



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

**Vania Sorgatto Collaço**

**PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO:  
O SIGNIFICADO PARA O CASAL DO PARTO DOMICILIAR  
PLANEJADO ATENDIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS  
DA EQUIPE HANAMI**

Hanami

O Florescer da Vida

Parto Domiciliar Planejado

Florianópolis/SC  
2013



**Vania Sorgatto Collaço**

**PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO:  
O SIGNIFICADO PARA O CASAL DO PARTO DOMICILIAR  
PLANEJADO ATENDIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS  
DA EQUIPE HANAMI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de concentração:** Filosofia, Saúde e Sociedade, inserida no Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR) e na linha de pesquisa – O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Florianópolis/SC  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Collaço, Vania Sorgatto

C697p Parir e nascer num novo tempo: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami / Vania Sorgatto Collaço ; orientador, Dr<sup>a</sup>. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos - Florianópolis, SC, 2013.

365p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem - Enfermagem Obstétrica. 3. Parto Domiciliar Planejado. 4. Cultura. 5. Significados. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

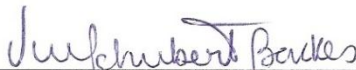
Vania Sorgatto Collaço

**PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: O SIGNIFICADO  
PARA O CASAL DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO  
ATENDIDO POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS DA EQUIPE  
HANAMI**

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

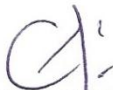
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 20/12/13, 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. Vânia Marli Schubert-Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



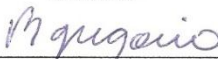
Dr.ª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Presidente



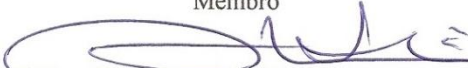
Dr.ª. Maria de Fátima Motta Zampieri  
Membro



Dr.ª. Kleyde Ventura de Souza  
Membro



Dr.ª. Vitória Regina Petters Gregório  
Membro



Dr.ª. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Membro



Dr. Valdecyr Herdy Alves  
Membro





*A essência da vida espiritual é a emoção que existe dentro de você, é a sua atitude para com os outros. Se a sua motivação é pura e sincera, todo o resto vem por si. Você pode desenvolver essa atitude correta para com seus semelhantes baseando-se na bondade, no amor, no respeito e sobretudo na clara percepção da singularidade de cada ser humano (Dalai-Lama, 2001, p. 9).*

*As boas qualidades humanas – honestidade, sinceridade e -um bom coração – não podem ser compradas com dinheiro e nem produzidas por máquinas ou mesmo pela mente. Nós chamamos isso de luz interior (Dalai-Lama, 2001, p. 116).*







***Dedico esta tese...***

*... A DEUS e a espiritualidade divina que esteve ao meu lado ao longo deste processo.*

*... À minha mãe, SEVERINA, em memória, pois esteve sempre ao meu lado, nos momentos mais difíceis.*

*... Ao meu pai, DIOGO, por todos os ensinamentos por apoiar em minhas decisões e pelo amor incondicional.*

*... Ao MARCOS, meu amor, companheiro, amigo e incentivador. Pela compreensão e paciência e ajuda nos momentos mais difíceis.*

*... Aos meus filhos YURI E RÚBIA, pelo apoio e amor...*

*... Ao meu irmão VANIO e sua família (DENISE, LEONARDO, LUISA (EM MEMÓRIA)) por acreditarem em mim.*

*... À minha amada sobrinha, LUISA, em memória pelo exemplo de vida que foi...*

*... Ao meu irmão VINÍCIOS e sua família (KARINE E MATEUS) por me apoiarem e me fazerem rir muito.*

*...À EQUIPE HANAMI: O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado, por ampliar meu horizonte profissional.*

*À JICA, Agencia de Cooperação Internacional do Japão, por contribuir para que eu me tornasse uma enfermeira obstétrica com outra visão de mundo.*



## AGRADECIMENTOS

A Deus e espiritualidade divina por me ajudar a superar os momentos de dificuldades e potencializar os de alegrias.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, com quem compartilhei esses cinco anos de muito aprendizado... pela sua orientação, educação, compartilhar de saberes e, em especial, pela sua compreensão e carinho. Obrigada!

Aos membros da banca de qualificação: Prof<sup>ª</sup> Dra. Odaléa Maria Bruggemann, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marisa Monticelli, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Emília de Oliveira, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima Motta Zampieri e Dda. Micheli Gayeski, por contribuírem e compartilharem seus saberes. Obrigada!

Aos membros desta banca de defesa de doutorado: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima Motta Zampieri, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kleyde Ventura, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vitória Regina Petters Gregório, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann, Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Astrid Eggert Boehs, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Dulcinéia Ghizoni Schneide, por contribuírem e compartilharem seus saberes tornando este trabalho mais belo. Obrigada!

Ao programa de pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina e às colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR, pela oportunidade de qualificação na minha vida acadêmica, pelo incentivo, e carinho. Obrigada!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo conhecimento transmitido e troca de saberes. Obrigada!

À minha turma de doutorado, pelas boas discussões e compartilhamento de experiências em sala de aula, pela oportunidade de conhecê-las e dividir os obstáculos enfrentados ao longo do percurso. Obrigada!

Às queridas Hanamigas (Joyce, Bruna, Cecília, Juliana e Letícia) e ex-Hamanigas (Tânia, Renata, Iara, Clariana, Mayra e Manuela), com

quem compartilho e compartilhei uma forma diferente e holística de prestar cuidados aos casais e suas famílias no parto domiciliar planejado na Equipe Hanami. Pela amizade constante, apoio e incentivo a esta produção científica. Obrigada!

Às minhas colegas de trabalho no Centro Obstétrico do Hospital Universitário da UFSC (Elizete, Sonia, Nezi, Eli, Daniela, Ana, Dionice e Tarsiana) por me auxiliarem em trocas e coberturas quando necessitei para realização deste Doutorado. Obrigada!

Aos casais em especial que se propuseram a colaborar participando com seus saberes para a construção desta Tese. Sem vocês nada seria possível. Obrigada pela disponibilidade pelo carinho.

A todos os técnicos e auxiliares de enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da UFSC pela força e demonstrarem acreditar em mim. Obrigada!

À Universidade Federal de Santa Catarina e Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário e a todos os componentes da Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do Hospital Universitário da UFSC. Obrigada!

E, obrigada, a todos que, direta ou indiretamente contribuíram com a construção desse estudo.

COLLAÇO, Vania Sorgatto. **Parir e nascer num novo tempo: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami.** 2013. 365f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

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

## RESUMO

O “parir e nascer num novo tempo”, incorpora um cenário urbano contemporâneo, que valoriza o protagonismo dos participantes e o contexto ambiental, promovendo empoderamento do casal e da enfermeira obstétrica. É uma Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), qualitativa. Objetivos: conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pela enfermeira obstétrica da Equipe Hanami e analisar como o casal percebe o processo de cuidar no pré-natal, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado. Participaram do estudo 30 casais, no período de outubro de 2011 a novembro de 2012, na Prática Convergente-Assistencial (PCA). Os dados foram obtidos na observação participante e entrevista semiestruturada. A análise dos dados compreendeu as etapas do processo de apreensão, síntese, teorização e transferência, embasadas na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger e nos Modelos de Atenção ao Parto de Robie Davis-Floyd. A revisão de literatura é o primeiro manuscrito. Os resultados foram apresentados em cinco manuscritos. O segundo manuscrito identificou as características sociodemográficas e obstétricas dos casais assistidos pela Equipe Hanami. O terceiro manuscrito mostrou o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pela enfermeira obstétrica da Equipe Hanami. O quarto manuscrito analisou a percepção do casal sobre o processo de cuidar da equipe Hanami no parto domiciliar planejado no pré-natal. O quinto manuscrito analisou a percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no domiciliar planejado no trabalho de parto e parto. O sexto manuscrito analisou a percepção do casal assistido pela Equipe Hanami no parto domiciliar planejado sobre a metodologia de cuidado utilizada no puerpério. Considerações finais: os casais que buscam a Equipe Hanami mostram uma mudança de paradigma que aproxima a cultura parturitiva holística do “parir e nascer num novo tempo” como oportunidade única de contato simultâneo com a natureza humana interior e o meio ambiente. A experiência positiva dos casais concretiza o significado de que o parto domiciliar planejado é um ideal. A segurança cultural está ligada à privacidade, a liberdade de expressão de sentimentos que respeita a cultura do casal. O domicílio é sagrado para o parto em família, porém é um desafio a superação da discriminação sociocultural.

O cuidado no pré-natal marca a decisão pelo parto domiciliar. O acompanhamento contínuo no último trimestre favorece uma transição tranquila entre a gestação e o parto. Os casais valorizam o processo de cuidar no parto que considere a competência cultural profissional e as evidências científicas, que geram segurança cultural. A nova família vivencia a contemplação e celebração da vida como ápice da emoção familiar. Ficou evidenciada a importância do cuidado cultural respeitoso e sensível com a saúde da mãe e do bebê no pós-parto, assim como, o apoio, suporte e cuidados com a amamentação. Diante de situações de dificuldade a competência cultural profissional auxiliou na superação das mesmas. As práticas de cuidados se respaldam em construções culturais e no cuidado holístico.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Cultura.

## ABSTRACT

The "give birth and being born into a new time", incorporates a contemporary urban setting, which values the role of the participants and the environmental context, promoting empowerment of the couple and the midwife. It is a Convergent Care Research (PCA), qualitative. Objectives: to know the meaning assigned by the couple about the experience of planned home birth attended by nurse midwife of Hanami Team and analyze how the couple perceive the process of care in prenatal, labor/delivery/birth and postpartum, used by nurse midwives of Hanami Team in planned home birth. The study included 30 couples, from October 2011 to November 2012, Convergent Care in Practice (PCA). Data were collected in semi-structured interview and participant observation. Data analysis comprised the steps of collection, synthesis, and theorization and application process, based in the Theory of Diversity and Universality Cultural Care by Leininger and the Models of Delivery Care by Robie Davis-Floyd. A literature review is the first manuscript. The results were presented in five manuscripts. The second manuscript identified sociodemographic and obstetric characteristics of the couples assisted by Hanami Team. The third manuscript showed the meaning given by the couple about the experience of planned home birth attended by nurse midwife of Hanami Team. The fourth manuscript analyzed the perception of the couple about the process of care during prenatal process done by Hanami Team. The fifth manuscript analyzed the perception of the couple about the process of care during labor and delivery. The sixth manuscript examined the perception of the couple assisted by Hanami Team in planned home births about the methodology used in postpartum care. Final Thoughts: couples who seek Hanami Team show a paradigm shift that brings holistic parturitive culture of "giving birth and being born into a new time" as an unique opportunity to simultaneously contact with human inner nature and the environment. The positive experience of the couples materializes the meaning that planned home birth is an ideal. Cultural security is linked to privacy, freedom of expression of feelings that respects the culture of the couple. Home is sacred to the birth in family, but it is a challenge to overcome the socio-cultural discrimination. The prenatal care marks the decision to home birth. The continuous monitoring in the last quarter tranquilly favors a transition from pregnancy and childbirth. Couples appreciate the care process in childbirth that considers the cultural and professional competence and scientific evidence that generate cultural security. The new family experiences the contemplation and celebration of life as the culmination of family emotion. The authors emphasize the importance of a respectful cultural and sensitive care of mother and baby during the postpartum period, as well as the support care in breastfeeding. Faced with difficult situations, professional cultural competence helps to overcome them. Care practices are supported by cultural constructions and holistic care.

**Keywords:** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Nursing Care. Culture.





## RESUMEN

El “parir y nacer en un nuevo tiempo”, incorpora un escenario urbano contemporáneo, que valora el protagonismo de los participantes y El contexto ambiental, promoviendo empoderamiento de La pareja y de La enfermera obstétrica. Es una Pesquisa Convergente-Asistencial (PCA), cualitativa. Objetivos: conocer El significado atribuido por la pareja sobre la experiencia del parto en la casa planeado atendido por la enfermera obstétrica del Equipo Hanami y analizar como la pareja nota el proceso de cuidar en prenatal, trabajo de parto/nacimiento y puerperio, utilizado por las enfermeras obstétricas del Equipo Hanami en el parto en la casa planeado. Participaron del estudio 30 parejas, en el periodo de octubre de 2011 a noviembre de 2012, en La Practica-Asistencial (PCA). Los datos fueron obtenidos en la observación participante y entrevista semiestructurada. El análisis de los datos comprendió las etapas Del proceso de incautación, síntesis, teorización y traslado, informadas en la Teoría de La Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural de Leininger y en los Modelos de Atención al Parto de Robie Davis-Floyd. La revisión de La literatura es el primer manuscrito. Los resultados fueron presentados en cinco manuscritos. El segundo manuscrito identifico las características sociodemográficas y obstétricas de las parejas cuidadas por el Equipo Hanami. El tercero manuscrito mostró el significado dado por la pareja sobre la experiencia del parto en la casa planeado cuidado por la enfermera obstétrica del Equipo Hanami. El cuarto manuscrito analizó la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del equipo Hanami en el parto en la casa planeado en el prenatal. El quinto manuscrito analizó la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del Equipo Hanami en la casa planeado en el trabajo de parto a parto. El sexto manuscrito analizó la percepción de la pareja cuidada por el Equipo Hanami en el parto en la casa planeado sobre la metodología de cuidado utilizada en el puerperio. Consideraciones finales: las parejas que buscan el Equipo Hanami el parto muestran un cambio de paradigma que se acerca a la cultura parturitiva holística del “parir y nacer en un nuevo tiempo” como oportunidad única de contacto simultaneo con la naturaleza humana interior y el medio ambiente. La experiencia positiva de las parejas concretiza el significado de que el parto en la casa es un ideal. La seguridad cultural está unida a la privacidad, la libertad de expresión de sentimientos que respecta la cultura de la pareja. El hogar es sagrado para el parto en familia, pero es un desafío a la discriminación sociocultural. El cuidado en el prenatal marca la decisión por el parto en la casa. El acompañamiento continuado en el último trimestre favorece una transición tranquila entre el embarazo y el parto. Las parejas valoran el proceso de cuidar en el parto que considere la competencia cultural, profesional y las evidencias científicas que generan la seguridad cultural. La nueva familia vivencia la contemplación y celebración de la vida como ápice de la emoción familiar. Se quedó evidenciada la importancia del cuidado cultural respetuoso y sensible con la salud de la mamá y del bebé en el puerperio, así como, el apoyo, la atención y cuidados con

la lactancia materna. Frente a situaciones de dificultad la competencia cultural profesional ayudó a superarlos. Las prácticas de cuidados se respaldan en construcciones culturales y en el cuidado holístico.

**Palabras Claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Cuidados de Enfermería. Cultura.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### Quadros:

- Quadro 1** – Descrição dos estudos incluídos na revisão de literatura. . 54
- Quadro 2** - Modelo de um diário de campo. .... 123

### Tabelas:

- Tabela 1** – Características sociodemográficas dos casais que tiveram parto domiciliar planejado por faixa etária, cor, escolaridade. Florianópolis – SC, out/2011 a out/2012. ... 140
- Tabela 2** – Características sociodemográficas dos casais segundo: estado marital, tempo da relação marital, situação da residência escolhida para o parto, hábitos alimentares, procedência, religião/crença religiosa. Florianópolis-SC, out.2011 a nov/2012. .... 142
- Tabela 3** – Características sociodemográficas dos casais segundo: naturalidade, profissão/ocupação, descendência étnica. Florianópolis-SC, out/2011 a nov/2012..... 146
- Tabela 4** – Características obstétricas dos casais que tiveram parto domiciliar planejado segundo: número de gestações, paridades e abortamentos; parto anterior, número de consultas de preparo para o parto; pré-natal com médico; pós-parto com a Equipe Hanami. Florianópolis-SC, out/2011 a nov/2012..... 148
- Tabela 5** – Características obstétricas dos casais que tiveram parto domiciliar planejado segundo, grupo de gestante, indicação para parto domiciliar, horas em trabalho de parto, tipo de parto. Florianópolis-SC, out/2011 a nov/2012. .... 150



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>45</b>
2.1 MANUSCRITO 1 – O PARTO DOMICILIAR EM DIFERENTES CULTURAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	46
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>73</b>
3.1 A TEORIA DA DIVERSIDADE CULTURAL DE MADELEINE LEININGER .....	74
<b>3.1.1 Breve biografia de Madeleine Leininger</b> .....	<b>74</b>
<b>3.1.2 Algumas das principais ideias da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger</b> .....	<b>75</b>
3.2 OS MODELOS E CRENÇAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO DE ROBIE DAVIS-FLOYD .....	78
<b>3.2.1 Breve biografia de Robbie Davis-Floyd</b> .....	<b>78</b>
<b>3.2.2 Modelos de atenção ao parto de Davis-Floyd</b> .....	<b>79</b>
3.3 MARCO CONCEITUAL.....	80
<b>3.3.1 Preceitos Filosóficos da Equipe Hanami</b> .....	<b>81</b>
<b>3.3.2 Pressupostos</b> .....	<b>84</b>
<b>3.3.3 Pressupostos da enfermeira cuidadora-pesquisadora</b> .....	<b>86</b>
<b>3.3.4 Conceitos inter-relacionados</b> .....	<b>86</b>
3.3.4.1 Ser humano.....	87
3.3.4.2 Contexto Ambiental .....	90
3.3.4.3 Saúde .....	91
3.3.4.4 Enfermagem/Enfermagem Obstétrica .....	95
3.3.4.5 Cultura.....	98
3.3.4.6 Cuidado cultural .....	99
<b>4 REFERENCIAL E PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>103</b>
4.1 LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO: A CENA CULTURAL .....	105
4.2 SUJEITOS INFORMANTES DO ESTUDO .....	107
4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	107

4.4 O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PRÉ-NATAL, PARTO/NASCIMENTO E PUERPÉRIO NO DOMICÍLIO .....	109
<b>4.4.1 O caminho percorrido no processo de cuidar da Equipe Hanami no pré-natal, parto/nascimento e puerpério no domicílio de forma planejada .....</b>	<b>110</b>
4.4.1.1 O cuidado cultural no encontro aberto: conhecendo a Equipe Hanami.....	110
4.4.1.2 O cuidado cultural nas consultas pré-natais .....	112
4.4.1.3 O cuidado cultural no trabalho de parto/parto/nascimento no domicílio .....	114
4.4.1.4 O cuidado cultural no puerpério imediato (1º, 3º, 4º e 10º dia) .....	118
<b>4.4.2 O registro dos dados .....</b>	<b>119</b>
<b>4.4.3 O plano de análise dos dados .....</b>	<b>121</b>
<b>4.4.4 Processo de apreensão .....</b>	<b>121</b>
<b>4.4.5 Processo de síntese .....</b>	<b>124</b>
<b>4.4.6 Processo de teorização .....</b>	<b>124</b>
<b>4.4.7 Processo de transferência .....</b>	<b>125</b>
4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS.....	126
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>129</b>
5.1 MANUSCRITO 2 - PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELA EQUIPE HANAMI (OUT/2011 A NOV/2012): CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DOS CASAIS ....	130
5.2 O MANUSCRITO 3 - PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELO CASAL ACERCA DA EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS DA EQUIPE HANAMI.....	159
5.3 MANUSCRITO 4 - PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO PRÉ-NATAL .....	195
5.4 MANUSCRITO 5 – PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO DOMICILIAR PLANEJADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	226
5.5 O MANUSCRITO 6 - PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO	

DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO PUERPÉRIO .....	261
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>289</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>293</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>319</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	321
APÊNDICE B - MODELO DE UM DIÁRIO DE CAMPO .....	323
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA NO PÓS- PARTO .....	329
APÊNDICE D - MODELO DE UMA ENTREVISTA.....	330
APÊNDICE E - SÍNTESE DE ALGUMAS CATEGORIAS CONVERGENTES.....	337
<b>ANEXOS .....</b>	<b>343</b>
ANEXO A -CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO.....	345
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE RISCOS NO PARTO .....	348
ANEXO C - HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO PRÉ- NATAL.....	351
ANEXO D -FOLDER PRÉ-NATAL.....	355
ANEXO E - FOLDER PÓS-PARTO .....	356
ANEXO F - HISTÓRICO DO TRABALHO DE PARTO .....	358
ANEXO G -PARTOGRAMA .....	359
ANEXO H -HISTÓRICO DO PARTO .....	360
ANEXO I - HISTÓRICO DO RECÉM-NASCIDO.....	361
ANEXO J - ACOMPANHAMENTO PÓS-PARTO.....	363
ANEXO K -COMITÊ DE ÉTICA.....	365





## INTRODUÇÃO

Dentre as modificações mais profundas que ocorreram na passagem do século XX para o século XXI no paradigma da atenção obstétrica, encontra-se o renascimento do parto domiciliar planejado como um espaço de autonomia da vontade, emanção direta do postulado na essência da dignidade da pessoa humana à saúde sexual e reprodutiva do casal, sendo protagonista do processo de parir como um evento marcante em suas vidas, e recebendo cuidados de profissionais, incluindo a (o) enfermeiras (os) obstétricas (os) (CECAGNO; ALMEIDA, 2004).

No Brasil a prática do parto no domicílio nunca deixou de existir. Afinal, muitos dos nossos pais nasceram em casa. Em um passado recente, este era o meio mais comum de se chegar ao mundo, modificado ao longo dos anos graças ao desenvolvimento de novas tecnologias e a compreensão da necessidade de um novo modelo para o parto e nascimento. Temos como exemplo a cidade de São Paulo - SP, que em 1958 contava com cerca de 55% de partos domiciliares, é a maior cidade e capital de negócios e cultura da América Latina, apresenta uma média de 99% de partos hospitalares (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

O local de nascimento que até meados dos anos 30 ocorria majoritariamente no domicílio, passou a partir da década de quarenta por um crescente fenômeno migratório em direção à hospitalização, situação que se intensificou com o passar dos tempos, chegando ao final do século passado, com 90% dos partos sendo realizados em hospitais (RATTNER, 2009). Milhões de mulheres no mundo ocidental passaram a se dirigir para os hospitais para terem seus filhos (SOUZA, 2005).

Identificou-se uma fase que foi classificada como modernidade na história da obstetrícia, em que se deu o processo de hospitalização do parto e a construção da autoridade médica, que teve como base, entre outras coisas, a valorização da confiança ou fé no progresso científico e tecnológico. Sob os cuidados de profissionais de saúde, a hospitalização apresentava menos “riscos” à saúde da mulher e do bebê (SOUZA, 2005).

Na década de 60, a modernização e a tecnologia trouxeram muitos avanços, no entanto contribuiu também para o aumento da

medicalização e da hospitalização, afetando sobremaneira a área da saúde e neste contexto, também a área obstétrica. O nascimento transferiu-se então, do domicílio, para o hospital (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007). Neste contexto, a separação da mulher de sua família e a adoção de medidas intervencionistas mostra-se como elementos que favoreceram a medicalização no processo do nascimento. A mulher deixa de ser protagonista do parto, o médico consolida sua importância e papel no processo e na instituição hospitalar, que passa a ser considerado local seguro para o parto e nascimento.

O movimento feminista brasileiro, na década de 1960, descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher propõe a igualdade social entre homens e mulheres que reconhecesse suas diferenças, essa ideia se reflete na equidade de gênero. Emergiu um novo conceito de saúde da mulher que rompe com o paradigma vigente na época que é centrado no controle da reprodução, apontando à saúde sexual e reprodutiva como um direito (FREITAS et al., 2009).

Na década de 1970, ocorreu à consolidação da hospitalização do parto no Brasil e o início do parto domiciliar urbano em Florianópolis, Santa Catarina (SC). Souza (2005) no seu estudo sobre parto domiciliar em Florianópolis, SC, com parteiras e parteiros urbanos<sup>1</sup> identificou que esses que desenvolvem o parto domiciliar compartilha de uma visão de mundo semelhante àquela dos proponentes da humanização do parto, visto que ambas as propostas de parto são atualmente praticadas por gerações que absorveram em larga medida as transformações sociais e culturais da contracultura - que trouxeram consigo a valorização da mulher, do recém-nascido e também do pai da criança como sujeitos do parto, bem como da afetividade, dos “instintos”, da busca pelo “natural”, além de um conjunto de críticas à utilização excessiva da tecnologia no parto (SOUZA, 2005).

---

<sup>1</sup> Parteiros e parteiras urbanos: um médico clínico geral e acupunturista; uma professora universitária aposentada, formada em direção teatral com especialização em expressão corporal e que atualmente produz e vende alimentos macrobióticos na Feira Ecológica da Lagoa da Conceição; um ex-arquiteto atualmente professor de yoga e terapeuta de renascimento; e uma ex-zootecnóloga formada nos cursos de midwives dos Estados Unidos e recém-chegada deste país, que é simultaneamente curadora de arte, promovendo jovens artistas. O restante do segmento compôs-se de um casal de artesãos (ceramistas e produtores de bonsai), um casal em que o marido é marceneiro “artístico” e a esposa dona de casa e professora de culinária macrobiótica (organizando cursos em casa); uma estudante universitária de biblioteconomia; uma professora de educação artística do ensino médio que é também preparadora de gestantes com abordagem centrada no yoga e na antroposofia; e uma vendedora de sapatos que faz formação em yoga para ser instrutora.



O movimento feminista, na década de 1970, propôs à sociedade e ao Ministério da Saúde a incorporação de questões mais amplas no que tange à saúde da mulher, como pré-natal, melhores condições ao parto e, ainda, outros aspectos relacionados ao gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MATOS et al., 2013).

As taxas brasileiras de cesarianas na mesma década não ultrapassavam 14,6% (GAMA et al., 2007), mas a década de 80 marcou o país como um dos líderes mundiais em cesarianas, com taxas em torno de 30% na rede pública (IZAC, 2008). Por esta razão, houve na época uma retomada do movimento iniciado na década de 70, denominado como: “Humanização do Parto e Nascimento”. Nesta mesma década a Organização Mundial de Saúde (OMS), contribuiu com propostas que visavam o uso adequado da tecnologia para o parto e nascimento, baseado em evidências científicas que contestavam as práticas preconizadas, protocolos e rotinas fundamentadas no modelo tecnocrático, médico intervencionista (SILVA; DADAM, 2008).

Com o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e da World Health Organization (WHO), foi realizada no Brasil a Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimentos (Appropriate Technology for Birth), em 1985 em Fortaleza - CE e cujas recomendações foram publicadas no mesmo ano no *Lancet* (WHO, 1985). Dentre as principais recomendações dessa conferência destacam-se: a participação das mulheres no planejamento e avaliação dos programas de saúde da mulher, a liberdade de posição no parto, a presença de acompanhante, a abolição das rotinas como o enema, a tricotomia, a amniotomia, a episiotomia, o uso da ocitocina sem indicação precisa e o estabelecimento das taxas aceitáveis de cesárea entre 10% a 15% (DINIZ, 2001).

A mobilização do movimento feminista do final da década de 1970 e início de 1980, unido à cooperação dos profissionais de saúde deram origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que foi implantado em 1984. O PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (OSIS, 1988; BRASIL, 2011; MATOS et al., 2013).

O processo de implantação do PAISM apresentou especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sofrendo influência do Sistema Único de Saúde – SUS (criado no Brasil em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, tornou o acesso gratuito à saúde direito de

todo cidadão), pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. A implementação da política de saúde da mulher nos municípios brasileiros foi circundada por dificuldades políticas, técnicas e administrativas na implantação das ações propostas (BRASIL, 2011).

