusão do entendimento que a vida (ordinária, cotidiana) seguia o seu curso. Se no momento do parto, o corpo feminino era considerado o templo sagrado da vida, no momento seguinte, já lhe era exigido pronta recuperação, como é exemplificado nos seguintes excertos: [...] *ao chegar no domicílio, quem me recebeu no portão foi a puérpera, que deambulava com extrema rapidez e facilidade, 18 horas decorridas do parto da primeira filha. Ao perceber meu olhar de estranhamento, antes mesmo que eu perguntasse qualquer coisa, foi comentando: ‘estou ótima! Ontem, depois que [as enfermeiras] saíram daqui, eu levantei, tomei um banho, deixei os coágulos saírem, e como saem! [risos]... depois fui deitar. Quando acordei, tomei outro banho, lavei bem a cabeça e estou me sentindo muito bem, até o sangramento diminuiu, não estou nem inchada, a melhor coisa é estar em casa!’* (DC – Iana); [...] *estou ótima! Hoje mesmo [segundo dia após o parto] amamentei e fui lá na Lan House, dez minutos de caminhada, mandar as fotos do nascimento pra família, pois a gente não tem internet em casa. Fui lá e voltei rapidinho, foi bom caminhar, eu me exercito sempre, me fez bem* (DC – Dalila).

Estudos realizados no Brasil, com mulheres usuárias do sistema de saúde oficial,<sup>4-5,13,18</sup> mostram que os ritos de cuidado relacionados ao puerpério estão ligados a fatores de proteção do resguardo, por considerá-lo um período perigoso, com duração em torno de quarenta dias, que deixa mulher e recém-nascido em condições vulneráveis, em termos físicos e simbólicos. Tal situação requer então prevenção da recaída, que se trata de uma condição que pode vir a ocorrer, caso as regras culturais de proteção sejam quebradas, como por exemplo, a lavagem dos cabelos e a execução de atividades consideradas “frias”, como lavar roupas e/ou andar descalça.<sup>13,18</sup> No entanto, ao contrário desta perspectiva, as mulheres deste estudo parecem compartilhar de outra visão de mundo e de outros significados para a condição pós-parturitiva, pois não se observou precauções com estas denotações em nenhuma das mulheres acompanhadas, apesar de conviverem diferentes perspectivas intergeracionais.

A construção cultural de proteção e resguardo parece seguir outra lógica, geralmente fundamentada na premissa de que, assim como a gestação e o parto, o pós-parto é considerado uma etapa saudável na vida de uma mulher. Diante disso, não há como ter recaída, se a mulher “não caiu” num estado perigoso, pois continua forte e “naturalmente” saudável. Esta rede simbólica, antes, aparenta semelhança com uma

visão de mundo que abarca formas de viver concordante com os valores das denominadas “culturas da Nova Era”<sup>9,8</sup>, cujas bases se concentram em torno de procedimentos e formas de comportamento que, dentre outras concepções, levam seus praticantes a acreditarem nas potencialidades do corpo, manterem terapêuticas não convencionais e desenvolverem rituais singulares e inteiramente idiossincráticos.<sup>9</sup>

Quando alguns desconfortos acometem as puérperas, os CGs que aderem ao parto no domicílio, também se manifestam adeptos a uma linha terapêutica “alternativa”, vinculada à adoção de um conjunto de práticas rituais e terapêuticas,<sup>2,9</sup> como explanado pela puérpera, no primeiro dia após o parto: [...] *passsei camomila azul na barriga. É um excelente anti-inflamatório, calmante e relaxante da musculatura lisa. Achei que isso poderia me ajudar nos desconfortos dos gases. Estava pensando em passar argila junto com a camomila, pois a argila potencializa a ação dos óleos essenciais [...] nas pernas usei o alecrim para ativar a circulação, ainda sinto que estão meio dormentes, achei que ajudaria nisso, já que representa alegria, ânimo [...] também estou usando arnica para ajudar na cicatrização do períneo, além de lavar bem com água e própolis* (DC – Cecília). Esta inclusão incorpora, segundo estudiosos,<sup>18</sup> uma postura mais radical e um estilo de vida frontalmente contrário ao que prega o modelo hegemônico oficial de assistência ao nascimento, parto e pós-parto, enfatizando, principalmente, a busca por formas diferenciadas de cuidado. As terapias não-convencionais utilizadas por Cecília (homeopatia, fitoterapia, óleos essenciais, entre outros), e por tantas outras mulheres do estudo, são marcas emblemáticas do segmento urbano que adere à cultura da “Nova era”.<sup>9</sup> Essas práticas, usadas como terapia nos cuidados pós-parto, estão relacionadas a um comportamento de autocuidado que questiona tanto o modelo biomédico, quanto, de certa forma, as práticas adotadas pela rede de mulheres mais antigas da família, embora não se afastem inteiramente; apenas atualizam a forma de utilização, visando torná-las “vanguarda”, ao invés de “tradição”, simplesmente. São rituais de autoatenção que buscam prevenir, tratar, controlar ou aliviar os pequenos desconfortos que acometem o corpo recém-parido, numa interlocução com elementos técnico-científicos decorrentes das relações com os profissionais, mas também com as práticas religiosas, étnicas, econômicas e políticas do grupo social.<sup>20</sup>

A proatividade das mulheres puérperas pareceu, pois, ser parte integrante do autocuidado<sup>20</sup> no pós-parto imediato, uma vez que, mesmo as que apresentavam algum mal-estar, reagiam sempre no sentido da superação: *estou ótima! Se não fossem esses pontos que doem muito e o*

*meu períneo ainda está muito inchado, eu já tinha levantado pra poder pegar ela direito, trocar fraldas, dar banho, mas não que isso me impeça. Estou fazendo tudo isso aqui na cama mesmo* (DC – Flávia). Partindo do princípio que as sensações corporais não são unívocas e que a interpretação das puérperas sobre tais sensações, como por exemplo, a dor e o desconforto, está atrelada a um sistema simbólico,<sup>1</sup> percebeu-se que, de maneira geral, mesmo as mulheres com alguma dificuldade corporal, apresentavam-se bem, do ponto de vista emocional, o que facilitava o restabelecimento e a rápida recuperação do organismo.

Para as mulheres que sinalizavam, através dos gestos ou palavras, os desconfortos que estavam sentindo, o apoio da família pareceu ser definitivo e muito valorizado por todos, principalmente pelo companheiro: *nós vamos comprar o que for preciso e fazer o que for necessário para que ela se estabeleça logo. A dor dela [referindo-se às sensações provocadas pela sutura perineal] parece que é a minha* (DC – Fábio). Essa fala traz à tona um dos preceitos da ideologia do “casal igualitário”,<sup>8</sup> em que homem e mulher assumem sentimentos compartilhados, não apenas no parto, mas nas demais práticas cotidianas.

### **Cuidados com a placenta e com o coto umbilical**

O discurso dos informantes apontou para uma valorização diferenciada da placenta, principalmente se comparada à sina que tem nas instituições hospitalares e maternidades, onde é sumamente descartada, sem que se pergunte às famílias se gostariam de dar outro destino à mesma. O depoimento a seguir exemplifica um pouco dessa relação: [...] *ela [placenta] é a nossa primeira casa, nós não existiríamos se não fosse por ela. Foi a placenta que acolheu, nutriu, protegeu meu bebê enquanto ele estava dentro de mim. A placenta é sagrada* (DC – Joana). Essa linha de pensamento se coaduna com o que estudiosos levantaram sobre a experiência materna em relação às funções da placenta, em algumas culturas, em que existe uma permuta emocional, identificada como “paradigma placentário”,<sup>21-22</sup> que está relacionado ao papel e ao significado que a placenta possui nas relações iniciais entre a mãe e o seu bebê. Para algumas dessas comunidades, a placenta, enquanto se encontra no útero, se coloca no lugar de “mediadora” dos sentimentos experimentados pela mãe em relação ao filho, sendo considerada como a companheira do bebê.<sup>21</sup> O feto toca, cheira, lambe, se aproxima, escuta o som que sua constante movimentação ocasiona. Junto ao cordão umbilical, é considerada o “primeiro brinquedo” da criança, introduzindo os rudimentos de uma atividade lúdica na mesma. Além

disso, como se observou no depoimento de Joana, a placenta tem uma função cuidadora imunológica, principalmente no que se refere à sua sofisticada tarefa de possibilitar a coexistência de dois organismos geneticamente diferentes: a mãe e o bebê.<sup>21</sup>

Essa rede de significados foi ainda mais profundamente desvendada, quando observou-se que os rituais de cuidado com a placenta eram realizados em dois momentos – imediatos e tardios. Primeiramente, após sua dequitação, quando o CG escolhia uma pessoa significativa para proceder à secção do cordão umbilical. Ainda no mesmo dia do nascimento, algumas famílias também preparavam uma bebida com um pedaço da placenta, à qual denominavam de “vitamina”, e cujo preparado era então ingerido pela recém-mãe, pelo recém-pai e, algumas vezes, era oferecido a quem mais desejasse. Como foi o caso de uma avó materna, que preparou a vitamina e, após distribuí-la aos pais da criança, a ingeriu. Outros exemplos de rituais imediatos com a placenta também foram detectados, como a decisão de espalhar os fluidos sanguíneos do órgão no rosto, para benefícios da pele, e também a decisão de “plantá-la” em lugar cuidadosamente escolhido.

Os rituais posteriores, geralmente engendrados no primeiro ou segundo dias após o nascimento, envolviam o preparo de unguentos e manipulações do substrato da placenta, com a intenção de servir à funções terapêuticas em possíveis necessidades futuras: [...] *enquanto o marido limpava o balcão da cozinha, comentava [com a enfermeira]: ‘estamos fazendo a tintura da placenta, compramos tudo, inclusive o álcool, o que foi o mais difícil, pois aqui não ingerimos álcool de maneira alguma, nunca tivemos álcool em casa, mas entendemos que isso é importante para fazer e preservar essa tintura-mãe, que servirá de base para outras medicações para o bebê, para a vida inteira’* (DC – Joana e Júlio). Para esse casal, percebeu-se que foi bastante difícil, inclusive, transpor a crença que possuíam com relação ao álcool para realização da tintura, uma vez que eram completamente contrários à sua utilização, contudo, a proibição do costume foi suspensa, em prol do “objetivo maior”. Essa “flexibilidade” é inerente à busca pelas novas práticas.<sup>9</sup> As famílias que manipulavam a tintura da placenta também a denominavam de “homeopatia”, mas outras, que também procediam de forma similar, elaboravam complexos processos de beneficiamento, com cada pequeno centímetro do órgão, resultando, por exemplo, em pequenas cápsulas de placenta, ou então em um pó com propósitos terapêuticos: [...] *foi praticamente um dia de dedicação com para desidratar a placenta [contando o passo a passo do procedimento de desidratação] [...] no fim deu um potinho assim [mostrando o tamanho], tá lá na geladeira, depois te*



*mostro, estou colocando em uma vitamina e bebendo, todo dia um pouquinho, o gosto não é muito bom mas o resultado é que importa, acho que isso está me ajudando no pós-parto, estou ótima* (DC – Zilú). Nesse caso, a manipulação foi realizada vários dias após o nascimento. A placenta foi congelada, e depois, descongelada, visando a desidratação.

A solicitação às enfermeiras para a realização do “Parto Lótus (PL)”<sup>23-24</sup> também foi interpretada como uma forma de ressignificar os poderes da placenta, especialmente nos benefícios de reforços extras à saúde do pequeno bebê, uma vez que um dos rituais de cuidado relacionados ao PL é a separação “natural” entre o recém-nascido e sua placenta (portanto, não se “separam” os dois, mantendo-se a união, até que a separação ocorra sem necessidade de cisões) As famílias relatam que a decisão de agir desta maneira advém dos contatos sociais que têm com seus “pares”, ou seja, com outros casais e seguidores da mesma filosofia de vida. Em diversas ocasiões mostraram livros, listas de discussões e *sites*\* que referendam tratamentos “alternativos” com a placenta.<sup>23-24</sup> Todos faziam questão de mostrar que haviam estudado com afinco as possibilidades para um maior aproveitamento das potencialidades da mesma: *antes eu não havia pensado no que fazer com a placenta, aí, vi numa lista de discussão virtual, de mulheres que tiveram filhos em casa, que existem várias coisas que se pode fazer com a placenta. Achei muito interessante, pois me lembrei que eu já tinha pensado que a placenta é realmente sagrada, pois é ela que sustenta a vida intra-útero, seria um desrespeito jogá-la fora. Depois disso, fui atrás de estudar mais e vi que tem muitos sites na internet e livros que falam dos benefícios da placenta no pós-parto, e o aproveitamento dela pode ser importante para a boa recuperação da mãe e do bebê, inclusive, dentre os usos, a cápsula de placenta [placenta desidratada em pó] tem ótimos efeitos para a reposição hormonal na menopausa. Isso é um verdadeiro achado!* (DC – Ana). Através da fala de Ana, percebe-se que existe uma dinâmica de conversões e reconversões que é extremamente móvel, pois os CGs estão “abertos” para praticar o novo. Essa mutabilidade “é induzida, de um lado, pela singularidade dos itinerários pessoais e pela ressignificação permanente das adesões de cada indivíduo, e de outro, pela flexibilidade desse universo, onde novas experiências, novos grupos e novas possibilidades são propostas permanentemente.”<sup>9:12</sup>

Ao pesquisar sobre as propriedades terapêuticas da placenta, observa-se que a mesma tem sido alvo de estudos, principalmente de

---

\* Entre as dezenas de *sites* que abordam os diversos aproveitamentos da placenta, e que são consultados pelos informantes, encontram-se: <http://placentabenefits.info/>, <http://www.lotusbirth.net/> e <http://www.mamasplacentamedicine.com/>

cunho farmacêutico, em países como China, Japão e Rússia, no que tange ao tratamento para afecções da pele, como é o caso de Cuba, que atrai pessoas de diversos lugares do mundo em busca da cura que pode ser proporcionada com produtos feitos à base de placenta humana.<sup>20</sup> Entre os praticantes da chamada Medicina Alternativa e Complementar (MAC),<sup>2,25</sup> o uso medicinal da placenta é feito pelos “donos” da placenta, ou seja, os pais do bebê. Nos últimos 10 anos, os praticantes da MAC têm reunido experiências com remédios feitos à base de placenta humana, e suas aplicabilidades têm sido amplamente divulgadas em meios específicos que abordam esse tema.<sup>23</sup> A vertente da Medicina Tradicional Chinesa considera a placenta como uma força sagrada, poderosa e repleta de força vital. Segundo seus princípios, as mulheres que a usam, logo após o parto, se recuperam com mais facilidade, minimizando o sangramento excessivo e a depressão pós-parto.<sup>2</sup>

As justificativas que sustentam a realização desses rituais estão relacionadas ao estilo de vida que privilegia o respeito ao “ritmo da natureza” e aos ciclos vitais: *estamos aprendendo a confiar na natureza, nosso aprendizado é conviver com essa natureza sem tanta intervenção. O homem já manipulou muitas coisas, já criou hormônios sintéticos, na história do parto mesmo são tantas intervenções que a gente vê que o menos é o mais, quanto menos a pessoa interferir no processo que é natural, será o melhor caminho, deixar a natureza agir, ao invés de cortar o cordão com um metal frio e depois ficar ali, lutando para combater uma possível infecção [...] agora estamos assim, cuidando e perfumando a placenta, até que o cordão seque e se desprenda suavemente, como uma fruta que cai do pé. É mais bonito assim* [relacionando-se aos cuidados integrantes do “Parto Lótus”, em que o bebê segue ligado à placenta, através do cordão, nos dias que se seguem ao nascimento, até seu desprendimento espontâneo] (DC – Laís). Esse pensamento, como se disse, reflete o comportamento dos adeptos da cultura da “Nova era”<sup>9-10</sup> que, dentre suas condutas, predispõe o respeito ao que elaboram como sendo do domínio da “natureza”. Quando questionada, no quarto dia pós-parto, sobre o significado de realizar um “Parto Lótus”,<sup>25</sup> Laís explanou: *o Parto Lótus reforçou esse retiro. Foram três dias muito especiais que ficamos em família. Quem veio nos ajudar foi a madrinha de Luíza [primeira filha], que tem total conexão com o nosso estilo de vida e nossa forma de pensar. Ela já estava no parto, os vizinhos também ajudaram com um senso de comunidade, trouxeram comidas, sucos naturais de beterraba com laranja. Ficou um clima caseiro, domiciliar, perto de pessoas que nos apoiavam sem o julgamento que às vezes as pessoas fazem* (DC – Laís).