A Constituição Federal de 1988 contempla em seus artigos 1º, 3º e 5º de maneira direta ou indireta, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O artigo 1º considera o princípio da dignidade da pessoa humana. O artigo 3º estabelece os objetivos fundamentais da República, dentre os quais, está o de promover o bem de todos, sem preconceitos ou discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade. Já no artigo 5º, assegura a igualdade entre homens e mulheres (BRASIL, 1988).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM/MS/1984 e a Constituição Federal de 1988, são considerados em âmbito nacional marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2010a).

Na década de 1990 a Organização Mundial da Saúde publicou recomendações para a obstetrícia que foram apresentadas em quatro categorias: A – práticas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B – práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C – práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto e D – práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada (OMS, 1996).

Nessa mesma década foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que é uma organização da sociedade civil que atua em rede com associados em todo o Brasil, tendo como principal objetivo divulgar a assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas, assim como atuar na estruturação do movimento de humanização do parto/nascimento no Brasil (REHUNA, 2010).

O Ministério da Saúde brasileiro investiu em iniciativas para melhorar assistência obstétrica no Brasil, lançando em 1992 a Iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, em 1996 o projeto “Maternidade Segura” e em 1999 o Prêmio “Galba de Araújo” com o objetivo de estimular o atendimento humanizado e o aleitamento materno nas instituições (BRASIL, 1999; BRASIL, 2001; BRASIL, 1992).

Diante das iniciativas governamentais brasileiras supracitadas o que se esperava era uma diminuição dos índices de cesariana, porém não



foi essa a realidade, as taxas continuaram crescentes chegando a 41,6% ao final da década de 90, despertando para uma necessidade emergente governamental de criar uma nova iniciativa para que o cenário fosse alterado, para isso o Ministério da Saúde (MS) brasileiro empreendeu esforços e lançou em 1997 a campanha “Natural é o Parto Normal” (IZAC, 2008).

Em 1993 aconteceu a Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena, após o fim da Guerra Fria, que difundiu o surgimento dos direitos reprodutivos. Foi nesta Conferência que, pela primeira vez, os direitos de mulheres e meninas foram considerados como parte integrante, indivisível e inalienável dos direitos humanos. Questões relativas à sexualidade que até então se encontravam ausentes do discurso internacional, passam a estarem presentes na Declaração e o Plano de Ação de Viena em 1993 constitui-se um marco, não só pelo fato de reconhecer a violência sexual como uma transgressão aos direitos humanos, mas também porque introduziu a terminologia “sexual” na linguagem dos direitos humanos (LIMA, 2013).

O surgimento dos direitos sexuais e reprodutivos é fruto do apoio dos movimentos feministas mundiais, os quais iniciaram discussões acerca dos padrões socioculturais, relacionados à vida sexual e à reprodução humana, surgindo desse movimento a expressão “direitos reprodutivos” em 1994, como fruto da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, na cidade do Cairo (CIPD), conhecida como Conferência de Cairo (LIMA, 2013). Na redação do Capítulo VII do Relatório da CIPD, o qual versa sobre direitos de reprodução e saúde reprodutiva, é fornecida a seguinte definição de **direitos reprodutivos** (CAIRO, 1994, p. 62):

§ 7.3. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

O Plano de Ação do Cairo serviu de referência para outras conferências programadas pelas Nações Unidas, como a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em setembro de 1995, em Pequim.

Na Conferência de Pequim o documento do Cairo foi reiterado, enfatizando questões relacionadas à sexualidade feminina e trazendo a público a noção dos **direitos sexuais**. Na Plataforma de Pequim, documento oficial dessa Conferência as mulheres passaram a serem consideradas, além de seres reprodutivos, seres sexuais (LIMA, 2013). O capítulo da Plataforma de Pequim intitulado “Mulher e Saúde” dá ênfase à saúde sexual, afirmando o direito ao livre exercício da sexualidade como fica claro na redação dos parágrafos 94 (PEQUIM, 1995, p 178):

§ 94. [...] A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e deem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos são. [...] a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais e não meramente a assistência social e o atendimento relativo à reprodução e às enfermidades sexualmente transmissíveis.

Os direitos sexuais, portanto, referem-se à maneira de viver e expressar a sexualidade sem violência, de forma livre, sem discriminações e imposições, respeitando plenamente o corpo da (o) parceira (o) sexual. Inclui, também, o direito de vivenciar a sexualidade na sua plenitude sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física, podendo escolher se quer ou não quer ter relação sexual. Compreende a livre expressão da orientação sexual, tal como: a heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras. Abrange o direito de ter relação sexual sem compromisso com a reprodução, assim como, o direito do sexo seguro prevenindo a gravidez indesejada e livre de doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV/AIDS). Envolve o direito a serviços de saúde que assegurem privacidade, sigilo com



atendimento qualificado e sem discriminação, que promova à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009).

Em consequência as Conferências do Cairo e de Pequim, os direitos sexuais e reprodutivos legitimam-se como direitos humanos no âmbito das Nações Unidas, sendo compreendidos como direitos que envolvem fundamentalmente as noções de sexualidade e reprodução (LIMA, 2013).

Em 1996, como processo evolutivo dos direitos sexuais e reprodutivos foi promulgada a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento família como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Destaca-se a proibição do emprego de ações que promovam qualquer tipo de controle demográfico. Fica disponibilizado para o exercício do direito ao planejamento familiar, todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996a).

Portanto, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as suas esferas, estão obrigados a garantir a atenção integral à saúde que compreenda a assistência à concepção e à contracepção (BRASIL, 2010a).

Em 2000 o MS implantou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) cujo objetivo é desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, primando pelo atendimento humanizado e seguro à gestante, com acolhimento e respeito à dignidade feminina (BRASIL, 2000a). Como repercussão da implantação desse programa se estaria contribuindo para diminuir taxas de cesariana e, conseqüentemente, a mortalidade materna e perinatal, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O Brasil assumiu o compromisso de “Melhorar a Saúde das Gestantes” e “Reduzir a Mortalidade Infantil” por meio dos Oito Objetivos do Milênio – ODM, propostos em 2000 pela ONU. Embora nosso país ocupe hoje uma situação econômica de destaque no mundo e possua recursos humanos e tecnológicos para oferecer uma adequada

atenção obstétrica e neonatal à população brasileira, os resultados da assistência estão muito aquém do esperado. A resposta para o problema é estratégica e organizacional (TORRES; VENTURA; ALVES, 2009).

A saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica está contemplada em quatro dos Oito Objetivos do Milênio – ODM, que se mostram na promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; na melhoria da saúde materna; no combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e na redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2010a).

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde foi lançado em 2000 com o objetivo de resgatar e valorizar o trabalho das parteiras tradicionais e articular a atividade com o Sistema Único de Saúde. Esse surgiu a partir de uma pesquisa realizada em 1996 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrando que aproximadamente 20% dos partos em áreas rurais (regiões ribeirinhas, indígenas e quilombolas) aconteciam em casa e tinham a assistência de parteiras de forma voluntária (BRASIL, 2000b).

Nessa lógica, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume que é de sua responsabilidade promover a melhoria da assistência ao parto domiciliar, no Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, designando às secretarias estaduais e municipais de saúde a articulação entre o trabalho das parteiras com os serviços de saúde locais, principalmente com as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2000b).

Desde o início do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em 2000, até 2005, muitas parteiras e profissionais de saúde foram capacitados. Treze estados participam do programa: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Alagoas, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais (BRASIL, 2000b).

Uma das estratégias desenvolvidas pelo Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais é a troca de saberes entre os profissionais de saúde e as parteiras para garantir condições seguras para o parto domiciliar. De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, as mulheres que auxiliam o parto enfrentam muita discriminação, preconceitos e proibições por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, seu trabalho é reconhecido e respeitado em sua comunidade. Gestores e profissionais precisam abandonar o preconceito. O Ministério da Saúde afirma que a prática da parteira tradicional incorpora muitos dos princípios preconizados para a humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2000b). A práxis da parteira capacitada pelo Ministério da Saúde





contribui para a diminuição da lacuna existente em relação a garantir os direitos humanos fundamentais, tanto das mulheres quanto das próprias parteiras, no interior do Brasil.

O balanço institucional do Ministério da Saúde brasileiro, no período de 1998 a 2002, sobre as ações realizadas na área da saúde da mulher, indica que, nesse período, o trabalho centrou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal assistência ao parto e anticoncepção). Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2011).

A Área Técnica de Saúde da Mulher em 2003 identifica a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e propõem novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas e a articulação de discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2011).

No mundo contemporâneo é possível que homens e mulheres possam dividir também responsabilidades e prazeres durante a relação sexual, a gestação, o trabalho de parto e parto e no cuidado com os filhos (as). A participação masculina é fundamental para a construção uma sociedade mais justa no que se refere à sexualidade, à saúde reprodutiva, paternidade e às relações de cuidado (LYRA; MEDRADO; LOPES, 2007).

A família foi gradativamente evoluindo, sofrendo mudanças ao longo dos séculos. Houve uma grande modificação no Código Civil de 1916 para o de 2002, que ainda vigora em 2013. No Código Civil de 1916 e as leis posteriores condicionavam a família, como constituída unicamente pelo casamento, de modelo patriarcal e hierarquizada, ao passo que o enfoque contemporâneo do Código Civil de 2002 a família é identificada pelos novos elementos que compõem as relações familiares, destacando-se os vínculos afetivos e de cuidado mútuo, que norteiam a sua formação, extrapolando os laços consanguíneos. A família sob o aspecto sociológico constitui a base do Estado, o cerne fundamental em que repousa toda a organização social; trata-se de instituição necessária e sagrada para desenvolvimento da sociedade como um todo, instituição esta, digna de ampla proteção do Estado (SILVA, 2010).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro desenvolveu a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em conjunto com vários setores da sociedade, especialmente com o movimento de mulheres e com os gestores do SUS. Essa política é um compromisso com ações de saúde que colaborem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Destaca o melhoramento na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Estende, também, para ações a grupos excluídos ao longo da história das políticas públicas nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2010a).

O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, lançado pelo MS brasileiro em 2004, tem por objetivo o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal no Brasil, envolvendo diferentes atores sociais como forma de garantir que as políticas nacionais sejam implantadas (BRASIL, 2004).

A Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos foi lançada em 22 de março de 2005, pelo Ministério da Saúde brasileiro, propõem: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à prática de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários (as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; aumento dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de cuidado humanizado e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações (BRASIL, 2010a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (2005), são também consideradas marcos referenciais na saúde sexual e reprodutiva brasileira (BRASIL, 2010a).

Fruto de uma longa luta dos movimentos sociais organizados em prol da humanização do parto e nascimento, em 2005 foi sancionada a Lei 11.108/2005 que acresceu o artigo 19-J à lei 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como “Lei do Acompanhante”, projeto da Senadora Ideli Salvatti baseado em proposição da REHUNA – núcleo de Santa Catarina, veio para garantir às mulheres o direito à presença de um acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (MOREIRA et al., 2013).

A Lei 11.108/2005 foi regulamentada pela Portaria no 2.418 do Ministério da Saúde, entretanto o cumprimento da mesma tem sido desrespeitada nas instituições brasileiras. É importante registrar que a omissão em providenciar os meios para tornar a legislação plenamente aplicável não pode servir de escusa para a observância de um direito assegurado na legislação federal e que encontra arrimo no princípio da dignidade da pessoa humana. A violação de tal direito é uma prova evidente de que nem sempre os avanços da legislação são seguidos de atos concretos que garantam a efetivação dos direitos positivados (MOREIRA et al., 2013).

Embora a lei 11.108/2005 confira à mulher o direito de um acompanhante de sua escolha, as maternidades têm resistência em admitir que esse acompanhante seja um homem, ainda que se trate do pai da criança. É imperativo que mudanças de atitudes e práticas (pessoais e institucionais) sejam promovidas e que, as políticas públicas promovam melhores oportunidades para o envolvimento da paternidade (LYRA; MEDRADO; LOPES, 2007). Uma forma para que essa lei seja efetivada na práxis foi à discussão e aprovação do Projeto de lei Complementar (PLC 21/2012) pela Comissão de Direitos Humanos no Senado Federal em 24 de outubro de 2013, que obriga a divulgação do direito da parturiente a ter um acompanhante, assim os hospitais terão que expor em locais visíveis um aviso sobre o direito da parturiente de ter acompanhante (AGÊNCIA SENADO, 2013).

A Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 do MS brasileiro divulga o Pacto pela Saúde 2006 que considera a consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Este Pacto envolve e reforça a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como, o foco na mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006a).

O primeiro, Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Dentre as prioridades estão: a saúde do idoso; o câncer de colo de útero e de mama, a mortalidade infantil e materna; as doenças emergentes e endemias; a promoção da saúde e atenção básica à saúde (BRASIL, 2006a).

O segundo, Pacto em Defesa do SUS, envolve ações sólidas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, os princípios básicos dessa política pública de forma vigorosa,

inscritos na Constituição Federal (BRASIL, 2006a).

O terceiro, Pacto de Gestão do SUS, coloca as responsabilidades claras de cada indivíduo federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais nítido quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006a).

Em 2007, o governo federal brasileiro lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), aliando o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social. A saúde por ser uma das arenas de atuação fundamental do PAC contribuiu para que o Ministério da Saúde elaborasse o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que tem por objetivo, aprofundar e atualizar os grandes objetivos originários do SUS, de forma contemporânea, agrega desafios e dimensões que vão contribuir para concretizar a universalidade, a equidade e a integralidade objetivos primordiais do SUS (BRASIL, 2010a).

Várias foram as tentativas realizadas pelo Ministério da Saúde para resgatar a humanização do parto, tais como: a criação do projeto Maternidade Segura (1995), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (2001) e o programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2002). Estas iniciativas incitaram inquietações na busca de outras proposições para consolidação do cuidado humanizado no parto e nascimento (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011).

Neste sentido, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 03 de junho de 2008 editou a Resolução da Diretoria Colegiada 36 (RDC) que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, públicos e privados. A RDC 36 elenca várias considerações para sua existência, dentre elas estão: o Pacto pela Saúde (2006) que estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna; a abordagem do parto e nascimento como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico; a Política de Humanização do Parto e Nascimento e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (ANVISA, 2008).

O regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal tem por objetivo estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal ancorado na sistematização e qualificação da gestão, assim como, na humanização da assistência ao parto e nascimento bem como diminuir e controlar os riscos aos usuários e ao meio ambiente (ANVISA, 2008).

A RDC 36/2008 faz alusão a um ambiente único e privado para o



acompanhamento e realização do trabalho de parto, parto e observação da mulher e seu recém-nascido na primeira hora de vida, a chamada sala de PPP ou quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto). Essa sala propicia a humanização do cuidado ao parto, favorecendo o vínculo afetivo entre mãe-filho/família, pois conta com a presença de acompanhante, visando a reduzir o risco à saúde e melhorar o bem-estar de quem utiliza a atenção obstétrica e neonatal (ANVISA, 2008; STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011).

Em 2008, Ministério da Saúde brasileiro, lançou o programa Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 que têm por finalidade aproveitar as potencialidades oferecidas pelo setor saúde como um dos elos vitais para um novo padrão de desenvolvimento brasileiro, que enfrenta enormes desafios com o descompasso entre a orientação para a conformação de um sistema universal, que possui um potencial destacado em termos de desenvolvimento, e o processo concreto de consolidação do SUS. O programa busca, numa perspectiva mais abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar. Neste sentido, cada vez mais o Brasil avança na dimensão das questões dos direitos sexuais e reprodutivos, na defesa da humanização no processo do nascimento e na busca da diminuição da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2008a).

O Ministério da Saúde brasileiro em 2011 lançou a Rede Cegonha, que é uma estratégia inovadora, ambiciosa e pioneira que visa alcançar muitos objetivos, entre os quais a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país. A Rede Cegonha visa uma prática como uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2012; 2013a).

Como estratégia governamental, a Rede Cegonha, visa sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que foi sendo construído no país desde os anos 1990, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. É um modelo de assistência humanizada e de qualidade que garante às mulheres e às crianças o vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza

(BRASIL, 2012; 2013a).

A Rede Cegonha tem um olhar para a temática do dar à luz como uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro (a) envolvido (a). Este novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança tem como foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses de vida e do acesso às ações de planejamento reprodutivo. Sendo assim a Rede Cegonha objetiva: 1 - fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; 2 - reduzir a mortalidade materna e infantil; 3 - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e; 4 - reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012; 2013a).

O tortuoso caminho realizado pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres se põe como um desafio a ser superado com relação aos direitos humanos, pois não é mais uma necessidade fundamentá-los, mas sim o de protegê-los (LIMA, 2013).

Diante do panorama de conquistas legais e políticas ao longo de duas décadas, os/as gestores (as) e os (as) profissionais de saúde têm função primordial no sentido de conhecê-las e torná-las um fato no planejamento e na prática de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

Passados 25 anos da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a publicação de uma série de leis e normas com objetivo de fortalecer e concretizar a saúde pública de acesso universal apesar dos avanços conquistados ainda é necessária a proposição de novos caminhos. Nesse sentido, em 2013, o Ministério da Saúde brasileiro em conjunto com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e o Departamento de Articulação Interfederativa lançou o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2013b).

No Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 fomos definidos um rol único de indicadores a ser empregado nos instrumentos de planejamento do SUS (plano de saúde, programação anual de saúde e relatórios de gestão) e no COAP. Esse documento é fruto da discussão conjunta dos Grupos Executivos do Planejamento do SUS e do COAP que integram o Comitê Gestor do Decreto no 7.508/11, e do gestor de Gestão da Câmara Técnica da



Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Destaco que dentre as diretrizes, objetivos, metas e indicadores, várias são as ações programadas no sentido de ampliar e melhorar os direitos sexuais e reprodutivos, a humanização no processo do nascimento (pré-natal, trabalho de parto/parto e puerpério) e os indicadores de mortalidade materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2013b).

Um avanço que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou em 25 de julho de 2013, foi a edição da Resolução da Diretoria Colegiada 36 (RDC) que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Tem por objetivo “instituir ações para promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”. Esta Resolução se destina aos serviços de saúde, públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, abrangendo aqueles que desempenham ações de ensino e pesquisa (ANVISA, 2013, Seção I e II).

O movimento internacional para humanização do parto e nascimento mostra seus reflexos ao longo dos tempos e em distintos espaços no Brasil através das políticas ministeriais para humanização do pré-natal, parto e pós-parto, mobilizando os profissionais da saúde, as organizações não governamentais e as instituições para transformarem suas práticas. Estes reflexos extrapolam os âmbitos institucionais e impulsionam ao mesmo tempo o retorno da prática do cuidado ao parto e nascimento no domicílio, principalmente por enfermeiras obstétricas.

Em muitos países desenvolvidos aumenta o interesse em se dar à luz no próprio domicílio, principalmente nos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e França. A Holanda tem cerca de 35% de todos os nascimentos no domicílio e uma das menores taxas de mortalidade infantil da Europa (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

A fisiologia do parto fica alterada quando uma mulher sai do seu domicílio, do seu contexto, para ir ao hospital e que o deslocamento para o hospital acrescenta desafios, sem apresentar vantagens às mulheres com gestação de risco habitual e a seus recém-nascidos (BRASIL, 2008a).

A revitalização do parto domiciliar envolve uma pequena coletividade urbana, que se organiza em função do parto, dispensando, na maioria dos casos, a presença de especialistas como obstetras, enfermeiras, pediatras e anestesistas. Esse movimento do parto domiciliar mostra-se como uma das formas de expressão da humanização do nascimento (SOUZA, 2006).

É importante salientar que o retorno da casa como lugar de nascimento não tem enfoque para um resgate do passado, mas sim para

uma revalorização do domicílio como ambiente social e modo de sociabilidade. Nos partos domiciliares na contemporaneidade, é possível detectar a existência de um estilo de vida, de um ethos que se caracteriza por um conjunto específico de valores, comportamentos, crenças, sentimentos compartilhados, uma nova cultura do nascimento (SOUZA, 2006).

O parto humanizado e o domiciliar são vistos como desdobramentos paralelos do ideário contra cultural. No entanto, o primeiro caminhou na direção de uma institucionalização e cientificização deste ideário, o segundo voltou-se cada vez mais para a informalidade nas relações sociais e para uma ética cotidiana da prática vinculada com uma valorização da espiritualidade (SOUZA, 2006).

Nos últimos anos no Brasil, o parto domiciliar, porém de forma planejada, vem sendo resgatado por enfermeiras obstétricas em diversos Estados, tais como: Rio de Janeiro; São Paulo; Minas Gerais; Pernambuco; Rio Grande do Sul; Paraná e Santa Catarina.

De acordo com Kruno e Bonilha (2004), culturalmente para a sociedade brasileira em geral, o hospital é considerado o local mais apropriado para o nascimento de bebês e, conseqüentemente, para os profissionais da saúde, a opção pelo parto no domicílio, significa substituir a segurança e a modernidade em termos hospitalares oferecida pelo Sistema de Saúde por um local considerado ultrapassado e inapropriado para parir.

O domicílio é uma opção de local para o parto em vários países tais como: Canadá, Austrália e Países Baixos. As publicações internacionais apontam que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar, nos levando a inferir que a cultura sobre parto domiciliar planejado em outros países não possui uma ênfase negativa. No Brasil, essa cultura está mudando. Resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas mostram-se como uma opção comprovadamente segura e culturalmente aceita como benéfica (COLACIOPPO et al, 2010; KOEKTTER et al., 2012; COX, 2013).

O “parto domiciliar planejado” foi descrito como o parto que acontece em casa, sistematizado e organizado, recomendado para gestantes de risco habitual (entre 37 e 42 semanas gestacionais, sem patologias prévias ou decorrentes da gestação). As consultas e exames de pré-natal são acompanhados por profissionais especializados e assistência no parto, com profissionais de saúde qualificados, sendo a enfermeira obstétrica uma dessas profissionais. A casa é um local alternativo para o parto, porém, para alguns casais, o lar é percebido





como o espaço mais apropriado para trazerem seus filhos ao mundo. A opção por essa alternativa traz consigo individualidades, ou seja, crenças, valores e modos de vida específicos para a experiência do parto, confiando que seus bebês terão uma recepção diferenciada num ambiente domiciliar respeitoso, calmo, tranquilo, com o mínimo de intervenções promovendo um ser mais saudável (COLACIOPPO, 2010, LARGURA, 2006; SOUZA, 2005; LESSA, 2003; OSAVA, 1997).

Neste contexto incluo a Equipe Hanami: O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado na Grande Florianópolis, projeto que iniciei em 2002 de forma individual e que atualmente coordeno é uma Equipe, cujo corpo é constituído por seis enfermeiras obstétricas. A Equipe Hanami atende o parto domiciliar de forma planejada, com um olhar voltado para as necessidades do casal e de seus familiares, respeitando suas crenças e valores culturais.

Para esta Equipe, o nascimento é um evento, que deve ser vivido de forma compartilhada, uma celebração da vida, um evento do universo feminino, que deve ser vivenciado com segurança, intimidade, respeito com a cultura do casal e família, sensibilidade e significado para todos que participam do processo.

De acordo com Leininger (1991), os significados são construídos de acordo com a visão de mundo, as crenças e valores que são influenciados pelo contexto sociocultural dos indivíduos ou grupos, ou seja, estar dissociada do conceito de cultura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) afirma que uma mulher com gestação de risco habitual, pelo princípio da autonomia, tem a faculdade de poder ter seu parto no local que melhor lhe convier, inclusive seu domicílio, num Centro de Parto Normal, Casa de Parto ou talvez uma maternidade, desde que seja com assistência adequada, segura e que possua como garantia um centro de referência. Destaca que os cuidados devem ser centrados nas necessidades da mulher inclusive o mais próximo possível de sua cultura. Afirma que a profissional de enfermagem obstétrica é capacitada para tal atendimento.

A denominação da Equipe Hanami surgiu como homenagem ao governo japonês, que subsidiou a ida de três enfermeiras integrantes da Equipe para realizar o Curso de Assistência Humanizada nas Maternidades e Casas de Parto no Japão, subsidiado pela Agencia de Cooperação Internacional do Japão (JICA).

Hanami em japonês significa “contemplação das flores”, “a celebração da vida” é um momento em que os japoneses aproveitam para parar durante o dia-a-dia e fazer uma reflexão sobre suas vidas. Ao mesmo tempo em que o desabrochar das cerejeiras marca o início da

primavera e de um novo ano, assinala também o fim de um tempo, cujas lembranças são, agora, apenas lições (KOETTKER et al., 2008).

É uma das tradições japonesas preservadas até hoje, seu início data em torno do ano 900 e tornou-se mais popular a partir do ano 1600. Atualmente as famílias vão a parques, templos, zoológicos, beira de rios e até mesmo nas ruas onde admiram, contemplam, desenham, fotografam e fazem piqueniques sob as lindas cerejeiras de diversas cores. A flor da cerejeira é chamada sakura (também é símbolo da felicidade na terra do Sol Nascente) e esta permanece nas árvores em média 2 a 3 semanas; após, suas pétalas soltam-se com o vento fazendo bonitos tapetes cor-de-rosa (KOETTKER et al., 2008).

Com base nesta visão iniciei a atenção ao parto no domicílio planejado de forma individual e pioneira na enfermagem obstétrica em Santa Catarina, em 2002. Após o retorno do Curso no Japão em 2004, fortaleci e sedimentei o cuidado ao parto no domicílio e, em consequência, dessa postura decidi abrir campo de estágio no cuidado no parto domiciliar planejado aceitando em 2005, supervisionar estágio de quatro acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com a orientação da Professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, para realizarem seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no parto domiciliar, intitulado: “O cuidado cultural do ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto com ênfase no contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a Enfermagem” (PETER, et al., 2005).

Partindo dessa aproximação, eu e uma dessas enfermeiras iniciamos um trabalho conjunto que, em 2006, teve como resultado a organização da Equipe Hanami. Na época essa era formada por duas enfermeiras obstétricas (egressas do Curso no Japão) e duas enfermeiras generalistas (que fizeram parte do grupo das quatro acadêmicas que realizaram estágio supervisionado e o Trabalho de Conclusão de Curso em 2005) e contávamos com o apoio de um médico obstetra. Em 2007, já havíamos atendido 24 partos domiciliares e atualmente a Equipe já realizou mais de 248 partos, sendo que cada um deles foi vivenciado dentro de um contexto único e singular, envolvendo a mulher/casal/RN e pessoas que lhes são significativas.

Na Equipe Hanami existe a valorização do trabalho da enfermagem por parte das enfermeiras obstétricas no sentido do cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Cabe destacar que as enfermeiras obstétricas valorizam muito a questão do pesquisar e ensinar, pois participam como membros integrantes do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido



(GRUPESMUR) da Universidade Federal de Santa Catarina e como resultado desta preocupação vários trabalhos científicos foram e vêm sendo desenvolvidos em nível de mestrado e agora de doutorado.

Destaco que ao longo de sete anos as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami já realizaram de três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. A primeira dissertação, intitulada “Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras”, desenvolvida e sustentada por Koettker (2010). A segunda dissertação, intitulada “Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC”, desenvolvida e sustentada por Feyer (2012). A terceira dissertação, “Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significados da experiência para as mulheres”, desenvolvida e sustentada por Búriço (2013), a quarta intitulada: “A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto: a realidade do sul do Brasil” defendida por Monguilhott (2013) e, agora a presente tese, intitulada: “Parir e nascer num novo tempo: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas”, desenvolvida por Collaço (2013). Todas realizadas no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Como resultados destas dissertações vários artigos já foram publicados, compartilhando os resultados destas produções com a comunidade científica.