Em casa, o CG buscou praticar seus saberes com autonomia, e os

cuidados prestados estavam, geralmente, relacionados a práticas alternativas, distante das ações fundamentadas apenas no conhecimento advindo das tradições familiares, e bem distante das práticas biomédicas, como mostra o relato de Laís, ao descrever como foi a experiência de ter o “Parto Lótus”<sup>25</sup>: [...] *demorou três dias para o cordão se desprender; exatamente 72 horas após o parto, impressionante, ele nasceu 6:30 e às 6:20, três dias depois, o cordão caiu. No primeiro dia a gente só deixou escorrendo, colocamos a placenta numa peneira, com uma bacia embaixo, tipo um escorredor de plástico que compramos especialmente para isso. Depois que parou de escorrer, enrolamos uma fralda velha da [filha mais velha], e assim, a fralda absorveu mais o líquido que ainda tinha. No fim do dia eu peguei umas ervas no quintal, tipo lavanda, alecrim, menta, várias ervas diferentes, e fui temperando com sal grosso e as ervas. Coloquei a placenta envolta numa fralda nova e ficou assim até o dia seguinte. No outro dia, já tinha secado boa parte do cordão, e aí ligamos para os avós, pedindo para que viessem só depois de uns três dias, pois achamos que a avó iria ficar muito chocada ao ver o neto grudado com a placenta. Então, ficamos torcendo para ela chegar depois que o cordão tivesse se desprendido. Demos uma estimulada para secar mais rápido, intensificamos as trocas, as lavadas com água e sal, e percebemos que quanto mais sal, mais rápido seca, ‘carregamos’ no sal. Foi perfeito, caiu às 6:20 da manhã e a família chegou às 10hs, exatamente quando o Lúcio estava terminando de plantar uma muda de árvore em cima da placenta, eles nem perceberam. O mais interessante é que no lugar da cicatriz do umbilical, ficou uma espiral perfeita, é como se estivesse fechando um ciclo para começar outro (DC – Laís e Lúcio).*

As famílias que não realizaram o “Parto Lótus”,<sup>25</sup> contudo, mostraram atenção diferenciada com o coto umbilical, como por exemplo, o caso de Ruth, que é participante do Daime<sup>\*\*</sup>: *olha só o coto como está sequinho, estou usando Daime fervido, sempre fiz isso com meus filhos, funciona muito melhor que o álcool (DC – Ruth). E, no caso dessa outra família: não estamos passando nada, só limpando com água e um paninho, não precisa de álcool para secar, ele seca naturalmente. Deus fez para ser assim, o álcool não existiu sempre, as pessoas é que têm necessidade de interferir nos processos naturais. Imagina se eu vou passar álcool nessa pele tão fina e delicada! (DC– Érica e Eduardo). As poucas famílias que não tinham opinião formada nesse assunto, aderiram ao tratamento indicado pelas enfermeiras, ou seja, o uso de álcool 70% para*

<sup>\*\*</sup> O “Daime” refere-se a um chá, que é produzido pela cocção de duas plantas nativas da floresta amazônica. Esta bebida é considerada como um “ser divino”, dotado de personalidade própria e capaz de curar e de transmitir conhecimento. É usada ritualisticamente em algumas religiões originadas na Amazônia brasileira.<sup>(26)</sup>

antisepsia do coto. Cabe ressaltar que apenas duas, das vinte e cinco famílias atendidas, optaram por desprezar o órgão. Todas as outras, ao final do parto ou dos rituais realizados com a placenta, prosseguiram com *performances* significativas, que representavam e/ou reforçavam o caráter simbólico da placenta, como “nutridora” de outras ações: *além da tintura e da vitamina, vamos plantar uma árvore, a placenta está congelada até escolhermos a árvore que vamos plantar* (DC – Gil); [...] *a árvore vai crescer com ele [bebê] e simbolizará o dia que ele nasceu* (DC – Bela); [...] *nós vamos plantar num vaso de barro uma árvore da felicidade em cima da placenta, assim nós podemos levar o vaso para onde nós formos* (DC – Dalila).

### **Cuidados com a amamentação**

O tema amamentação é tratado com atenção especial entre os CGs. Assim como valorizam a ocorrência do parto no ambiente do lar, o leite da mãe é considerado o único apropriado para a criança, em termos físicos e relacionais. Assim, a amamentação exclusiva é evocada como uma “bandeira”, com forte tintura ecológica e de reforço à atitude anticonsumista:<sup>27</sup> [...] *amamentar hoje em dia não é fácil, mas parir também não é fácil e olha o resultado [olhando para o filho]. Desconfio dessas coisas que já vêm prontas, enlatadas, isso não é natural. Na vida da gente tudo tem mais valor quando vencemos os desafios. O bebê precisa saber desde cedo que ele precisa fazer um esforço para ter seu alimento, faz parte do aprendizado dele, e isso requer de mim paciência e dedicação. A minha meta é amamentar exclusivamente até os seis meses, quem sabe até mais!* (DC – Ruth). Essa fala demonstra que Ruth incorpora o discurso oficial instituído, de que o leite materno é o melhor alimento para seu filho, e se apropria, ainda, de outra representação, que relaciona o ato de amamentar com a possibilidade das primeiras lições de vida para o neonato.

Seguindo os relatos dos CGs, e através da observação minuciosa das ações realizadas pelas famílias, percebeu-se que nenhuma das mulheres que pariu seus filhos em casa cogitou a possibilidade de não amamentá-los. Para elas, o leite materno, por ser “natural”, e fazer parte da “condição feminina”, merece desvelo e exímia preocupação, para que não haja qualquer desperdício: *o leite que vaza do meu peito eu não desperdiço, cada gotinha é sagrada, dou para o marido beber, coloco nas plantas, até o gato está se fartando* (DC – Graça); [...] *estou dando o leitinho que sobra para os outros filhos [...] misturo na vitamina dos irmãos [...]. Isso vai ser bom para o sistema imune deles* (DC – Érica). Para alguns casais, o leite humano não estava somente atrelado ao significado da

alimentação em si, mas a ele foi agregado um valor preventivo e, às vezes, curativo, como se vê nos seguintes relatos: *eu notei que o olhinho dele estava produzindo uma secreção esverdeada. Direto ele ficava com o olho grudadinho. Comecei a pingar leite de peito três vezes ao dia, já tinha lido que o leite materno é rico em anticorpos, pensei que isso poderia ajudar. No segundo dia já não tinha mais nada. Antes, eu tinha ligado para a pediatra que prescreveu um colírio antibiótico, mas imagina se eu ia entrar com antibiótico num bebê de quatro dias?* (DC – Zilú); a [enfermeira] *disse que esse vermelhão no rosto dele é comum entre os recém-nascidos, disse que chama eritema e que não precisa fazer nada para tratar, mas eu achei a pele dele tão ressecada, passei leite de peito, na verdade eu lavei o rostinho dele com leite de peito e não enxaguei. Passei no meu rosto também. A pele dele ficou ótima, mas a minha ficou oleosa, como o leite é gorduroso!* (DC – Joana).

Além disso, identificou-se que a amamentação exclusiva não estava regrada a horários e “rotinas” rígidas: [...] *eu dou mamar toda hora que ele manifesta vontade. Eu sei que nem sempre é fome. Às vezes ele só quer ficar no peito mamando, sem sugar efetivamente. Não me importo, acho que não é só de leite que ele se alimenta, dou muito amor para ele. Estou aqui para saciar, acalmar, amar. Amamentação é doação* (DC – Dalila). A concepção de “livre demanda” para os CGs desse estudo, parte do pressuposto de que nem sempre a “demanda”, representada pelo choro do bebê, está associada à fome, e sim, a outras necessidades que são supridas pelo ato de sugar o seio da mãe. Essa flexibilidade é frontalmente contrária ao que prega os mais “modernos” livros que circulam na esfera do maternar contemporâneo sobre criação de filhos, alguns considerados “*best-sellers*”, que ensinam métodos para “treinar” o recém-nascido através da imposição de uma rotina, incentivando os novos pais a deixar chorar no berço para não “mal-acostumar” o bebê, além de que o mesmo deve obedecer a uma rotina de mamadas e outras ações, com a clara intenção de facilitar a vida dos novos pais. Esse método é fortemente criticado pela maioria dos participantes dessa pesquisa, que buscam, inclusive, informações de cunho científico para fundamentar sua postura.

A participação do homem-pai, para todos os informantes, é indispensável, sendo pois a amamentação, considerada “coisa de homem”. Todos avaliam como fundamental o envolvimento direto do mesmo, seja para apoiar abertamente o manejo da mamada, ou no papel de incentivador e principal “guardião” do sagrado ritual da amamentação: *estamos pegando o ritmo, parece que agora as mamadas estão mais eficientes. Ela dá a mama e eu coloco para arrotar, está dando*

*certo, logo ele recupera esse peso [...] a avó diz que ele está muito magro, chora de fome e que o leite dela [da companheira] está fraco, mas isso não nos abala, sabemos que ela foi capaz de parir e agora é capaz de produzir o leite necessário para alimentar o filho. É natural isso* (DC – André). Mais uma vez o casal assume independência perante a família ampliada, exercendo o cuidado que julgam correto, autoritativo,<sup>4</sup> dentro dos preceitos incorporados durante a gestação.<sup>8</sup> O “acreditar” no leite materno pareceu ser mais forte do que a preocupação relacionada à perda ponderal que acompanha todos os bebês, nos primeiros dias de vida. Essa confiança está ancorada no mesmo princípio de que a mulher é capaz de “gerar” e “parir”. Assim, não seria diferente com a capacidade de “nutrir”. Segundo os casais, tudo é uma questão de respeitar o tempo de adaptação; o “*ritmo natural*”.

### **Os filhos da ‘Nova Era’: o bebê e suas necessidades especiais**

Os rituais de cuidado com o recém-nascido apareceram quase sempre vinculados à ideia de agregação à nova família, que, desde cedo, vai introduzindo o recém-chegado na rede de símbolos e significados: [...] *estamos pensando em levar ele para a Índia em janeiro. Lá ele será batizado e abençoado pelo nosso mestre de yoga, nas águas do rio Ganges* (DC – Ana).

Dentre as “novas” formas de cuidar, recupera-se a prática de carregar o bebê amarrado ao corpo tem se mostrado em evidência entre os adeptos do parto em casa. Alguns dos casais alegaram que *lugar de bebê é junto dos pais. Quanto mais perto, melhor! Por isso que eles nascem dependentes e precisam de nós. Nem compramos carrinho de bebê. Vamos andar com ele amarrado em nosso corpo* (DC – Dalila); [...] *tudo melhorou quando começamos a andar com ela amarrada. Diminuíram as cólicas e o refluxo. Como ela gosta de ficar aconchegada amarrada em mim!!* (DC – Lúcio). Pai e mãe se revezam no transporte do bebê, desde os primeiros dias, valorizando o contato corporal direto com o mesmo, como se fosse uma “continuidade” da relação intra-útero, hipervalorizando a experiência da parentalidade. Este padrão de uso é facilmente encontrado nos meios virtuais (redes sociais) que a “comunidade” de adeptos do parto domiciliar<sup>9-10</sup> utiliza para se comunicar, e por onde transitam pais e mães ávidos para trocar ideias acerca das “melhores práticas” para o cuidado das crianças.

É corrente, nestas redes e sites “especializados”, a *linkagem* de textos e depoimentos sobre os benefícios de se carregar o bebê pendurado ao corpo, através de um tirante de tecido macio, firme e elástico, conhecido por “*sling*”. Os adeptos da prática, inclusive,

promovem o que chamam de “*slingadas*” – um evento festivo que reúne pais e mães, que comparecem com seus filhotes firmemente amarrados ao corpo, com a finalidade de disseminar a ideia, não somente de que o lugar do recém-nascido é junto aos pais, mas também para renovar os valores da “comunidade”, que estão diretamente vinculadas ao sistema de crenças e valores que vivem e acreditam.

Sob o esteio, ainda, desse ideário, algumas famílias optaram pelo uso de fraldas de pano, ao invés das descartáveis, por considerarem uma forma mais “ecológica” de lidar com os dejetos. Outras foram além, e estudaram com afinco o método “*Diaper Free*”<sup>28</sup> (livre de fraldas), decidindo pela total abolição de qualquer tipo de fralda, passando então a “ensinar” o recém-nascido a liberar suas eliminações diretamente no urinol. Este processo didático inicia já desde os primeiros dias de vida, como se pode observar no seguinte extrato: [...] *notei que o bebê estava sem fraldas, e como se já se passava algum tempo, resolvi perguntar aos pais qual a razão. Dalila [a mãe] então explicou: ‘nós estamos fazendo o método diaper-free. Os cocôs, estamos pegando todos, e é impressionante como ele mostra, através de sinais, que quer fazer cocô; parece que ele fica esperando o nosso comando. Só o xixi que de vez em quando perdemos algum, mas ontem, pegamos quase todos os xixis também. Enquanto conversávamos, Dácio [o pai] percebeu um movimento no menino e logo trouxe uma vasilha pequena azul [urinol] e, apoiando o recém-nascido no braço, favoreceu que ele liberasse urina e fezes na vasilha. Enquanto o filho fazia suas necessidades, Dácio ia repetindo a frase: ‘muito bem filho, perfeito, muito bem!’.* Diante da minha expressão de admiração, Dalila explicou: *‘é incrível mesmo como nós subestimamos a capacidade dos bebês. Eles são muito inteligentes. Está sendo um pouco mais trabalhoso para a gente, mas nós nos preparamos muito para isso, e agora estamos aqui, no quinto dia sem usar fraldas descartáveis’* (DC).

Outra prática comum, encontrada na maioria dos participantes, é o que chamam de “cama compartilhada”,<sup>29</sup> que se refere a colocar o filho recém-nascido para dormir na mesma cama que os pais: [...] *estamos fazendo a cama compartilhada, isso é uma maravilha, ninguém se estressa, o bebê acorda para mamar, nem chora, pois sente-se seguro, mama e volta a dormir, eu não me canso, meu marido também não, dormimos mais e conseguimos nos estressarmos menos durante o dia seguinte. Uma noite bem dormida faz toda diferença no astral da casa, facilita muito a amamentação. Eu não consigo me imaginar levantando na madrugada para amamentar, com meu bebê dormindo longe de mim* (DC – Joana). Essa práxis corrobora com a ideia de agregação, que faz parte dos ritos de passagem. Dormir junto com o filho recém-nascido, para esses casais, faz parte da “natureza” de todos os seres vivos, como

afirma Zilú. A “natureza” revela a valorização dos instintos maternos e paternos [...] *observe a natureza, os bichinhos dormem com seus pais e crescem fortes e seguros* (DC – Zilú) e, de certa forma, continua alimentando o ideário do CG, já que mantém o homem-pai e a mulher-mãe no exercício aparentemente igualitário da parentalidade.

### **O novo cotidiano da família**

A atuação dos CGs, nos primeiros dias após o parto, sinalizou para uma “parceria igualitária”,<sup>8</sup> onde ambos, homem e mulher, compartilhavam as responsabilidades com as atividades da casa e os cuidados com o recém-nascido, como mostra esse extrato do diário de campo: [...] *enquanto estávamos conversando, Julio [marido] passou pela sala. Joana parou o que estava dizendo, para pedir que ele buscasse uma fralda no varal, pois o filho havia acabado de molhar a que estava usando. Logo em seguida, vira para mim e diz: ‘estamos usando fraldas de pano, está sendo ótimo, ainda mais com esse sol, o Julio conseguiu tirar todas as manchas de cocô das fraldas, ficaram branquinhas, ele é muito bom nisso [...]’. Conseguimos distribuir bem as tarefas...* (DC).

Nos dias subseqüentes ao nascimento, os CGs, na maioria dos famílias, preferiam ficar sozinhos, num “ninho”, e distantes, principalmente, das avós, seguindo um preceito defendido ainda durante a gestação, que pressupunha propostas como, por exemplo, a dedicação integral ao bebê e a “vivência totalizadora”,<sup>8:206</sup> da maternidade e da paternidade. Essa atitude facilitava para que se instalasse um vínculo aprofundado entre o casal e o novo bebê.

Para os casais que já tinham filhos, as ações cotidianas foram, na medida do possível, mantidas, porém, sempre agregando o novo membro da casa, como observado na fala de Érica, agora mãe de três filhos: *fomos na feira e as pessoas ficaram olhando, impressionadas ao me ver de mãos dadas com duas crianças pequenas [3 e 1 ano] e um bebê de três dias amarrado em mim. Fomos comprar verduras. Estou me sentindo muito bem, não tem por que ficar em casa. Mas eu asseguro que é cansativo sair com todos, mas a vida continua, é melhor eles perto do que longe* (DC – Érica). O pós-parto é considerado por alguns autores um momento extremamente delicado, do ponto de vista das adaptações à nova rotina familiar.<sup>13,30</sup> Por gerações, as famílias costumam adotar maneiras particulares de cuidar/criar um filho, e isso parece ter uma relação direta com o contexto no qual se dá a criação.<sup>30</sup> No contexto do parto em casa, muitos casais assumem a “não-terceirização” das atividades cotidianas, com o objetivo de possibilitar uma interação plena com o recém-nascido.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os rituais de cuidado que tomam lugar no pós-parto revelam uma forte valorização da infância e da família. Marcam a agregação ainda maior do “casal grávido”, e deste, com o recém-chegado, mantendo o ideário de novas famílias que sublinham o “poder” da natureza, a força da mulher que dá à luz e a vida ecologicamente valorizada. O resguardo da mulher e do bebê é voltado para a intimidade da família nuclear, onde se valoriza a igualdade de gêneros e a “naturalização” das construções simbólicas. Nesta “naturalização”, inclusive a placenta se conserva como “mediadora” dos sentimentos experimentados pela mãe em relação ao novo filho, e a amamentação se mostra a manifestação simbólica mais significativa desta rede de pensamentos e práticas voltadas à construção do feminino.