O atendimento do parto domiciliar planejado exige algumas vezes a adoção de parâmetros avaliativos diferentes daqueles preconizados nos partos hospitalares, como por exemplo, o índice de Apgar, visto que os bebês que nascem no domicílio geralmente são bebês calmos e tranquilos, sem choro vigoroso, mas, no entanto, alertas e saudáveis. O corte do cordão umbilical também se dá somente após a dequitação, pois a prioridade no atendimento domiciliar é o bem-estar, a segurança, o respeito à cultura, assim como prioriza o estímulo ao início precoce do vínculo afetivo familiar, assim como, também, já é exigido no cuidado hospitalar.

Compreendendo a abrangência deste movimento e as suas peculiaridades, no sentido do que pode representar para o casal, senti a necessidade de conhecer o significado atribuído ao parto domiciliar planejado e a percepção dos cuidados recebidos por seus protagonistas, neste caso o casal, maior população atendida pela Equipe. A finalidade de obter esse conhecimento é subsidiar a atenção prestada pela Equipe para que possamos cuidá-los em consonância com o significado e a percepção por eles atribuídos. Acredito, também, que este conhecimento poderá fornecer subsídios para orientar, aperfeiçoar, referendar ou

mesmo transformar as práticas desenvolvidas pela Equipe, além disso, contribuir para a atenção prestada em outras realidades, tanto em nível hospitalar como domiciliar. Percebo o parto domiciliar planejado como um resgate do processo de parir e nascer, no sentido de devolver ao casal/RN o poder dessa experiência significativa como agentes ativos do processo.

Considero que a oposição “casa” “domicílio” x “hospital” entre os praticantes de parto domiciliar planejado expressa contrastes entre estilos de partear e de vida, percebidos e vividos como diferenciados. O “simples” como qualidade do parir/nascer no mundo do domicílio é então um valor moral e estético que está intrinsecamente ligado a uma maneira específica de cuidado e de conceber o mundo social. O parto domiciliar planejado, no meu entendimento, constitui-se como uma arte, uma melodia tocada em parceria, imbuída de significados vinculados à sexualidade, às emoções, à estética e aos modos específicos de ser e estar no mundo. Neste sentido, torna-se necessário conhecer o significado atribuído pelo casal, para que esta melodia possa ser tocada de forma harmoniosa, com sensibilidade, competência e maestria.

Acredito que o cuidado humanizado no processo de parir/nascer no domicílio de forma planejada atendido por enfermeira obstétrica, deve estar integrado ao respeito à cultura do casal, promovendo trocas de percepções, crenças, valores e sentimentos.

Há que se ter a lucidez de que mudanças paradigmáticas são lentas e difíceis de serem assimiladas, necessitando de comprovações que a corroborem ou a refutem. Portanto para a aceitação do parto domiciliar planejado pela sociedade em geral (usuários e profissionais) Precisamos alterar a cultura do processo de parir e nascer, mudar a prática obstétrica instituída e, principalmente, sermos pacientes e sábios, respeitando o processo das transformações sociais.

Acredito na ideia de parto como uma característica da essência feminina e da sexualidade do casal. Esse é composto por um conjunto de fenômenos da natureza que culminam com o nascimento de um novo ser, de uma nova mulher, de um novo homem, de uma nova família e até de uma nova sociedade. Fenômeno este, que sofre além da ação fisiológica, influências emocionais, ambientais, familiares, sociais, profissionais, do imaginário, culturais que podem mudar completamente o rumo do parir/nascer: de natural para normal, de normal para distócico, de normal para cirúrgico (biomédico), de belo para tenebroso, de prazeroso para sofrido, de sensível para indiferente, de feminino para profissional, de domiciliar para hospitalar ou vice-versa.

No parto domiciliar planejado a enfermeira obstétrica possui



grande autonomia no cuidado e se aproxima dos seus protagonistas (casal/RN/família) intensamente no processo de gestação, parto e puerpério que envolve aspectos fisiológicos, culturais, emocionais, da essência feminina, da sexualidade, do prazer, da dor, da sensibilidade, do casal, da nova família, do processo de gestação, parto e puerpério enquanto um rito de chegada, de passagem e de transformação sendo repleto de significados.

O contexto ambiental do domicílio é um grande facilitador das relações entre enfermeiras e casais, possibilitando a troca de experiências e, conseqüentemente de significados (SANTOS 1998).

Neste estudo, a expressão “parir e nascer num novo tempo” diz respeito ao processo de gestação, parto/nascimento e puerpério sob a ótica holístico-ecológica-cultural, na qual o casal/RN e enfermeiras obstétricas constroem juntos uma concepção contemporânea de cuidado de forma planejada no domicílio.

A expressão características culturais, neste estudo, diz respeito às percepções tanto das mulheres/casais quanto dos profissionais, seus estilos de vida, modos de pensar e suas práticas de cuidado. São fatores que podem influenciar o pensar-fazer.

Assim, para fundamentar esta proposta optei por utilizar um referencial teórico, baseado em pressupostos e conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (LEININGER, 1978; 1985; 1988; 1991; 1997; 2001; 2007a) e nos Modelos e Crenças de Atenção ao Parto e Nascimento de Davis-Floyd (2001) e Davis-Floyd e John (2004).

Acredito que o referencial teórico adotado vem ao encontro da necessidade de prestar um cuidado cultural congruente, humanizado ao casal/RN, bem como aprofundar a compreensão do significado que o casal atribui às diversas facetas culturais que compreende o processo de gestação, parto e puerpério num novo tempo no parto domiciliar planejado junto às enfermeiras da Equipe Hanami. Para concretização da aplicação deste referencial teórico buscou-se suporte no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) que consiste na articulação com a prática assistencial de cuidado (TRENTINI; PAIM, 2004) para encontrar respostas às dúvidas, inquietações, situações-problema, advindas de minha prática de cuidado no parto domiciliar planejado na Equipe Hanami e a partir daí, buscar preencher lacunas de conhecimento em relação ao cuidado, produzir novos conhecimentos capazes de contribuir para diminuição de problemas da prática e ajudar a reduzir a lacuna de compreensão sobre o significado cultural.

Por ser um novo nicho de cuidado e estar ávida por respostas

centrei-me às seguintes perguntas de pesquisa: 1) Qual o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis-SC? E, 2) Como o casal percebe o processo de cuidar no pré-natal, trabalho de parto/parto e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado?

Portanto, os objetivos desta pesquisa são:

- 1) Conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami.
- 2) Analisar como o casal percebe o processo de cuidar no pré-natal, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura é apresentada em forma de manuscrito, conforme as instruções estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (normas da ABNT), em conformidade com a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, sendo que, posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

Este manuscrito é intitulado “O parto domiciliar planejado em diferentes culturas: uma revisão integrativa da literatura”, e pretende ser submetido à publicação em periódico classificado pelo sistema Qualis, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## 2.1 MANUSCRITO 1 – O PARTO DOMICILIAR EM DIFERENTES CULTURAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### **O PARTO DOMICILIAR EM DIFERENTES CULTURAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Título abreviado para cabeçalho:** Parto domiciliar em diferentes culturas: uma revisão integrativa da literatura.

**Autores:** Vania Sorgatto Collaço<sup>1</sup>, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>2</sup>

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

**Vania Sorgatto Collaço**

Endereço: Rua Francisco José Ramos, n. 33. Itacorubi.

CEP: 88034-210 - Florianópolis/SC.

Fone: (48) 99717789 ou (48) 30281670

E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

---

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutoranda do Programa da Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Tel: 99717789. E-mail: vania.collaco@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (NFR/PEN/UFSC). Membro e líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: gregos@matrix.com.br





## O PARTO DOMICILIAR EM DIFERENTES CULTURAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### RESUMO

Revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, sobre características culturais e/ou significados atribuídos ao parto domiciliar em diferentes contextos. A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados BEDENF, LILACS, SCOPUS, SciELO, COCHRANE LIBRARY e PubMed, no período de 2003 a 2013, com seleção e inclusão de 21 estudos, para extração dos dados. Resultados: emergiram três categorias: o cuidado cultural prestado pela parteira tradicional; características culturais que influenciaram as mulheres/companheiros/casais na escolha pelo parto domiciliar planejado e características culturais dos profissionais a respeito do parto domiciliar planejado. Considerações finais: a parteira tradicional mantém sua prática vigente no parto domiciliar e é valorizada em vários países em diferentes culturas. O principal argumento das mulheres/casais para a escolha do parto em casa é contra cultura ao modelo hegemônico tecnocrático e hospitalocêntrico, além dos sentimentos de respeito à fisiologia, a privacidade, a liberdade e a cultura. A decisão pela modalidade de parto domiciliar planejado aconteceu durante as consultas pré-natais. A mulher/casal que considera sua participação como ativa, eficaz e essencial no processo da gravidez é mais propensa a querer cuidados em casa, com uma enfermeira obstétrica, ter um parto vaginal, sem intervenções e busca estar no controle confiando em sua intuição. O parto domiciliar é um nicho de cuidado para atuação da enfermeira obstétrica, que vem ampliando novas competências ao longo da trajetória da construção identitária profissional para suprir as necessidades de cuidado humanísticos e holísticos das mulheres/casais. Há ainda, uma grande lacuna na produção científica das enfermeiras obstétricas na prestação do cuidado cultural congruente no parto domiciliar planejado.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Características Culturais.

## HOME BIRTH IN DIFFERENT CULTURES: AN INTEGRATIVE REVIEW

### ABSTRACT

Integrative literature review with the aim to identify the contribution of researches developed at national and international level about the culture characteristic (s) of home birth in different settings. The search for articles was obtained from databases BEDENF, LILACS, SCOPUS, SciELO, COCHRANE LIBRARY in the period of 1995-2013, including the selection and inclusion of 21 studies for data extraction. Results: three categories were developed: cultural care delivered by traditional midwife; cultural characteristics that influenced women / partners / couples in choosing the planned home birth; and cultural characteristics of professionals regarding the planned home birth. Final Thoughts: homebirth in different cultures shows that the care provided by a traditional midwife is an effective and valued practice in several countries. The main argument for choosing home birth is being against the technocratic culture and hospital hegemonic model and also the feelings regarding the physiology, privacy and culture. The decision about home birth occurred during pre natal appointments. Woman / couple consider their participation as active, effective and essential in the pregnancy process and are motivated to have home care, with a nurse midwife, having a vaginal birth, with no interventions e search being in control, trusting in their own intuition. Home birth is an area of care to the function of nurse midwife, which has been expanding new competencies along the trajectory of professional identity, construction to fulfill the needs of humanistic and holistic care of women/couples. There is still a big gap in the scientific production of nurse midwives in the provision of coherent cultural care in planned home birth.

**Keywords** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Cultural Characteristics.



## **EL PARTO EN LA CASA EN DIFERENTES CULTURAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA**

### **RESUMEN**

Revisión integrativa de la literatura con el objetivo de identificar la contribución de las pesquisas desarrolladas, en ámbito nacional e internacional, sobre características culturales y/o significados asignados al parto en la casa en diferentes contextos. La búsqueda de los artículos ocurrió en las bases de datos BEDENF, LILACS, SCOPUS, SciELO, COCHRANE LIBRARY y PubMed, en el período de 2003 a 2013, con selección e inclusión de 21 estudios, para la extracción de los datos. Resultados: emergieron tres categorías: El cuidado cultural proporcionado por la partera tradicional; características culturales que influenciaron las mujeres/compañeros/parejas en la elección del parto en la casa planeado. Consideraciones finales: la partera tradicional mantiene su práctica actual en el parto en la casa es valorada en varios países en diferentes culturas. El principal argumento de las mujeres/parejas para la elección del parto en la casa es contra la cultura al modelo hegemónico tecnocrático y hospitalocéntrico, allende los sentimientos de respecto a la fisiología, la privacidad, la libertad y la cultura. La decisión por la modalidad de parto en la casa planeado ocurrió durante las consultas prenatales. La mujer/pareja que considera su participación como activa, efectiva e imprescindible en el proceso del embarazo es más centrada a querer los cuidados en la casa, con una enfermera obstétrica, tener un parto vaginal, sin cirugías y busca estar en el control con confianza en su intuición. El parto en la casa es un nicho de cuidado para actuación de la enfermera obstétrica, que viene ampliando nuevas capacidades a lo largo del trayecto de la construcción de identidad profesional para llenar las necesidades de cuidado humanísticos y holísticos de las mujeres/parejas. Aún existe una gran brecha en la producción científica de las enfermeras obstétricas en la prestación del cuidado cultural congruente en el parto en la casa planeado.

**Palabras claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Características Culturales.

## INTRODUÇÃO

O parto no domicílio historicamente tem correlação direta a práticas culturais e tradicionais originárias de um saber empírico, que ultrapassam a barreira do tempo e vem se transmitindo de geração a geração (GALVÃO; DE MENEZES, 2011). O corpo feminino não mudou ao longo dos tempos e está programado para dar continuidade à espécie, porém os processos e os costumes relativos ao nascimento e ao parto têm variado nas diferentes culturas, de tal forma que o nascimento não se restringe a um ato fisiológico, mas mostra na sociedade, o que ela tem de melhor e de pior. Essa visão do parto como um evento cultural, espiritual e afetivo seja em tribos definidas como primitivas, seja em uma instituição maternidade que reúne atendimento diferenciado e com infraestrutura de ponta em uma cidade de Primeiro Mundo – é contemporâneo (MOTT, 2004).

A transição da casa para o hospital foi substancial para que o parto se transformasse em um evento alienado e desumanizado na concepção do modelo de atenção ao parto humanizado e holístico. Contudo, não foi uma simples “mudança de local”, mas de um contíguo de valores e concepções, que têm consonância com o processo de medicalização consolidado no Brasil a partir da segunda metade do século XX, com o modelo tecnocrático de assistência, cujo arcabouço ideológico hegemônico atual é o modelo biomédico ‘tecnocrático-hospitalocêntrico’, no qual o parto é feito por médicos e caracterizado pelo uso excessivo de práticas invasivas desnecessárias, sob o argumento do parto enquanto um evento de risco, potencialmente patológico, constituindo uma estratégia de dominação, restringindo o parto à prática médica ao mesmo tempo em que desumaniza o processo do cuidado (GALVÃO; DE MENEZES, 2011; MOTT, 2004; DAVIS-FLOYD, 2001).

O parto domiciliar representa em diversos países como uma alternativa segura e viável para mulheres com gestação de risco habitual, favorecendo a evolução fisiológica do parto, o exercício da autonomia, o protagonismo da mulher/família e o respeito cultural. Na atualidade há uma diversidade de profissionais que atuam na assistência ao parto domiciliar e a enfermagem tem se preocupado com as pesquisas em torno desta temática, além de representar um espaço promissor de atuação profissional para a enfermagem obstétrica que transcende o cuidado biomédico e amplia para transculturalidade e a diversidade cultural do cuidado (GALVÃO; DE MENEZES, 2011; MOTT, 2004; COLLAÇO, 2002; DAVIS-FLOYD, 2001).



Averiguar a produção científica envolvendo esta temática, proporcionará subsídios para a compreensão da(s) característica(s) cultural(is) do parto domiciliar nas diferentes culturas. Este estudo é uma revisão integrativa com o objetivo de identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional e internacional, sobre características culturais e/ou significados atribuídos ao parto domiciliar.

A revisão integrativa segue os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, a clareza, auxilia na identificação das autênticas características dos estudos selecionados oferecendo contribuições para o progresso da enfermagem (GANONG, 1987; WHITTEMORE, KNAFL, 2005).

## **MÉTOD**

Trata-se de uma revisão integrativa, que consiste num método de pesquisa que estabelece uma síntese e conclusões gerais sobre um estudo em particular, de maneira sistemática e ordenada, objetivando contribuir para o conhecimento averiguado.

Foi realizada em seis etapas conforme sugere Ganong (1987). 1ª etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, a partir da temática característica(s) cultural(is) e/ou o(s) significado(s) do parto domiciliar nas diferentes culturas. A questão de pesquisa delimitada foi: Qual o conhecimento científico produzido sobre as características culturais do parto domiciliar nas diferentes culturas?

2ª etapa: delimitação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Os critérios de inclusão adotados no presente estudo foram: pesquisas publicadas em forma de artigo, contendo os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): 1º Português: Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Características Culturais. 2º Inglês: Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Cultural Characteristics. 3º Espanhol: Parto Domiciliário. Enfermería Obstétrica. Características Culturales. Estes descritores presentes no resumo, no título e estejam publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis online, no período de 2003 a 2013 que possuam título e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados; em periódicos nacionais e internacionais. Entre os critérios de exclusão estão: dissertações, teses, editoriais; artigos de opinião; comentários; ensaios; dossiês.

Na 2ª etapa desta revisão integrativa, desenvolveu-se a busca na literatura por meio de levantamento bibliográfico, realizado pela

internet, nas bases de dados da Enfermagem (**BDENF**), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (**LILACS**), na **SCOPUS** que é à base de dados referenciais nas áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Físicas e Ciências Sociais. Além destas, utilizou-se manuscritos obtidos por meio da Cochrane Collaboration, rede internacional de comitês individuais de revisões dos efeitos das intervenções na área da saúde (**COCHRANE LIBRARY**). Somando-se a essas ferramentas de buscas, foi consultada a biblioteca eletrônica **SciELO** e a **PubMed**.

3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos. As referências selecionadas foram catalogadas em ficha bibliográfica, organizadas sintetizando as informações, como: a identificação do periódico de publicação, o país de origem, a formação dos pesquisadores, o idioma utilizado para publicação, os descritores, os objetivos, o referencial teórico, o delineamento da pesquisa com dados sobre o local, o período de coleta de dados, os sujeitos, a delimitação da amostra, o instrumento para a coleta de dados, a forma como se procedeu a análise dos dados e os preceitos éticos, além de identificar os principais resultados, as conclusões, as recomendações para a prática, as sugestões de novas pesquisas e as dificuldades apresentadas.

4ª etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Aconteceu na preparação e análise das fichas bibliográficas. Na análise crítica dos estudos selecionados, foram observados os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, o que permitiu elaborar quatro categorias dos resultados, que nessa revisão foram: 1ª categoria - o cuidado cultural prestado pela parteira tradicional; 2ª categoria - o cuidado cultural prestado pela enfermeira obstétrica no parto domiciliar planejado; 3ª categoria - características culturais que influenciaram as mulheres/ companheiros/ casais na escolha pelo parto domiciliar planejado; 4ª categoria - características culturais que influenciaram as mulheres/companheiros/casais na escolha pelo parto domiciliar em detrimento do parto hospitalar ou/em casa de parto.

5ª etapa: discussão e interpretação dos resultados. Permitiu elaborar as sugestões para a prática, a partir das conclusões e sugestão de novas pesquisas provenientes da revisão podem-se identificar as lacunas nos estudos incluídos.

6ª etapa: elaboração do resumo das evidências disponíveis, com a produção dos resultados apresentados a seguir.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados permitiu encontrar 259 artigos, dos quais 160 foram selecionados numa primeira peneira, destes 86 em português, 67 em inglês, 24 em espanhol, permanecendo 21 artigos como o objeto de estudo desta revisão (11 em português (Brasil), 07 em inglês (Holanda, Suécia, Canadá, Noruega, Estados Unidos da América e Austrália) e 3 em espanhol (Bolívia, Peru e México)). Ao analisar os delineamentos de pesquisa mais frequentes na amostra estudada, identificou-se que 16 estudos foram desenvolvidos com abordagem qualitativa e 5 com abordagem quantitativa, sendo a utilização de referenciais teóricos, como História Oral, História de vida, Grounded Theory (Teoria Fundamentada) etnografia, Etnoenfermagem, fenomenologia, os mais encontrados. Os descritores mais utilizados foram: parto domiciliar, parto em casa, parteiras tradicionais, Parteira leiga, enfermagem enfermeira obstétrica, cultura. Na coleta de dados durante o levantamento da(s) característica(s) cultural (is) do parto domiciliar nas diferentes culturas foram identificados 16 estudos que utilizaram como instrumento de coleta de dados a entrevistas, 4 utilizaram questionário, três busca em base de dados e um não descreve o instrumento de coleta (Quadro 1).

Ao reunir as características do estudo, tem-se como resultado a participação de estudos qualitativos: 42 parteiras; 59 mulheres que tiveram parto domiciliar; 8 homens que acompanharam suas mulheres no parto domiciliar; 62 membros de uma comunidade e 16 profissionais e 127 artigos científicos constituíram o corpus analítico das revisões de literatura.

A contribuição dos estudos quantitativos foi: 1260 mulheres que tiveram parto em casa e 208 mulheres que tiveram partos hospitalares, 64 mulheres que tiveram partos em casa de parto, 625 mulheres grávidas de risco habitual e 4559 profissionais (Quadro 1).

**Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão de literatura.**

<b>Autor/Ano</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Objetivo</b>	<b>País</b>	<b>Delimitação/ Referencial teórico/ Instrumento para coleta de dados</b>	<b>Sujeitos da pesquisa</b>
DIAS, 2007	BEDENF	Compreender o significado da experiência cuidada à mulher, durante o processo de parto em casa, a partir da história oral das parteiras tradicionais.	Brasil	Qualitativo. História Oral/História de vida/Entrevista	7 parteiras tradicionais.
MEDEIROS et al., 2008	LILACS	Analisar os fatores que influenciaram a escolha pelo parto domiciliar, assistido por enfermeira obstetra, a partir da história de vida das mulheres que vivenciaram esta experiência.	Brasil	Qualitativo. História de vida/Entrevista	6 mulheres que tiveram parto domiciliar.
OTIS et al., 2008.	LILACS	Investigar a baixa taxa de nascimentos em hospitais e centros de saúde Y apacani, na Bolívia.	Bolívia	Qualitativo. Grounded Theory/Entrevistas	62 membros da comunidade, e oito especialistas regionais.
CECAGNO et al., 2004,	LILACS	Investigar e compreender a experiência do processo de nascimento no domicílio assistido por parteiras, em meados do século passado.	Brasil	Qualitativo. Descritivo e exploratório/ Questionário	6 parteiras.
FEYER et al., 2013	LILACS	Objetivo caracterizar a produção científica das enfermeiras brasileiras sobre o parto domiciliar, e identificar os resultados alcançados.	Brasil	Qualitativo. Uma revisão sistemática meta-etnográfica.	8 artigos constituiram o corpus analítico.
KRUNO et al., 2004.	LILACS	Conhecer as vivências, preparação, sentimentos e motivações de mulheres que optaram por partos domiciliares.	Brasil	Qualitativo. Descritivo, exploratório/Entrevista	10 mulheres.
					<b>Continua...</b>



Autor/Ano	Base de dados	Objetivo	País	Delimitação/ Referencial teórico/ Instrumento para coleta de dados	Sujeitos da pesquisa
<b>Continuação</b>					
TARQUI et al., 2006.	LILACS	Identificar os fatores de risco pessoal e institucional associados à escolha e preferência pelo parto domiciliar.	Peru	Quantitativo / Entrevista.	52 mulheres parto domiciliar e 208 mulheres partos hospitalares (casos controles).
FRANK et al., 2013.	LILACS	Compreender a percepção dos profissionais no acompanhamento do parto domiciliar planejado	Brasil	Qualitativo/ Entrevista	3 enfermeiras 1 fisioterapeuta, 2 médicos obstetras e 1 pediatra e 1 profissional de outra área – fotógrafa.
PELCASTRE et al., 2005.	LILACS	Documentar as crenças e as práticas das parteiras tradicionais quanto à gravidez, parto e puerpério.	México	Qualitativo. Grounded Theory/ Entrevista	25 parteira.
BORQUEZ et al., 2006.	SCOPUS	Comparar as experiências de trabalho de parto e parto de mulheres que deram à luz em casa sem complicações com as experiências de mulheres que deram à luz em um centro de parto sem complicações.	Holanda	Quantitativo. Descritivo/ Entrevista	129 mulheres que tiveram parto domiciliar e 64 mulheres que tiveram o parto em casa de parto.
VAN DER HULST et al., 2004.	SCOPUS	Analisar o impacto do local destinado feminino de nascimento (casa ou hospital) e o curso da gravidez e do parto, quando assistido por parteiras.	Holanda	Quantitativo. Prospectivo	625 mulheres grávidas de risco habitual.
					<b>Continua...</b>

Autor/Ano	Base de dados	Objetivo	País	Delimitação/ Referencial teórico/ Instrumental para coleta de dados	Sujeitos da pesquisa
<b>Continuação</b>					
BORGES et al., 2009.	SciELO	Salientar a necessidade de diálogo entre os diferentes saberes e sinaliza que a educação popular pode contribuir para uma ecologia de saberes e para a prática educativa dos profissionais de saúde.	Brasil	Qualitativo/ Entrevista	4 parteiras.
PIMENTA et al., 2013.	SciELO	Analisar a tendência das publicações sobre o parto realizado em casa pelas parteiras.	Brasil	Qualitativo/ Revisão integrativa/ bases de dados eletrônicas	13 artigos.
CRIZÓSTOMO et al., 2007.	SciELO	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.	Brasil	Qualitativo/ Entrevista	7 mulheres que tiveram parto domiciliar.
SJÖBLOM, et al., 2006.	PUBMED	Iluminar as experiências de mulheres que deram à luz em casa.	Suécia	Qualitativo. Descritivo. Fenomenológico-hermenêutico/ Entrevistas	12 mulheres que tiveram parto domiciliar.
BLIX, 2011.	PUBMED	Explorar a prática de parteiras em partos domiciliares na Noruega, especialmente prática assumida pelas parteiras para promover trabalho de parto e parto normal	Noruega	Qualitativo. GROUND THEORY/ Entrevistas em profundidade.	20 mulheres que tiveram parto domiciliar.
LINDGREN et al., 2010.	PUBMED	Descobrir a percepção das mulheres sobre o risco relacionado ao parto e as estratégias para o gerenciamento desses riscos percebidos.	Suécia	Quantitativo./ Questionário	735 mulheres que tiveram parto domiciliar.
<b>Continua...</b>					

Autor/Ano	Base de dados	Objetivo	País	Delimitação/ Referencial teórico/ Instrumento para coleta de dados	Sujeitos da pesquisa
<b>Conclusão</b> ARCIA et al., 2013.	PUBMED	Desenvolver um modelo para a compreensão dos preditores de preferências do local para o parto em multiparas ; tipo de provedor, o ajuste, o tipo de parto e o uso de medicação para prevenção para dor.	Estados Unidos da América	Quantitativo. Descritivo/ Questionário	344 mulheres que tiveram parto domiciliar.
WILLIAMSON et al., 2010.	PUBMED	Explorar como parteiras incorporar a sensibilidade cultural, em sua prática.	Austrália	Qualitativo. Revisão sistemática da literatura. Bases de dados	48 artigos.

**Fonte:** dados da pesquisa: O parto domiciliar em diferentes culturas: uma revisão integrativa da literatura (2013).

## SÍNTESE DOS ESTUDOS

Os dados analisados revelam a produção de um conhecimento científico que, em seus resultados, apresentam três categorias: o cuidado cultural prestado pela parteira tradicional; o cuidado cultural prestado pela enfermeira obstétrica no parto domiciliar planejado e características culturais que influenciaram as mulheres/ companheiros/ casais na escolha pelo parto domiciliar planejado. Também, são descritas as recomendações para a prática e sugestão de novas pesquisas.

### **Categoria 1 - O cuidado cultural prestado pela parteira tradicional**

A parteira tradicional brasileira é uma mulher de meia-idade, analfabeta e/ou com baixa escolaridade, A maioria delas é casada, ou vive em união estável com o companheiro. As relações com os maridos nem sempre são tranquilas. Geralmente pobres e trabalhadoras rurais. Em sua maioria, são movidas por um desejo de servir, por um sentimento de solidariedade diante da necessidade de cuidar das mulheres da família, da vizinhança, da comunidade e pela necessidade de trabalhar. São mulheres que atenderam aos apelos de outras mulheres (DIAS, 2007; CECAGNO et al., 2004;).

As parteiras compreendem essa atividade como um ofício, um dom dado por Deus, uma vocação que foi aprendida realizando partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras, não é comum a forma hereditária de aprendizado, porém com o fardo da má remuneração. A coragem é um atributo essencial dessas mulheres. Boa parte das parteiras são mulheres viúvas ou mesmo casadas. Enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os recursos necessários a essa prática, em função das barreiras geográficas, já que a maioria das localidades é de difícil acesso, caracterizando até certo isolamento social, além da pobreza da gestante e a falta de transporte na zona rural para a urbana. Em muitos momentos vivenciam situações críticas. Quase todas as parteiras têm histórias de partos difíceis, e se amparam em suas rezas e fé, acreditando que tudo vai acabar bem e que terão o apoio de uma instituição nesta oração (FEYER et al., 2013; DIAS, 2007; CECAGNO et al., 2004;).

A arte de partejar é empírica, com ênfase na rede de símbolos e significados relacionados com a cultura local, que oferece o suporte seguro e apropriado, promovendo a saúde da mãe e do filho, prevenindo complicações, ou mesmo para estabelecer rituais, técnicas e tratamentos que contribuam para a resolução das intercorrências existentes (FEYER et al., 2013a; PIMENTA et al., 2013; WILLIAMSON et al., 2010).



O cuidado desenvolvido pelas parteiras durante o parto, prima pelo respeito ao ritmo da natureza, fortalecendo a perspectiva humanística que privilegia a mulher como centro do cuidado. As parteiras são pouco intervencionistas preferem aguardar a evolução dos acontecimentos, ser companhia, estar ao lado da parturiente, ter paciência na espera, serem carinhosas e oferecer um chá. Respeitam o caráter fisiológico e o próprio ritmo dos acontecimentos. O emprego de ervas na forma de chás é utilizado no trabalho de parto a fim de ajudar no sofrimento. Esse conhecimento sobre as plantas é transmitido de geração para geração, conforme a prática cultural (FEYER et al., 2013a; BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

As parteiras criam condições que ajudam à mulher sentir-se segura e confiante, acolhendo e permitindo que a mulher possa viver o prazer e a dor. Assim como, propiciam à mulher um verdadeiro encontro dela consigo mesma, na busca da força interior para auxiliá-la no nascimento de um novo ser numa atmosfera saudável e como uma experiência positiva. A parturiente é vista como alguém que vivencia uma experiência existencial (BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

O processo de parturição, realizado por estas condutoras do parto, engloba aspectos, além dos fisiológicos, envolvendo os valores culturais da mulher, da família e da comunidade (BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

O cuidado da parteira é orientado pelo companheirismo na busca do alívio do sofrimento e dos desconfortos que são próprios das circunstâncias do parto. É um cuidado sensível, empregando uma tecnologia simples. As posições preferidas para parto, em pé, deitada, de joelhos, ou cócoras, dependendo da conveniência das mulheres (BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

O cuidado cultural ao parto em meados do século XX incluía rituais nos quais o homem participava tendo papel fundamental nesse cenário. No que se refere à participação do acompanhante/companheiro, no início das “dores do parto”, a ele cabia comunicar e trazer à parteira, que vinha a cavalo. Depois de retornar, promovia o distanciamento dos filhos e as crianças que se encontravam no local, pois o parto era motivo de vergonha e pecado. A partir de então, ele tinha o papel de auxiliar a parteira e a esposa no que necessitavam. E, como última atividade, ele quem dava destino à placenta (BLIX, 2011; BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

Em relação às ações desenvolvidas, as parteiras são guiadas pela frequência contrações e evitam perturbações no processo fisiológico. Antes de assistir a um nascimento, a parteira varre a casa, acende uma vela e reza para não ter nenhum problema. No trabalho de parto possuem uma função vital que evitar perturbações no processo fisiológico. Em termos de higiênicos limpam o local colocam um plástico ou papel onde o bebê vai nascer. Após o nascimento cortaram cordão umbilical com palheta, lâmina ou tesoura. Ligam o coto umbilical com uma fita ou fio. O bebê é banhado e a mulher lava os genitais com água e sabão (BLIX, 2011; BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

No pós-parto as parteiras recomendam que a mulher descanse por oito dias e faça banhos íntimos. As parteiras no pós-parto realizam massagens, cuidam dos bebês, às vezes, fazem comida e monitoram possíveis complicações. Depois do parto a mulher ficava deitada, exclusivamente, por cerca de três dias consecutivos, com os membros inferiores juntos – joelho com joelho, para que toda a anatomia volte ao normal. Aconselham a mulher que não faça esforços e não carregue peso prevenindo a hemorragia e as infecções, evitando risco a sua vida. Mantém a orientação que a mulher não deva tomar banho de chuveiro, lavar a cabeça e deva alimentar-se a base de caldos, assim como preconiza a quarentena, ou resguardo (BLIX, 2011; BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

No período do puerpério uma série de proibições é colocada para evitar qualquer complicação que comprometa o estado de saúde da mãe e do filho, tais como: não sair de dentro do quarto nos primeiros três dias, não ter relações sexuais, não pegar vento, não pegar sereno, não comer comida carregada. Esses cuidados eram utilizados para não se ‘quebrar o resguardo’. Os bebês eram enfaixavam do tórax às extremidades dos membros inferiores até um ano de idade para prevenir problemas osteomusculares. As parteiras permanecem na casa até cair o coto do umbigo da criança, podendo ser chamada para eventualidades no restabelecimento da mãe, a não ser quando a comunidade é muito distante (BORGES et al., 2009; DIAS, 2007; PELCASTRE et al., 2005; CECAGNO et al., 2004).

Um estudo brasileiro revela que os partos domiciliares que foram assistidos por parteiras tradicionais ou por suas mães, foram vivenciados pelas mulheres de forma mais rápida, mais natural, sem intervenções. As posições de preferência das mulheres para o parto foram na rede e no assento. Quando comparados aos partos hospitalares, estes foram mais laboriosos, complicados e com intervenções traumáticas. O parto



domiciliar foi natural e humanizado, já o parto normal hospitalar foi conduzido pelos profissionais com intervenções sem a participação ativa das parturientes, tornando-o traumático, desumano e de risco (CRIZÓSTOMO et al., 2007).

## **Categoria 2 - Características culturais que influenciaram as mulheres/ companheiros/casal na escolha pelo parto domiciliar planejado**

A escolha pelo parto domiciliar planejado é fruto da construção cultural. Diz respeito ao parto fora do modelo institucionalizado, relacionado com as experiências de vida da mulher, desde o seu próprio nascimento até o momento do parto de seus filhos. Para que esta escolha aconteça, às mulheres e seus companheiros buscaram informações, em especial, sobre conceitos de risco. Enfrentaram tanto o modelo tecnocrático vigente como suas famílias; encontraram no domicílio um atendimento ao parto humanizado num ambiente acolhedor (MEDEIROS et al., 2008; TARQUI et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

No domicílio o vínculo entre a enfermeira obstétrica e a mulher/casal acontece pelo respeito às escolhas, expectativas e cultura. A escolha informada é um direito, proporciona segurança e confiabilidade aos casais, assim como uma corresponsabilidade entre a mulher e a enfermeira/Equipe/prestadores de cuidados de saúde (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; TARQUI et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

A satisfação com a experiência no parto domiciliar foi unânime levando ao desejo de repeti-lo, sendo considerada uma oportunidade marcante de autoconhecimento e superação. A história familiar positiva em relação ao parto promove um otimismo nas mulheres em relação aos seus partos e favorece a escolha pelo parto domiciliar (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; TARQUI et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

As consultas de pré-natal são um momento adequado para que as enfermeiras obstétricas compartilhassem com as mulheres conhecimentos a respeito da fisiologia, tipos e posições de parto, e uso de tecnologias não invasivas, permitindo, assim, a participação da mulher na elaboração do seu plano de parto. O preparo para o parto ultrapassa a dimensão do corpo (exercícios, caminhadas), atingindo também dimensões simbólicas (figuras, flores, incensos...), há um cuidado todo especial em relação ao ambiente, também chamado de ninho (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; TARQUI et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

A experiência do parto em casa gerou vários sentimentos, que o

nascimento foi um momento de emoção, momento de encontro e de transformação que fortalece o casal. O atendimento prestado pela enfermeira obstétrica foi percebido como seguro e humano, pois agrega conhecimento científico e carinho, sensibilidade e competência. A vivência domiciliar significa a preservação da autoridade e autonomia da mulher, resgatado o seu protagonismo na condução do parto, sua confiança e competência, tendo a opção de escolher o apoio de que necessita. Abrange uma dimensão terrena, representada pela dependência de forças naturais inerentes, e, uma dimensão espiritual existencial, representada pela fé na própria vida, expressa em termos de santidade de dar à luz, uma experiência inesquecível e sabedoria sobre a própria vida (CALVETTE et al., 2011; SJÖBLOM, et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

Para as mulheres grávidas, o parto domiciliar permite que vários benefícios, tais como conforto, autonomia, privacidade e, sobretudo, a liberdade de movimento, além do apoio e calma, podendo estar rodeada por pessoas familiares, que podem ajudar se necessário, porém, não é isenta dos medos e inseguranças sentidos por quem opta pelo parto hospitalar. Possibilita a realização de rituais de cuidados no parto e pós-parto, tais como a permanência do recém-nascido junto à mãe logo após o período expulsivo e cuidados com a placenta (FEYER et al., 2013a; PIMENTA et al., 2013; CALVETTE et al., 2011; WILLIAMSON et al., 2010; SJÖBLOM et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

Outra questão discutida no pós-parto domiciliar foi o relato das mulheres sobre a maior disposição física e mental, ou seja, estavam menos cansadas e mais tranquilas, logo após o parto, mesmo quando o trabalho de parto foi longo. Além disso, em longo prazo, no que se refere ao recém-nascido percebe-se que são crianças calmas e inteligentes, provavelmente devido à forma respeitosa como foram recebidos em seus nascimentos (CALVETTE et al., 2011; SJÖBLOM, et al., 2006; KRUNO et al., 2004).

A ideia de um parto, fora do âmbito hospitalar, antes mesmo de ser uma iniciativa ou sugestão do profissional, leva as mulheres até trocar de médico quando este não corresponde às suas expectativas. Situação parecida acontece quando aos casais compartilham a ideia pelo parto domiciliar com sua família e esta reage negativamente, demonstrando surpresa ou estranhamento com tal possibilidade, fazendo com que os casais não informem a família de sua escolha (KRUNO et al., 2004).

Emergiu, também, a questão da escolha pelo parto domiciliar mesmo sendo oferecido o parto hospitalar ou/em centro de saúde.





Os programas nacionais, em países da América Latina como Bolívia e México para maternidade segura têm por objetivo garantir o acesso equitativo a serviços de saúde e promover a diminuição da morbimortalidade materna e infantil, sendo considerado um dos principais problemas de saúde pública pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil. São países que possuem como sistema de cuidado o modelo tecnocrático. Possuem uma população que vive em sua maioria na periferia das cidades ou em regiões rurais com situação de pobreza extrema. Uma característica destas populações é a escolha pelo parto domiciliar em detrimento do parto hospitalar ou em centro de saúde. Essa questão tem sido foco de vários estudos nestes países, pois apesar do incentivo governamental à maternidade segura, as mulheres, casais e famílias possuem vários argumentos para sua escolha (OTIS et al., 2008; TARQUI et al., 2006).

Os argumentos pela escolha do parto domiciliar versam sobre: o medo ou constrangimento relacionado a receber cuidados em um centro de cuidados de saúde pública; má qualidade dos cuidados disponíveis nos centros de saúde; à distância ou questões geográficas que impedem viagem aos serviços de saúde; as restrições econômicas que impedem a viagem ou a utilização de serviços de saúde; a percepção de que os serviços de saúde não são necessários porque “parir é fácil”; a segurança e o bem estar que a casa proporciona; medo e desconfiança de médicos e hospitais; o fato de não possuir plano de saúde; a confiança na parteira; o fato da parteira e família poderem usar as práticas tradicionais no trabalho de parto e parto; a experiência familiar de que o parto em casa é a melhor e mais natural conforme conselhos das mães e avós que tiveram partos bem sucedidos; possibilidade do marido e a família poder participar; a experiência hospitalar anterior negativa; intervenções desnecessárias na hospitalização, tais como, uso de medicação, ruptura da bolsa das águas, episiotomia e tem a cesariana (OTIS et al., 2008; TARQUI et al., 2006).

As experiências comparativas de mulheres que tiveram partos no domicílio e partos no hospital fica impressa a frustração com a experiência do parto hospitalar, em detrimento ao domiciliar. Neste sentido, o parto respeitoso no ambiente acolhedor do lar aponta o parto domiciliar nos grandes centros urbanos no Brasil, atendidos por profissionais, focaram seus resultados nas motivações que levaram as mulheres e famílias a optar pelo parto em casa (FEYER et al., 2013a; PIMENTA et al., 2013; WILLIAMSON et al., 2010).

Nos países desenvolvidos como Estados Unidos da América, Holanda, Suécia, Irlanda e Canadá em que o parto domiciliar planejado

faz parte da opção das mulheres/casais e famílias e é aceito pelo sistema de saúde, também há estudos sobre a opção pelo parto domiciliar planejado em detrimento do hospitalar e /ou centros de saúde. O argumento da mulher para essa escolha diz respeito ao seu comportamento ativo ou passivo em relação ao trabalho de parto/parto e sua postura diante dos profissionais (ARCIA et al., 2013; LINDGREN et al., 2010; BORQUEZ et al., 2006; VAN DER HULST et al., 2004).

O comportamento da mulher tem haver com a sua escolha de um lugar ou outro para o parto, categorizando-a nas diferentes escolhas para o parto domiciliar planejado, o hospitalar e em casa de parto (ARCIA et al., 2013; LINDGREN et al., 2010; BORQUEZ et al., 2006; VAN DER HULST et al., 2004).

A mulher que considera a sua participação ativa como eficaz e essencial no processo de gravidez é mais propensas a preferir os cuidados de uma parteira profissional/enfermeira obstétrica, a casa como cenário para o nascimento, o parto vaginal e evitar a medicação para a dor. Sente-se no controle da situação, confiando em sua intuição por estarem na sua casa com seus pertences, sentindo-se confortáveis e relaxadas. A mulher possui ciência de que em caso de necessidade pode precisar ser encaminhada. A dor foi percebida em menor proporção do que na casa de parto e do que no hospital. A enfermeira obstétrica é considerada como a melhor profissional para este acompanhamento. Apresentam imensa satisfação com o processo. A abordagem de cuidados utilizou pouca tecnológica. O modelo de cuidado foi holístico. A mulher percebe que houve respeito as suas crenças e valores, sua cultura (ARCIA et al., 2013; LINDGREN et al., 2010; BORQUEZ et al., 2006; VAN DER HULST et al., 2004).

A mulher que percebe o papel do profissional como sendo um colaborador prefere os cuidados de enfermeiras obstétricas em casas de parto. Exerce autonomia sobre seu corpo, mas não sobre o ambiente. Tem consciência de riscos, enfatiza querer segurança, ajuda médica e ser uma situação conveniente. A dor é percebida pela mulher como maior que no parto em casa, porém menor do que no hospital. A enfermeira obstétrica é conhecida pela mulher. A mulher está satisfeita com o processo. A abordagem de cuidados teve alguma tecnológica. O modelo de cuidado é humanizado. Suas crenças e valores, sua cultura, é levada em consideração (ARCIA et al., 2013; LINDGREN et al., 2010; BORQUEZ et al., 2006; VAN DER HULST et al., 2004).

A mulher que vê o seu papel como passivo no trabalho de parto e acredita que o papel central no processo de parir é o profissional da saúde, é propensa a preferir os cuidados de um médico e em ambiente



hospitalar. Quanto maior for o medo e a dor no processo de parir percebida como maior de todas (casa/hospital/casa de parto) tendo maior é tendência da mulher em preferir uma cesariana a um parto vaginal. Existe perda de autonomia pela mulher por estar nas mãos de estranhos, estar no meio de rotinas, intervenções desnecessárias e em uma instituição. O processo acontece dentro do esperado. A abordagem de cuidados é muito tecnológica (ARCIA et al., 2013; LINDGREN et al., 2010; BORQUEZ et al., 2006; VAN DER HULST et al., 2004).

### **Categoria 3 - Características culturais dos profissionais a respeito do parto domiciliar planejado.**

As características culturais dos profissionais sobre o parto domiciliar planejado aparecem em duas percepções: dos profissionais que tem percepções semelhantes e dos que possuem percepções distintas.

Profissionais com percepções semelhantes: a percepção dos profissionais sobre a casa como local de cuidado de forma planejada para o parto trouxe vários elementos que favoreceram um dos principais requisitos para o resgate da humanização no processo de nascimento: a autonomia da mulher (FRANK et al., 2013).

O domicílio é percebido pelos profissionais como cenário ideal para o parto uma vez que possibilita conforto, liberdade e privacidades às escolhas da mulher. O parto domiciliar atende de maneira particular as necessidades psicológicas, emocionais e sociais da mulher e sua família com segurança, possuindo vantagens que vão da liberdade de movimentos às necessidades afetivas atendidas neste ambiente. A transferência de cuidado do espaço hospitalar para o espaço domiciliar estimulou e favoreceu uma nova postura profissional, pois em casa existe necessidade de observações cuidadosas, com o intuito de detectar sinais precoces de complicações e não é preciso intervenções e, sim, estímulo, apoio e carinho. Isto contribui para uma evolução positiva do parto em uma atmosfera harmoniosa, centrada na mulher e na sua família. O parto domiciliar exige preparativos essenciais, como a disponibilidade de água limpa, ambiente aquecido, higiene das mãos, materiais mínimos e transporte para um centro de referência (FRANK et al., 2013).

O parto domiciliar é um nicho de cuidado para atuação da enfermeira obstétrica, porém, é importante que possua vasta experiência de ensino e prática com o parto. A enfermagem obstétrica está alçando novos caminhos para o desempenho responsável, ético e legal deste tipo de atuação profissional (FRANK et al., 2013; FEYER et al., 2013a; PIMENTA et al., 2013; WILLIAMSON et al., 2010).

A incorporação da prática cultural sensível no parto domiciliar planejado pela enfermeira obstétrica e obstetritz, corresponde a aprender sobre a cultura de grupos distintos e a inclusão do conceito de “segurança cultural” na prática, porém o seu significado ainda não está claro para os profissionais de saúde (WILLIAMSON et al., 2010).

Profissionais com percepções distintas: a percepção entre enfermeiras obstétricas/obstettrizes e médicos (da família ou obstetras) sobre a segurança do parto em casa foi significativamente diferentes. Os médicos acreditam que partos domiciliares são menos seguros do que partos hospitalares, enquanto que as enfermeiras obstétricas/obstettrizes não concordam com essa opinião. Ambos acreditam que suas opiniões eram baseadas em evidências científicas. As enfermeiras obstétricas/obstettrizes percebem o parto domiciliar planejado como uma opção quando se discute a escolha do local de nascimento de mulheres grávidas. Ambos, enfermeiras obstétricas/obstettrizes e médicos expressaram desconforto em fazer consulta multiprofissional relacionado com partos domiciliares planejados. Além disso, os médicos relatam desconforto em discutir sobre parto em casa com suas pacientes. Uma proporção significativa de médicos gostaria de assistir a um parto em casa, como parte da sua formação (VEDAM et al. 2012).

### **Recomendações para a prática**

A compreensão do processo de nascimento significa ir além do ato da parturição propriamente dita, ou seja, significa compreender a mulher no seu todo, em múltiplas dimensões, inserida em uma conjuntura repleta de uma cultura com crenças e valores e que a enfermeira obstétrica pode ser uma prestadora de cuidados que alia conhecimento científico e carinho, sensibilidade e competência (CECAGNO et al., 2004; CALVETTE et al., 2011).

A formulação de políticas públicas e o incentivo de órgãos governamentais no sentido de expandir o serviço do parto domiciliar planejado possibilitando que essa realidade seja acessível a toda população. Soma-se a isso o esclarecimento público sobre esses serviços por parte da mídia, bem como a divulgação de estudos e pesquisas sobre partos fora do modelo hospitalar, desmistificando as informações pré-concebidas relacionadas a riscos, índices de mortalidade e morbidade ditos maiores que aqueles encontrados nas instituições hospitalares (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Mudanças na formação dos profissionais com base nas novas competências são imprescindíveis para que a práxis do parto domiciliar planejado se torne uma realidade. Estas mudanças nas práticas



profissionais são complexas, vislumbrar o domicílio como local de atuação exige que estes transpassem para um novo espaço e desenvolvam novas habilidades, se despidendo das tradições e restrições arraigadas e difundidas como certas no decorrer das décadas. É, também, indispensável que haja um estímulo e sensibilização dos profissionais para que atualizem seus conhecimentos com base nas evidências científicas e adotem um modelo de atendimento ao parto focado na mulher e na sua família (FRANK et al., 2013).

Os cursos de formação universitária, tanto para enfermeiras, obstetrias e médicos precisam programar em suas grades curriculares a teoria e a prática sobre parto domiciliar planejado com foco na qualidade da evidência sobre locais seguros para o parto e os resultados benéficos sobre a saúde materna e neonatal (VEDAM et al. 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados evidenciam que o cuidado prestado pela parteira tradicional traduz-se como cuidado cultural congruente, com as necessidades das mulheres, evitando perturbações nos processos fisiológicos e culturais. As parteiras ocupam importante papel social no cotidiano e cenário domiciliar, em especial no interior do nordeste brasileiro, sendo reconhecida pelas mulheres e pela comunidade científica, já que seu saber está amplamente relatado nas produções científicas dos profissionais de saúde. No entanto, a importância e valor social da parteira não é valorizado financeiramente na mesma proporção pelos órgãos governamentais, impedindo viverem com dignidade.

O parto domiciliar é um nicho de cuidado para atuação autônoma da enfermeira obstétrica, que vem ampliando novas competências ao longo da trajetória da construção identitária profissional centrada no estabelecido sócio-histórico-cultural da própria enfermagem. A possibilidade de clareza da identidade profissional, da enfermeira obstétrica, se dá a partir da consciência política e da transformação do ideário social-cultural, respeitando os aspectos fisiológicos, emocionais, socioculturais e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres/casais.

O parto domiciliar traz benefícios para a mulher, tais como: conforto, autonomia, privacidade, liberdade de movimento, respeito cultural, além do apoio e calma, podendo estar rodeada por pessoas familiares que podem ajudar se necessário, porém, não é isenta dos medos e inseguranças.

A escolha pelo parto domiciliar pelas mulheres e casais está

atrelada a inúmeros argumentos, porém o que é marcante é a contra cultura do saber hegemônico biomédico/tecnocrático, vigente em muitas culturas ocidentais. Os paradigmas que sustentam a escolha pelo parto domiciliar, tanto em áreas rurais quanto urbanas são o humanista e o holístico, pois são capazes de dar conta das necessidades mais profundas da natureza feminina no processo de gestação/parto e puerpério, além de contemplar questões dos direitos sexuais e reprodutivos. A crítica ao modelo tecnocrático de cuidado foi uma justificativa pela escolha do parto domiciliar.

As experiências das mulheres/casais no parto domiciliar dizem respeito a uma satisfação muito grande com todo o processo, pois o cuidado respeitoso com a cultura é significativo, não importando se recebeu cuidados de uma parteira tradicional, de uma enfermeira obstétrica ou de uma obstretriz.

O cuidado no pré-natal é marcante para o processo decisório em favor do parto domiciliar planejado, pois nele se estabelecem relações vinculares, se fazem acordos que constroem possibilidades de cuidados e abrem caminhos tanto para as mulheres/casais quanto para as enfermeiras obstétricas.

Os sentimentos provocados pela experiência no parto em casa se embasa no respeito à fisiologia, a privacidade, a liberdade e a cultura. O nascimento é um momento de emoção, força de encontro e de transformação e fortalece o casal e a família. As crianças nascidas em casa demonstram calma e tranquilidade decorrente da forma sensível como foram recebidas.

O cuidado cultural no pós-parto abarca um misto de cuidados com a mulher e o recém-nascido que contemplam vários rituais e são fundamentais para o desfecho da sensação de satisfação da mulher/casal/famílias, com todo o processo vivido.

O parto domiciliar resgata a participação do homem enquanto figura ativa nos cuidados à mulher, ao bebê e de direitos.

Evidencia-se nos artigos que independentemente da classe social e cultura os argumentos em favor do parto em casa, em detrimento do parto hospitalar ou em casas de parto, constituem um grupo que parecem fazer parte de um exército que erguem a bandeira em defesa do parto domiciliar considerando que parir e nascer em casa é o melhor para mulheres saudáveis e seus filhos.

Existem duas características culturais nas percepções dos profissionais, envolvendo os que comungam com a concepção de que o parto domiciliar na contemporaneidade como segura que possibilita experiências positivas e os profissionais médico (da família ou



obstetras) que divergem desta concepção, mesmo que as evidências apontem em sentido contrário.

As produções científicas apresentam de forma tímida, algumas características culturais do cuidado da enfermagem obstétrica, que aparece no relato das mulheres sobre a vivência no parto domiciliar assistido por enfermeira obstétrica, deflagrando que esta profissão está alcançando novos rumos para o desempenho profissional sustentado nos pilares dos princípios éticos e legais.

O parto hospitalar é marcado pela frustração das mulheres com essa experiência, uma vez que se sentiram tolhidas em seus direitos, escolhas e sua cultura. Contatou-se um reduzido de publicações sobre parto domiciliar por enfermeiras brasileiras.

As enfermeiras obstétricas precisam incorporar na sua prática o conceito de cuidado cultural sensível e seguro, assim como precisam compreender o que isto significa.

Novas pesquisas precisam ser realizadas em relação à cultura e o parto domiciliar planejado atendido por enfermeira obstétrica, pois na atualidade estas profissionais estão mais voltadas a provar que o parto domiciliar é seguro, como forma de ancoragem na prática que executam.

## REFERÊNCIAS

ARCIA, A. U. S. Nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. **Midwifery**, London, v. 29, n. 8, p. 885-94, ago. 2013.

BLIX, E. Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. **Midwifery**, London, v. 27, n. 5, p. 687-692, out. 2011.

BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M.; SANTOS, S. M. As representações sociais das parteiras Tradicionais e o seu modo de cuidar. **Cad. Cedex**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 373-85, set/dez. 2009.

BORQUEZ, H. A.; WIEGERS, T. A. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. **Midwifery**, London, v. 22, n. 4, p. 339-47, 2006.

CALVETTE, M. F.; *et al.* Homebirth assisted by nurse-midwife: perception of women and companions. **Midwifery Today**, Eugene-

Oregon-USA, v. 98, summer. 2011.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F. D. O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm. [online]**, v. 13, n. 3, p. 409-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em: out 2013.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-04, mar. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, EUA, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.

DIAS, M. D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Rev. Eletr. Enferm. [online]**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 476-88, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>>. Acesso em: out 2013.