Os rituais de cuidado realizados com a puérpera estão diretamente relacionados com a premissa do autocuidado, cultivado durante toda a gestação, culminando no parto domiciliar, e colocado em prática com expressiva autonomia no pós-parto. O casal assume a responsabilidade de optar por terapias alternativas de cuidado para lidar com os desconfortos, quando esses estão presentes, já que as mulheres que pariram em casa, na sua grande maioria, se mostram dispostas e apresentando rápida recuperação para seguir a vida cotidiana.

Os cuidados com o recém-nascido são direcionados à prevenção e promoção de conforto. Porém, entre os praticantes do parto domiciliar, são realizados de forma singular, pois expressam um conjunto de práticas e representações construídas a partir do estilo de vida, que enfatiza uma “visão ecológica” de cuidado. Entre essas práticas, sobressaem o uso de fraldas de pano, ou o não uso de qualquer fralda, e o hábito de carregar o bebê amarrado ao corpo da mãe ou do pai, além da cama compartilhada.

Cabe aqui ressaltar que esses rituais de cuidado foram observados entre o primeiro e o décimo dia pós-parto, período em que o casal ainda está em fase inicial de adaptação ao novo cotidiano familiar. Essa limitação dado sugere que novos estudos possam ser realizados para aprofundar o entendimento sobre a continuidade da parceria igualitária no período do pós-parto remoto.

Percebe-se que, no contexto domiciliar, os rituais de cuidado são desenvolvidos pelas famílias, com forte traço de independência, a partir do *ethos* alternativo construído pelas mesmas. Se por um lado, isso é demonstrativo da necessidade de requerimento aos profissionais, para que reflitam sobre a pertinência do desenvolvimento de cuidados

culturalmente congruentes, respeitando a rede de símbolos e significados familiares, por outro, instigam outros desafios, voltados à compreensão dos conflitos que podem advir nas relações dessas famílias com o próprio sistema de cuidado oficial, seja em nível hospitalar ou de atenção básica.

## REFERÊNCIAS

1. Monticelli M, Elsen I. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Abr-Jun; 14(2):167-76.
2. Barros NF. Terapias alternativas e complementares: a nova parada do itinerário terapêutico. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ. *Antropologia para enfermagem.* Barueri (SP): Manole, 2009, p. 100-18.
3. Davis-Floyd R. *Birth as an american rite o passage.* Berkeley (CA): Univesity of California Press, 2004.
4. Monticelli M. *Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto [tese].* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2003.
5. Tornquist CS. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. [tese].* Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; 2004.
6. Koettker JG. *Parto domiciliar atendido por enfermeiras [dissertação].* Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
7. Brasil. *Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a*

regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

8. Salem T. O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Getúlio Vargas, 2007.

9. Maluf SW. Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90. Antropologia em Primeira Mão. 2007; (100):5-29.

10. Magnani JGC. O Brasil da Nova Era. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 2000.

11. Gennep AV. Os ritos de passagem. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

12. Tuner V. O processo ritual: estrutura e antiestrutura. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 1974.

13. Monticelli M. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002. p.141-54.

14. Leininger M, Mc Farland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. New York (NY): McGraw-Hill, 2006.

15. Fontanella BJB, Rica J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008 Jan; 24(1):17-27.

16. Trentini M, Paim LMD. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade

convergente-assistencial. Florianópolis (SC): UFSC; 2004.

17. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2.ed. London (UK): Sage, 1995.

18. Palaéz, MC. No mundo se cura tudo: interpretações sobre a “cura espiritual” no Santo Daime [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas; 1994.

19. Lessa HF. Parto em casa: vivência de mulheres [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2003.

20. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):185-207.

21. Soulé M. A placenta, sua vida, sua obra, sua abnegação. In: Soulé M, Cyrulnik B. A. Inteligência anterior à palavra. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1999.

22. Raphael-Leff J. Gravidez: a história interior. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1997.

23. Enning C. Placenta: the gift of life. Eugene (OR): Motherbaby Press, 2007.

24. Buckley SJ. Lotus Birth: a ritual for our times. *Midwifery Today*. 2003; (67): 36-9.

25. Otani MAP, Barros NF. Complementary and alternative medicine in nursing and midwifery: towards a critical social science. *Texto Contexto*

Enferm. 2010 Out-Dez; 19(4): 789-90.

26. Rose IS. Repensando as fronteiras entre espiritualidade e terapia: reflexões sobre a “cura” no Santo Daime. Revista Campos [online]. 2006 [acesso em 2011 set 30]; 7(1). Disponível em: [http://www.neip.info/upd\\_blob/0000/801.pdf](http://www.neip.info/upd_blob/0000/801.pdf)

27. Medina I. La revolución colostrál. Madre Tierra [online]. 2010 [acesso em 2011 set 30]; 1. Disponível em: [http://issuu.com/madre\\_tierra/docs/madretierra\\_num01](http://issuu.com/madre_tierra/docs/madretierra_num01)

28. Boucke L. Infant potty training: a gentle and primeval method adapted to modern living. Lafayette (CO): White-Boucke Publishing; 2000.

29. Motta D. Um bebê na cama dos pais. Seção: questões contemporâneas. Rev Eletr Polêmica [online]. 2007 [acesso em 2011 Out 07]; 22. Disponível em: [http://www.polemica.uerj.br/pol22/cquestoesc/artigos/contemp\\_4.pdf](http://www.polemica.uerj.br/pol22/cquestoesc/artigos/contemp_4.pdf)

30. Marcon SS. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002. p.45-76.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias adeptas do parto domiciliar buscam “algo mais” do que a simples mudança do local para ter o filho. Para elas, trata-se de um evento existencial que se esquadrinha num quadro de referências simbólicas mais amplas. Nesta visão, o ambiente hospitalar é interpretado como sendo o avesso do modo-de-ser-e-estar-no-mundo, por não suprir a plenitude da experiência. Assim, sequer cogitam a possibilidade de o parto ocorrer na instituição, a não ser que existam intercorrências obstétricas e/ou neonatais que não deixem outra escolha – fato que não ocorreu com nenhuma das 25 famílias participantes. Contudo, procuram assegurar-se do acompanhamento com profissionais de saúde que, se não aderem completamente ao seu modo-de-ser-e-estar existencial no mundo, ao menos apresentam qualificações que os tornam os “escolhidos” para serem os “aparadores” do processo. Nesse esteio de representações, as enfermeiras obstétricas tomam lugar de destaque. “Aparar”, nesse sentido, significa, de um lado, respeitar os rituais de cuidado, ampará-las nas decisões que tomam, sem julgamentos ou atitudes preconceituosas e, de outro, colocarem em prática seus conhecimentos especializados, adquiridos no âmbito da formação biomédica.

Antes de entrar no campo da pesquisa propriamente dito, fiz questão de realizar uma cuidadosa revisão de literatura, pois não me conformava com o que encontrava nas buscas assistemáticas, ou seja, um pesado silêncio sobre as produções acadêmicas, não apenas acerca da temática parto domiciliar em si, mas, particularmente, do ofício científico das enfermeiras obstétricas. Qual o conhecimento, afinal, que estavam produzindo? Essa inconformidade se relacionava, num sentido, à já não tão nova Lei do Exercício Profissional, que regulava e sustentava legalmente a atividade dessas profissionais, na assistência direta ao parto “de baixo risco”, e, de outro, à identificação, até bastante frequente, especialmente nos últimos cinco anos, de artigos científicos publicados em periódicos nacionais, quase integralmente voltados a relatos de experiência e reflexões teóricas. Ora, ainda que tais tipologias de estudos sejam relevantes e reconhecidamente úteis para o apoio à prática profissional, sob o olhar da “comunidade científica”, não se enquadram em “resultados” demandados do escrutínio formal do desenho investigativo.

Portanto, todas essas inquietações me levaram à “revisão sistemática de literatura”, que permitiu constatar a carência de estudos

realizados por enfermeiras sobre o parto domiciliar, seja com abordagens quantitativas, quanto qualitativas. Dos poucos estudos que fizeram parte dessa revisão, grande parte se tratava da atuação da parteira tradicional, ou de mulheres que foram assistidas por parteiras; dado esse que demonstra claramente (e agora, “formalmente”) a lacuna de informação sobre a atuação de enfermeiras na assistência ao parto em nível domiciliar. Através desse estudo, é possível constatar também que as investigações que envolvem a assistência ao parto domiciliar no Brasil ainda são muito incipientes, frente à profusão de publicações acerca desse assunto, em nível internacional. São ainda mais escassas as pesquisas com uma abordagem qualitativa sobre esse tema, principalmente no que tange aos rituais de cuidados familiares que circundam o parto.

Ao longo do caminho etnográfico percorrido, algumas dificuldades surgiram e foram sendo “trabalhadas”, à medida que eu me apropriava do referencial teórico escolhido para dar suporte a essa investigação. Realizar a pesquisa na mesma área em que atuo profissionalmente pressupôs desenvolver a capacidade de me colocar no lugar de “estrangeira”, deixando de lado a enfermeira, para dar espaço para a pesquisadora, ou seja, saindo do meu próprio mundo, para estabelecer uma relação com o outro, que é diferente, para, à distância, poder interpretar os dados coletados. E mais, deslocar os rituais profissionais, para dar lugar à interpretação da linguagem “emic”, intrincada não mais na simbologia da formação médica exclusiva, mas nos interstícios das interações familiares e suas simbologias. Não foi fácil (e nem sei mesmo se consegui) incorporar as mensagens dos estudiosos dos rituais, de que rito é símbolo, e que rito existe onde se produz sentido.

Assim sendo, busquei, inicialmente, traçar um perfil desses casais e famílias que, durante a minha coleta de dados, optaram por ter um parto domiciliar atendido por enfermeiras. Esse trabalho se configurou como sendo o primeiro artigo/manuscrito resultante da pesquisa sobre os rituais de cuidado familiares. Os resultados foram fundamentais para a compreensão do universo investigativo, no que tange às características dos “meus” informantes – considerei esse o primeiro passo para entender o papel criador dos rituais de cuidado durante o parto e nascimento.

Os “casais grávidos” deste estudo são constituídos por pessoas jovens, que compõem um *ethos* alternativo às percepções e ações hegemônicas, particularmente no que se refere ao entendimento ao redor do parto e nascimento, e que elaboram uma intrincada rede de símbolos



e significados para definir e agir no mundo, de acordo com esse *ethos*. A opção pelo parto no domicílio faz parte dessa cosmologia, inclusive, na escolha da equipe de enfermeiras que acompanhará todas as etapas deste processo. Esse resultado confronta o senso comum de serem indivíduos reconhecidos pejorativamente como *hippies*, “naturebas”, alienados ou mesmo “irresponsáveis”, como tantas vezes se ouve no dia-a-dia (particularmente no cenário hospitalar). Na sua maioria, possuem formação universitária, o que reflete na facilidade de acesso à informação e conhecimento para argumentar e sustentar a decisão pelo parto em casa. Mesmo tendo atividades fixas remuneradas, que garantem o pagamento do valor do serviço prestado pelas enfermeiras, demonstram, de alguma maneira, interesse particular às práticas alternativas, muitas vezes relacionadas à saúde e ao autoconhecimento, além de uma tendência às neorreligiões, valorizando uma espiritualidade de práticas difusas. O conjunto dessas ações contempla mudanças de comportamentos associadas a maneiras “alternativas” de viver nas sociedades urbanas. Sendo assim, esses casais se aproximam de profissionais que também tem essa visão mais “alternativa” de lidar com o nascimento. O universo dos praticantes do parto em casa abrange parte de um movimento que questiona o modelo hegemônico da biomedicina, sem, no entanto, afastar-se completamente de seus conhecimentos e práticas.

A partir do entendimento sobre quem são esses casais e como vivem, retomo os objetivos que nortearam a minha prática investigativa, que buscou identificar e compreender os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias durante as etapas do processo de parir e nascer no domicílio. Os resultados revelam que tais rituais estão presentes em todas as fases que envolvem o parto, desde a tomada de decisão pelo parto em casa, até o destino final da placenta e as “novas formas” de cuidar do filho recém-nascido, e de “iniciá-lo” nos significados que são comuns aos “casais grávidos” e seu grupo. Dessa maneira, optei por apresentar tais resultados no formato de artigos/manuscritos, destacando os rituais de cuidados familiares realizados antes, durante e depois do parto domiciliar, mesmo tendo a consciência que cada categoria constituinte de cada um desses processos rituais poderia compor, sozinha, um estudo individualizado, tamanha a densidade simbólica engendrada.

O terceiro artigo/manuscrito que compõe os resultados da etnografia abordou os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, no período pré-parto, evidencia que a construção do ideário do parto em casa é permeada por uma rede de símbolos e significados que liga a

gestação a um evento esperado do ciclo reprodutivo e que faz parte de um ciclo da vida desses casais e famílias, a que denominam como sendo “natural”. Mas isso não significa que todas as relações intrafamiliares sejam vivenciadas em plena harmonia e compreensão, pois grande parte dos casais enfrenta diversos desafios, que iniciam dentro da própria unidade familiar, quando os pais da grávida ou do “homem-grávido” não aceitam que a parturição ocorra fora do âmbito hospitalar. Contudo, aqueles que confirmam a decisão do parto no domicílio mantêm a decisão de arcar com a decisão tomada, em todos os sentidos, e então passam a enfrentar a experiência, de forma independente da família extensa, convidando a participar apenas pessoas significativas da rede social, e que comungam dos mesmos códigos.

O ambiente da casa, para esses casais, é considerado o espaço simbólico em que praticam sua religiosidade. É o local da intimidade, da privacidade e da geração e multiplicação dos valores em que acreditam e que direcionam suas vidas. Então, o fato de estar vivenciando um fenômeno, neste caso, especial, como o do início ou renovação da parentalidade, redobra as qualidades da casa, pois gestar uma nova existência, em suas compreensões, traduz a vida em sua plenitude. Dentro desse contexto, a preparação para a chegada da nova vida (o bebê) envolve uma série de cuidados, que envolve desde o preparo do corpo da mulher para dar à luz, até o planejamento da recepção do recém-nascido.

Os rituais de preparação do corpo da gestante para a vivência do parto são relacionados às práticas terapêuticas consideradas por eles como naturais, seguindo uma linha “alternativa” de autocuidado. A prática da meditação e a literatura direcionada para o parto ativo são implementadas como ações regulares que servem de alicerce para o preparo “da mente” da mulher e de seu parceiro, para a vivência do parto. No que se refere aos rituais de cuidado para a chegada do bebê, constata-se que as famílias desenvolvem ações que simbolizam arrumar o “ninho” para receber o novo integrante da unidade familiar. O planejamento dessa recepção se materializa em atividades e decisões, em prol de uma recepção respeitosa e acolhedora, que auxilie o bebê a realizar a “passagem” de forma mais suave, e a enfrentar a condição de fragilidade a ele inerente.

Os resultados obtidos no quarto artigo/manuscrito que compõem a etnografia mostram que, no dia do parto, as famílias colocam em prática rituais de cuidado que estão diretamente relacionados com a concepção de que este é um evento particular dos mais importantes do ciclo da vida familiar e, portanto, é vivido como um ritual de passagem

que integra a intimidade do grupo. A ambiência da casa recebe atenção peculiar no dia do parto, pois os móveis são trocados de lugar, há mudanças na luminosidade, introdução ou reforço de alguns sons e aromas e procede-se à limpeza energética da casa; tudo com o intuito de prover ambiente tranquilo para a mulher que está em trabalho de parto. A *performance* da parturiente é bastante ativa durante as contrações, decidindo sobre as atitudes, exercícios e práticas terapêuticas que considera mais apropriadas à situação, tomando por base as experiências anteriores consigo mesma, com alguém pertencente ao mesmo grupo social onde este ideário se reproduz, ou ainda, o vasto material disponível em livros, em endereços eletrônicos ou nas redes sociais dos adeptos do mesmo ideário. A *performance* se apóia em símbolos que são reconhecidos na comunidade dos adeptos desse modo *emic* de ser e estar no mundo.

No momento do parto, os rituais de cuidado são direcionados para saudar a chegada do novo integrante na família e na sociedade, como um evento que mescla a experiência privada com a revelação coletiva de comemoração à renovação da vida e daquilo que consideram como sendo “natural”. O destino da placenta, especialmente, representa vinculação com o significado da contínua renovação da vida. Seu destino, na verdade, não é “final”, mas o ato simbólico de enterrar a mesma, plantando sobre ela os mais variados tipos de plantas, vai continuar alimentando outras “existências” – como uma espécie de infinita perpetuação e transcendência.

O quinto e último artigo/manuscrito analisa os rituais de cuidado que tomam lugar no pós-parto, marcando a agregação ainda maior do “casal grávido”, e deste, com o recém-chegado, mantendo o ideário de novas famílias que sublinham o poder da “natureza”, a força da mulher que dá à luz e a vida ecologicamente valorizada. O resguardo da mulher e do bebê é voltado para a intimidade da família nuclear, valorizando-se o que mais se aproxima do entendimento acerca da igualdade de gêneros, numa intrincada rede de construções simbólicas. Nesta rede, inclusive a placenta se conserva como “mediadora” dos sentimentos experimentados pela mãe, em relação ao novo filho, e a amamentação se mostra a manifestação simbólica mais significativa desta rede de pensamentos e práticas.

Os rituais de cuidado realizados com a puérpera estão diretamente relacionados com a premissa do autocuidado, cultivado durante toda a gestação, culminando no parto domiciliar, e colocado em prática com autonomia no pós-parto. O casal assume a responsabilidade de optar por terapias alternativas de cuidado para lidar com os

desconfortos, quando esses estão presentes, já que as mulheres que pariram em casa, na sua maioria, se mostram dispostas e apresentam rápida recuperação para seguir a vida cotidiana.

Os cuidados com o recém-nascido, dentro desse *ethos*, são direcionados à prevenção de problemas futuros, à promoção de conforto e, para alguns, desde já, à aprendizagem de algumas práticas consideradas ecologicamente “corretas”, como dispensar os excrementos corporais sem o uso de fraldas. Esses princípios também são considerados quando se dá preferência às fraldas de tecido, e a completa preterição às fraldas descartáveis. A prática da “cama compartilhada” e a de carregar o bebê amarrado ao corpo da mãe ou do pai são adotadas desde o momento do nascimento. Essa última, inclusive, é usada como símbolo agregador da “comunidade”, quando os casais se encontram, periodicamente, em eventos festivos.

A compreensão sobre os rituais de cuidado familiares, durante os períodos de pré-parto, parto e pós parto, para os profissionais de saúde, fornece inúmeras possibilidades de rever, repensar e recriar o modelo de atenção, podendo proporcionar transformações na maneira de conceber, interpretar e intervir na prática obstétrica. Espera-se que esse estudo auxilie os profissionais que atuam no parto a agirem de forma respeitosa, valorizando os saberes e as práticas familiares, ao mesmo tempo em que promovam o reavivamento da ideia da pluralidade de comportamentos e práticas, no lugar de representações já tão rotinizadas e previsíveis em torno do parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

ÂNGELO, Margareth. Cultura e cuidado da família. In: NAKAMURA et al. **Antropologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2009, p. 82-99.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSÉN, Ingrid et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, p. 25-43, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

BRASIL. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

CABRAL, Ivone Evangelista, TYRREL, Maria Antonieta Rubbio. O objeto de estudo e a abordagem qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, Jacques H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998, p. 18 -19.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. 1998. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: \_\_\_\_\_. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: UNESP, 1998, p.17-35.

DAMATTA, Roberto. Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.7-29, abr. 2000.

DAVIS-FLOYD, Robbie et al. **Birth models that work**. Berkeley: University of California Press, 2009.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The rituals of american hospital birth - conformity and conflict: readings in cultural anthropology**. 8th ed. In: DAVID, M.C. Ed. Harper Collins, New York, p. 323-340, 1994.

\_\_\_\_\_. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Curso de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Que valores escolhemos nesse ritual? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n. 2, p. 523-527, jul./dez. 2002.

ELSEN, Ingrid, MONTICELLI, Marisa. Nas trilhas da etnografia: reflexões em relação ao saber em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 193-197, mar./abr. 2003.

FLEISHER, Soraya; TORNQUIST, Carmen Susana; MEDEIROS, Bartolomeu Figueirôa. **Saber cuidar, Saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular**. Florianópolis: Editora da UDESC, 2010.

FONTANELLA, Bruno José Barcelos; RICAS, Janete; TURATO Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan.2008.

GENNEP, Arnold Van. **Os ritos de passagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. Dimensões e os significados de saúde e doença nas perspectivas médica e popular. In: NAKAMURA et al. **Antropologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, p. 36-55, 2009.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Vozes, 1978 (Coleção Antropologia,11).

\_\_\_\_\_. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

\_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

JOHNSON, Kenneth C; DAVIS, Betty-Anne. **Outcomes of planned home births with certified professional midwives**: large prospective study in North America. *BMJ online*, Ottawa, v. 330, n 1416, dec. 2005.

KITZINGER, Sheila. **Gravidez e parto**. São Paulo: Abril, 1981.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Catarina, Florianópolis.

LANGDON, Esther Jean. **Conceito de cultura**. Florianópolis, 1991. 8p (texto mimeografado).

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo. v.18, n. 3, p. 173-181, mai-jun 2010.

LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: John Wiley, 1978.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. Gadsup of Papua New Guine revisited: a three decada view. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 5, n. 1, p. 21-29, summer 1995.

LEININGER, Madeleine; Mc FARLAND, Marylyn R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. New York: McGraw-Hill, 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na área da saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

MELEIS, Afaf Ibrahim. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM**, 1, 1985, Florianópolis, Anais... Florianópolis: UFSC, 1985. p.133-164.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.



MONTICELLI, Marisa. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia de alojamento conjunto. 471p. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. Rituais de vida e de cuidado com o nascimento humano. In: ELSEN, I. et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002, p. 141-154.

\_\_\_\_\_. **O nascimento como rito de passagem:** abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém nascidos. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

\_\_\_\_\_. **Nascimento como um rito de passagem:** abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997.

MONTICELLI, Marisa; ELSEN, Ingrid. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto Contexto Enfermag.** Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 26-34, 2006.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. El hospital como una “realidad clinica”: una comprensión a partir del encuentro entre trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. **Horizonte de Enfermería,** Santiago – Chile, v. 15, p. 37-52, 2004.

MONTICELLI, Marisa; QUEVEDO, Juana Edith Cruz; REYNA, Maria de los Ángeles Villareal. Etnografía: bases teórico-filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. In: PRADO, Maria Lenise; SOUZA, Maria de Lourdes; CARRARO, Telma Elisa (Org.). Washington: Organización Panamericana de Enfermería, 2008. cap.10, p. 131-146.

MORSE, Janice M.; FIELD, Peggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**. 2.ed. London: Sage, 1995.

\_\_\_\_\_. **Qualitative nursing research: a contemporary dialogue**. London: Sage, 1991.

NAKAMURA, Eunice. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA, Eunice; MARTIN, Denise; SANTOS, José Francisco Quirino. **Antropologia para enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2009, p. 15-35.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

PEIRANO, Marisa. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PETER, Ana Paula C. et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO/REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas, SP, 2000. Mimeografado.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabú do corpo**. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1979. Cap 2, p. 43-87;

RODRIGUES, José Carlos. **Antropologia e comunicação: princípios radicais**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.

ROSA, Ninon Girardon et al. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre; 24(1), p.14-22, abr. 2003.

SALEM, Tania. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

\_\_\_\_\_. **Sobre o casal grávido**: incursão em um universo ético. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

\_\_\_\_\_. A trajetória do “casal grávido”: de sua contribuição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). **Cultura e psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. PP.35-61.

\_\_\_\_\_. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. **Boletim do Museu Nacional**. Rio de Janeiro, Museu Nacional, n. 40, p.1-27, ago.1983.

SANTOS, Marcos Leite. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**: um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SOUZA, Heloísa Regina. **A arte de nascer em casa**: um olhar antropológico sobre ética, a estética e a sociabilidade do parto domiciliar contemporâneo. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SPRADLEY, James P. **Participant observation**. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich,

1980.

STARR, Mark; CHALMERS, Iain. **The evolution of The Cochrane Library, 1988-2003**. Update Software: Oxford. Disponível em: [www.updatesoftware.com/history/clibhist.htm](http://www.updatesoftware.com/history/clibhist.htm). Acesso em 06 outubro 2011.

TAYLOR, Steven J.; BOGDAN, Robert. **Introduction to qualitative research methods: to search for meanings**. 2.ed. New York: John Wiley, 1984.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002. p. 483-492.

\_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.2. p. 419-427, 2003.

\_\_\_\_\_. O parto humanizado e a REHUNA. In: **Seminário nacional de movimentos sociais, participação e democracia**, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...**Florianópolis: NPMS, 2007. p.145-160.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia M. D. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.497-504, out./dez. 1994.

VELHO, Gilberto; CASTRO, Eduardo Viveiros. O conceito de cultura e o estudo de sociedades complexas: uma perspectiva antropológica. **Artefato**, Rio de Janeiro, v.1, n.1. Rio de Janeiro, 1978.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

VOLKMER, Cilene. **Fisioterapia uroginecológica**: um olhar dos acadêmicos ao processo de formação profissional, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.



## **APÊNDICES**





**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos  
Participantes da Pesquisa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL  
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787  
E-mail: [pen@ccs.ufsc.br](mailto:pen@ccs.ufsc.br)  
Homepage: [www.nfr.ufsc.br](http://www.nfr.ufsc.br)**

Ao assinar este documento estamos dando nosso consentimento para participar de uma Pesquisa intitulada **RITUAIS DE CUIDADO NO PARTO DOMICILIAR EM FLORIANÓPOLIS-SC**, que será conduzida pela Enfermeira Mestranda Iara Simoni Silveira Feyer (pesquisadora principal) e orientada pela Enfermeira Dra. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Estamos cientes que participaremos de uma pesquisa que pretende identificar e compreender quais os rituais de cuidados que desenvolvemos no domicílio, durante o parto atendido pelas enfermeiras obstétricas, sendo uma delas, a pesquisadora principal. A pesquisadora principal irá observar os cuidados que teremos com a mulher durante o pré-parto, o parto e o pós-parto, bem como com o recém-nascido, depois do seu nascimento. Também nos entrevistará sobre os significados que tais cuidados têm para nós. Durante a observação e as entrevistas, a pesquisa respeitará nossas disponibilidades, e não haverá qualquer prejuízo com relação à nossa assistência ou à de nosso recém-nascido.

Estamos cientes também que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os propósitos da pesquisa e compreendemos que os resultados da mesma trarão benefícios e contribuições para as famílias que optam pela realização do parto domiciliar, uma vez que terão seus rituais respeitados e negociados com as enfermeiras obstétricas.

Sabemos que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que nosso nome e o de nosso filho não aparecerão em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios. Concedemos também licença para obtenção e divulgação de fotos, nossa e de nosso recém-nascido, desde que sejam autorizadas previamente por nós, uma a uma.

Nossa participação na pesquisa é voluntária e poderemos nos negar a participar da mesma, em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo a nós ou a qualquer um dos integrantes de nossa família.

Compreendemos que os resultados dessa pesquisa serão dados a nós, caso solicitemos, e que as pesquisadoras são as pessoas com quem devemos contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre nossos direitos como participantes.

Caso nós concordemos em participar, assinaremos este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra, em nosso poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones da pesquisadora principal: (48) 3209-7864 ou (48) 9112-6749.

Florianópolis, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da gestante

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai do recém-nascido  
ou de seu substituto

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

## APÊNDICE B – Roteiro para guiar a observação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL  
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787  
E-mail: pen@ccs.ufsc.br  
Homepage: [www.nfr.ufsc.br](http://www.nfr.ufsc.br)

### 1) Identificação da família

- Nome fictício da mãe - idade
- Nome fictício do Pai - idade
- Identificação dos demais integrantes da (s) família (s)
- Posição/papel dos integrantes na rede familiar/afetiva
- Religião/crenças espirituais
- Motivos que a família aponta para a realização do parto no domicílio
- Experiências anteriores com nascimento e parto
- Expectativas com relação ao parto
- **naturalidade**
- **tempo de residência (onde nasceu? Onde viveu? Quanto tempo mora em Florianópolis?)**

### 2) Dados obstétricos e neonatais

- Idade gestacional no dia do parto (DUM): (USG):
- Data do nascimento: Horário:
- Duração do trabalho de parto
- Tipo de parto: Parto normal horizontal ( ); Parto normal vertical ( ); Parto normal genupeitoral ( ); Parto normal SIMSS ( ); Parto Normal na água ( ) outra posição:
- Presença de outro acompanhante/familiar no parto (além da parturiente e do companheiro):
- ( ) sim ( ) não. Quem:

- Local do parto: casa própria ( ); casa alugada ( ); casa de amigos ( ); outro:
- Contexto ambiental no dia do parto
- Utilização de algum método não farmacológico para o alívio da dor:  
( ) Sim ( ) Não Qual?
- Apgar do RN no 1º minuto: \_\_\_\_\_ 5º minuto: \_\_\_\_\_
- Peso ao nascer
- Sexo
- Idade Gestacional do RN e Relação Peso X Idade gestacional

### 3) Rituais de Cuidado

- Antes do parto (pré-parto)
  - a) Preparativos para o parto
  - b) Pessoas envolvidas nos preparativos e funções diante dos preparativos
  - c) Ações realizadas
  - d) Horário, frequência e repetição da ação
  - e) Símbolos utilizados e significados (vestimentas, alimentos, amuletos, orações, cantos, danças, etc.)
  - f) Expressões, manifestações, desejos referidos/apresentados durante a realização das ações
  - g) Posturas/comportamentos adotadas pelo “casal grávido” durante a manifestação dos preparativos
  - h) Onde/com quem aprenderam sobre as ações preparativas
  - i) Rotina da família durante os dias/horas que antecedem o parto
  - j) Profissionais/terapeutas envolvidos com o pré-parto e funções/papéis esperados
  - k) Experiências anteriores com partos e com ritos de cuidado ao bebê e à sua mãe
  - i) Significados da gravidez para a família
- No parto
  - a) Pessoas presentes no cenário do parto e funções desempenhadas
  - b) Local da casa onde ocorreu o parto e disposição dos objetos/equipamentos
  - c) Símbolos utilizados e significados (vestimentas, alimentos, amuletos, orações, cantos, danças, altares, etc.)
  - d) Quem cortou o cordão?
  - e) Forma de participação nos primeiros cuidados com o RN. Quem escolheu as roupas do RN. Foi realizado algum cuidado imediato com o RN, pela família?

- f) Qual o destino dado à placenta?
- g) Posturas/comportamentos adotados pelo “casal grávido” durante o parto
- h) Onde/com quem aprenderam acerca dessas ações
- i) Rotina da família durante o parto
- j) Posição adotada pelos participantes do parto
- l) Sentimentos, manifestações, expressões verbais ou não verbais e demandas expressadas pela parturiente durante todo o transcurso do parto

- Pós-parto imediato

- a) Primeiro contato do casal grávido com o RN. Como ocorre a aproximação (descrever palavras e gestos)
- b) Quem mais participou do momento (sequencia, papéis, palavras e gestos)
- c) Tipo de contato efetuado (pele-a-pele; sucção; cheiro; toque das mãos, etc.)
- d) Disposições e arranjos efetuados no ambiente físico
- e) Destino dado à placenta e justificativas
- f) Destino dado ao cordão umbilical e justificativas

- Pós-parto

- a) Sentimentos da família/casal grávido após o parto
- b) Cuidados familiares relacionados à puérpera. Significados explicitados (alimentação, cuidados com o corpo, cuidados ambientais, etc.)
- c) Comportamentos e significados relacionados à amamentação (para a puérpera/família)
- d) Cuidados com o RN (como é feito, frequência, quem executa ou participa, objetos ou materiais utilizados e significados emanados)
  - coto umbilical
  - icterícia
  - cuidados com a pele
  - alimentação
  - banho/higiene
  - outros
- e) Realização de cerimônias de iniciação, como batismo
- f) Participação dos outros filhos e papéis desempenhados pelo casal ou outros com relação aos mesmos
- g) Percepção saúde-doença (o que fazem para manter a saúde, o que provoca doença e o que fazem para preveni-las)

- h) Itinerário terapêutico (quem procuram, quando, onde, porque)
- i) Experiências anteriores com benzedeiros, vizinhos, curandeiras, parteiras ou outros especialistas populares e/ou do sistema profissional
- j) Significados do resguardo para a família (quando principia e quando acaba), prevenções e cuidados especiais
- k) Status do recém-nascido para a família
- l) Status da puérpera e do pai do recém-nascido

## APÊNDICE C – Modelo do diário de campo

**Diário de campo n° 3:** primeira incursão antes do parto

**Identificação:** primeira visita preparatória para o parto domiciliar realizada pelas enfermeiras obstétricas na casa de Flávia e Fábio (que estão à espera da primeira filha)

**Contexto da observação:** Casa do casal (própria)

**Data/período:** segunda feira, dia 13/09/10, das 9:30 até 11:20

<b>Notas de Campo</b>	<b>Notas de Reflexão</b>
<p>Acessei a casa, acompanhando a equipe de enfermeiras obstétricas. Chegamos no horário marcado. Foi fácil achar, pois as profissionais lembraram que já haviam atendido a dois partos nessa mesma rua. Adiante, logo avistamos uma caminhonete e um homem tirando um bercinho de madeira de dentro dela. O portão estava aberto e, simplesmente, fomos entrando. A casa, de madeira e alvenaria (estilo rústico), tinha duas entradas e ambas estavam abertas. Pela janela da cozinha, observamos que uma mulher lavava a louça. Uma das enfermeiras disse: “Ô de casa!!!” Logo ela largou a louça e exclamou “Opa!! Vamos entrando”, e ainda secando a mão, veio nos receber pela porta da frente. Na entrada, percebo a cozinha do lado esquerdo, ampla, muitas janelas, louça em cima da pia, chão de cimento queimado. Do lado direito tem uma sala do mesmo tamanho da cozinha e um</p>	<p>A casa</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de madeira com alvenaria (finalizando construção)</li><li>- pouquíssimo material industrializado na edificação da pequena morada. Quase sem muros; “permeável” à natureza. A floresta quase adentra os cômodos. O berço também é de madeira</li></ul> <p>Primeiros contatos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nos recebeu com alegria, <input type="checkbox"/> convidando para entrar</li></ul>

banheiro. Uma das paredes do banheiro é de vidro, voltada para uma floresta fechada nos fundos da casa. Na frente, uma escada, cujos degraus são de madeira lascada, com formas diferenciadas. Subimos logo atrás dela, enquanto se desculpava: *“não reparam a bagunça, estamos terminando de construir o quartinho dela, e outras coisas que estavam faltando”*. Logo que acessamos um quarto, fomos apresentados a três homens, sendo que um montava móveis, o outro fazia um banheiro e o outro parece que era ajudante (não consegui entender direito). Ela nos guiou até o quarto do casal, e lá, fomos convidadas a sentar. Antes, porém, fechou a porta do quarto. Estava agitada. Começou a falar sem parar, emendando um assunto no outro. Quando uma das profissionais percebeu a ansiedade, fez uma pergunta mais direcionada:

- como vocês chegaram até nós?  
 - *“então, sei que vocês já atenderam dois partos nessa rua. Só escuto falar bem do trabalho de vocês. Minha mãe teve parto normal, nunca pensei que comigo seria diferente. Fui na maternidade e achei o local de um frieza impressionante. Pensei que eu já me transformei tanto nessa gestação, estou preparando tudo com muito carinho, já até arrumei música, flores, fiz um plano de parto para*

Rituais de preparo para a chegada do bebê: □

- reformando a casa
- construindo o quartinho

Intimidade preservada - não queria que os pedreiros escutassem a conversa

Rituais de preparo para o parto

- a escolha pelo PD
- Explorar o papel do médico no parto em casa)

- “frieza” da maternidade  
 - “me transformei tanto na gestação”: como?  
 em que sentido?