FEYER, I. S. S.; *et al.* Brazilian scientific publications of obstetrical nurses on home delivery: systematic literature review. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 247-56, 2013a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100030&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100030&script=sci_arttext)>. Acesso em: out 2013.

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013.

GALVÃO, M. L. S.; MENEZES, P. F. A. Parto domiciliar: uma alternativa ao modelo institucional nos centros urbanos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7 e CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 1. 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABENFO-MG, 2011.



GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, Portland (USA), v. 10, n. 1, p.1-11, mar. 1987.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A. L. L. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 3, p. 396-407, dez. 2004.

LINDGREN, H.; *et al.* Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. **Midwifery**, London, v. 26, n. 2, p. 163-72, abr. 2010.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.765-72, dez. 2008.

MOTT, M. L. **Atendimento ao parto em São Paulo**: o serviço obstétrico domiciliar. In: COSTA, C. L.; SCHMIDT, S. P. (Org.). **Poéticas e políticas feministas**. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 113-23.

OTIS, K. E; BRETT, J. A. Barriers to hospital births: why do many bolivian women give birth at home? **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington (DC – USA), v. 24, n. 1, p. 46-53, jul. 2008.

PELCASTRE, B.; *et al.* Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, dez. 2005.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 448-55, set. 2006.

PIMENTA, G. D.; *et al.* El parto realizado por matronas: una revisión integradora. **Enferm. Glob.**, v. 312, n. 30, p. 482-93, Murcia abr., 2013.

SJÖBLOM, I.; NORDSTRÖM, B.; EDBERG, A. K. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. **Midwifery**, London, v. 22, n. 4, p. 348-55, dez. 2006.

TARQUI, M. C.; BARREDA, A. G. Elección y preferencia del parto

domiciliario en Callao, Perú. **Rev. Salud Pública**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 214-22, dez. 2006.

VAN DER HULST, L. A.; *et al.* Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? **Birth**, Hoboken, v. 31, n. 1, p. 28-33, 2004.

VEDAM, S.; *et al.* The canadian birth place study: describing maternity practice and providers' exposure to home birth. **Midwifery**, London, v. 28, n. 5, p. 600-08, Oct. 2012.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J. Adv. Nurs.**, Estados Unidos da América, v. 52, n. 5, p.546-53, dez. 2005.

WILLIAMSON, M. J.; HARRISON, L. Providing culturally appropriate care: a literature review. **Int. J. Nurs. Stud.**, London, n. 47, n. 6, p. 761-69, jun. 2010.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na literatura há certa divergência conceitual quanto à terminologia Modelo Conceitual, Marco Teórico, Modelo Teórico e Referencial Teórico. Pode-se compreender que os marcos, modelos e/ou referenciais com suas diferenças e semelhanças, formam uma rede de conceitos abstratos inter-relacionados de uma construção mental que se unem por sua relevância a um tema em comum que servem para direcionar, ou seja, iluminar as ações de Enfermagem (FAWCETT, 2005; POLIT, BECK, HUNGLER, 2001; MELEIS, 1985).

Neste estudo, o referencial teórico ou marco teórico é compreendido como a abordagem que sustenta a construção do problema de pesquisa, a interpretação, a análise e a discussão dos resultados, estando em harmonia com o tema e apoiando todas as fases da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Assim, para dar sustentação teórica ao presente estudo, que tem como foco o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, optei em adotar alguns pressupostos e conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger sobre a enfermagem transcultural (1991), os modelos tecnocrático, holístico e humanizado de atenção ao parto de Davis-Floyd (2001) e as crenças relativas a cada um dos modelos de atenção ao parto de Davis-Floyd e John (2004).

Deste modo, o referencial teórico norteará concomitantemente a prática do cuidado e da pesquisa, perpassando todos os processos e momentos desses, constituindo-se num conjunto de crenças, valores, conhecimentos, técnicas e reflexões que conduzirão o pensar-fazer da enfermeira obstétrica. Tem grande influência sobre o que é importante observar, planejar, organizar, analisar, compreender e refletir durante o cuidado realizado junto ao casal/RN, no processo de gestação, parto e puerpério no domicílio.

Neste estudo, os pressupostos e conceitos do referencial teórico representam os pilares fundamentais da produção intelectual. São formulações mentais que se refletirão na percepção da realidade, focalizando alguns aspectos dos fenômenos, de forma hierárquica. É uma maneira de organizar a realidade e observar os fatos e as relações, possibilitando um caminho criativo (MINAYO, 2010).

### 3.1 A TEORIA DA DIVERSIDADE CULTUARAL DE MADELEINE LEININGER

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

#### 3.1.1 Breve biografia de Madeleine Leininger

Madeleine Leininger nasceu em Sutton, Nebraska, nos Estados Unidos da América. Gradou-se em enfermagem na St'Anthony's School of Nursing, em Denver-Colorado-EUA no ano de 1948, paralelamente também realizou o curso de Bacharelado em Ciências no Benedictine College, em Athinson-Kansas concluindo-o em 1950. Após essa formação exerceu a função profissional de instrutora, chefe da unidade médico-cirúrgica e inaugurou uma nova unidade psiquiátrica no St Joseph's Hospital em Omaha. Alcançou o grau de Mestre em Enfermagem em 1953, na Catholic University, em Washington. O mestrado foi marcante na condução de suas pesquisas e publicações na área de enfermagem psiquiátrica (LEININGER, 1991; ORIA; XIMENES; ALVES, 2005).

Em meados dos anos 1950, Madeleine Leininger trabalhava em uma unidade psiquiátrica pediátrica, em Cincinnati, quando despertou para uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam no comportamento das crianças que estavam sob seus cuidados, pelas evidências que surgiam nas diferenças culturais entre as crianças, visto que estas procediam de várias regiões e sociedades. Com esta experiência, a autora iniciou uma interface entre enfermagem e antropologia, levando-a ao curso de Doutorado em Antropologia na University of Washington, Seattle, concluído em 1965. Passou a fundamentar seus estudos nos aspectos conceituais relacionados à cultura, enfermagem e etnociência (LEININGER, 1991; ORIA; XIMENES; ALVES, 2005).

Em 1965, ao concluir o curso, Leininger foi a primeira enfermeira

com doutorado em antropologia. Para compartilhar os conhecimentos adquiridos com sua formação e contribuir para a formação de enfermeiros transculturais Leininger ofereceu em 1966 o primeiro curso de Enfermagem Cultural na University of Colorado (ORIA; XIMENES; ALVES, 2005).

Com a expansão multicultural da população americana os enfermeiros sentiram, em maior escala, a necessidade de receber adequada formação para cuidar de forma transcultural. A partir desse contexto, a enfermagem transcultural foi inserida por Madeleine como disciplina da graduação em 1970. A inserção dessa disciplina nos programas de mestrado e doutorado teve início nos anos 80 em diversas universidades americanas, tais como, na Minnesota State University, College of Health & Nursing Sciences da Delaware University, Southern Mississippi e University of Nebraska Medical Center. Dentre os países que oferecem cursos dessa natureza podemos citar Alemanha, Austrália e Equador. Atualmente, Madeleine Leininger continua atuando nas áreas de pesquisa, educação e consultoria em enfermagem transcultural (ORIA; XIMENES; ALVES, 2005).

### **3.1.2 Algumas das principais ideias da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger**

O crescente interesse no cuidado cultural pode estar diretamente relacionado com o conceito de enfermagem transcultural que foi um termo descrito nos Estados Unidos pela primeira vez pela enfermeira Madeleine Leininger (LEININGER, 1988).

A enfermagem transcultural foi apoiada por muitos profissionais na enfermagem e em especial pela enfermagem obstétrica, porém na atualidade tem sido alvo de crítica. Essa crítica se baseia na visão de que a enfermagem transcultural pode ter um viés que permite que as pessoas possam ser estereotipadas e também não consegue olhar para fatores que estão enraizados, tais como a colonização em comportamentos individuais (WILLIAMSON; HARRISON, 2010).

Na década de 1950 o cuidado foi definido como a essência central da enfermagem, uma característica dominante e unificadora (LEININGER, 1988). Leininger (1988) acreditava que as pessoas de diferentes culturas tinham diferentes expectativas em relação ao cuidado, por isso a enfermagem precisava prestar cuidados culturais adequados a cultura de cada indivíduo (LEININGER, 1988).

Para a autora, os aspectos culturais não foram considerados pelos

profissionais por um longo tempo. O foco principal da enfermagem estava nos procedimentos clínicos para preencher a lacuna da visão do cuidado sob o aspecto cultural. Leininger desenvolveu uma teoria intitulada “Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”, em seu doutorado em antropologia. Esta Teoria foi introduzida nos currículos de enfermagem dos Estados Unidos (LEININGER, 1988).

A Teoria do Cuidado Cultural não é estática, mas sim dinâmica e está sendo usada no mundo por muitas enfermeiras como uma teoria relevante na enfermagem (LEININGER, 2001). Leininger argumenta que a enfermagem cultural é uma área formal de estudo e da prática centrada no cuidado holístico, que respeita às diferenças e similaridades em seus valores culturais, crenças e modos de vida com o objetivo de fornecer um cuidado culturalmente congruente com a saúde e a doença e os padrões de vida das pessoas (LEININGER, 2007a).

Para que os enfermeiros possam utilizar cuidados transculturais precisam compreender as diversas culturas (LEININGER, 2007a). A enfermagem transcultural é muito utilizada por muitas enfermeiras no mundo por estarem preocupadas com a forma como a Teoria se aplica à prática (WILLIAMSON; HARRISON, 2010).

Leininger realizou publicações por mais de 40 anos sobre o tema do cuidado cultural. Ao longo destes anos, Leininger tem dado diferentes interpretações ou definições do conceito de cultura. Em suas publicações iniciais Leininger definiu cultura como os conhecimentos aprendidos e transmitidos sobre uma cultura particular, com seus valores, crenças, regras e práticas de comportamento de acordo com seu estilo de vida que orientam o pensar/fazer de um determinado grupo (LEININGER, 1978).

Leininger (1985b, p. 261), em visita ao Brasil para um Congresso transcultural, definiu cultura como “os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada”.

Posteriormente, Leininger se concentrou no conceito de cuidado cultural como aquele cujos valores, crenças e modos de vida são aprendidos e transmitidos de forma subjetiva e objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou habilitam um indivíduo ou grupo na manutenção do seu bem-estar, melhorando suas condições e modo de vida, a enfrentando a doença, a incapacidade e a morte, podendo este cuidado ser diverso ou universal (LEININGER, 1991).

A Teoria da Diversidade Universalidade do Cuidado Cultural é

uma teoria holística, que possui bases em dimensões humanistas amplas sobre as pessoas em seu contexto de vida cultural. É a única a incorporar fatores de estrutura social, como a religião, política, economia, história cultural, tempo de vida, valores, parentesco, filosofia de vida, compreende o contexto ambiental, como potenciais influenciadores de fenômenos do cuidado cultural (LEININGER, 2007b).

A ênfase de Leininger está na enfermeira poder reconhecer os aspectos cognitivos da cultura usando a Etnoenfermagem na abordagem da pesquisa sobre cuidados permitindo ao pesquisador adentrar com a observação participante e destrinchar o desconhecido das crenças, valores e modos de vida, para prestar um cuidado cultural congruente (LEININGER, 2007b).

Desde Leininger que começou seu trabalho os conceitos usados também aumentaram, incluindo termos como “diversidade cultural”, “sensibilidade cultural”, “competência cultural”, “segurança cultural” e “empoderamento” (LEININGER; MC FARLAND, 2006; WILLIAMSON; HARRISON, 2010).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural está fundamentada no Modelo do Sol Nascente (Sunrise Model). Este modelo compreende o cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades, nas diversas culturas do mundo, demonstrando a inter-relação entre os conceitos em sua Teoria. Apresenta quatro níveis de enfoque que inicia pela estrutura social e cultural, passando pelos indivíduos, famílias, grupos e instituições em sistemas de saúde, até as decisões e ações de cuidado em enfermagem, os quais poderão ser preservados, acomodados e repadronizados para se chegar ao cuidado cultural congruente (LEININGER, 1991).

Leininger (1985b, 1991), acredita que a Teoria Transcultural seja capaz de prever e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares, dos profissionais de saúde e da enfermagem. Por meio deste conhecimento, as decisões e as ações de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos. Na análise da abordagem de enfermagem distinguiu três formas de atuação: a preservação cultural do cuidado, a acomodação cultural do cuidado e a repadronização cultural do cuidado.

A preservação cultural do cuidado é um fenômeno culturalmente embasado, de assistir, facilitar ou capacitar a enfermeira que auxilia o casal a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde durante o processo de parir (LEININGER, 1985b; 1991).

A acomodação cultural do cuidado é o ato culturalmente

embasado de assistir, facilitar ou capacitar, que revela formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida do casal no processo de parir (LEININGER, 1985b; 1991).

A repadronização cultural do cuidado consiste num modelo reconstruído ou alterado para auxiliar o casal a mudar os padrões de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo o processo de parir ou coerente com o significado que possuem (LEININGER, 1985b; 1991).

## 3.2 OS MODELOS E CRENÇAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO DE ROBBIE DAVIS-FLOYD

### 3.2.1 Breve biografia de Robbie Davis-Floyd

Robbie Davis-Floyd nasceu em Casper, Wyoming em 1951. Graduou-se em Antropologia (1972), Mestrado (1974) e Doutorado (1986) em Antropologia / Folclore na Universidade do Texas, em Austin (DAVIS-FLOYD, 2013).

É membro da Sociedade Aplicada de Antropologia e Pesquisadora Sênior, Departamento de Antropologia, Universidade do Texas, Austin, professora de Antropologia e Diretor de Estudos da Mulher na Southern Methodist University. É uma antropóloga especializada em antropologia da medicina reprodutiva. Palestrante internacional e pesquisadora (DAVIS-FLOYD, 2013).

É autora de mais de 80 artigos e de vários livros conhecidos tais como: Nascimento como um Rito Americano de Passagem (1992, 2004); coautora de *Del Medico al Sanador* (1998, 2004), e coeditora de dez coleções, incluindo Parto e Conhecimento Autoritário: Perspectivas Interculturais - (1997); *Bebês Cyborg: do Tecno-Sex para o Tecno-Tots* (1998); e *Integração entre Parteiras: as políticas de mudança* (2006). Os Modelos de Nascimento (2009), Essa coleção é seguida pelo Volume II: Modelos Nascimento em Volta do Mundo, coeditado com Betty-Anne Daviss (no prelo 2012). Sua pesquisa sobre as tendências globais e as transformações no parto, obstetrícia e parteiras está em curso. O livro: *O Poder do Ritual: como as pessoas pensam o que elas acreditam, e porque* (2013) é a publicação mais recente da autora (DAVIS-FLOYD, 2013).

Robbie também atua como editora para a Mãe-Bebê, Iniciativa Internacional do Parto (IMBCI) e membro do Conselho da Organização Mãe-Bebê Iniciativa Internacional do Parto (IMBCO).



### 3.2.2 Modelos de atenção ao parto de Davis-Floyd

São três os modelos de atenção ao parto, num gradiente determinado pelo papel ocupado pela parturiente e pelas intervenções realizadas na assistência prestada. O primeiro é o modelo tecnocrático, que ocorre em ambiente hospitalar, sendo o profissional médico é o responsável pela assistência a todos os tipos de parto (risco habitual ou alto risco), com enfoque predominante do parto como “risco potencial”, com utilização intensiva de novas tecnologias e altas taxas de cesariana e outras intervenções. Este modelo ressalta a separação mente-corpo e vê o corpo como uma máquina (DAVIS-FLOYD, 2001).

O segundo ocupa uma posição intermediária, é o modelo humanizado, no qual o parto ocorre geralmente em ambiente hospitalar, com a participação de profissionais não médicos na assistência aos partos de risco habitual (hierarquização do cuidado), com estímulo à participação ativa da mulher e seus familiares, e com uso mais restrito de intervenções médicas e de partos cesáreos. Neste modelo há uma conexão entre mente-corpo e o corpo é percebido como um organismo (DAVIS-FLOYD, 2001).

O terceiro é o modelo holístico e encontra-se no extremo oposto, o modelo natural, no qual a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é um evento fisiológico normal que segue um curso natural. As intervenções necessárias são mínimas, embora a Equipe deva estar alerta para qualquer sinal de complicação. Os partos são acompanhados no domicílio ou centros de parto, por profissionais não médicos. Neste modelo, corpo, mente e espírito são percebidos como uma unicidade e o corpo é visto como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia (DAVIS-FLOYD, 2001).

De acordo com Davis-Floyd e John (2004), cada um dos três modelos supracitados se caracteriza por doze diferentes crenças, podendo ser encontradas em estado puro ou mesclado, dependendo do país, do profissional e do contexto sociocultural. Sendo elas:

A) No modelo tecnocrático: (1) separação mente-corpo, (2) o corpo como máquina, (3) paciente como objeto, (4) a alienação do profissional em relação ao paciente, (5) diagnóstico e tratamento de fora para dentro, (6) organização, hierárquica e padronização dos cuidados, (7) a autoridade e a responsabilidade são do profissional, não da paciente, (8) valorização excessiva da ciência e da tecnologia, (9) intervenções agressivas com ênfases em resultados em curto prazo, (10) a morte como fracasso, (11) a hegemonia tecno-médica: um sistema guiado pelo lucro; e (12) a intolerância para com outras modalidades

(DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

B) No modelo humanizado: (1) a conexão mente-corpo, (2) o corpo como organismo, (3) o paciente como sujeito de relação, (4) relação e cuidados entre o profissional e a paciente, (5) diagnose e cura de fora para dentro e de dentro para fora, (6) equilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as da instituição, (7) informação, tomada de decisão e responsabilidade repartida entre o profissional e a paciente, (8) ciência e tecnologia contrabalançada pela humanização, (9) enfoque na prevenção, (10) a morte como uma possibilidade aceitável, (11) cuidados movidos pela empatia e (12) mentalidade aberta frente outras modalidades (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

C) No modelo holístico: (1) unicidade de corpo-mente-espírito, (2) o corpo como um sistema de energia conectado com outros sistemas de energia, (3) curar a pessoa inteira em seu inteiro contexto de vida, (4) unidade essencial entre o profissional e o cliente, (5) diagnoses e cura de dentro para fora, (6) individualização dos cuidados, (7) autoridade e responsabilidade inerente ao indivíduo, (8) ciência e tecnologia colocadas a serviço dos indivíduos, (9) visão em longo prazo na criação e manutenção da saúde e do bem estar, (10) morte como uma etapa do processo, (11) foco na cura e (12) convivência de múltiplas modalidades de cura (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

O cuidado cultural é congruente ao respeitar a visão de mundo do casal, ao fornecer sustentação para a compreensão do significado que o casal atribui à experiência do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami.

Nesta perspectiva, passo a apresentar o marco conceitual elaborado a partir das ideias de Leininger (1991) e Robbie Davis-Floyd (2001) adaptado à minha realidade concreta vivenciada no cenário da prática assistencial do parto domiciliar planejado, desenvolvido neste estudo, precedido pela apresentação de pressupostos das autoras supracitadas e os pressupostos pessoais da autora do presente estudo, selecionados para nortear e iluminar esta construção, por contemplar, de modo especial, a cultura dos indivíduos a serem cuidados.

### 3.3 MARCO CONCEITUAL

Para Silva e Arruda (1993), marco conceitual é um conjunto de conceitos e pressupostos originado de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de Enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, ou proveniente de crenças e valores idealizados para uso na prática com



indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a condições gerais ou específicas de cuidado, administração ou ensino de Enfermagem. Neste estudo o marco conceitual também atenderá as questões da pesquisa.

O marco conceitual fornece elementos para uma prática profissional científica, a partir de um conjunto de conceitos e pressupostos que proporcionam ao profissional a evidência de que necessita para embasar suas ações (FAWCETT, 1992). Os conceitos de um modelo conceptual são abstratos e gerais e não são observados diretamente no mundo real, eles não são limitados a algum indivíduo, grupo, situação, ou evento particular (FAWCETT, 2005).

Neste estudo, o marco conceitual, apresentado a seguir, adapta os pressupostos e conceitos de Leininger (1991), as diferentes crenças nos modelos de atenção ao parto descritas por Davis-Floyd e John (2004) e da autora desse estudo, à sua realidade prática assistencial no parto domiciliar planejado para efetivar o cuidado e desenvolver a presente pesquisa.

Os marcos conceituais utilizados na prática profissional dos enfermeiros promovem visibilidade aos objetivos e resultados a serem alcançados junto as pessoas que recebem cuidados, tornando a prática científica organizada, além de possibilitar a expressão de valores e formas de cuidar do enfermeiro (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006). Desta maneira o marco conceitual é mais próximo da realidade do pesquisador e da práxis do enfermeiro (CHINN; KRAMER, 1995).

### **3.3.1 Preceitos Filosóficos da Equipe Hanami**

Ao longo de sete anos (2006-2013), a Equipe Hanami, vem trabalhando com referenciais teórico-filosóficos que sustentam a práxis do cuidado. Estes referenciais foram desenvolvidos em trabalhos de conclusão de curso, monografias de especialização, dissertações de mestrado e agora tese de doutorado, em sua maioria na área da enfermagem e com teóricas da enfermagem, que foram se incorporando ao cuidado das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. A teórica de enfermagem mais utilizada é Leininger, com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (1991), fundamentando o cuidado cultural respeitoso, sensível, holístico, entre outros. Seguida da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979) embasando o cuidado humanizado. Assim como, da Travelbee (1979) com a Teoria do Cuidado Interpessoal utilizando o Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa

sustentando o cuidado empático e harmônico.

Davis-Floyd (2001), antropóloga americana, também influencia o teórico-filosófica da Equipe Hanami na ancoragem do cuidado humanizado e holístico.

A Equipe Hanami, também, sustenta o cuidado nas premissas de humanização da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), nos direitos sexuais e reprodutivos dos casais (BRASIL, 1996a), na Lei do exercício profissional da enfermagem (Lei 7498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe que é competência da enfermeira obstétrica, nas competências essenciais para o exercício da obstetrícia da Confederação Internacional das Parteiras ICM/OMS/FIGO de 2002 (ICM, 2002), assim como, nas evidências científicas.

Portanto, os preceitos filosóficos da Equipe Hanami são:

- a) A gestação, o parto/nascimento e o puerpério são acontecimentos únicos, valiosos, experiências ímpares que envolvem a mulher, seu parceiro, o recém-nascido, suas famílias, sua comunidade e a cultura a qual pertencem.
- b) processo de gestar, parir/nascer e puerpério são percebidos como fisiológicos, como um retorno ao sagrado e as origens mais profundas do ser humano, poder feminino, essência feminina, expressão máxima de sexualidade, com envolvimento familiar, intimidade, legitimidade, respeito às crenças e valores;
- c) A mulher, o casal, o recém-nascido e a família são a essência do cuidado de enfermagem; sendo protagonistas do mesmo.
- d) A família e em especial o homem-pai são inclusos nas decisões e cuidados à mulher e ao recém-nascido em todo o processo de cuidado;
- e) recém-nascido é recebido num momento de contemplação familiar. Precisa do contato pele a pele com sua mãe logo após nascer, sendo favorecida a formação do vínculo afetivo familiar com aproximação do pai e da família presente. O cordão umbilical será cortado por alguém da família, em especial o pai, somente após o término do pulsar do cordão umbilical ou após a saída de sua placenta. Será estimulado a mamar na primeira hora de vida. O exame físico é realizado junto da mãe, do pai e de quem mais da família quiser participar. Todos os cuidados serão explicados e orientações serão realizadas.



- f) O cuidado no processo de gestar, parir/nascer e puerpério é essencial sendo centrado no respeito e protagonismo da mulher/casal/RN/família, vivenciados no domicílio (ambiente/contexto), enquanto uma opção;
- g) A enfermeira obstétrica é uma facilitadora e promotora da educação para à saúde no cuidado no processo de gestar, parir/nascer e puerpério, a ser vivenciado no domicílio ou no hospital (ambiente/contexto) no sentido transformador, significativo, ativo, acolhedor, suave, respeitoso à fisiologia, à cultura e ao feminino;
- h) A enfermeira obstétrica desenvolve o cuidado de forma profissional e autônoma, respeitando os princípios éticos que norteiam o exercício profissão de acordo com a Lei Federal Brasileira que regula o exercício profissional da enfermagem (Lei 7498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe que é competência do enfermeiro obstetra a realização de parto eutócico (de risco habitual), a realização de episiotomia e episiorrafia, quando necessária, e a assistência à mulher no parto distócico até a chegada do médico, dando autonomia a este profissional na assistência ao parto (COFEN, 2006).
- i) A enfermeira obstétrica atende a gestante de risco habitual e avalia frequentemente esses fatores, para garantir a segurança cultural do atendimento domiciliar, assim como conhece e compreende a necessidade de encaminhamento ao profissional médico obstetra, quando qualquer fator no processo de gestar, parir/nascer e puerpério sejam distócicos;
- j) A enfermeira obstétrica deve respeitar a privacidade e intimidade do casal/família, bem como suas práticas culturais e religiosas;
- k) O cuidado deve ser individualizado, atualizado, seguir as práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), baseado em evidências científicas na área da saúde, seguir princípios da humanização, recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). Além disso, a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO – Nacional) que em 2007, adotou oficialmente as competências essenciais para o exercício da obstetrícia da Confederação Internacional das Parteiras ICM/OMS/FIGO de 2002 (ICM, 2002), como padrão de qualidade para a definição das competências da enfermeira obstétrica, neonatal e obstetiz

(TORRES; VENTURA; ALVES, 2009).

- l) A enfermeira obstétrica deve participar de forma ativa de grupos de pesquisa, manter constante atualização acadêmica e contribuir com a comunidade científica da profissão;
- m) As atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pela Equipe devem gerar comportamentos de respeito aos seres humanos e conduzir a transformações benéficas ao cuidado prestado;
- n) A Equipe promove o compartilhar experiências profissionais com outros profissionais da saúde.
- o) A Equipe busca trabalhar com parcerias e de forma multi e interdisciplinar para contribuir para um cuidado de excelência.

### 3.3.2 Pressupostos

Os pressupostos são afirmações que elucidam os conceitos, hipóteses, ou seja, são afirmações que possuem uma lógica inter-relacionada que sustentam o problema de pesquisa e orientam a aquisição de dados e a análise dos mesmos, que constituem o marco conceitual (GEORGE, 2000; TRENTINI; PAIM, 2004). São como enunciados que expressam as crenças e valores do autor e que se admitem como certos, verdadeiros, sem nenhuma prova, demonstração ou comprovação científica, porém são de responsabilidade do autor, uma vez que expõe seu pensamento ideológico, ético, cultura e social (TOMEY; ALLIGOOD, 1999; TRENTINI; PAIM, 2004).