- construiu plano de parto (quer música e flores)



*receber ela em casa [...] o apoio do médico foi fundamental para decidirmos pelo parto domiciliar. Acho que vamos querer a presença dele em casa também, mesmo que o parto seja atendido por vocês, gostamos muito dele e ele que nos abriu essa possibilidade. Mesmo que ele fique por perto, não faço questão que ele pegue o bebê... estou totalmente tranquila com a decisão de ter um parto domiciliar”.*

- Você precisa decidir se quer ele (médico) em casa no dia do parto ou não, pois ele precisa se preparar para isso.

- *“Quero ter um parto na água, acho que a água vai ser fundamental no parto!*

As enfermeiras solicitaram que ela enviasse o plano de parto por e-mail. De imediato ela explicou que o tinha elaborado, a partir de leituras sobre preparação para o parto: *“tem um livro especial que estou lendo muito, chama ‘Nutrindo a alma do seu bebê’, tem mentalizações diárias, faço todos os dias de manhã. O livro é da linha do novo espiritismo. Busco, com isso, transmutar todo o carma negativo que ela possa ter”.* Nos mostrou um livro, e folheando as páginas, vi que um dos capítulos era intitulado: *“Somos pais e professores da nossa Alma”,* e outro, *“Parto: um ritual de passagem”.* Solicitei que, se fosse possível, contasse

- parir na água (mais um elemento da natureza)

Literatura de apoio?

- Livro: Nutrindo alma do seu bebê  
- mentalizações diárias  
- novo espiritismo

nota metodológica (ver)

Rituais de preparo para o parto

- acelerar a reforma para a

<p>um pouco da história dos dois, como se conheceram. Disse que ambos são mineiros, se conheceram lá, e vieram para Florianópolis há seis anos. Compraram o terreno, que, na época, tinha uma casinha pequena, e aos poucos estavam reformando... <i>“depois da gravidez demos uma acelerada na reforma, nós construímos essa casa juntos, e isso é o mais legal. Gostamos de colocar a mão na massa, nós lixamos, nós pintamos, eu que desenhei, sou formada em Design de interior, e ele é dentista, mas adora fazer trabalhos com a terra. A gente quer que ela espere um pouco mais para nascer, assim termino as coisinhas que faltam. Vocês tão vindo, to aqui com a casa cheia de gente pra terminar logo.”</i> No meio da conversa ela parava algumas vezes para orientar os homens que trabalhavam, falava com eles por um ou dois minutos e voltava a conversar exatamente no assunto que havia parado. Tomava o cuidado de fechar a porta para continuarmos a conversa. Perguntamos para ela quem mais estaria no parto, além do casal, e ela mencionou que a mãe e o irmão estão vindo de Minas, no dia 24. Acha que estarão em casa, mas não sabe se vai querer que fiquem no ambiente onde será o parto. <i>“Minha mãe já passou por tanta coisa na vida...</i></p>	<p>chegada do bebê</p> <p>- a visita das enfermeiras era importante, mas a reforma também</p> <p>- conseguia dar atenção para pedreiros e enfermeiras</p> <p>Significado do parto como um presente para a mãe</p>
---	---

*recentemente meu padrasto morreu, na verdade, ele se suicidou, ela ficou muito triste, acho que a presença dela no nascimento da primeira neta será bom, eu quero dar esse presente para ela.*” Nesse momento, começou a falar de um filme, que chama “A partida”; um filme japonês que ela acha que tem tudo a ver com o trabalho das enfermeiras que atendem parto domiciliar. *“Trata-se da vida e da morte. Como o trabalho de vocês, lida com pessoas em um momento fino que é o nascimento”*. A enfermeira falou: *“sim, a vida e a morte são momentos semelhantes. Quem está nascendo e quem está morrendo não sabe o que vem pela frente”*. Ela nos indicou a ver esse filme, disse que íamos gostar muito, pois a ajudou a se preparar para o nascimento. As enfermeiras agradeceram a indicação e perguntaram como foi a história dessa gestação. Ela então respondeu que no ano passado esteve grávida, e perdeu a gestação com um mês. Não foi planejada. *“Esse acontecimento acendeu em mim a vontade de ser mãe, senti que meu corpo estava preparado para a maternidade, e queria a maternidade, só que antes, eu é que não estava preparada (emocionalmente), só meu corpo, então decidimos deixar a possibilidade aberta, e eu*

- filme “A partida” - ajudou na preparação para o nascimento?

Rituais de cuidado com a grávida  
 - “senti que meu corpo estava pronto para a maternidade”  
 - gestação planejada

*engravidei em um ou dois meses depois [...]. Decidimos que seria um caminho natural, resolvemos casar de papel passado, pois a família dele é bem tradicional, e fazer tudo direitinho. Antes a gente usava só camisinha (falava baixo, quase cochichando), aí deixamos ela de lado para engravidar”.*

Sobre o casamento:

- “o casamento foi assim como um parto em casa, eu fiz tudo sozinha, não entreguei para outras pessoas fazerem (organizarem), igual a casa, outro parto que fizemos sozinhos.” As enfermeiras deram corda à conversa, mas dessa vez, direcionando para a consulta de enfermagem propriamente dita, perguntando como ela está se sentindo. Ela disse que está tendo corrimento de novo, fala quase cochichando a palavra corrimento: “você fazem toque?” dessa vez falou tão baixo que se ela não fizesse o sinal com os dois dedos, talvez eu não entenderia. Disseram que não iriam fazer hoje porque é muito cedo para isso. O toque vaginal pode gerar contrações, e ela rapidamente continuou: “e eu preciso terminar a casa antes dela nascer, vocês estão certas!” Antes das enfermeiras realizarem o exame físico, falaram sobre atendimento e como serão as próximas visitas, falaram sobre o termos de compromisso de

Rituais de cuidado para a chegada do bebê

- casaram-se no civil - Perfil

- Cochichava a palavra ‘camisinha’, mesmo de portas fechadas

- Casamento e construção = parto domiciliar (a responsabilidade do CG) (não entregaram responsabilidade para outros; fizeram “sozinhos”)

Consulta pré-natal

- cochicha palavras e sentenças que envolve intimidade, não quer se expor? Vergonha?

Rituais de cuidado para a chegada do bebe

atendimento, as coisas que precisam ser compradas e providenciadas para o parto domiciliar. Antes de terminar, ela já foi adiantando: *“sei que vocês pedem que a malinha da mãe e do bebê estejam prontas, eu já arrumei a da neném (apontando para a malinha que, curiosamente estava atrás de uma imagem da Virgem Maria, e, no zíper da mala, tinha um chaveiro com a imagem de Maria, com Jesus no colo), outras pessoas me falaram que vocês pedem isso”*. Explicaram que isso se tratava de uma segurança para o caso de encaminhamento para a maternidade, no período intraparto. Trocaram telefones e enfatizaram a disponibilidade. Nesse momento, solicitei ainda sua atenção especial e reforcei (conforme já havia sido explicado por telefone, tanto pelas enfermeiras, como por mim), sobre a vontade de contribuir para a comunidade científica com trabalhos sobre o parto domiciliar, e que eu estava fazendo um mestrado.... expliquei detalhes e apresentei o TCLE – *“rituais de cuidado?? Você está no lugar certo!!! Eu tenho muito disso, já me preparei, separei musicas, eu preciso de músicas e flores do campo para o parto, até sonhei com isso, sonhei que no parto as coisas não davam certo em casa,*

- imagem da Virgem Maria na mala do bebê (proteção??)

notas metodológicas (ver)

Rituais de preparação para o parto  
 flores  
 - música  
 - sonho

*e eu falava para meu marido, cadê a música, cadê as flores e eu saía para colocar a musica e colher flores, sabia que se tivesse isso, tudo daria certo. Mas olha, uma em especial eu não abro mão de ter, é a mirra, sabe aquela (cochichando) que Jesus ganhou quando nasceu? Essa não pode faltar, já plantei mirra, ela está meio ‘mirradinha’ (risos), mas falei com minha vizinha que tem uma bem linda, para me dar umas folhas; quero colocar na água da piscina”. Eu disse para ela que meu irmão foi a Jerusalém e me trouxe mirra em resina para queimar como incenso. Ela cochichou: igual o presente de Jesus! Mirra de Jerusalém? Eu disse que sim, e que poderia trazer um pouco para ela, se ela quisesse. Ela expressou felicidade: “nossa, mas mirra de Jerusalém, e você vai me dar um pouco?? Não precisa ser muito, qualquer pedrinha já vale!! Claro que eu quero!” No quarto dela percebo um altar logo na frente da cama do casal, uma estátua da Virgem Maria, incensos, difusor, óleos essencial, um copo com água e um ramo de lavanda. Ao perceber que eu estava olhando, ela foi até lá, acariciou o ramo de lavanda e disse: “está aqui há quase dois meses, ele não murcha, incrível, teve um dia que estava meio caidinho, eu troquei a água e coloquei floral rescue, e*

#### Práticas religiosas

- □MIRRA (fundamental) liga com o nascimento de Jesus
- cochicho – será que fala baixo porque há algum tipo de “contaminação simbólica” em curso? Algo “sagrado”, especial, íntimo?
- uso de floral nas plantas (práticas terapêuticas)

#### Práticas religiosas

- cuidado com o altar, atenção em manter fresco e vivo o ramo de planta

*logo se animou de novo!”* Ao exame físico realizado por uma das enfermeiras, sinais vitais maternos e fetais estáveis, bebê encaixado na pelve. Foi orientada sobre os sinais de trabalho de parto e quando chamar as enfermeiras. Descemos as escadas e, dessa vez, ela parou para mostrar a casa. A cada detalhe que as enfermeiras percebiam e elogiavam, ela abria um sorriso de satisfação. Despediu-se com abraços, enquanto as enfermeiras marcavam a próxima visita, para dali a uma semana, já que ela verbalizou que o marido estaria em casa. Ao final, pronunciou: *“gostei da energia de vocês, juntas. Acho que vamos ter uma linda parceria pela frente!”*

### **Notas metodológicas**

- “me transformei tanto na gestação” como? em que sentido? Explorar mais isso na próxima consulta, quais foram as transformações??
- novo-espiritismo – Explorar mais o conhecimento dela sobre o assunto
- Buscar livro “Nutrindo a alma do seu bebê”
- Buscar filme: A partida
- o momento da explicação do TCLE foi propício, levantou rituais de cuidado praticados por ela.

**Diário de Campo nº 5:** segunda incursão ao campo

**Identificação:** segunda visita pré-parto do casal Ana e André (esperando o primeiro filho)

**Contexto da observação:** na casa do casal (alugada) no sul da ilha, onde moram com o irmão de Ana

**Participantes:** casal, enfermeira e pesquisadora

**Data/período:** quinta feira, dia 19/08/2010

Notas de Campo	Notas de Reflexão
<p>Com 37 semanas de gestação, Ana entrou em contato com as enfermeiras para marcar consultas para o parto domiciliar; logo foi marcado o primeiro encontro. Acompanhei as duas enfermeiras e chegamos lá no dia e hora marcados. A casa alugada é de madeira, com um jardim muito bem cuidado na entrada. Adentrando no ambiente, logo percebi que eram praticantes de yoga, pois havia um espaço na entrada da casa para tirar os sapatos e, na sala, estão pendurados os diplomas de formação de instrutor de yoga, bem como se vê tapetinhos para a pratica. Tem também uma prancha de surf no canto da sala. O ambiente é meticulosamente organizado, móveis que combinam com a casa, estilo rústico. Percebo um altar que me parece ser relacionado à religião budista, pela figura de Buda, colares <i>japamala</i>, incensos e cristais. Ao que pude captar da conversa inicial, ela tem 21 anos, é estudante de Naturologia e</p>	<p>Contextualizando o ambiente do lar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- casa de madeira, valorização do jardim, móveis rústicos</li> <li>- tirar sapatos (as impurezas do mundo externo ficam fora?)</li> </ul> <p>Práticas naturais – Cultura da “Nova-Era”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Naturologia</li> <li>- Yoga</li> <li>- conexão com o mar</li> </ul> <p>Neo-espiritualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buda, colares, altares</li> <li>- incensos e cristais (purificação??)</li> </ul> <p>Contextualizando o “casal grávido”</p>



professora de Yoga. Ele, tem 26 anos, é formado em Fisioterapia e é professor de yoga, músico e surfista. Estão juntos há dois anos e tiveram uma gestação não planejada, mas estão muito felizes com a possibilidade de ter um filho. O irmão de Ana mora ali junto, e o pai deles ajuda com as despesas da casa, em forma de mesada. Passadas as conversas informais, uma das enfermeiras assume o direcionamento da visita e pergunta:

- como está sendo a gestação e as expectativas do casal para o parto?

Na resposta, percebo que os dois intercalam as falas, como se um soubesse exatamente o que o outro estava por dizer:

- *a gestação foi tranquila até quase o sétimo mês, quando um exame de ultrassonografia identificou um colo curto (Ana) e nós logo ficamos preocupados e começamos a estudar. Dentre as coisas que vimos, li que isso poderia causar um parto antes do prazo (André), por isso acho que o bebê vai nascer antes do prazo de 40 semanas, há mais de um mês tenho contrações e o médico disse que já tem dilatação, que bom que começaram as visitas de vocês (Ana).* Estava clara a ansiedade do casal para ter a “segurança” do acompanhamento das enfermeiras.

Entre as falas, disseram que os pais acham a história do parto

- A fala do “casal grávido” – um complementa o outro

- Atenção especial para as possíveis intercorrências na gestação

- pais com uma posição contrária ao PD

domiciliar uma “loucura”, e não apoiam essa decisão, principalmente o pai, e isso para eles é um problema, já que o pai ajuda a manter os filhos (ele mora em São Paulo). *“Acho que minha mãe e minha sogra poderão estar na cidade, mas não estarão no dia do parto, nesse dia só estaremos nós, os moradores da casa” (Ana). “Eu confio na equipe, acho que o parto acontecerá tranquilamente em casa, sem estresses. A Ana se preparou muito para isso, cuidou da alimentação, fez yoga, estamos prontos para ter o parto em casa.”(André).* A enfermeira conversou com eles sobre o atendimento da equipe e perguntou onde querem que o parto aconteça. *“Na água, aqui na sala mesmo, vamos afastar os móveis para caber a piscina, vamos colocar um pouco da água do rio Ganges que ganhamos de um amigo que veio da Índia” (André).* Enquanto a enfermeira se concentrava no preenchimento da ficha pré-natal, tomei a liberdade de perguntar se o bebe já tinha nome, ao que a mulher prontamente respondeu: *“nosso filho terá um nome em homenagem à filosofia hinduísta. No ano que vem vamos levar ele para ser batizado no Rio Ganges, pelo nosso mestre”.* Mais adiante, a enfermeira perguntou como Ana estava lidando com os desconfortos do final da gestação:

Rede de apoio familiar

- mãe e sogra possivelmente estarão na Cidade, mas não no cenário do parto
- “casal-grávido” – SÓ NÓS

Rituais de cuidado com a gestante

- prática de autocuidado
- uso de medicina alternativa complementar
- boa prática alimentar

- idealização de um parto na água
- a água do parto e a água do Rio Ganges
- ligação do nascimento com a religião

Neo-espiritualidade – Homenagem ao

Hinduísmo

Rituais de cuidado com o Bebê

- agregação à opção religiosa dos pais

<p>- estava com prisão de ventre, fiz uma prática da medicina Ayurveda, com a aplicação de 60ml de óleo de gergelim, com uma pitada de sal de rocha morno, via retal. Fiz uma aplicação à noite e deitei, no dia seguinte o intestino voltou a funcionar, repeti a prática por três dias. Também mergulhei um O.B. no óleo de gergelim morno e coloquei intravaginal por uma noite, isso é bom para preparar o canal de parto para a passagem do bebê. Além disso, relatou que está se alimentando bem, para ter energia no dia do parto. Com contrações esporádicas, a enfermeira conversou sobre o parto e quando ela deveria entrar em contato caso o trabalho de parto começasse. Incentivou para que continuasse a prática de yoga e os exercícios, pois isso poderia ajudar o condicionamento físico dela no dia do parto. Ao final da consulta, voltei a conversar com o casal sobre o meu projeto de pesquisa para o mestrado, e entreguei o TCLE, solicitando para que lessem com atenção e me entregassem na próxima consulta ou no parto, caso aceitassem participar. De pronto já se mostraram favoráveis, dizendo que seria um prazer colaborar para o estudo. Nos despedimos, e as enfermeiras da equipe se colocaram à disposição para atender o chamado deles à qualquer hora.</p>	<p>Rituais de cuidado com a gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prática de autocuidado</li> <li>- medicina alternativa complementar</li> </ul> <p>- “boa” prática alimentar (alimento saudável = energia)</p>
--	---

### Notas metodológicas

- Cultura da nova-era: ver Sonia Malluf
- Explorar mais a rede de apoio familiar. Ao mesmo tempo que recebem apoio financeiro, não querem os pais por perto no dia do parto
- Explorar outras práticas de medicina alternativa e complementar realizadas pelo casal
- Explorar o significado da água do Rio Ganges
- Resposta positiva para participar do estudo

**Diário de Campo n° 3:** dia do nascimento

**Identificação:** Graça (estudante de naturologia, 19 anos) e Gil (instrutor de yoga, 28 anos), no dia em que chamaram as enfermeiras para o parto

**Contexto da observação:** casa alugada pelo casal, próximo à universidade

**Participantes:** casal, mãe da Graça, 2 enfermeiras, a pesquisadora, amigos que ficavam do lado de fora da casa

**Data/Período:** sexta-feira, dia 01/10/2010, das 6:00 às 12hs

Notas de campo	Notas de Reflexão
<p>Por volta das 19hs da noite de quinta feira, a Graça me ligou, falou que a enfermeira foi na casa dela de manhã para uma visita, fizeram “barriga de gesso” e conversaram bastante sobre o parto (infelizmente não tinha conseguido acompanhar a enfermeira, justamente por estar, naquele instante, coletando dados com outra família). Disse que sentiu minha falta, principalmente porque fizeram a barriga de gesso. Gentilmente, solicitei que me contasse mais sobre a tal técnica, e ela respondeu: <i>“já estou sentindo leves contrações, então decidi</i></p>	<p>Rituais de cuidado com a gestação - molde de gesso da barriga para eternizar: ritos de separação??</p>

*pedir para ela fazer a barriga de gesso para eternizar esse momento da gestação. Gosto muito dessa barriga*". Percebi que ao invés de explicar-me, a intenção era dizer que o parto estava se aproximando e que ela mesma gostaria de me comunicar isso. Reiterou o convite para participar do parto. Para a minha alegria a enfermeira que a assistia diretamente ligou na madrugada dessa mesma noite, mais precisamente às 05:05min, e me disse que se eu quisesse, passaria para me pegar, já que a outra colega de equipe morava próximo. Logo estávamos à caminho da casa de Graça, contemplando o dia que estava nascendo. Chegamos lá perto das 6 da manhã. A porta da casa estava aberta, e logo apareceu a avó, que varria a sala. Estava organizando o ambiente. Nos recebeu com sorriso no rosto: *"Bom dia!!! A Graça acabou de sair do banho, está no quarto, logo, logo deve aparecer por aqui, vocês querem entrar lá?"* A enfermeira disse que iria esperar ela sair do quarto. A mãe da gestante disse então que ia fazer uma torta de banana, nos ofereceu chá, e disse para ficarmos a vontade. Passados alguns minutos, o casal saiu do quarto. Ambos com aparência de terem dormido pouco à noite, mas, ao mesmo tempo, sorrindo: *"as contrações não param, estão*

- contato direto com a pesquisadora  
- vínculo?

Rede de apoio familiar

- tiveram autonomia de passar parte do trabalho de parto em casa, sem apoio das enfermeiras.

<p><i>vindo uma atrás da outra” (Graça). A enfermeira abraçou a mulher dando bom dia, logo fiz a mesma coisa, e pediu para que ela deitasse para fazer um exame físico e avaliar a evolução do trabalho de parto. Ao exame, a enfermeira constatou 4 contrações em 10 minutos, e verificou os batimentos cardíacos fetais. No toque vaginal, uma dilatação de 9 centímetros surpreendeu a todos. Definitivamente, a madrugada de contrações havia sido produtiva. Quando a enfermeira disse que o trabalho de parto já estava adiantado por demais, a gestante sorriu e verbalizou: “<i>que bom, valeu a pena as contrações da madrugada</i>”. O companheiro, ao saber da notícia, colocou-se a acender velas pela casa, nos pequenos altares posicionados nos cantos da sala e no quarto. Vestiu colares indianos (alguns) do tipo japamala (com contas que sinalizam as orações). A enfermeira encheu a bola (suíça) e ofereceu para a gestante, que sentou e se balançou. Nesse momento o companheiro pegou potinhos com tinta de cor vermelha (tipo terra cota), e ‘pintou’ a face da mulher, com um risco vertical na frente (entre os olhos e nos supracílios) e dois riscos horizontais nas bochechas, nas cores amarelo e branco. As contrações foram ficando mais intensas. Ela se agachou e ele</i></p>	<p>Cuidados com o preparo do ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- limpeza</li> <li>- preparo de alimentos</li> <li>- ambiência descontraída</li> </ul>
---	---

pegou um instrumento de sopro, chamado 'diduridu' (proveniente dos aborígenes australianos, segundo me explicou posteriormente), e tocou de forma que a extremidade do instrumento ficasse da coluna da mulher (o instrumento faz um som grave, que vibra constante). Enquanto todos esses movimentos tomavam forma no ambiente do parto, outra enfermeira chegou. A piscina estava quase cheia, montada bem no meio da pequena sala. Logo a gestante foi convidada a entrar, a fim de aliviar o desconforto na região lombar, causado pelas contrações. Ela não pensou duas vezes e entrou na água. Nesse momento, poucas palavras eram proferidas. O companheiro trouxe o colar com a pedra de turquesa e, gentilmente, colocou no pescoço da mulher. O cheiro da torta integral tomou conta do ambiente. A mãe da gestante admirava a filha. Tirava algumas fotos, e outras, pedia que eu tirasse. Passou café, ofereceu a todos. Do lado de fora, os vizinhos já circulavam a casa; uma delas perguntou se estávamos precisando de alguma coisa (a essa altura, já tinham percebido que a amiga/vizinha estava em trabalho de parto). Como o gás que fervia a água para aquecer a piscina tinha acabado, a enfermeira perguntou se ela emprestaria o botijão de

#### Rituais de cuidado no parto

A performance inclui:

- símbolos (velas acesas e os colares budistas): apoio para atravessar o parto?
  - pintar face da gestante
  - tocar instrumento aborígine
  - música (instrumento terapêutico)
- Ritos de proteção???
- O colar (proteção ?)

#### A ambiência do nascimento

- o cheiro da torta e do café
  - a mãe admirando a filha parindo
- os vizinhos prontamente prestativos do lado de fora da casa

gás. Essa moça abriu um sorriso espontâneo e prontamente mostrou-se favorável em ajudar, trazendo o botijão. O outro vizinho tocava e cantava. Uma outra vizinha trouxe uma vela e colocou na entrada da casa da mulher que estava parindo, e os três (vizinhos) começaram a juntar madeira para uma fogueira. Do lado de dentro, as contrações cada vez mais intensas, porém, a gestante se mostrava cada vez mais calma. Uma música instrumental tocava bem baixinho na sala, que era o lugar onde estava montada a piscina. Quando as velas apagavam, o companheiro prontamente acendia outra no lugar. Às 8:40 a bolsa rompeu, o companheiro disse: *“bem na hora que eu acendi essa vela”*. Observou com atenção a água da piscina que tinha grumos de vérnix. O companheiro fez um carinho nas costas da gestante e logo depois pegou o tambor para tocar. Interessantemente, as batidas do tambor seguiam o ritmo dos batimentos cardíacos do bebê, ouvidos com uma certa constância pelas enfermeiras. Na contração seguinte, a gestante fez um som de puxo, como se tivesse empurrando o bebê no canal de parto. O cenário era esse: a enfermeira que estava sentada a meu lado, anotava no partograma o horário que a bolsa havia rompido espontaneamente, a avó

#### Rituais de celebração

- vizinhos tocando instrumentos e cantando do lado de fora (celebração ao nascimento)

#### A ambiência no momento parto

- tranquilidade do “casal grávido”  
 - autonomia  
 - protagonismo  
 - música ambiente  
 - reacender velas que apagavam  
 - a bolsa rompeu na hora que a vela acendeu (significado para o companheiro)  
 - massagem/carinho

- o som do tambor tocado pelo companheiro

O cenário do parto (a posição de cada “personagem”)



<p>tirava fotos, e depois da contração, ao som do tambor que o companheiro batia ritmado, Graça, que estava em posição genopeitoral na água, disse com calma “<i>a cabecinha já saiu</i>”. As enfermeiras se entreolharam com certa expressão de espanto e então, rapidamente, pegaram luvas e conferiram o que a gestante havia dito. Sim, a cabecinha já havia saído. O companheiro, na frente da mulher, tocava tambor. A avó largou a câmera para ver. Nesse momento, a enfermeira olhou para a mãe da gestante e a convidou para se posicionar e receber o neto nas mãos. A avó juntou as mãos, esfregando uma na outra, sorriu com um olhar surpreso pelo convite inesperado, e disse: “<i>vamos lá minha filha, já está quase nascendo</i>” (<i>numa voz suave</i>). Logo os ombros se desprenderam, a enfermeira desfez uma circular de cordão que estava em volta do pescoço e disse para a avó: “<i>se quiser pegar...</i>”. O menino nasceu lentamente, e a avó, aparentemente surpresa, levantou-o da água e o segurou, até que a filha se virasse para receber a criança. A mulher se virou devagar, olhou para o filho, ainda preso ao cordão umbilical, sendo segurado pela mãe dela, tirou o top (soutien) que estava molhado e, com as duas mãos, pegou o filho no colo e o</p>	<p>Sem que ninguém esperasse, a mulher anunciou o desprendimento do polo cefálico “a cabecinha já saiu”</p> <p>Rituais de incorporação</p> <p>- O significado da avó “pegar” o neto e entregar para a filha</p> <p>Rituais de saudação ao RN - o primeiro contato com o filho</p>
--	---

<p>abraçou. O menino chorou; ninguém disse nada. Só se ouvia um choro sentido do bebê recém-nascido. Passou um minuto e a mulher começou a ninar o filho com um som (como se fosse um mantra) e o menino se acalmou. O pai só olhava os dois, e então, num dado momento, jogou água quentinha no filho, visivelmente emocionado. Passaram mais três minutos e a mulher (recém-parida), olhando para o filho, que de vez em quando chorava, disse: <i>“foi um processo longo que você passou né? Eu passei também... nós passamos”</i> e cantarolava mantras. O companheiro disse: <i>“vou soprar o búzio para anunciar o nascimento”</i>. Levantou, pegou uma concha, foi para a frente da casa (do lado de fora). Eu pedi licença e fui atrás dele. Ao abrimos a porta, os três vizinhos estavam sentados (um do lado do outro) de pernas cruzadas (como índio) sorrindo. O companheiro soprou o búzio nas quatro direções. Logo a primeira vez que ele soprou, alguém ao longe gritou bem alto: <i>“nasceu, viva a vida!!”</i>. Na segunda vez que ele soprou, outra pessoa ao longe soprou também, como se tivesse respondendo. Os pássaros voaram assustados com o som. Ele soprou nas quatro direções, depois para o céu, para a terra, e para o centro (tocando a mão no coração enquanto soprava). Entre um sopro e outro,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- abraço</li> <li>- silêncio</li>   <li>- mantra de ninar</li>   <li>- importância de “situar” o RN no tempo e no espaço</li>   <li>- o anúncio aos “quatro ventos”</li>   <li>- a celebração da comunidade vizinha</li>   <li>- a participação da comunidade vizinha/significados compartilhados</li> </ul>
---	---

<p>levantava as mãos e falava umas palavras que eu não conseguia entender. Depois disso, entrou novamente na casa, colocou a concha dentro da piscina (coletando água) e derramou aquela água sobre o filho. Aos sinais de que a placenta estava por sair, a enfermeira propôs que eles saíssem da água (mãe e bebê). A avó pegou toalhas, e organizou o quarto para receber a filha e o neto. Lá, semi-sentada, a mulher amamentou pela primeira vez o filho. Com cinco minutos de mamada, o outro seio pingava leite. Quando a placenta saiu, a mulher (que pouco falou durante os primeiros minutos pós-parto) disse: <i>“te agradeço placenta, por nutrir meu filho”</i>. Passados uns minutos mais, chamou a mãe e deu as seguintes orientações: <i>“mãe, lembra que eu te falei as coisas que eu quero fazer com a placenta?”</i> A mãe disse que sim. A filha continuou: <i>“então, para a tintura, você pega uma colher pequena de placenta e mistura com nove colheres de brandy, e coloca nesse vidro aqui (pegando um vidro vazio cor de âmbar que estava ao lado da cama), depois você pega um outro pedaço, tipo do tanto de uma colher de sopa, e bate numa vitamina de frutas, com qualquer fruta, e me traz aqui que eu vou querer tomar.”</i> A enfermeira que olhava tudo disse: <i>“então vamos cortar o cordão umbilical, já que vocês</i></p>	<p>Rituais de cuidado com a placenta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agradecimento à placenta</li> <li>- significado de nutrição da vida</li>   <li>- tintura com a placenta</li> </ul>
--	--

*vão precisar da placenta pra fazer tudo isso*". Perguntou quem gostaria de cortar o cordão. O marido levantou em silêncio, cortou o cordão, cerimonialmente, e a avó levou a placenta, exclamando: *"eu também vou querer um pedaço para passar no meu rosto. Já ouvi dizer que é bom para a pele"*. Enquanto a enfermeira examinava o bebê (pesava, media, e testava os reflexos), sob os olhares atentos dos novos pais, acompanhei a avó na confecção da tintura de placenta e da "vitamina". Uma das enfermeiras ofereceu para ela uma luva, sendo que a mesma aceitou prontamente, falando: *"assim vai ser melhor, fica tudo bem limpinho"*. Fez a tintura com atenção às recomendações da filha. Depois colocou no liquidificador uma maçã, uma beterraba (orgânica!), um pedaço de mamão, água, e uma colher de sopa com pedaços da placenta. Bateu tudo e colocou num copo. Depois, enrolou a placenta num saco e guardou no freezer: *"elas vão querer plantar uma árvore em cima"*. Levou a poção para a filha, que tomou bem lentamente. Ofereceu para o companheiro, que também tomou a vitamina. A avó, na frente do espelho, passou um pedaço da placenta na face, como se fosse creme, e lá deixou, ficando com a face avermelhada com o sangue. Depois do exame

- "vitamina" com a placenta

- passo-a-passo da tintura de placenta e a "vitamina" (orientações da puérpera)

- a placenta como remédio para a pele

- o significado do sangue da placenta

Aprofundar/interpretar os significados dados à placenta nas

<p>físico do RN feito pela enfermeira, os novos pais colocaram a primeira roupa no bebê. Os dois fizeram isso em aproximadamente 10 minutos, pois tocavam, acariciavam, alisavam o filho. Tudo foi feito lentamente. Depois, a mulher pediu para a enfermeira ajudá-la a colocar uma roupa nela, pois ela queria se levantar um pouco. Do lado de fora da casa, os amigos começavam a chegar. De dentro já ouvíamos o som da música que faziam em volta da fogueira que fizeram. Graça falou com o pai dela e com a sogra ao telefone. Duas horas após o nascimento, saíram de casa para encontrar os amigos, que celebravam o nascimento com flores e música, em volta da fogueira. Do lado de fora agora eram 9 pessoas empenhadas em celebrar a chegada do novo membro da comunidade. Cantaram uma música de boas-vindas, que expressava algo assim: <i>“salve a espaçonave do anjo Gabriel, que deixa nesse mundo mais um filho do céu”</i>. Tudo filmado e registrado, ajudei as enfermeiras a guardar o material no carro. Tiramos uma foto todos juntos e começamos a nos despedir. Antes de sair, a enfermeira deu orientações para a família sobre a amamentação e aconselhou que a nova mãe se alimentasse e dormisse um pouco, pois a madrugada havia sido longa.</p>	<p>DISCUSSÕES VIRTUAIS da “comunidade” (<b>Anexo 2</b>)</p> <p>Rituais de cuidado com o RN - as primeiras interações com o RN feitas pelo “casal grávido”</p> <p>- música de “boas-vindas”</p>
--	--

### Notas metodológicas

- Explorar o significado da tinta na face da mulher em trabalho de parto, do tambor, do sopro no búzios anunciando o nascimento.
  - Aprofundar o significado da avó ter sido a primeira a tocar no bebê.
- Consentimento dos pais?
- Aprofundar a rede de significados relacionada com a práxis durante o parto e nascimento e a participação da “comunidade”.