No presente estudo, conforme já mencionei anteriormente, tais pressupostos estão apoiados na Teoria da Diversidade e Universalidade de Leininger (1991) e Davis-Floyd bem como nos pressupostos da autora desse estudo, com base nas crenças e valores enquanto pessoa e profissional de enfermagem. Pautada nestas afirmações apresento, a seguir, os pressupostos que orientam a formulação dos conceitos deste marco conceitual:

- a) O cuidado, essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos desde o seu surgimento, pode ser diferente (diversidade) ou similar (universalidade), dependendo de cada uma das culturas do mundo (LEININGER, 1991);
- b) Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico,



- tecnológico, etnohistórico e ambiental de cada cultura em particular (LEININGER, 1991);
- c) Cuidado humanizado é universal, existindo diversos modelos de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas. Constitui-se na característica central, dominante e unificadora da enfermagem (LEININGER, 1991);
  - d) Cuidado é a essência da enfermagem. Esse é essencial para o bem estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das dificuldades ou da morte (LEININGER, 1991);
  - e) As culturas possuem práticas de cuidado de saúde profissionais e populares e estas influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem (LEININGER, 1991);
  - f) A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, humanístico e uma profissão cujo propósito maior é servir ao ser humano (LEININGER, 1991);
  - g) O parto e nascimento são um rito de passagem (DAVIS-FLOYD, 2001);
  - h) Os modelos de atenção ao parto seguem um gradiente determinado pelo papel ocupado pela parturiente e sua família, seguida pelas intervenções realizadas na assistência prestada (DAVIS-FLOYD, 2001);
  - i) No modelo de cuidado humanizado o estímulo é à participação ativa da mulher e seus familiares, e com uso mais restrito de intervenções médicas e de partos cesáreos (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).
  - j) No modelo holístico a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é um evento fisiológico normal que segue um curso natural. As intervenções necessárias são mínimas, embora a Equipe deva estar alerta para qualquer sinal de complicação. Os partos são acompanhados no domicílio ou centros de parto, por profissionais não médicos (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).
  - k) A prática assistencial é um campo fértil para a pesquisa e a enfermeira é uma pesquisadora em potencial das questões que surgem conforme as necessidades da prática, possibilitando um posicionamento crítico com argumentação científica (TRENTINI; PAIN, 2004).

### 3.3.3 Pressupostos da enfermeira cuidadora-pesquisadora

Com base em minha experiência profissional, na literatura pesquisada sobre parto domiciliar planejado e influenciada pelos autores deste referencial teórico, elaborei pressupostos para nortear este estudo e passo a descrevê-los:

- a) O casal que procura o parto domiciliar deve ser respeitado quanto às suas expectativas, crenças, valores, decisões e significados expressados durante o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio;
- b) O processo de parir-nascer no domicílio é permeado por processos fisiológicos, sociais/culturais, envolve a família que será agente de transformação da sociedade com a chegada de um ser, num novo tempo;
- c) O contexto e a vivência do casal, com sua rede social, têm influência sobre o significado do processo de gestação, parto e puerpério no domicílio,
- d) Na perspectiva da enfermeira, no que diz respeito ao casal que opta pelo parto domiciliar, a mulher é vista como protagonista na força parturitiva, o companheiro como apoio incondicional e o recém-nascido, como o ser que possui o “poder” de nascer. Assim, todos participam ativamente do processo;
- e) O contexto ambiental do domicílio é preparado pelo casal para o processo de parir e nascer, envolve diversas dimensões que extrapolam o ambiente físico, as vivências e experiências que vão dar significado às expressões humanas, incluindo as interações sociais;
- f) A enfermeira será uma pesquisadora enquanto cuida do casal no processo de gestação, parto e puerpério no domicílio;
- g) Estes pressupostos formulam a base de sustentação na construção dos conceitos desta pesquisa.

### 3.3.4 Conceitos inter-relacionados

O termo conceito tem origem na palavra latina *conceptus*, que provém do verbo *concipere* (significa “conter completamente”, “formar dentro de si”): é uma concepção mental, podendo também ser definido como “a apreensão ou representação intelectual e abstrata da essência de um objeto” (FREITAS, 1989, p. 1078). Para Trentini e Paim (1999), conceitos são construções mentais, imagens ou abstrações da realidade,





enquanto que os fenômenos são a realidade propriamente dita, podendo ser percebidos em um contexto tempo espacial.

Conceito é o termo que descreve um fenômeno ou um grupo de fenômenos. Representa uma classificação ou categorização. Um conceito fornece uma descrição precisa, das ideias relacionadas ao fenômeno, podendo facilitar sua análise, seu desenvolvimento (MELEIS, 1999; 1997). Registram crenças e valores do autor sobre o que é conceituado. Quando os conceitos são inter-relacionados, eles formam uma base para as ações, tanto na pesquisa, quanto na prática profissional (CARRARO; WESTPHALEN, 2001).

Fawcett (2005) descreve os conceitos de ser humano, de ambiente, de saúde e de Enfermagem como componentes dos metaparadigmas da Enfermagem, porém Leininger e Mc Farland (2006) consideram que estes não são suficientes para contemplar a abrangência da enfermagem e em especial a enfermagem transcultural, por tal motivo complementam com outros igualmente importantes para a compreensão dos fenômenos.

Os conceitos que constituem o marco conceitual do presente estudo são: ser humano; ambiência; saúde; enfermagem; cultura; cuidado cultural e processo de gestação, parto e puerpério no domicílio.

### 3.3.4.1 *Ser humano*

O conceito de ser humano no metaparadigma<sup>3</sup> de Leininger tem um significado transcultural, universal, que dignifica e respeita as pessoas a partir da dimensão espiritual, cultural e holística, enquanto cuida deles, é essencial para o cuidado humano e o cuidado em saúde. (LEININGER; Mc FARLAND, 2006, p. 9, tradução nossa).

É um ser único, indivisível, individual, social, relacional e cultural que aprende, partilha e padroniza suas ações. O ser humano não sobrevive e nem vive sozinho, ele já nasce como membro de uma família que o ensina a viver social e culturalmente, carregando desde o princípio este aprendizado por toda a sua vida, construindo significados (COLLAÇO, 2002).

Neste estudo, o ser humano corresponde ao casal e seu recém-nascido, às enfermeiras da Equipe Hamani e qualquer outra pessoa significativa que participe deste processo.

A mulher é vista como mulher-mãe inserida em uma sociedade

que em algum momento de sua vida passa a desempenhar mais um papel, o de mãe, além dos que já exercia como cidadã, filha, mulher, esposa, trabalhadora etc.

A mulher-mãe é aquela que está vivenciando o processo gestar, dar à luz e ser mãe junto ao seu companheiro, experimentando este momento de acordo com sua visão de mundo, sua cultura e significados.

A mulher que opta por essa alternativa, é intuitiva e confia no seu poder de parir. Traz consigo individualidades, ou seja, crenças, valores e modos de vida específicos para a vivência da gestação, do parto e do puerpério acreditando que seus bebês serão recebidos de forma mais saudável e respeitosa no ambiente domiciliar (SOUZA, 2005; LARGURA, 2006; OSAVA, 1997).

O homem é o companheiro, que é visto como o homem-pai que passa, também, a desempenhar seu papel de pai, vivenciando com sua companheira (mulher-mãe) o surgimento de um novo ser. É aquele que está ao lado e acredita e apoia o protagonismo feminino. Esta experiência é vivenciada também de acordo com sua visão de mundo, sua cultura e significados (COLLAÇO, 2002).

O casal é fruto da união entre o ser mulher e o ser homem que passam a viver em família, vivenciando uma nova experiência com acréscimo de papéis, pois passam a desempenhar a função biológica, social e cultural do ser mãe e pai de um ser que é liminar (recém-chegado). Neste momento constroem juntos novos significados mediante a vivência do processo do nascer no domicílio (COLLAÇO, 2002).

É um casal que possui uma consciência corporal, cultural, política, ecológica e dos seus direitos sexuais e reprodutivos. O casal se preocupa com a espiritualidade. É ativo em todo o processo, buscando informações na mídia sobre gravidez, parto e puerpério, lendo livros que são referências para uma gestação e partos conscientes, participam de grupo de preparo para o parto e é ativista pelo parto natural sem intervenções. Por isso, o casal, busca profissionais que respeitem suas percepções. O casal conhece o conceito de risco e segurança e buscam o protagonismo em processo todo que estão vivendo.

O casal possui “autonomia cultural”. De acordo com Little (2002) o cerne da questão da “autonomia cultural” está na manutenção (ou reconquista, se for o caso) de um alto grau de controle sobre a tomada das decisões que afetam a sua cultura. Assim, a “autonomia cultural” implica ter uma participação direta nas decisões sobre o destino e controle sobre os recursos culturais (língua, organização social, práticas tecnológicas, etc.). A autonomia cultural, para funcionar



como um verdadeiro subsídio para o etnodesenvolvimento teria que operar em pelo menos três planos: político, econômico e simbólico.

A Equipe Hanami, reconhece a importância da “autonomia cultural” que inclui um compromisso em conhecer a cultura do casal, discutir sobre as decisões de cuidado culturalmente congruentes no processo de gestação, parto e puerpério, assim como, dividirem responsabilidades sobre tais decisões.

A enfermeira da Equipe Hanami, como ser humano, tem sua própria cultura, ou seja, a que traz de seu grupo cultural, unida a sua formação profissional. Portanto durante todo o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, ela precisa estar consciente de que estes seres humanos que está cuidando, são membros de outras culturas, diferentes da sua cultura pessoal e profissional. Este estado de consciência possibilita um cuidado cultural congruente.

A enfermeira e o casal são os cuidadores e seres cuidados, durante o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio. A enfermeira participará respeitando a visão de mundo do casal, suas as crenças e valores, ou seja, sua cultura; praticando um cuidado de acordo com as situações vivenciadas e que em algumas situações poderão oscilar entre a saúde e a doença, evitando imposição cultural (etnocentrismo), compartilhando e descobrindo o melhor caminho para um cuidado saudável, fisiológico, culturalmente coerente e significativo.

A enfermeira da Equipe Hanami deverá ter claro que o cuidado concebido pelo casal pode ser diferente do que a enfermeira possui isto deve ser valorizado e respeitado. No processo de gestação, parto e puerpério o casal vivencia um momento novo, no qual algumas questões culturais se tornam mais evidentes.

A pesquisadora é a enfermeira que busca na pesquisa a ancoragem para sua práxis, no sentido de fortalecer as práticas de cuidados consideradas benéficas pelos casais usadas Equipe Hanami e auxiliar na produção do conhecimento científico da enfermagem obstétrica.

O casal é protagonista do processo e a enfermeira interage como coparticipante, mediadora/facilitadora e não como detentora do conhecimento ou como condicionadora das ações a serem desenvolvidas.

A pessoa significativa diz respeito às pessoas de escolha do casal, acompanhantes, em participar do processo de gestação, parto e puerpério, podendo ser avós, irmãs (os), amigas (os) entre outras (os) que trazem consigo sua cultura e podem influenciar no significado cultural deste processo.

### 3.3.4.2 Contexto Ambiental

Outro conceito importante nesse estudo é o contexto ambiental, que Leininger (1991, p. 48, tradução nossa) define como a “totalidade de um acontecimento, situação ou experiências particulares que dão significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, em determinado cenário físico, ecológico, sociopolítico e/ou cultural”.

Esse conceito é importante, por contextualizar o domicílio como o local de escolha das mulheres para a ocorrência do parto, assistido por profissionais de saúde especialmente preparados para atuarem na assistência ao parto, mas também na tomada de decisões, se ocorrerem complicações. Esta conotação está incluída no que se convencionou denominar como “parto domiciliar planejado”, ou seja, o parto que acontece em casa, de forma sistemática e organizada, oferecido para gestantes de risco habitual (entre 37 e 42 semanas gestacionais, sem patologias prévias ou decorrentes da gestação), com consultas e exames de pré-natal acompanhados por profissionais especializados e assistência no parto, com profissionais de saúde qualificados (COLACIOPPO, 2010; LESSA, 2003).

Muitas vezes, a casa é vista como local alternativo para o parto, porém, para algumas mulheres, como as deste estudo, o lar é percebido como o espaço mais apropriado para trazerem seus filhos ao mundo (SOUZA, 2005; LARGURA, 2006; OSAVA, 1997).

Contudo, quando o trabalho de parto não se desenvolve como o esperado, e há a necessidade de remoção para o hospital, o contexto ambiental modifica-se drasticamente, e as mulheres passam a vivenciar outras experiências pessoais e parturitivas, havendo, muitas vezes, choques culturais entre suas concepções e as dos profissionais.

Neste estudo, o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, o contexto ambiental diz respeito ao espaço físico, no caso a casa do casal (espaço alternativo para o parto e nascimento) e espaço social no qual serão estabelecidas as relações de cuidados e interpessoais com especial respeito à privacidade do casal, assim como, o recebimento do bebê de forma mais saudável e respeitosa.

O contexto ambiental também expressa o acolhimento interpessoal, privacidade, à cultura com respeito a crenças e valores, a visão de mundo do casal/RN e da enfermeira que envolve questões holístico-ecológicas (BRASIL, 2010; SOUZA, 2005; LARGURA, 2006; OSAVA, 1997).

A enfermeira no presente estudo precisa estar ciente, de que no domicílio ela é uma convidada, devendo incorporar-se ao mesmo,



favorecendo um ambiente tranquilo, harmonioso e respeitoso às crenças e valores do casal/RN.

O contexto ambiental, também compreende o ambiente interior de cada ser humano que faz parte do estudo, é aquele que é harmônico, de introspecção, centrado no seu ser, no seu corpo e no que ele diz.

### 3.3.4.3 Saúde

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

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

Saúde e doença permeiam todo o processo de viver, porém, no processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, o parto, só deve acontecer com gestações de risco habitual a partir de 37 semanas de idade gestacional, buscando segurança que é compatível com a fisiologia.

O conceito de “segurança cultural” é definido por Williamson e Harrison (2010, p. 767) como:

[...] atrelado a uma visão de cultura mais ampla, do que somente a cognitiva, que se centra em aspectos da cultura (crenças e valores). Esta concepção mais ampla inclui, um quadro estrutural que incide sobre a posição social do indivíduo e como isso tem impacto na sua saúde e bem-estar. Esta abordagem leva em consideração outros fatores que podem entrar em conflito individual, tais como a sua condição socioeconômica ou nível educacional. A Doença ou a prevenção de doenças é vista como responsabilidade do indivíduo, independentemente da sua posição dentro da sociedade. (tradução nossa).

A “segurança cultural” do casal esta relacionada, ao controle do contexto ambiental do parto, ao protagonismo, a segurança com a integridade corporal, a privacidade, a liberdade de expressão **de**

**sentimentos que respeita as dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais, espirituais, culturais, instintivas e a** visão de responsabilidade do casal sobre o processo saúde e doença, durante todo o processo de gestação, parto/nascimento e puerpério, bem como, o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais (REHUNA, 2000). A segurança cultural também está vinculada aos profissionais e a assistência como um todo, que se reflete em todo o processo do nascimento e da vida (PROGIANTI et al., 2006).

Quando a mulher sente segurança, inibe a secreção dos hormônios da família da adrenalina e a estimulação do neocórtex. Isto é pré-requisito para a mudança de nível de consciência que caracteriza o processo de parto, então a segurança é primordial para a fisiologia do parto (ODENT, 2002b).

De acordo com RCD 36/2013 da ANVISA (ANVISA, 2013, Art. 3º, inciso II, IX, X e XI) conceitua cultura da segurança, plano de segurança, segurança do paciente e serviço de saúde, como um:

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

A “segurança cultural” da mulher é um componente fundamental



da qualidade de cuidados de saúde. De acordo com Paese e Sasso (2013, p. 303):

As organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do cliente. Alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. [...] A cultura da segurança reflete essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança. Desse modo, cultura pode ser definida como o somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo. As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação proativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise dos eventos adversos. [...] Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente.

Paese e Sasso (2013, p. 304-305) utilizaram o questionário de atitude de segurança, versão ambulatorial, da Universidade do Texas em Austin, Estados Unidos da América de 2003, como base para a definição das seguintes atitudes de segurança:

**Satisfação do trabalho:** positividade da experiência do trabalho desenvolvido.

**Cultura do trabalho em Equipe:** percepção da qualidade de colaboração entre os profissionais da Equipe.

**Condições de trabalho:** percepção na qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística.

**Comunicação:** transferência da informação e do conhecimento.

**Segurança do paciente:** prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos.

**Educação permanente:** encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho.

**Gerência do Centro de Saúde:** ações gerenciais.

**Reconhecimento do estresse:** reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes.

**Erro:** evento que pode ser evitado pelos profissionais de saúde mediante a adoção de medidas preventivas

A Equipe Hanami, se esforça continuamente em melhorar seu cuidado junto aos casais, por isso, reconhece a importância da “segurança cultural” que inclui um compromisso em conhecer a visão de mundo do casal, discutir sobre o cuidado no processo de gestação, parto e puerpério, assim como, dividirem responsabilidades e aprender com o erro.

O casal pode sentir-se no limite entre saúde e doença, em um extremo ao outro. O que altera esta visão e sensação será a preconceção cultural, unido os conhecimentos adquiridos com os acontecimentos do momento e todo o processo de acompanhamento profissional da enfermeira obstétrica. Cada casal possui sua linguagem para expressar a condição de saúde e de sofrimento.

O casal possui direitos sexuais e reprodutivos que se fundamentam no direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre quantos filhos quer ter, o intervalo entre uma gestação e outra, a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. O homem e a mulher possui o direito a obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos (PEQUIM, 1995).

A escolha do local de parto é um direito reprodutivo básico, que respeita à autonomia, protagonismo feminino e o empoderamento. Toda mulher tem o direito como cidadã de dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade, ou seja, segura (BRASIL, 2001).

O empoderamento significa potencializar a liberdade de escolha, a manutenção da autonomia e a responsabilidade para a tomada de decisões durante o cuidado (RYDER; WILTSHIRE, 2001). Também, significa fortalecer o poder de participação, respeito às escolhas, é um suporte para negociação do cuidado de igual para igual





(KUOKKANEN; LEINO-KILPI, 2000). O empoderamento está relacionado à potencialização do profissional enfermeiro (a) e do cliente na relação de cuidado (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

A ideologia empoderamento está enraizada na ação social, na qual a capacitação foi associada com os interesses da comunidade e com tentativas de aumentar o poder e a influência dos grupos oprimidos (como trabalhadores, mulheres e minorias étnicas), com um reconhecimento da importância das características e ações do indivíduo (KUOKKANEN; LEINO-KILPI, 2000).

#### *3.3.4.4 Enfermagem/Enfermagem Obstétrica*

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

Neste estudo, enfermagem diz respeito à disciplina e profissão, humanística/aprendida e científica, com seu foco no fenômeno e atividades de cuidado humano ao casal/ RN no processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou permitir uma gestação, um trabalho de parto, um parto e um puerpério saudáveis e com o mínimo de intercorrências e intervenções possíveis, de modo culturalmente significativo e benéfico, ou o casal/RN em face de sofrimento ou morte.

A Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem citado no Artigo 11, que a enfermeira obstétrica exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente, a assistência à parturiente, acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto normal sem distócia, sendo permitida a realização da episiotomia e episiorrafia, no qual esse profissional está amparado pela lei para exercer suas atividades com segurança (COFEN, 1996).

A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (1986) pontua, com clareza, as atribuições da enfermeira, na assistência à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, porém são as Portarias 2815/98(6) e 163/98(7)

que consolidam o pagamento da enfermeira Obstétrica pela assistência ao parto normal pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1998).

A atuação da enfermeira obstétrica deve ter como pauta, por excelência, o cuidar, fazendo valer seus direitos, sua autonomia e seu valor pessoal. Cabe a essa profissional uma postura humanista, na promoção do envolvimento efetivo do casal como sujeito ativo e consciente dos seus direitos.

As enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami utilizam as recomendações International Confederation of Midwives (ICM, 2007) como base para suas competências essenciais. Os conceitos-chaves da obstetrícia que definem o papel específico das enfermeiras obstétricas na promoção à saúde das mulheres em idade reprodutiva e suas famílias incluem: parceria com as mulheres na promoção de autocuidado e da saúde das mulheres, de seus filhos e suas famílias; respeito à dignidade humana e às mulheres com todos os direitos humanos; defesa das mulheres a fim de que suas vozes sejam ouvidas; sensibilidade cultural, inclusive trabalhando com as mulheres e com os profissionais de saúde na tentativa de superar práticas culturais que prejudiquem as mulheres e seus bebês; ênfase na promoção à saúde e prevenção de doenças de maneira a ver a gravidez como um evento normal da vida. As enfermeiras obstétricas reconhecem que a equidade de status das mulheres trará maior impacto na saúde global materno-infantil ao assegurar nutrição adequada, água limpa e saneamento; assim as enfermeiras obstétricas estão comprometidas com a melhoria das condições básicas de vida, como também na promoção serviços de obstetrícia competentes (ICM, 2007)

O exercício da prática em obstetrícia inclui o cuidado autônomo da menina, da adolescente e da mulher adulta, antes, durante e depois da gravidez. A enfermeira obstétrica realiza partos sob sua própria responsabilidade e presta cuidados aos recém-nascidos. Esta assistência inclui supervisão da atenção primária à saúde na comunidade (medidas preventivas); orientação e educação sobre saúde para mulheres, família e comunidade, inclusive orientações para a maternidade/paternidade; o oferecimento de planejamento familiar; detecção de condições anormais na mãe e na criança; a obtenção de ajuda especializada quando necessário (consulta ou referência); e a execução de medidas de emergências primária e secundária na ausência de ajuda médica (ICM, 2007).

O modelo de cuidado da enfermeira obstetrícia está baseado na premissa de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida. O modelo de cuidado em obstetrícia inclui: monitorar o bem-estar físico,



psicológico, espiritual e social da mulher/família ao longo do ciclo reprodutivo; proporcionar à mulher educação individualizada, orientação e cuidado pré-natal; dar assistência contínua durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto imediato; oferecer assistência contínua durante todo o período pós-natal, manter um mínimo de intervenções tecnológicas; e identificar e encaminhar as mulheres que requerem atenção em obstetrícia ou outra especialidade. Este modelo de cuidado é centrado na mulher e é a ela que deve prestar contas (ICM, 2007).

A enfermeira obstétrica assume responsabilidade e responde pela sua prática profissional, aplicando conhecimentos e habilidades atualizados na atenção a cada mulher e família. A segurança e o bem-estar global da mulher são as principais preocupações da enfermeira obstétrica. A enfermeira obstétrica se esforça para apoiar as escolhas informadas da mulher, no contexto de uma experiência segura. O processo de tomada de decisão da enfermeira obstétrica utiliza uma variedade de fontes de conhecimento e é dinâmico, respondendo à modificação do estado de saúde de cada mulher. A enfermeira obstétrica envolve a mulher e sua família em todas as partes do processo de tomada de decisão e no desenvolvimento de um plano de cuidado para uma experiência de gravidez e nascimento saudáveis (ICM, 2007).

A enfermeira obstétrica precisa cuidar com “competência cultural”. De acordo com Leininger (2002) e Leininger e McFarland (2006) é um processo contínuo do profissional para tornar-se autoconsciente e valorizar a diversidade, tornando-se um conhecedor em questões importantes da cultura da clientela que cuida. É a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim de prestar cuidados de qualidade (LEININGER, 2002; LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Os enfermeiros que usam competência cultural são sensíveis às questões relacionadas à diversidade em relação ao local de nascimento, cidadania, razão para a migração, a história de migração, alimentação, religião, etnia, raça, língua, rede de parentesco e familiares, nível educacional, capacitação profissional e oportunidades na vida, estilo de vida, sexo, nível socioeconômico (classe), política, discriminação passada e experiências de preconceito, estado de saúde e risco para a saúde, a idade, a cobertura de seguro e outras variáveis que vão muito além dos rótulos restritivos de algumas etnias e/ou grupos raciais (JEFFREYS, 2008).

Ao exercitar a competência cultural, as (os) enfermeiras (os), melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de

saúde de diferentes culturas, podendo possibilitar a sua clientela, um cuidado holístico e culturalmente congruente de enfermagem (LEININGER, 2002; LEININGER; MCFARLAND, 2006). Os cuidados de enfermagem culturalmente competentes ajudam a garantir a satisfação do cliente e, conseqüentemente, a atingir ganhos em saúde (VILELAS; JANEIRO, 2012).

### 3.3.4.5 *Cultura*

De acordo com Leininger (1985a, p. 261, tradução nossa) “São os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada”.

Neste estudo, cultura são os valores, crenças, normas e práticas de vida do casal que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos que orientam o pensamento, suas decisões e ações, ou seja, são valores, crenças, normas que nos são repassadas desde a vida intrauterina, e que se carrega por toda a existência. Embora possam ser modificados e reorganizados, ainda assim, estarão arraigados em sua essência (COLLAÇO, 2002).

Cabe focar que cultura é propriedade de uma sociedade ou grupo e que os criam para usos e benefícios próprios. Portanto, cultura e cuidado estão intimamente relacionados. A introdução do ser humano na cultura inicia-se na família de acordo com sua simbolização e estruturação (ELSEN, 1984).

Para Leininger (1978; 1985b; 1991), valores são forças diretivas que comandam ou dão significado ao pensamento, às decisões e às ações de indivíduos de um determinado grupo, que se mantém numa mesma cultura por certo período de tempo. Normas são regras que guiam o comportamento humano e afluem dos valores de uma cultura. São diretrizes que ajudam as pessoas a atingirem os valores. O conjunto de normas forma os padrões de uma cultura. Crenças são traços culturais, que são representações do tipo cognitivo.

No processo de gestação, parto e puerpério, no domicílio, não há um modelo único de atenção ao parto, dependendo das crenças e valores dos casais e das enfermeiras pode-se circular tanto pelo modelo humanizado quanto pelo holístico.

Neste estudo, a cultura permeia todo o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, é impregnada de crenças e valores, é dinâmica e em constante transformação, é compartilhada pelos



envolvidos (seres cuidados/cuidadores/sociedade) interferindo no significado que o casal venha a ter neste momento, por este motivo o cuidado cultural congruente é a tônica.

#### 3.3.4.6 *Cuidado cultural*

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

A universalidade do cuidado cultural envolve os diversos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos daqueles cuidados com uma nomenclatura invariável, comuns ou similares, manifestados em várias culturas e que refletem maneiras de auxiliar as pessoas, nos atos de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar. Enquanto que a diversidade do cuidado cultural, diz respeito às alterações e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro ou entre grupos que se relacionam com assistência, suporte, facilitações ou capacitações, na prática do cuidado ao ser humano (LEININGER, 1991).

Neste estudo, o cuidado cultural respeita as diferenças (diversidade) dos significados, padrões, valores e símbolos concebidos, assim como, as semelhanças, uniformidades e igualdades (universalidade) apresentadas pelo casal no processo de gestação, parto e puerpério no domicílio.

A Enfermagem é uma disciplina e uma profissão que habilita a enfermeira obstétrica a prestar o cuidado no processo de gestação, parto e puerpério, podendo esse ser culturalmente coerente. Cabe destacar que o casal que escolhe um profissional habilitado e especializado para acompanhar o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, busca cuidados baseados na ética profissional, nas evidências científicas, que respeitem suas decisões e atenda suas necessidades culturais.

O cuidado de enfermagem acontecerá no domicílio, ambiente do sistema popular/familiar de saúde e a enfermeira obstétrica que faz parte do sistema profissional terá que se adaptar ao processo de cuidado. O

sistema popular é a visão de mundo, as crenças, os valores e às ações de cuidado executadas pelo casal na situação do processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, possuindo um vínculo afetivo-cultural e a enfermeira obstétrica com seu conhecimento profissional, ético-técnico-científico-humanístico vai prestar cuidado, respeitando as crenças e valores do sistema popular de saúde.

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

Neste estudo, o cuidado cultural congruente pode favorecer um processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, mais harmonioso, tranquilo, menos traumático e mais feliz para o casal. Nesta vivência, juntos, enfermeira e casal/RN interagem num processo dinâmico e interdependente numa situação ímpar, que inclui vários sistemas como o religioso, o familiar, o político, o educacional, o tecnológico, o científico e o cultural, delimitados pelo contexto linguístico e da ambiência, estabelecendo uma nova situação de cuidado.

Para Collaço (2002), a cultura permeia todo o processo de parir interferindo no significado que o casal venha a ter neste momento. Por este motivo o cuidado cultural congruente, pode favorecer um processo de gestação, parto e puerpério no domicílio mais tranquilo e harmonioso e condizente com a cultura do casal, ou seja, com seus valores, normas e crenças. O processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, vão além do momento, no qual a mulher dá à luz ao novo ser. Compreendem todas as emoções, sensações, as relações, responsabilidades, acontecimentos vivenciados pelo casal e enfermeiras, no contexto ambiental que os remete a um conjunto de significados.

O processo de gestação, parto/nascimento e puerpério, como qualquer ação humana, é também uma construção social. Devido ao processo de medicalização que sofreu ao longo dos tempos, é preciso, portanto, reaprender a parir. Nesse sentido, existe a pedagogia do parto consciente, com objetivo de *recuperar* instintos perdidos, e treinar técnicas corporais que foram perdidas na medida em que o parto deixou de ser assunto de mulheres e passou para o campo médico. A pedagogia do preparo para o parto se coloca como uma tarefa da mulher contemporânea, que escolhe parir, onde e com quem desejar, que é senhora de seu corpo e de sua sexualidade. É potencialmente um espaço de poder e de saber (TORNQUIST, 2002).

Neste estudo, os casais que optam pelo parto domiciliar planejado de alguma forma buscam o resgate do processo de gestação, parto e puerpério de forma fisiológica, através de informações, preparo com a pedagogia do parto consciente no sentido contemporâneo de recuperar a escolha parir, onde e com quem desejar, de serem protagonistas de seus corpos e de sua sexualidade, exercitando um potencial espaço de poder e de saber.

O cuidado cultural congruente se configura como a chave do segredo para que o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio seja algo vivido de maneira harmoniosa e equilibrada.

A expressão características culturais, neste estudo, diz respeito às percepções tanto das mulheres/casais quanto dos profissionais, seus estilos de vida, modos de pensar e suas práticas de cuidado. São fatores que podem influenciar o pensar-fazer.

#### 3.3.4.7 O processo de gestação, parto e puerpério no domicílio

Neste estudo o processo de gestação, parto e puerpério diz respeito ao cuidado na gestação de risco habitual, a partir de 30 semanas, no parto (processo da mulher) e no nascimento (processo do bebê) e no puerpério imediato e tardio sob a ótica holístico-ecológica-cultural, no qual o casal e a enfermeira obstétrica vivenciam uma concepção contemporânea de cuidado de forma planejada no domicílio.

O processo de gestação, parto e puerpério no domicílio de forma planejada, no presente estudo, envolve um preparo para o parto nas consultas de pré-natais a partir de 30 semanas de idade gestacional a partir de uma relação de confiança e de responsabilidade compartilhada que se estabelece entre a enfermeira obstétrica e casal. É um processo ativo e instintivo. Acontece de modo natural e espontâneo por meio de vontade própria e determinação. A mulher deve ter liberdade de usar seu corpo, como bem escolher e ter atendidas suas solicitações. O marido promove apoio incondicional.

O processo de gestação, parto e puerpério neste estudo é a situação em que o casal torna-se biológica e culturalmente capaz de receber e cuidar do novo ser humano (RN), utilizando seu conhecimento cultural, holístico e ecológico como base para este cuidado (COLLAÇO, 2002). Compreende emoções, sensações, relações, acontecimentos, sinais, sintomas, vivenciados pelo casal/RN que os remete a um conjunto de significados.

O nascimento é um fato marcante, pois inicia um novo ciclo de desenvolvimento no cuidado ao novo ser e de como serão mantidas as relações com os outros membros da família (BOEHS, 1990).

O processo de gestação, parto e puerpério no domicílio é

permeado de momentos ricos de processos educativos no pré-natal, no parto e no puerpério, no qual a enfermeira obstétrica pode realizar uma prática culturalmente coerente.

Neste estudo, a expressão “parir e nascer num novo tempo” diz respeito ao processo de gestação, parto/nascimento e puerpério sob a ótica holístico-ecológica-cultural, na qual o casal/RN e enfermeiras obstétricas constroem juntos uma concepção contemporânea de cuidado de forma planejada no domicílio.

A perspectiva holística compreende a união entre corpo-mente-espírito. O corpo é um sistema de energia conectado com outros sistemas de energia. A mente envolve os aspectos emocionais (psicológicos) que tem influência sobre a parte física do corpo. O espírito incorpora a alma e esse no processo de cura. A espiritualidade é algo fluido sendo mais do que preconizam as religiões tradicionais judaico-cristãs. A visão de unicidade entre corpo-mente-espírito aponta para o olhar da enfermeira no sentido da totalidade, integralidade dos casais. O cuidado holístico respeita a unicidade do corpo-mente-espírito é integral no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério e respeita a multiplicidade de fatores culturais, modos de vidas e cuidados com o contexto ambiental sendo significativo para os casais (LEININGER, 1978; DAVIS-FLOYD, 2001).

O ponto de vista ecológico envolve o fenômeno fisiológico e natural no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério, que considera o potencial de saúde de cada gravidez, o envolvimento dos hormônios, da sexualidade do casal, do protagonismo da mulher, do casal e da família. O parto fisiológico é natural e espontâneo com o mínimo de intervenção possível sem comprometer a segurança, ou seja, é saudável e seguro (DAVIS-FLOYD, 2001; ODENT, 2002).

O aspecto cultural diz corresponde ao respeito às crenças, valores e modos de vidas dos casais que recebem cuidados das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério. A enfermeira obstétrica cuida de forma benéfica ou satisfatória os casais de diversas culturas, ou seja, o cuidado é culturalmente congruente. A cultura envolve, também, o respeito às políticas públicas de saúde brasileiras que consideram os direitos sexuais e reprodutivos dos casais (LEININGER, 1978; DAVIS-FLOYD, 2001; BRASIL, 2012).



## 4 REFERENCIAL E PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). No paradigma qualitativo a finalidade é descobrir características, padrões e significados do fenômeno em estudo. Há uma preocupação com as realidades e não com questões quantificáveis. Seu objetivo é a compreensão do objeto de investigação e não a generalização. Trabalha um espaço profundo das relações, dos processos e fenômenos, tais como os significados, as vivências, as experiências, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e as atitudes como resultados das ações humanas objetivas, que não podem se reduzir em operacionalizar variáveis. Incorporam aspectos do significado e da intencionalidade como intrínsecos dos atos, das relações e das estruturas sociais. Não têm a preocupação com o tamanho da amostra, uma vez que os sujeitos são escolhidos de forma não aleatória e em número suficiente para se fazer compreender o fenômeno que está em estudo (LEININGER, 1991; MINAYO, 2010; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A PCA é uma modalidade de pesquisa de autoria das enfermeiras brasileiras, doutoras e docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Dr<sup>a</sup>. Mercedes Trentini e Dr<sup>a</sup>. Lygia Paim, sendo publicada em sua primeira edição em 1999 e em segunda em 2004 (TRENTINI; PAIM, 1999; 2004). Desde sua primeira publicação, vários estudos têm sido desenvolvidos utilizando esta metodologia.

A escolha por este referencial metodológico ocorreu pela necessidade sentida em estreitar e aproximar a interface entre o fazer e o pensar, ou seja, entre prática e teoria no desenvolvimento da ciência em Enfermagem e, em especial, na Enfermagem Obstétrica, no parto domiciliar planejado.

Neste sentido, a Pesquisa Convergente-Assistencial propõe uma conexão intensa com o **PROCESSO DE CUIDAR PESQUISANDO**, estreitando a relação entre o cuidado e a pesquisa, tornando o processo de pesquisa viável, pois pode ser implementado junto com as atividades cotidianas da enfermeira, fazendo uma articulação intencional com a prática assistencial, buscando encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações no

cotidiano.

Na Pesquisa Convergente-Assistencial As ações de cuidados são incorporadas na pesquisa e vice-versa. O “fazer” e o “pensar” caminham juntos, conseqüentemente promovem uma significativa evolução da prática que buscando ampliar e contribuir com à práxis da Enfermagem.

Possui como fundamento um tipo de investigação que se desenvolve ao mesmo tempo com a prática assistencial de enfermagem, por isso sua principal característica é a convergência com essa prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

O caráter metodológico se revela na “dança” da PCA pelos movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência. Nesse processo, de ir e vir neste bailado entre pesquisa e prática assistencial, necessita ser respeitada a autonomia de cada um desses eventos (TRENTINI; PAIM, 2004).

Para Trentini e Paim (2004) os pressupostos da PCA são:

- a) contexto da prática assistencial suscita inovação e proposição de alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas do cotidiano;
- b) A prática assistencial é considerada um campo fértil, com estreita relação com a pesquisa;
- c) espaço das relações promove vitalidade entre a pesquisa e a prática, deixando vivos e interativos o campo da prática assistencial com a investigação científica;
- d) A PCA implica em compromisso benéfico, tanto para o contexto da prática quanto para o processo investigativo;
- e) profissional da saúde é um pesquisador em potencial dos problemas que surgem a partir das necessidades da prática, o que possibilita um posicionamento crítico com argumentação científica;
- f) caminho a ser percorrido pelo pesquisador na PCA segue um pensamento dentro desta lógica: O QUE FAZER, COMO FAZER, PORQUE FAZER e SABER FAZER. Nesta conexão, o presente estudo tem como escopo compreender o significado para o casal sobre a vivência do parto domiciliar planejado, assistido por enfermeiras obstetras da Equipe Hanami em Florianópolis-SC.



#### 4.1 LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO: A CENA CULTURAL

Na PCA, a opção pelo contexto ambiental da pesquisa depende do foco a ser estudado, podendo consistir em várias áreas geográficas. Também pode ser definido como aquele cenário em que ocorreram as relações sociais essenciais ao objetivo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo a PCA é conduzida, junto aos casais assistidos pelas enfermeiras da Equipe Hanami que, consentiram em participar do estudo (ANEXO B). Para melhor compreensão é necessário explicitar o que é a Equipe Hanami - o florescer da vida: parto domiciliar planejado.

A Equipe Hanami - o florescer da vida: parto domiciliar planejado foi criada por uma Equipe de enfermeiras no ano de 2006. É uma prestadora de serviços de enfermagem obstétrica de cunho privado, na qual os casais contratam diferentes serviços, tais como: grupo de gestante, atendimento ao parto domiciliar planejado, acompanhamento de enfermagem no parto hospitalar, acompanhamento no puerpério e o oficina de Shantala no Espaço Hanami. A oficialização do trabalho é realizada com a assinatura de um **contrato de prestação de serviços** específico (ANEXO A), que deixa clara as funções da Equipe e a forma de pagamento a ser realizada. A Equipe também entrega um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre as vantagens e risco do parto domiciliar planejado** (ANEXO B), como estratégias de informações para a segurança no processo de cuidado na gestação, parto/nascimento e puerpério. Em 2010 a Equipe Hanami patenteou sua logomarca.

O Espaço Hanami é uma sala localizada em um estabelecimento comercial que tem por objetivos a realização de reuniões da Equipe, a guarda de material, o grupo de gestantes e outros encontros educativos: “Encontro aberto: conhecendo a Equipe Hanami” que consiste em um atendimento gratuito aberto a quem quiser conhecer o serviço realizado pela Equipe. Cabe destacar que o maior foco de cuidado da Equipe é a atenção ao parto domiciliar planejado cujo atendimento é realizado na casa dos casais. A Equipe também oferece atendimento hospitalar, porém não é foco neste estudo.

Desde 2006 até o presente momento a Equipe já atendeu 248 partos domiciliares, 34 encaminhamentos de mulheres do parto domiciliar planejado para a maternidade. Já realizou 80 encontros abertos: conhecendo a Equipe Hanami e 22 cursos de preparação para maternidade consciente. 02 oficinas de barriga de gesso. 02 oficinas de shantala. 24 encontros denominados “compartilhando a maternidade”.

Atualmente a Equipe Hanami é composta por duas enfermeiras obstétricas, 3 enfermeiras obstétricas e neonatais e médicos obstetras, parceiros que dão suporte a Equipe quando há necessidade de encaminhamento do parto domiciliar ao hospital.

A Equipe Hanami possui uma organização interna tendo **uma coordenadora** geral, uma **responsável financeira**, uma responsável pelo **setor de compras e organização do material**, uma responsável pelo **grupo de gestantes**, uma responsável pelo **acompanhamento ao parto hospitalar**, uma responsável pelo atendimento e **monitoramento e alimentação do site** ([www.Equipehanami.com.br](http://www.Equipehanami.com.br)) quem como a **agenda do parto domiciliar planejado**, uma responsável e **encontro aberto**: conhecendo a Equipe Hanami e uma responsável pelo denominado **“encontro compartilhando”**, que acontece mensalmente. Como são muitas as funções na Equipe muitas vezes uma enfermeira realiza várias funções, sem com isso perder a qualidade das atribuições propostas.

As decisões da Equipe são tomadas em reunião mensal, a fim de que todos os membros que a integram possuam uma conduta uniforme.

O ambiente físico, no qual o estudo se desenvolveu dependeu da região da Grande Florianópolis onde o casal reside. O cenário é a casa do casal ou qualquer outro ambiente de escolha do mesmo, que for atendido pela Equipe Hanami na grande Florianópolis, no período da coleta dos dados, atentando ao desejo e concordância explícita dos sujeitos em participar e seguir os objetivos do estudo.

A escolha deste cenário apoia-se na coerência de que o cotidiano do cuidado no parto domiciliar é a casa dos casais e foi nas experiências anteriores das ações de cuidado que minhas indagações foram surgindo. Neste sentido, a participação do casal é facilitada por não haver necessidade de seu deslocamento.

Cabe salientar que para a realização da pesquisa junto a Equipe Hanami os casais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE A**), que explica os termos do estudo e deixa claro que o casal não arca com nenhum gasto financeiro (entrevista, fotografias, filmagens) e também não recebe nenhuma espécie de gratificação e reembolso, por participar da mesma. Sua participação é completamente voluntária. Apesar da Equipe Hanami prestar atendimento privado, todos os casais convidados a participarem, aceitaram o convite, mas um casal foi encaminhado no trabalho de parto foi excluído da pesquisa.



## 4.2 SUJEITOS INFORMANTES DO ESTUDO

De acordo com Trentini e Paim (2004), os sujeitos participantes não são apenas informantes, mas também integrantes ativos do estudo, já que apresentavam sugestões e críticas, validavam e divulgavam os resultados. Neste estudo, os sujeitos informantes foram 30 casais que tiveram partos domiciliares com a Equipe Hanami no período de coleta de dados (outubro de 2011 a novembro de 2012), residentes na Grande Florianópolis, SC. Foi considerando rigorosamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) assinado pelo casal por meio do qual aceitou participar do estudo.

Em relação à amostra, na PCA, assim como, nos estudos de natureza qualitativa, não houve estabelecimento de critérios rígidos para sua escolha, pois não se propôs a generalizações, valorizando a representatividade indicativa à complexidade e variedade de dados.

A amostra foi formada pelos sujeitos que fizeram parte do problema de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004), que neste estudo foi conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis-SC. E, como o casal percebeu o processo de cuidado no pré-natal, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

A saturação dos dados se mostrou por meio de repetições nas informações, tendo como vantagem a inclusão de informantes na pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004). Portanto, a amostra de 30 casais foi determinada pela saturação dos dados, ficando desta forma correlacionada com a compreensão do fenômeno estudado, ou seja, ao se iniciar a repetição das falas, não aparecendo mais dados que acrescentaram informações ao estudo, findando a fase de coleta.

## 4.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Segundo Trentini e Paim (2004), uma das principais características da PCA é a participação ativa dos envolvidos na pesquisa. Portanto, pesquisar, cuidar e participar foram o tripé que sustentam essa metodologia e a inter-relação entre eles convergiram para o pensar e o fazer, ou seja, permitindo articular, teoria e prática com vistas a construção do conhecimento.

Os estudos qualitativos utilizam, principalmente, as técnicas da

observação participante e entrevistas semiestruturadas, sendo a PCA um deles. Logo, de forma preliminar, também utilizei essas técnicas para a coleta dos dados.

Dentre os diferenciais da PCA estão as estratégias adotadas de coleta de dados, por apresentarem dupla intencionalidade, a de produzir conhecimento científico e contribuir para o progresso da saúde dos informantes através do cuidado de enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na primeira consulta do pré-natal foi utilizada a observação participante buscando uma visão ampla da situação, do ambiente, dos cuidados de enfermagem, do casal, analisando os registros, favorecendo que o casal conhecesse e se integrasse, interagindo com a pesquisadora.

De acordo com Trentini e Paim (2004), a observação participante foi uma etapa fundamental da pesquisa de campo, que possibilitou a captação de uma variedade de fenômenos da situação social pesquisada, registrados detalhadamente sob a forma de observações objetivas da situação, assim como de sentimentos e pensamentos subjetivos acerca do mesmo. O observador participante participou de forma consciente e com objetivo determinado, detalhando a ocorrência e o modo como aconteceram os fenômenos. Este observador precisa ser treinado, alimentado seu senso de introspecção. Além de observar o fragmento social e participar do mesmo, precisa avaliar seus sentimentos em relação ao observado. Vive a situação social de duas formas, do lado interno, sendo parte da mesma e do lado externo, avaliando-a.

Os registros da observação participantes foram realizados sob a forma de notas de campo que após cada consulta, parto e consulta de puerpério eram expandidas para aumentar a fidedignidade dos relatos dos acontecimentos.

Segundo Trentini e Paim (2004), com relação ao envolvimento do observador participante pode ser: ativo, moderado e completo. Neste estudo o envolvimento foi completo, consistindo no mais alto nível de envolvimento do pesquisador com o fenômeno estudado, ou seja, o pesquisador investigou uma situação na qual já exercia participação trivial, ou seja, era um observador cotidiano. Antes não se propunha a refletir, a analisar e relacionar o que observava, por isso tinha preocupação em registrar minuciosamente tudo que acontecia.

A observação participante durante o processo gestação, parto e puerpério imediato e tardio, facilitou a interação com o casal, abrindo caminhos para a reflexão e questionamentos para a construção do significado, relacionado à vivência no parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas na Equipe Hanami.



No decorrer do processo de observação participante e como complementar a pesquisa, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada (**APÊNDICE C**), também denominada de entrevista em profundidade, utilizando o próprio campo de observação para a aplicação da mesma, ou seja, no domicílio do casal no puerpério tardio ou remoto dependendo de cada caso, procurando a compreensão do significado, reflexões, ratificação ou refutação de interpretações e sentimentos.

A entrevista semiestruturada permitiu uma interação, uma atmosfera de influência recíproca, uma articulação de questões abertas e estruturadas, possibilitando uma abordagem mais livre, sem rigidez na formulação das questões e um roteiro, com objetivo de guiar o pesquisador, sem ser um cerceador. Foi um mecanismo de orientação de como uma conversa com objetivo, um facilitador de abertura, de ampliação e aprofundamento da comunicação (LUDKE; ANDRÉ, 1986; MINAYO, 2010).

A entrevista foi matéria-prima para alcançar a compreensão do sentido e da significação dada pelo casal a respeito do processo vivido no parto domiciliar planejado, assistido por enfermeiras obstetras na Equipe Hanami. A entrevista foi gravada e após transcrita de forma fidedigna por uma pessoa que foi contratada para realização deste serviço.

#### 4.4 O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PRÉ-NATAL, PARTO/NASCIMENTO E PUERPÉRIO NO DOMICÍLIO

Na prática de cuidado junto aos casais do estudo, seguiu-se o processo de cuidar preconizado Equipe Hanami. As consultas de pré-natal iniciam na 30ª semanas de idade gestacional. Foi realizado o acompanhamento do trabalho de parto e do parto/nascimento prestando cuidados, assistindo/ou auxiliando no parto, auxiliando e/ou cuidando do recém-nascido, compartilhando as experiências, as emoções junto com o casal/RN e pessoas significativas presentes, sempre tendo em mente o respeito e valorização das crenças e valores. O cuidado no puerpério imediato aconteceu em consultas no 1º, 3º, 4º e 10º dia pós-parto, junto ao casal no seu domicílio. Este processo foi fundamental para que o problema de pesquisa fosse investigado por ser um nicho de cuidado estando ávida por respostas sobre qual o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis-SC.

E, como o casal percebe o processo de cuidar da Equipe Hanami na gestação, parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

A pesquisa seguiu o cronograma traçado para o desenvolvimento do estudo, na busca de responder as perguntas de pesquisa e os objetivos da mesma.

#### **4.4.1 O caminho percorrido no processo de cuidar da Equipe Hanami no pré-natal, parto/nascimento e puerpério no domicílio de forma planejada**

##### *4.4.1.1 O cuidado cultural no encontro aberto: conhecendo a Equipe Hanami*

O primeiro contato com o casal deu-se no “Encontro aberto: conhecendo a Equipe Hanami”, É um encontro gratuito e mensal, realizado no Espaço Hanami, para mulheres, casais e demais pessoas interessadas em conhecerem o trabalho da Equipe e sem qualquer compromisso com a mesma. É divulgado através do site da Equipe Hanami ([www.partodomiciliar.com](http://www.partodomiciliar.com)) e de convites nas redes sociais (facebook, lista parto em casa, Orkut, entre outros). O número de participantes varia a cada encontro e oscila entre 3 a 15 pessoas. Tem uma duração de duas horas e acontece em quatro momentos:

Roda de apresentação onde todos os presentes se sentam em círculo e são convidados a se apresentar, dizendo seu nome, idade gestacional, onde faz o pré-natal, qual o interesse em participar. Posteriormente, cada enfermeira da Equipe apresenta-se abordando um pouco da sua história de vida e seu mini curriculum. Enquanto ocorre a apresentação, passa-se uma lista de presença, na qual as pessoas interessadas deixaram seus contatos.

Apresentação do processo de cuidar é realizada por uma ou duas enfermeiras, no qual utiliza-se imagens autorizadas pelos casais para ilustrar o trabalho desenvolvido nas consultas pré-natais, no parto e puerpério no parto domiciliar planejado. São apresentados os principais cuidados (massagem, bola, moxabustão, acupressão, primeiros cuidados com o RN e banho, entre outros), tipos de parto, prontuário com os impressos (histórico pré-natal, do parto, pós-parto e recém-nascido, partograma) e também sobre o contrato de trabalho.

Após a apresentação a Equipe aborda os outros serviços oferecidos pela Equipe Hanami: parto hospitalar planejado, grupo de





gestantes e sobre o espaço Hanami, dando ênfase a importância à participação no grupo de gestantes como forma de obterem esclarecimentos mais específicos com vistas ao fortalecimento da autoconfiança, autonomia e empoderamento para os processos que irão vivenciar.

É destacado, no Encontro Aberto, que a Equipe optou por iniciar o trabalho voltado especificamente para o parto domiciliar com 30 semanas de gestação. Este trabalho é feito mediante um plano de atendimento ao parto domiciliar planejado oferecido aos casais inclui consultas pré-natais a partir de 30 semanas de idade gestacional, atendimento ao parto e consultas de pós-parto. Como prerrogativa a mulher necessita realizar seu pré-natal integral na rede privada ou pública, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), devendo este ser de risco habitual. Mulheres que têm necessidade de consultas antes dessa idade gestacional podem ter acompanhamento da Equipe na forma de consultas extras. A Equipe segue como princípios as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006b) para a assistência ao parto normal e as evidências científicas. Para finalizar, utiliza-se um vídeo do trabalho que mostra um parto/nascimento atendido pela Equipe.

Além disso, podem-se realizar esclarecimentos para sanar as dúvidas acerca dos trabalhos desenvolvidos pela Equipe e sobre a temática pertinente. Entre as dúvidas mais frequentes, destacam-se as relacionadas com: vacinas, vitamina K, segurança no parto, encaminhamentos, materiais utilizados, reanimação do RN e principais, ocorrências no parto e nascimento.

Seguindo a atividade é feito o fechamento no qual é feito um agradecimento aos presentes, esclarecendo aos interessados para procurarem a Equipe em outro momento, para agendarem a primeira consulta. Casais que quisessem conversar em particular, essa era a ocasião para fazê-lo. É aberto espaço para os participantes avaliarem oralmente o encontro.

O Encontro aberto: conhecendo a Equipe Hanami é o primeiro contato com a Equipe e será meu primeiro contato com os casais. Quando os casais entraram em contato para firmar compromisso com a Equipe na primeira consulta, busquei contato na casa do casal para explicar aprofundadamente sobre meu estudo, os objetivos e as contribuições do mesmo fornecendo então, subsídios para uma decisão entre querer ou não participar do estudo. Os critérios de inclusão e exclusão envolviam as situações:

No estudo, todos os casais convidados a participar, aceitaram, contribuindo para que se pudesse iniciar o acompanhamento de acordo com o preestabelecido na conversa inicial. Partindo desta decisão, iniciei, então, a caminhada propriamente dita, com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi neste momento assinado pelos casais (**APÊNDICE A**).

Ficou esclarecido também que os casais poderiam ser excluídos da pesquisa caso, durante o trabalho de parto o casal seja encaminhado pela Equipe para receber cuidado em nível hospitalar, pois nestes casos a instituição hospitalar assume a responsabilidade pelo tratamento, quanto que a Equipe Hanami vai dar continuidade aos cuidados de enfermagem durante o término do processo parturitivo quando em instituição privada.

#### *4.4.1.2 O cuidado cultural nas consultas pré-natais*

O caminho seguiu o preconizado pela Equipe Hanami, conforme mencionado anteriormente. Na primeira consulta que é agendada com 30 semanas de idade gestacional e as subsequentes semanalmente, são realizadas por duas enfermeiras obstétricas diferentes a cada consulta oportunizando familiarizam-se com toda a Equipe.

A Equipe desenvolveu e utiliza um histórico de acompanhamento pré-natal (**ANEXO C**), por meio do qual se faz os registros dos dados relativos à identificação do casal, do futuro bebê, dos antecedentes familiares e próprios, dos dados obstétricos, dos dados da gestação atual. Registra, também, o planejamento no caso de necessidade de encaminhamento ("**PLANO B**"), a consulta obstétrica, as orientações, as observações que foram abordados na consulta, incluindo rituais de cuidado e exames realizados no pré-natal.

A abordagem durante as consultas baseou-se no diálogo, na troca de saberes, buscando conhecer as crenças e valores do casal, evitando imposições. A linguagem utilizada pelas enfermeiras era a mais simples e informal possível.

Uma finalidade da consulta é enfermeira e casal se conhecerem e formarem um vínculo, que possa transformar essa relação num processo de confiança mútua e responsabilidade compartilhada.

As pessoas que participaram do parto foram convidadas no pré-natal a participar e interagir nas consultas, porém, estas precisavam ser a favor do parto domiciliar e estarem presentes em no mínimo em uma consulta.



As enfermeiras buscam compreender, observar e conhecer como é a relação do casal, sua sexualidade, uma vez que este fator é considerado importante para o parto, pois dificuldades relacionais e na sexualidade podem interferir nesse momento.

O exame obstétrico é realizado em todas as consultas pré-natais: verifica-se pressão arterial, frequência cardíaca e faz-se uma avaliação céfalo-caudal (higiene geral; pele facial; avaliação de mucosas oculares e bucal; palpação de gânglios; glândula tireoide e mamas com observação do formato, da presença de rede de Haller, de sinal de Hunter, do tipo de mamilos e da presença de colostro; mensuração da altura do fundo uterino; realização da palpação obstétrica com as manobras de Leopold-Zweifel; ausculta do batimento cardíaco fetal. Solicita-se ao marido que dê um beijo bem “estalado”, barulhento, para verificar a reatividade fetal; é observada a presença de edema em membros inferiores).