**Diário de Campo nº 3:** quinta incursão ao campo

**Identificação:** visita no terceiro dia pós-parto do casal Dalila e Dácio

**Contexto da observação:** casa do casal alugada, próximo à praia

**Participantes:** casal, enfermeira e pesquisadora

**Data/Período:** segunda-feira, dia 27/09/10, das 14:30 às 15:30hs

Notas de Campo	Notas de Reflexão
<p>Acompanhando uma enfermeira da equipe, fui na visita do terceiro dia pós-parto deste casal. Chegamos no horário combinado. Como eu já conhecia a casa, depois de tantas idas e vindas, entre visitas preparatórias para o parto, o parto e as visitas pós-parto, me sentia familiarizada com o ambiente. Logo na entrada, encontramos Dácio organizando a casa e colocando fraldas de pano de molho em baldes. Nos recebeu com um largo sorriso no rosto, sem muitas palavras. Parecia estar concentrado em sua tarefa: “<i>olá, vão entrando, Dalila está no quarto</i>”. Tinha um pano colorido na porta do quarto. Ao ultrapassarmos, encontramos a puérpera sentada numa cadeira comum (de madeira, com</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participação do companheiro nos cuidados com as fraldas</li> <li>- fraldas de pano</li> <li>- responsabilidade compartilhada</li> </ul>

<p>encosto), colocando o filho para “arrotar”. Estava bonita, com cabelos presos, olhos brilhantes, face descansada frente aos dias anteriores. Nos recebeu com alegria, só não se levantou, pois estava com o filho no colo. A enfermeira perguntou como tem passado os dias. E ela, sem retirar os olhos do filho: <i>“está tudo ótimo, a enfermeira veio aqui no primeiro dia, nos ensinou a dar o banho e falou coisas sobre a amamentação, ontem nós demos o banho nele, e, nossa... como ele gosta, ficou bem quietinho o tempo todo. Conseguimos que ele fizesse cocô no peniquinho (apontando para um vasilha azul do lado da cama), aquele cocô de mecônio. O maior de todos, esse foi no peniquinho, ficamos muito felizes! Acho que estamos nos acertando com ele [...]. Dácio me ajuda muito, faz tudo aqui para mim, organiza as coisas [...] ele é tímido assim quando tem muitas pessoas, fica meio calado, mas é muito parceiro comigo”</i>. A enfermeira pediu para segurar o bebê um pouco, para examiná-lo, e percebeu que ele estava sem muita roupa, só com meia e uma blusinha, envolto em um cueiro. Ao ver a face de espanto da enfermeira, a mãe disse: <i>“estamos fazendo pele a pele com ele. Sempre que coloco ele para mamar ou arrotar, deixo ele com a pele encostada na minha”</i>. A enfermeira também perguntou</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de segurança no cuidado com o RN</li>   <li>- Método “Dieper Free” (livre de fraldas)?</li>   <li>- a nova rotina familiar</li>   <li>- Contato pele a pele prolongado</li> </ul>
--	---

como têm sido as noites com o bebê: *“assim, acho que é normal que ele está acordando de vez em quando para mamar, eu estou prestando atenção para colocar ele para arrotar, mas estamos indo bem.”* No exame geral feito pela enfermeira, parecia que mãe e filho estavam bem. Orientou a ordenha preventiva e diminuição da ingesta hídrica nas próximas horas, a fim de que o bebê desse conta de esvaziar aquelas mamas, de tão repletas que estavam. Também orientou sobre as vacinas e o teste do pezinho. Dalila interrompeu a explicação, dizendo: *“sim, nós vamos fazer na quarta feira no postinho de saúde.”* A enfermeira perguntou como ela estava se sentindo: *“estou ótima, ontem mesmo amamenteei e fui lá na lan house mandar fotos do nascimento para a família. Não temos internet aqui, fui lá rapidinho e voltei, estou me sentindo muito bem”*. Enquanto conversávamos, o marido ia e vinha no quarto, pegou o filho, trocou a fralda de pano com cocô, limpando cuidadosamente. A enfermeira deu mais algumas orientações sobre o pós-parto, amamentação, posicionamento do bebê para o sono e que voltaria no dia seguinte para pesar o bebê e observar a decida do leite. Enquanto a enfermeira falava, percebi que a mulher escutava com afinco as orientações,

- bem-estar imediato no pós-parto

- participação do marido



<p>mesmo, por vezes, fazendo faces de desentendimento do linguajar técnico usado pela enfermeira. Conversamos mais um pouco sobre o parto e coisas que aconteceram naquele dia e nos despedimos com abraços.</p>	
--	--

<b>Notas metodológicas</b>
----------------------------

<p>- Buscar informações com o casal e nos sites de compartilhamento sobre Dieper Free e Cama compartilhada</p>
--



## APÊNDICE D – Etapas de síntese de categorias e subcategorias

### RITUAIS DE CUIDADO ANTES DO PARTO (fragmentos extraídos dos diversos diários de campo)

<p>A casa para nascer</p>	<p>O ideário do parto em casa</p>	<p>[...] no criado-mudo, ao lado da cama do casal, havia livros, filmes sobre gestação, parto e criação de filhos, e também uma lista de endereços de websites relacionados ao parto ‘natural e fisiológico’ realizado no domicílio (notas de observação – Dalila e Dácio).</p> <p>Ao entrar na casa, logo percebo que, como todos, também preciso tirar os sapatos. Em todos os cantos da sala há pequenos altares, figuras de mestres budistas, incensos para “purificar” o ambiente. A manhã com o casal foi pontuada por conversas sobre o preparo para o dia “D”, com alguns intervalos para que Gil (o companheiro) me mostrasse os colares de pedras turquesa e coral vermelho que está preparando para que Graça (a companheira) use durante a gestação. Cada pedra tem um significado especial de conexão com a natureza e as forças que regem a terra. Cada colar, segundo Gil, está sendo usado em um momento específico, já que as pedras “tem o poder de ajudar na circulação de energia e harmonia entre o emocional e o racional”, ajudando na preparação energética da mulher para a chegada da criança (notas de observação – Graça e Gil).</p> <p><i>“Para nós que já tivemos a experiência de um parto domiciliar, não poderia ser diferente com essa gestação. Seria um retrocesso parir no hospital quando já se vivenciou um parto domiciliar bem sucedido” (Lúcio).</i></p> <p><i>“ Fomos visitar a maternidade e ficamos impressionados. O lugar é totalmente diferente do nosso lugar. Eu me senti um estranho lá dentro [...] quando ela falou da possibilidade de ter filho em casa, isso me trouxe uma tranquilidade imensa; agora sim eu consigo até imaginar o parto; o nosso parto” (Orest)</i></p> <p><i>“Vai ser importante para eles ver a irmã nascer” (Erica)</i></p> <p><i>“Quero muito que ele participe, tenho conversado com ele sobre o parto, sobre a saída do irmãozinho, vamos ver como vai acontecer. Se ele estiver se sentindo bem para estar junto, será ótimo, não quero forçar nada, tem que ser natural” (Cecília)</i></p>
---------------------------	-----------------------------------	---

	<p>Casa, o ambiente sagrado (a casa e o sagrado)</p>	<p>Adentrando no ambiente logo percebi que são praticantes de yoga, havia um espaço na entrada da casa para tirar os sapatos, e na sala estão pendurados os diplomas de formação de instrutor de yoga, bem como se vê tapetinhos para a pratica. Tem também uma prancha de surf no canto da sala. O ambiente é extremamente organizado, móveis que combinam com a casa, estilo rústico. Percebo um altar que me parece ser relacionado à religião budista, pela figura de Buda, colares japamala, incensos e cristais. (notas de campo)</p> <p><i>“Queremos usar água do rio Ganges no parto. Não sabemos ainda como. Nosso amigo que veio da Índia trouxe para nós. Aliás, um dos motivos que queremos ter o parto em casa é porque aqui vamos poder praticar as coisas que acreditamos” (Ana - levantando-se do lugar que estava para alcançar o pequeno pote com a água para mostrar para as enfermeiras).</i></p> <p><i>“Nós acreditamos e seguimos um pouco de cada coisa. Hinduísmo, budismo... Com todas essas filosofias... conseguimos fazer um caminho de transformação individual [...] praticamos também o temascal esporadicamente, e meditamos (Gil e Graça – intercalando entre as frases); [...] não temos uma religião propriamente dita, frequentamos rodas shamânicas, praticamos o temascal e vamos no Daime algumas vezes, mas nada vinculado a uma crença específica “(Cícero)</i></p> <p>A pequena casa tem chão de cimento queimado. Na entrada, um espaço para se deixar os sapatos antes de entrar na sala [...]. No quarto do casal, além da cama, tem um armário e uma ‘arara’ com roupas penduradas. Tudo bem apertadinho, porém, um espaço nobre foi reservado para um altar improvisado numa caixa de madeira (tipo engradado), um altar de dois andares, ou seja, em cima da caixa e outro embaixo (no chão). Nesse altar, criteriosamente arranjados, encontram-se pedras, cristais, colares, penas, incensos, fotos pequenas, estátuas de barro, figuras indianas, vários frascos contendo pós de cores diversas, óleos essenciais, mandalas, velas e muitas outras coisas miúdas. (notas de observação – Graça e Gil).</p>
<p>Preparando a chegada do bebê</p>	<p>Preparo do corpo da gestante para dar à luz</p>	<p><i>“Sou muito ativa, não paro, estou o tempo todo me agachando e levantando, arrumando as coisas no quintal, e agora que parei de trabalhar, vou me dedicar mais às caminhadas mais efetivas. Também me alimento super bem, temos uma prática de alimentação natural” (Cecília)</i></p> <p><i>“Uso a rede e o trapézio para me alongar, pratico pilates sempre, meu intestino é bem regular, não como carne e pratico muita atividade física [...] tenho ficado de côcoras</i></p>

	<p>para ajudar o bebê a se encaixar” (Dalila)</p> <p>“Li muito [...] livros de gestação e parto ativos, desde então prático yoga e meditação todos os dias de manha, aqui na sala mesmo” (Zilú)</p> <p>“Estava com prisão de ventre, fiz uma prática da medicina Ayurveda, com a aplicação de 60ml de óleo de gergelim, com uma pitada de sal de rocha morno, via retal. Fiz uma aplicação à noite e deitei, no dia seguinte o intestino voltou a funcionar, repeti a prática por três dias. Também mergulhei um O.B. no óleo de gergelim morno e coloquei intravaginal por uma noite, isso é bom para preparar o canal de parto para a passagem do bebê” (Ana)</p> <p>“De vez em quando faço um escalda-pés com camomila e sal grosso, para diminuir o inchaço e a ansiedade” (Graça – ao ser questionada sobre os procedimentos que estava adotando para diminuir o edema nas pernas)</p> <p>Fazer o temascal foi maravilhoso, foi importante para eu me conectar com a gestação, com o parto e, principalmente, com o lance da superação, de aguentar firme; é difícil porque no temascal você pode desistir e sair da tenda, é diferente do parto, no parto não tem jeito de sair dele, a não ser com o bebê no colo, ou quando a mulher está num hospital e se entrega para a intervenção. Mas eu escolhi ficar até o fim, eu vi que estava conseguindo, e isso estava me fazendo bem, saí de lá com a sensação de que no parto eu vou até o fim, naturalmente (Laís)</p> <p>“Pratico yoga três vezes por semana, faço fisioterapia de solo duas vezes por semana e agora comecei a nadar uma vez por semana. Me sinto bem na água” (Graça)</p>
Planejamento para a recepção do bebê	<p>“Estou me preparando muito, separei músicas, plantas, aromas, fiz um plano de parto, mas lá no fundo sei que tudo acontecerá naturalmente, e que na hora do parto, posso não querer nada disso” (Flávia)</p> <p>“Queremos que o parto aconteça na água, aqui mesmo na sala, vamos arrastar os móveis para caber a piscina, já que ela quer tentar ter um parto na água.” (André)</p> <p>“Quero ter um parto na água, uma coisa que não abro mão é ter mirra no parto, aquela que Jesus recebeu quando nasceu. Quero colocar na água da piscina. Já até plantei um pezinho de mirra que está meio ‘mirradinho’, se não tiver com folhas bonitas no dia do parto, vou pegar com a vizinha, já falei com ela” (Flávia).</p>

		<p><i>“berço do bebe foi feito pela família, literalmente, os meus cunhados vieram visitar, compraram o material, enquanto um lixava, o outro cortava, o outro pintava e por aí foram construindo o berço, o resultado é esse, um berço original.” (Bela)</i></p> <p><i>“Eu imagino um parto na água, na posição de cócoras, com muita música, já até afinei os tambores para usar no dia do parto” (Gil)</i></p> <p><i>“O parto de Joana vai ser tranquilo, o menino vai sair pela vagina, mergulhar na água, vamos pegá-lo e colocá-lo no seio para mamar, simples assim, tenho certeza” (Júlio)</i></p> <p>A conversa ficou realmente animada, e logo começaram a distribuir as tarefas entre eles para o dia do parto. O marido ficaria de apoio para a mulher no trabalho de parto, a mãe da gestante seria a responsável pela organização do ambiente da casa, o irmão da gestante seria o responsável pelas fotos e filmagem e a amiga seria a pessoa responsável pela alimentação de todos (Notas de observação – Flávia e Flávio).</p> <p><i>“Fizemos uma reflexão sobre o significado da placenta, já que na outra filha a placenta demorou muito para sair, e teve que ser extraída manualmente, o que foi muito traumático. Enterrei a placenta e a Laís não quis nem ver. Então pesquisamos e decidimos que nesse parto vamos ressignificar tudo isso, realizando o Parto Lótus, ou seja, não vamos cortar o cordão umbilical, queremos deixar que seque e caia espontaneamente” (Lúcio)</i></p>
Inter-relações familiares	O "casal grávido"	<p><i>“O dia foi longo [...] fomos fazer tudo o que estava faltando, compramos as coisas, passamos no cartório, fomos visitar a maternidade, como vocês indicaram no último encontro agora ele (marido) chegou em casa, o bebê pode nascer” (Bela)</i></p> <p><i>“Temos que falar devagar para o Breno entender, ele é argentino, fala pouco português, entende bem, mas temos que falar devagar” (Bela)</i></p> <p><i>“fizemos o nosso filho lá, no meio do mato, com muito amor, é um bebê orgânico” (Joana).</i></p> <p><i>“o dia foi longo [...] fomos fazer tudo o que estava faltando, compramos as coisas, passamos no cartório, fomos visitar a maternidade, como vocês indicaram no último encontro agora ele (marido) chegou em casa, o bebe pode nascer” (Bela)</i></p> <p><i>“Temos que falar devagar para o Breno entender, ele é argentino, fala pouco português, entende bem, mas temos</i></p>

		<p><i>que falar devagar” (Bela)</i></p> <p><i>Ele (marido) ria e se animava ao sentir as partes do filho na barriga, o dorso, a cabecinha, enquanto fazia palpação obstétrica, beijava a barriga cada vez que o feto se mexia. “podemos namorar?” (Breno)</i></p> <p><i>“Estamos fazendo tudo junto, ele vai comigo nas consultas com o médico, exames de ultra som, e agora estamos aqui nos preparando para vivenciar o parto domiciliar” (Odília)</i></p> <p>O Dácio não fala português, em todas as observações, percebi que ele se esforçava em compreender, e na segunda visita, vi que ela (Dalila) repetia as frases ditas pela enfermeira, olhando para ele e falando mais devagar, acho que essa era uma estratégia para que ele entendesse melhor o que estava sendo dito. (notas de observação)</p>
	<p>A rede familiar</p>	<p><i>“[...] na nossa família, todo mundo é contra o parto domiciliar. A família dele [referindo-se ao companheiro] mora aqui na ilha e não temos a menor condição de contar com eles, é muito triste isso” (Maria);</i></p> <p><i>“[...] meus pais acham a história do parto domiciliar uma loucura, e não apoiam, por isso decidimos que só estaremos nós em casa” (Ana).</i></p> <p><i>“Minha mãe vai estar no dia do parto, ela é muito tranquila, acho que a presença dela vai ser fundamental. Ela já teve parto em casa, então nos apoia na decisão” (Graça).</i></p>

RITUAIS DE CUIDADO NO PARTO (extraídos de um diário de campo)

Famílias	O pós-parto imediato				
	A ambiência do nascimento	O trabalho de parto	O momento do nascimento	Recebendo o recém-nascido	A placenta
<p><b>Contextualizam-do o casal</b></p> <p>Ela é médica, trabalha com fitoterapia e aromaterapia. Teve um filho por parto domiciliar assistido por parteira e médico amigo. Agora com novo companheiro, advogado, juntos há dois anos. Moram em casa própria. (Cecília, Cicero e Caua)</p>	<p>Ao entrar na sala percebi o ambiente organizado, as flores que tinha percebido na visita anterior ainda estavam lá. O menino estava faceiro, subia e descia as escadas que davam acesso ao quarto onde estava a mãe. A enfermeira disse que ela estava fazendo puxos, que o parto estava próximo, e pediu para a outra enfermeira organizar o material. No canto esquerdo do quarto estava uma mesinha com um altar montado, incenso, óleos, imagens indianas, pedras, e um cálice de suco de beterraba. O marido disse que esse foi o último desejo de grávida dela, "suco de beterraba".</p>	<p>Ela estava deitada na cama de casal, em decúbito lateral direito, ele, ao lado dela sentado massageando suas costas e cantando, ora ele cantava um mantra (que é uma música de ninar africana, aprendida por Cecília, que cantava para seu filho mais velho dormir, o marido aprendeu, e cantava para a mulher em trabalho de parto), também cantava músicas populares brasileiras que empoderavam a mulher ("você é linda mais que demais", "é melhor ser alegre do que triste", "tu és divina e graciosa estátua majestosa do amor por Deus esculpada"...). (notas de observação)</p> <p>Ela chorava, dizia que precisava chorar mesmo, "eu preciso disso, preciso não ter medo e me entregar" (Cecília), e de vez em quando perguntava "está tudo bem gente? É assim mesmo? Tá tudo bem com o bebê?". A enfermeira respondia positivamente. A gestante tinha em sua frente vidros 3 florais (da linha dos Florais da Deusa, produzidos em Florianópolis) um que era para "medo", outro chamado 'pronto socorro' (que ela chegou a tomar de goles) e outro chamado "mente calma", ela</p>	<p>O companheiro continuava a massagear as costas e cantar o mantra, quando a cabecinha do bebê nasceu, ele começou a chorar copiosamente, olhando para cima, chorava. Logo depois saiu o restante do corpo do bebê, chorando com vontade de viver, a mãe pegou o filho nos braços, chorando e dava boas vindas ao filho "bem-vindo meu filho" entre soluços.</p> <p>O outro filho, meio assustado no canto do quarto começou a se aproximar, a enfermeira falou: "pega esse pacote de compressa, abre ele para ajudar a secar seu irmão", aquilo fez com que ele se aproximasse, ele sentou na cama e concentrado abria o pacote de compressas, e dizia "como ele chora alto, aí meus ouvidos!" logo que terminou, queria entregar a compressa para a enfermeira, e ela disse "vai lá você e coloca a toalhinha em cima do seu irmão", o menino assim fez, ainda que ressabiado, deitou do lado da mãe e dizia "olha o nariz dele, olha a boca dele, como ele chora alto" (filho de Cecília)</p> <p>Logo as cólicas pós parto começaram a incomodar, e ela pediu para o marido ir pegar essência de</p>	<p>A mãe cantava o mantras para acalmar o filho recém-nascido.</p>	<p>Quando a placenta dequitou, o filho mais velho ficou impressionado. A enfermeira dizia que era a "casinha do bebê" que estava saindo (a placenta), o marido disse para o menino "nós vamos plantar uma árvore no quintal, se sempre que olharmos para ela vamos lembrar do dia do nascimento do seu irmão, ela vai crescer junto com ele" o menino começou a dar dicas de árvores frutíferas para plantar a casinha do irmão.</p>



		<p>intercalava os três, com conta gotas, ou aos goles. Chorava, e dizia que precisava chorar. O marido massageava e cantava (notas de observação). O filho ora com medo, ora curioso, participava inquieto. Dizia “o meu escondertjo é atrás do berço, se ela gritar muito eu vou pra lá”. Outras vezes ele falava coisas que eu não entendia bem, tipo: “quando ele nascer ele vai sentir o cheirinho do céu né mãe?” e ela respondia que sim. (notas de observação)</p> <p>Ela perguntou “essa posição que eu estou é boa para vocês me atenderem, pois estou com vontade de empurrar, acho que vai nascer aqui mesmo” (Cecília) a enfermeira disse que o parto iria acontecer na posição que ela escolhesse. Ela pediu para alguém óleo essencial de gengibre: “lá em baixo, na cozinha, tem uma cesta com óleos essenciais, tem um com um rótulo azul que é gengibre, alguém pode trazer e colocar 12 gotas no difusor?”. (Cecília)</p> <p>Logo que começou a coroar a cabecinha do bebe, ainda envolta na bolsa das águas. O menino continuava narrando o que via “ai mãe, tá saindo”, “agora se esconden”, “ui mãe, tá saindo sangue”, “o que é essa geleia?”, “agora vai doer,</p>	<p>camomila e arnica, pois também sentia dor no perineo, ela mesma se medicava com a quantidade: “vou diminuir a dose de camomila, pois pode abaixar muito a minha pressão” (Cecília)</p> <p>Em algum momento, o RN começou a chorar, e o pai estendeu as mãos por cima dos dois (mãe e filho) e permaneceu com os olhos fechados, como se estivesse fazendo um passe energético para a mulher e o filho recém-nascido. Bebeu o suco de beterraba que estava no altar, e disse: “agora, meu primeiro desejo de mãe: canja! Cícero, liga para o restaurante, veja se alguém pode trazer uma canja para mim”. O marido se propôs, mas não conseguiu ingredientes para fazer a canja, uma das enfermeiras perguntou para ela o que ela queria comer que fosse diferente de canja, e ela disse “lá na cozinha tem inhame, descasca, coloca na água, e faz um caldo pra mim, só com sal e azeite mesmo, pode ser”, a enfermeira, dizendo que “nunca tinha feito aquilo na vida”, estava desocupada e se prontificou a fazer, fez, e trouxe para ela. (notas de campo)</p> <p>(terceiro dia pós-parto)</p> <p>Conversamos mais um pouco e, relembrando o dia do nascimento, perguntei ao pai do bebê porque ele fez um gesto</p>	
--	--	---	--	--

		<p>vou me esconder!" "tá saindo a cabecinha". (Filho de Cecília)</p>	<p>de imposição de mãos sobre a mulher e o filho recém-nascido momentos depois do parto, e ele disse "ah! É uma energização reikiana, eu estava imaginando uma luz azul intensa de proteção sobre eles" (Cícero). Cecília disse que "no parto foi feito de tudo um pouco, usei florais, aroma, óleos, tudo que pudesse me ajudar a vivenciar o parto da melhor maneira".</p>		
--	--	--	--	--	--

## RITUAIS DE CUIDADO APÓS O PARTO (fragmentos extraídos dos diversos diários de campo)

<p><b>Cuidados com a placenta e coto umbilical</b></p>	<p><i>"Lembra que vocês me perguntaram ontem o que eu iria fazer com a placenta? Vi na lista numa lista de discussão virtual, de mulheres que tiveram filhos em casa, que existem várias coisas que se pode fazer com a placenta, achei muito interessante pois me lembrei que eu já tinha pensado que a placenta é realmente sagrada, pois é ela que sustenta a vida intra-útero, seria um desrespeito jogá-la fora, depois disso, fui atrás de estudar mais e vi que tem muitos sites na internet e livros que falam dos benefícios da placenta no pós-parto, e o aproveitamento dela pode ser importante para a boa recuperação da mãe e do bebê" (Ana).</i></p> <p><i>"Estamos aprendendo a confiar na natureza, nosso aprendizado é conviver com essa natureza sem tanta intervenção, o homem já manipulou muitas coisas, já criou hormônios sintéticos, na história do parto mesmo são tantas intervenções que a gente vê que na verdade, o menos é o mais, quanto menos a pessoa interferir no processo que é natural será o melhor caminho, deixar a natureza agir ao invés de cortar o cordão com um metal frio e depois ficar ali, lutando para combater uma possível infecção [...] agora estamos assim, cuidando e perfumando a placenta até que o cordão seque e se desprenda suavemente, como uma fruta que cai do pé, é mais bonito assim" (Lais).</i></p> <p>A enfermeira perguntou quando o coto umbilical tinha caído, Ana respondeu dizendo que foi no sétimo dia. A enfermeira perguntou o que ela tinha feito com o coto, e ela disse: "Joguei fora, porque? Num era pra jogar" como se tivesse feito algo errado. A enfermeira disse que que havia perguntado só por querer saber mesmo. (notas de observação – Diário de Campo Ana e André)</p> <p><i>"Olha só o coto como está sequinho, estou usando Daimé fervido,</i></p>
--	--

	<p><i>sempre fiz isso com meus filhos, funciona muito melhor que o álcool". (Ruth)</i></p> <p><i>"O parto lótus reforçou esse 'retiro', forma três dias muito especiais que ficamos em família, quem veio nos ajudar foi a madrinha de Luíza (primeira filha) que tem total conexão com o nosso estilo de vida e nossa forma de pensar, ela já estava no parto, os vizinhos também ajudaram com um senso de comunidade, trouxeram comidas, sucos naturais de beterraba com laranja, ficou um 'clima caseiro, domiciliar, perto de pessoas que nos apoiavam sem o julgamento que as vezes as pessoas da família fazem" (Lais)</i></p> <p><i>"Não estamos passando nada, só limpando com água e um paninho, não precisa de álcool para secar, ele seca naturalmente, Deus fez para ser assim, o álcool não existiu sempre, as pessoas é que tem necessidade de interferir nos processos naturais, imagina se eu vou passar álcool nessa pele tão fina e delicada!" (Diário de campo – Érica e Eduardo).</i></p>
<p><b>Cuidados com a amamentação</b></p>	<p><i>"O leite que vaza do meu peito eu não desperdiço, dou para o marido beber, coloco nas plantas, até o gato está se fartando" (Graça)</i></p> <p><i>"Estou dando o leite que sobra para o outro filho, misturo na vitamina dos irmãos e eles nem percebem, isso vai ser bom para o sistema imune deles" (Érica)</i></p> <p><i>"Estamos pegando o ritmo, parece que agora as mamadas estão mais eficientes, ela amamenta e eu coloco para arrotar, está dando certo, logo ele recupera esse peso [...] a avó diz que ele está muito magro, chora de fome e que o leite dela está fraco, mas isso não nos abala, sabemos que ela foi capaz de parir e agora é capaz de produzir o leite necessário para alimentar o filho, é natural isso" (André).</i></p>
<p><b>Cuidados com o corpo recém parido</b></p>	<p><i>"[...] passei camomila azul na barriga, é um excelente anti-inflamatório, calmante e relaxante da musculatura lisa, achei que isso poderia me ajudar nos desconfortos dos gases, estava pensando em passar argila junto com a camomila, pois a argila potencializa a ação dos óleos essenciais [...] nas pernas usei o alecrim para ativar a circulação, ainda sinto que estão meio dormentes, achei que ajudaria nisso, já que representa alegria, ânimo [...] também estou usando arnica para ajudar na cicatrização do períneo, além de lavar bem com água e própolis" (Cecília).</i></p>
<p><b>Cuidados com o RN</b></p>	<p><i>Avó: como assim banho?? Vocês vão dar banho mergulhando o bebê na água?? Puérpera: sim, claro que sim, o banho é bom para relaxar o corpinho dele, se faz bem para a gente, também fará bem para ele (Diário de campo – Ana e André). Avó: vocês vão dar banho assim né? Só com o paninho, né?? Não precisa molhar ele todo, eu fazia assim com meus filhos nos primeiros dias, até o umbiguinho cair. Puérpera: que engraçado isso de não molhar, não faz o menor sentido já que ele (bebê) estava dentro d'água por nove meses, com cordão</i></p>

	<p><i>umbilical e tudo. (Diário de campo – Graça e Gil )</i></p> <p><i>“Lugar de bebê é junto dos pais, quando mais perto melhor, por isso que eles nascem dependentes, precisam de nós, nem compramos carrinho de bebê, vamos andar com ele amarrado em nosso corpo” (Dalila);</i></p> <p><i>“Tudo melhorou quando começamos a andar com ela amarrada, diminuíram as cólicas e o refluxo como ela gosta de ficar aconchegada amarrada em mim “(Lúcio).</i></p> <p><i>“Ah! A gente não deu mais banho nela, demos no primeiro dia, com a ajuda da enfermeira, depois, passou uns dois dias, e aí, a gente pegou o balde, colocou bastante água bem quentinha, fomos ali na varanda e eu mergulhei o corpinho dela ali no balde, impressionante como ela gostou daquilo, ficava com as perninhas soltinhas, o dia estava lindo, o sol estava batendo na varanda, não dá nem pra falar que foi banho, foi um relaxamento” (Orlando)</i></p> <p><i>“Estamos fazendo a cama compartilhada, isso é uma maravilha, ninguém se estressa, o bebê acorda para mamar, nem chora pois sente-se seguro, mama e volta a dormir, eu não me canso, meu marido também não, dormimos mais e conseguimos nos estressarmos menos durante o dia seguinte, uma noite bem dormida faz toda diferença no astral da casal” ( extrato de entrevista – Joana e Júlio).</i></p>
<p><b>A nova rotina familiar</b></p>	<p>Enquanto estávamos conversando, o marido passou pela sala e a mulher parou o que estava dizendo para pedir que ele buscasse uma fralda no varal pois o filho havia acabado de molhar a que estava usando, logo em seguida vira para mim e diz ‘estamos usando fraldas de pano, está sendo ótimo, ainda mais com esse sol, o Júlio (marido) conseguiu tirar todas as manchas de cocô das fraldas, ficaram branquinhas, ele é muito bom nisso [...] conseguimos distribuir bem as tarefas aqui em casa, está sendo fundamental o apoio dele, ele está cuidando de mim para eu cuidar do bebê’ (Notas de observação – Joana e Júlio).</p> <p><i>“Fomos na feira e as pessoas ficaram olhando impressionadas ao me ver de mãos dadas com duas crianças pequenas (3 e 1 ano) e um bebê de três dias amarrado em mim, fomos comprar verduras, estou me sentindo muito bem, não tem porque ficar em casa, mas eu asseguro que é cansativo sair com todos [...] o Eduardo está divertido hoje, acho que está ficando doido com tantas crianças em casa, está elétrico e energético.” (Diário de campo – Érica e Eduardo).</i></p> <p><i>“A gente está no paraíso, ela é exatamente do jeito que eu imaginava, e mais ainda, ela é tranquila, calma, poucas vezes nós vimos ela chorando forte” (Orlando)</i></p> <p><i>“Quando eu saio de casa ela (Odília) fica na função, tudo acontece, a menina fica com cólica, faz coco que mela tudo, vomita, hoje mesmo ela (Odília) me ligou chorando, desesperada porque a menina tinha vomitado tudo, fazer o quê, foi a nossa opção viver tudo isso entre a gente mesmo, vamos nos adaptando com o passar dos dias” (Orlando)</i></p> <p><i>“Essa minha mulher é poderosa, nossa, eu vi ela parir uma criança,</i></p>

*nosso relacionamento nunca mais será o mesmo, ela estava diferente, lá no chuveiro algumas vezes parecia que o espaço que é grande ficou pequeno para ela. Ela se virava, abaixava, levantava, alongava, encolhia, a impressão que eu tive era de que ela estava passando por uma transformação física mesmo, do corpo dela, como uma borboleta saindo do casulo, se debatendo para sair da casca, mudou minha forma de ver, eu não a vejo mais como mulher (ele fez uma pausa, como se tivesse com um nó na garganta – a enfermeira perguntou como ele a vê agora –) como uma divindade (com lágrimas nos olhos).” (Orlando)*



## **ANEXOS**





# ANEXO A – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

11/7/11

Certificado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 882

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0554 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 882 FR: 354980

TÍTULO: Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar

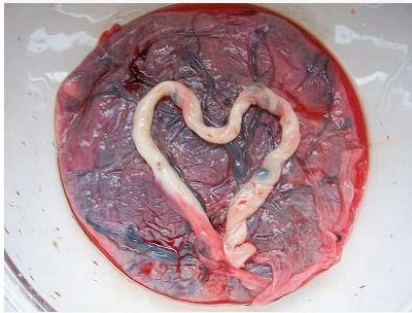
AUTOR: Maria Montecelli, Lara Simoni Silveira Feyer

FLORIANÓPOLIS, 26 de Julho de 2010.

  
Coordenador do CEPSH UFSC  
Prof. Washington Pereira de Sousa  
Coordenador do CEP/PROJ/UFSC



**ANEXO B** – “Placentação”: imagem criada por uma mulher que teve um parto domiciliar em outro Estado e que circulou nas listas virtuais que agregam mulheres que optam pelo parto em casa



PLACENTAÇÃO

Descongele a sua placenta e faça  
uma plantinha feliz!

Compartilhe essa ideia!