São entregues no pré-natal folders de orientações pré-natal (ANEXO D) e pós-parto (ANEXO E) com orientações e materiais que o casal deveria providenciar.

No final das consultas são reforçadas as orientações de que o casal pode entrar em contato com a Equipe na existência de qualquer dúvida ou necessidade no intervalo de tempo, entre uma consulta e outra. O histórico de acompanhamento pré-natal permanece no domicílio com o casal, para continuidade do cuidado. De modo geral, no final das consultas as enfermeiras são convidadas para um lanche com o casal, momento em que ocorre um fechamento informal de todo o processo. Após a consulta, uma enfermeira envia um e-mail para à Equipe com um resumo dos principais acontecimentos.

Em média no pré-natal são realizadas 6 consultas, porém pode-se chegar a um total de 8. Cada consulta pré-natal possui temáticas que são abordadas, seguindo as necessidades do casal e questões norteadoras sobre encaminhamento, cuidados realizados pela Equipe, rituais de cuidado, tipos de parto, preparo de períneo, sinais e sintomas de trabalho de parto, entre outros.

Durante todas as consulta de enfermagem do pré-natal utilizei a observação participante para a coleta dos dados realizando as **notas de observação (NO)**, no sentido de facilitar à busca de respostas as questões de pesquisa para compreensão do significado que foi atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis-SC. E, conhecer como o casal percebeu o processo de cuidar da Equipe Hanami na gestação, parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas

enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

A trajetória cultural aconteceu concomitante a todo o processo do pré-natal, no qual realizei o levantamento das necessidades de cuidado cultural a partir dos comportamentos, questionamentos e atitudes do casal.

Após o término de cada consulta, busquei expandir as **notas de observação (NO)** além de realizar as **notas do diário (ND)** que foram os registros do que aconteceu: fatos, impressões, sentimentos, ações; enfim, acontecimentos considerados importantes para o pesquisador.

#### *4.4.1.3 O cuidado cultural no trabalho de parto/parto/nascimento no domicílio*

Busquei estar presente desde o momento que o casal comunicou a Equipe, por telefone, sobre o início do trabalho de parto ou a ruptura da bolsa das águas, quando uma enfermeira independentemente do horário, foi até o domicílio realizar a primeira avaliação.

Após essa avaliação inicial do ponto de vista emocional e intuitiva (nervosismo, ansiedade, tranquilidade, dinâmica da casa, presença de familiares) e realizava o exame obstétrico e contatado o franco trabalho de parto (4-5 cm de dilatação e com 2 a 3 contrações em dez minutos, ou se fosse explicitado o desejo do casal da permanência de uma enfermeira desde as primeiras contrações). Comunicadas as outras duas enfermeiras que iam ao domicílio da parturiente, levando o material necessário para a condução do parto. Iniciava-se também o preenchimento do histórico de acompanhamento do trabalho de parto (**ANEXO F**).

Utilizei a observação participante, sendo também parte integrante do cuidado auxiliando a Equipe na aplicação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, nos controles obstétricos, dando suporte emocional constante, assim como observando atentamente todos os acontecimentos, e registrando-os **como notas de observação (NO)**. Foram utilizadas filmagem e fotos do processo, que é procedimento de rotina da Equipe, para auxiliar na captação de detalhes que a pesquisadora possa não ter conseguido abstrair. Também foi realizado um levantamento das necessidades de cuidado cultural, os rituais de cuidados, a partir dos comportamentos, questionamentos e atitudes do casal.

Com a chegada das outras enfermeiras no domicílio, montou-se o



cenário do parto, especialmente a piscina, pois exige tempo devido ao aquecimento da água (ENNING, 2000; ODENT, 2004). Foi iniciado o partograma (**ANEXO G**), traçando-se a curva de alerta. Nesse documento foram registrados todos os cuidados e controles realizados pela Equipe.

No trabalho de parto não houve restrição alimentar ou hídrica. Estimulou-se a mulher manter a bexiga vazia. A Equipe propiciou momentos de privacidade para o casal, auxiliando assim na liberação de ocitocina natural que facilita a contratilidade uterina e diminuição do tempo do trabalho de parto (ODENT, 2002).

Em todo o trabalho de parto, o companheiro e a família presentes foram estimulados a participar dos cuidados com massagens, permanecer ao lado da mulher, caminhar com ela, estimulá-la a assumir uma postura ativa e a verbalizar suas necessidades.

No que se refere ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor ficou na dependência de cada mulher e de cada situação. Estimulou-se a respiração, o relaxamento, o banho de chuveiro e a movimentação ativa. Disponibilizou-se: banho de imersão; massagens; bola suíça; moxabustão (moxa); acupressão; analgesia da dor, com injeção subcutânea de água destilada estéril; esalda pés; bolsa de água quente; compressas frias; aromaterapia; música; estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

Com cinco casais, no período de out/2011 a nov/2012, as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami diagnosticaram nas mulheres: uma parada de progressão fetal, uma Taquicardia fetal, duas bolsa rota que chegou a 18 horas e não desencadeou TP, um Por “síndrome de distensão segmentar que pode levar a ruptura uterina (sinal de Bandl – Frommel):- Sinal de Bandl: Anel próximo à cicatriz umbilical que separa o corpo uterino do segmento inferior. - Sinal de Frommel: Ligamentos redondos retesados e desviados para frente” (SPINELLI, 2008, p. 25). Portanto, consideraram que o domicílio não era um lugar seguro para continuidade do cuidado. Conversavam com o casal e família e após procederam ao contato com o obstetra para o encaminhamento à instituição. O processo era realizado com calma e tranquilidade. O desfecho desses nascimentos, que foram acompanhados por uma enfermeira da Equipe Hanami, foi três partos cesarianos, e dois normais, pois fizeram indução por bolsa rota há 18 horas. Por este motivo, os casais foram excluídos da pesquisa. No pós-parto visitei o casal e agradei a disponibilidade que tiveram em contribuir com a pesquisa até aquele momento. Os mesmos não demonstraram ficarem chateados ou magoados por serem excluídos da pesquisa.

Próximo ao processo de cuidar do parto/nascimento, um cuidado especial era tomado pela Equipe de enfermeiras, que era o preparo de uma atmosfera de celebração da vida, evitando luz ambiente excessiva, de preferência penumbra, música ambiente escolhida pelo casal e ambiente aquecido, respeitando os rituais preparados para esse momento. Os materiais eram posicionados em locais estratégicos para facilitar sua utilização e organizados de forma discreta no ambiente.

No parto, que havia quatro enfermeiras obstétricas e neonatais, duas cuidavam do material e duas da mulher e do recém-nascido. No que havia três enfermeiras uma ficava responsável pelo material e as outras duas, pela mãe e bebê.

No momento do período expulsivo era iniciado o preenchimento do histórico do parto (**ANEXO H**) relativos ao parto e ao período de Greenberg. Registros importantes que contribuíram muito para a pesquisa, pois todos os cuidados eram registrados.

No coroamento do feto foi solicitado à mulher para não forçar o períneo e estímulo à emissão sons, permitindo, assim, o alívio da pressão perineal e a saída lenta do bebê. Entre as contrações, a mulher era estimulada a movimentar-se. Estimulava-se a mulher ou o pai do bebê a lavar o cabelinho que está aparecendo na vagina, ou acariciá-lo. Utilizava-se o espelho para que a mulher visse que seus esforços eram positivos.

Na maioria das vezes o bebê nasceu em duas contrações uma para cabeça e outra para o corpo. No caso de circular de cordão, essa era desfeita se houvesse necessidade. Procurava-se não interferir no desprendimento fetal, sendo esse espontâneo. Não foram realizadas manobras de desprendimento de ombro, quando houve dificuldade. Portanto, solicitou-se a mulher ficasse em posição genupeitoral. Quando o parto ocorreu fora da água foi realizada a proteção perineal para prevenir a laceração.

Após a saída do bebê, a Equipe estimulava a mulher a pegá-lo, não importando se dentro ou fora da água. Muitas vezes foi o próprio pai quem pegou o bebê. Ele foi direto para o colo da mãe, para contato pele a pele, seguindo uma conduta recomendada pela OMS (OMS, 1996) e recebeu nesse local os primeiros cuidados e foi feita a avaliação de APGAR. Foi secado e aquecido. Quando houve necessidade de cuidados especiais (aspiração, estímulo respiratório) estes foram realizados no colo da mãe, sem que o cordão umbilical fosse cortado. Neste caso, a mulher e RN foram rapidamente transportados para a cama e providenciado aumento no aquecimento do ambiente para ajudar na recuperação do bebê. Não houve necessidade de encaminhamento de



nenhum recém-nascido ao hospital durante esta prática de cuidado.

Foi fundamental registrar que esse momento foi coroadado por muita emoção por todos que participaram do processo e que cada parto/nascimento no domicílio foi uma experiência única rica em significados. Um diferencial esta forma de parir foi que após o nascimento houve uma contemplação da família com o bebê, sendo este um momento especial, de reconhecimento, em que não havia interferências ou intervenções.

A mulher e o bebê eram auxiliados a sair do local do parto/nascimento (banheira ou piscina) quando os primeiros sinais de descolamento da placenta surgiram. Ambos permaneceram ligados pela placenta, em contato pele a pele e foram levados ao local pré-estabelecido, já aquecido e preparado previamente para recebê-los. Nesse processo, controlou-se o tempo de pulsar do cordão umbilical, aguardou-se a dequitação espontânea, estimulou-se a amamentação e após estimulou-se a aproximação do casal para que vivessem com intensidade esse início de vinculação com o bebê. Só após a dequitação, procedeu-se o corte do cordão umbilical, ritual que foi realizado por alguém da família, de modo geral pelo pai do bebê. Concomitante com essas ações, mostrou-se a placenta, buscando agregar a ela o seu valor e foram realizados os rituais pré-estabelecidos com a mesma (enterrar, fazer tintura, cápsulas ou Parto Lotus que é manter o bebê ligado a placenta pelo seu cordão umbilical até que o mesmo seque e caia).

Quando a mulher era Rh negativo após a dequitação era feita a coleta de sangue do cordão para realização da tipagem sanguínea do RN. No período de Greenberg, foram verificados os sinais vitais maternos, foi observada a formação do globo de segurança de Pinard, a presença de lóquios e feita a revisão do períneo. Quando ocorria alguma laceração perineal a mesma era avaliada e, se necessário, era realizada a anestesia local e a sutura por planos.

Em caso de perda sanguínea aumentada (maior que 500 ml) utilizava-se a aplicação de 10 unidades de ocitocina intramuscular que era prescrita pelo obstetra no pré-natal. Também era feita a técnica japonesa milenar, acordada no pré-natal, de infusão do sangue perdido por via vaginal, sendo este injetado por via retal. Nenhuma mulher foi encaminhada a instituição hospitalar por hemorragia grave.

A vitamina K intramuscular foi realizada, enquanto o RN estava no colo da mãe mamando. A prática de prevenção de oftalmia neonatal não é realizada rotineiramente uma vez que a mulher realiza cultura de secreção vaginal.

Quando a mãe estava satisfeita com o tempo de contato com o

bebê, o exame físico era realizado sendo registrado no histórico do recém-nascido (**ANEXO I**) e na caderneta de saúde fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC. A família participava do exame e tudo era explicado assim como eram compartilhadas orientações básicas sobre cuidados com o RN. Após o exame, se a família desejasse o bebê era vestido e, na maioria das vezes com a ajuda do pai, retornando após para o colo da mãe para mamar.

O RN que foi classificado como pequeno para idade gestacional (PIG) ou grande para idade gestacional (GIG) exigiu cuidados e controle de hemoglicoteste. Nestes casos a enfermeira seguiu a prescrição de um neonatologista que foi contatado e após o primeiro procedimento ensinava a família a realizá-lo. Também eram realizadas orientações sobre hipoglicemia e importância da mamada correta.

Uma vez que o bebê havia mamado e a mulher se alimentado, essa era estimulada a levantar da cama, tomar banho e todo o material utilizado no parto era guardado pela Equipe. Então, realizava-se o ritual da foto de fechamento do parto. Todos os presentes reuniam-se para uma foto que simboliza a **CELEBRAÇÃO DA VIDA** e o encerramento do processo de cuidado. Este dia marca as relações de vínculo e confiança entre enfermeira e casal. Além disso, foi acordado com o casal que entrem em contato com a Equipe em qualquer situação de necessidade.

Ao término desse processo a pesquisadora realizou uma imersão sobre as notas de observação, revisando as notas teóricas para que o máximo de informações fossem registradas.

#### *4.4.1.4 O cuidado cultural no puerpério imediato (1º, 3º, 4º e 10º dia)*

As consultas de puerpério no 1º, 3º, 4º e 10º dia foram realizadas pelas enfermeiras que atenderam o parto, uma vez que o casal já conhecia todas e, para que eu pudesse acompanhar como pesquisadora, realizando a observação participante. Observei que não existe uma ordem sequencial pré-determinada para cada consulta. Essas aconteceram de acordo às necessidades e dúvidas do casal. No entanto, cada consulta de puerpério imediato possui algumas questões centrais que, em especial, foram observadas, porém a prioridade são as dúvidas e questionamentos do casal.

As questões centrais do puerpério imediato são: estado geral e emocional da mulher e do casal, involução do corpo feminino, aleitamento materno e suas possíveis dificuldades, cuidados com o RN,





icterícia neonatal, perda ponderal, cuidados com o períneo, vinculação afetiva familiar (FEYER et al., 2009).

A enfermeira realizou um exame físico céfalo-caudal, tanto na puérpera quanto no recém-nascido. Após o exame e as orientações, a enfermeira registrou a consulta no impresso intitulado “acompanhamento pós-parto” (ANEXO J). A abordagem nas consultas baseou-se no diálogo, no compartilhar, na troca de saberes, buscando conhecer as crenças e valores relativos ao puerpério imediato, evitando imposições no cuidado.

No fechamento de cada consulta a enfermeira sempre reafirmava que o casal poderia entrar em contato com a Equipe a qualquer momento que necessitasse. Observei que quando o processo ocorre todo de forma fisiológica a Equipe não realiza visita de segundo dia, pois considera que é um dia importante para que a família possa conhecer o bebê, porém quando a mulher era Rh negativo e o bebê positivo uma enfermeira ia ao domicílio para aplicar a imunoglobulina anti-Rh e já aproveitava para ver como a família estava.

No décimo dia era a consulta de enfermagem de fechamento do trabalho da Equipe Hanami, na qual as enfermeiras realizavam uma avaliação do processo de cuidado. Este momento constitui-se em uma oportunidade de buscar os dados faltantes, para complementar a pesquisa, para avaliar o cuidado prestado e uma oportunizar a expressão de sentimentos do casal em relação ao cuidado recebido nas consultas pré-natais, no parto e puerpério imediato. Nesse processo, como pesquisadora busquei ficar atenta aos detalhes e quando percebi lacunas busquei conversar sobre temáticas que não ficam claras nos registros realizados.

#### **4.4.2 O registro dos dados**

O registro dos dados foi feito através do diário de campo, que se consistiu nas anotações diárias e detalhadas das situações vivenciadas no decurso das observações participantes e entrevistas. Iniciando a fase de perscrutação.

Trentini e Paim (2004) consideram que o registro no diário de campo, deve ser realizado para cumprir duas finalidades. A primeira é o “diário” de auto-observação, que será destinado ao registro das observações e percepções do próprio pesquisador, incluindo momentos de introspecção, resultando na descrição de seus próprios sentimentos, emoções, dúvidas, ideias, reações, erros, acertos, problemas, facilidades,

dificuldades e pensamentos.

A segunda é o “diário” das pessoas estudadas ou do contexto social, que neste caso foi o “diário” do casal, que foi destinado ao registro das observações sobre os fenômenos, com o máximo de detalhes possível (TRENTINI; PAIM, 2004). Neste caso, foi realizado o registro das observações detalhadas quanto ao ambiente, o registro minucioso sobre o casal, as narrativas, as relações estabelecidas entre o casal e a Equipe Hamani; com a descrição de todas as atividades de cuidado realizadas;

As autoras, supracitadas, deixam claro que durante a prática assistencial é impossível para o pesquisador-assistencial registrar tudo que ocorreu. Em função disso, recomendam a utilização do máximo de registros possíveis com gravações e diários de campo. Sugerem, quando não for possível fazer muitas anotações, a utilização da escrita “telegráfica”, ou seja, anotações das expressões-chave no diário de campo, sendo que no mesmo dia o pesquisador deve expandir as expressões-chave, descrevendo com detalhes a situação ocorrida, para evitar que se percam informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo, as sugestões de Trentini e Paim (2004) foram seguidas, ou seja, durante as consultas de pré-natal, parto/nascimento e o puerpério, solicitei autorização para gravar nossas conversas e ao mesmo tempo fazia o registro com expressões-chave, caso a gravação não ficasse nítida para transcrição. Em muitos momentos isso aconteceu e a gravação não era nítida então, tinha os registros telegráficos que me auxiliavam a expandir o diário de campo. Nas primeiras coletas de dados eu tinha muitas anotações sobre sentimentos e sensações que estavam relacionadas à minha insegurança em estar realizando a pesquisa, com o passar do tempo consegui fazer um maior distanciamento e registrar somente emoções e sentimentos realmente significativos à pesquisa.

O registro da entrevista semiestruturada foi feito, com consentimento do casal, também através de gravações, sendo estas transcritas com a brevidade possível após sua efetivação. Para agilizar o processo de transcrição contratei uma pessoa para realizar a digitalização das mesmas. Esta documentação foi anexada ao diário de campo, atentando-se para o registro rigoroso da linguagem não verbal utilizada durante as narrativas.

O trabalho de parto e parto/nascimento também foram filmados e fotografados, a partir do consentimento do casal (**APÊNDICE A**) e as imagens auxiliaram no registro e análise dos dados.



### 4.4.3 O plano de análise dos dados

Com base em Trentini e Paim (2004), os processos assistenciais, de coleta e análise dos dados ocorreram ao mesmo tempo, de forma dinâmica. Neste estudo, a reflexão sobre os dados obtidos foi feita, sempre que possível, de forma concomitante com a coleta dos mesmos e à luz do suporte teórico e dos objetivos que o sustentavam. O olhar atento e reflexivo ao diário de campo levou à análise e interpretação dos dados, por meio de um processo de ir e vir constante.

Na PCA, os conceitos não foram centrados exclusivamente nas atividades técnicas com foco narrativo, mas também como método de pesquisa, no qual se apoiaram na subjetividade e no diálogo como parte da realidade a pesquisada (TRENTINI; PAIM, 2004).

Faz-se necessária a compreensão de que na PCA, que é apaixonante, o fenômeno em estudo não se mantém estável, porque o pesquisador intervém, a pesquisa intervém, por envolver cuidado, mesmo que a pesquisa tenha enfoque em compreender ou descrever aspectos da vivência (TRENTINI; PAIM, 2004).

O plano analítico para alcançar a fase de amadurecimento na pesquisa foi extremamente trabalhoso. Embora complexo a pesquisa convergente-assistencial abaliza indicativos úteis na análise das informações o que me orientou na investigação (intitulada fase de perscrutação) referente minha pergunta de pesquisa dentro do contexto da prática assistencial de enfermagem no parto domiciliar planejado.

Utilizei os quatro “processos genéricos” de análise qualitativa que são indicados por Morse e Field e adotados por Trentini e Paim (2004), ao estruturarem a PCA, sendo eles: processo de apreensão, de síntese, de teorização e de transferência.

O processo de análise incluiu os seguintes passos: apreensão, síntese e teorização. A **apreensão** envolveu a imersão nos dados com leituras e releituras das observações e das entrevistas, seguida da **codificação** a partir da segmentação e identificação das **unidades de significado ou temas**. Esses códigos foram agrupados por semelhança, selecionados os mais relevantes ao estudo, formando as **subcategorias e categorias**. Durante este processo, a fundamentação teórica foi utilizada como referência e base para as interpretações.

### 4.4.4 Processo de apreensão

O processo de apreensão foi a fase em que se inicia a coleta, e consequente, análise dos dados, pois isto se deu de forma concomitante.

Para isso, exigiu uma organização formal das informações com identificação do tipo da mesma e realização de uma **codificação** levando em consideração o problema de pesquisa: qual o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis-SC? E, como o casal percebe o no pré-natal, trabalho de parto/parto e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado? (TRENTINI; PAIM, 2004).

Utilizei conforme sugestão de Trentini e Paim (2004, p. 93) para facilitar o processo organizacional à nomenclatura, proposta Schatzman: **notas do diário (ND)** foram os registros dos acontecimentos diários: fatos, impressões, sentimentos, ações; enfim, acontecimentos que foram considerados importantes para minha pesquisa; **notas de observação (NO)** foram os registros dos dados obtidos nas observações na prática assistencial durante a observação participante que deram origem aos **códigos**; **notas teóricas (NT)** foram interpretações feitas na coleta dos dados emergindo os **temas e as categorias**; **notas metodológicas (NM)** foram às anotações das estratégias utilizadas como ajuda na coleta dos dados, conseqüentemente, também, auxiliando no levantamento dos temas e categorias; **notas de cuidado (NC)** foram às ações de cuidado/assistência, realizadas durante a pesquisa que envolveu pesquisador e informante (**APÊNDICE B**) e, **as notas de entrevista (NE)** foram os dados obtidos nas entrevistas (**APÊNDICE D**).

Para a maior confiabilidade das informações os registros foram descritos em ordem cronológica, com data, número da entrevista ou observação e identificação do informante (TRENTINI; PAIM, 2004).

O processo de apreensão facilitou a codificação das informações. Ajudou no levantamento e reconhecimento de palavras, frases, parágrafos e temas chave. Os códigos foram o principal foco de um diálogo, sendo uma referência, que é uma palavra ou palavras que ajudam a destacar o relato dos informantes (do casal) de acordo com sua ideia central (TRENTINI; PAIM, 2004). A codificação pode ser observada no **modelo de um diário de campo**, abaixo descrito, do casal Rosa, no qual realizei grifos, para destacar os códigos (**APÊNDICE B está na íntegra**).

**Diário de campo n° 1:** primeira prática CONVERGENTE-ASSISTENCIAL (não está na íntegra é só um exemplo).

**Identificação:** primeira visita pré-natal de preparo para o parto domiciliar planejado realizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami na casa do casal Rosa (que estão à espera do segundo filho).

**Contexto da observação:** Casa do casal (alugada vieram de EUA

para ter parto com a Equipe).

**Data/período:** sábado, dia 01/10/11, das 9:30 até 12:00 h.

## Quadro 2 - Modelo de um diário de campo.

Notas de Diário (NC)	Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas metodológicas (NM)	Notas de cuidado (NC)
<p><b>Chegamos a casa, acompanhando uma enfermeira obstétricas da Equipe Hanami. Chegamos no horário marcado. Foi fácil achar, pois as profissionais lembraram que já haviam atendido a um parto anterior deste casal, nesta mesma casa alugada para o parto. Chegaram dois meses antes do parto e pretendem ficar três meses após o parto para retornar aos estados Unidos pais que moram.</b></p>	<p><b>Receberam-nos sorridentes e nos convidaram para entrar</b></p>	<p>Empatia entre casal e enfermeiras</p>	<p>Escuta ativa <b>por parte da Equipe</b></p>	<p>Cuidado sensível.</p>
<p><b>Uma casa muito bonita e luxuosa, de alvenaria e dois pisos um quintal grande e arborizado.</b></p>	<p><b>A casa, bonita, luxuosa, com móveis bonitos e estilizados.</b></p>	<p><b>A beleza é encantadora, mas temos <u>ciência que não é o essencial, muitos detalhes podem estar por traz da aparência.</u></b></p>	<p>Observação atenta</p>	<p>Cuidado sensível.</p>

Segundo Trentini e Paim (2004), após a etapa de codificação iniciou-se a fase de categorização, que consistiu num conjunto de expressões semelhantes, complementares e que possuem os códigos com

base, por isso cada código atraiu para si um conjunto de categorias.

O processo de apreensão foi considerado atingido, quando houve dados satisfatórios para uma descrição completa, minuciosa, coesa densa das informações e do processo do cuidado (TRENTINI; PAIM, 2004).

#### **4.4.5 Processo de síntese**

Neste processo foi realizada uma análise subjetiva das associações e variações das informações, na qual mergulhei novamente nas informações trabalhadas no processo de apreensão e realizei um intenso trabalho intelectual, cujo ápice foi uma síntese do processo vivenciado (TRENTINI; PAIM, 2004).

Foi à fase de interpretação onde descartei e selecionei os dados de acordo com a significância, síntese do conteúdo, temas abordados e analisados com base no referencial teórico e outras bibliografias. Para visualizar os discursos primários abstraídos até a construção das categorias convergentes mais significativas criei um “material ilustrativo” que pode ser observado no (APÊNDICE E).

Para Trentini e Paim (2004) o processo de síntese é uma fase de criação de material ilustrativo para o próprio pesquisador, que emerge após sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho.

#### **4.4.6 Processo de teorização**

Esta foi a fase em que desenvolvi um esquema teórico a partir das formulações realizadas na fase de síntese. Surgindo a categorização dos valores contidos nas informações à luz da fundamentação teórico-filosófica. Consistiu em descobrir os valores contidos nas informações, que ajudaram na formulação de hipótese e questionamentos. Exigiu um trabalho intelectual intenso de unir peças, realizar abstrações. A interpretação dos dados foi realizada de acordo com o referencial teórico-filosófico, possibilitando a formulação de novos conceitos, definições e inter-relações, sendo as conclusões do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Não se pode eliminar a necessidade de um procedimento metodológico rigoroso, científico, que conduza a investigação à produção de conhecimento objetivo e que permita avançar, para além das aparências fenomênicas, na progressiva e histórica



compreensão da realidade. **São as categorias que servem de critério de seleção e organização da teoria e dos fatos a serem investigados**, a partir, da finalidade da pesquisa, fornecendo-lhe o princípio de sistematização que vai lhe conferir sentido, cientificidade, rigor, importância. (KUENZER, 1998, p.55).

Enquanto pesquisadora, vivenciei, um constante exercício de leitura e releitura, uma busca para formular categorias resultantes do processo de compreensão.

#### **4.4.7 Processo de transferência**

Foi o momento da pesquisa em que se deu a significação dos achados ou descobertas e buscou-se a contextualização em situações parecidas, sem a pretensão de generalizações, mas sim teve por objetivo a socialização de resultados únicos, buscando justificar adequações que possam ser realizadas em outras realidades. Os resultados da PCA englobaram dois sentidos. O primeiro respondeu ao problema de pesquisa e o segundo explicitou os reflexos dos resultados na qualidade da assistência desenvolvida no campo da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Estes resultados ficam explicitados nos cinco manuscritos que responderam as perguntas de pesquisa e objetivos na mesma, sendo eles:

- “Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami de outubro de 2011 a novembro de 2012: características sociodemográficas e obstétricas dos casais”;
- “Parir e nascer num novo tempo: o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami”;
- “Parir e nascer num novo tempo: percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no pré-natal”;
- “Parir e nascer num novo tempo: percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no trabalho de parto e parto domiciliar planejado”;
- “Parir e nascer num novo tempo: percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no puerpério”.

#### 4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com Collaço (2002), a enfermagem na condição de disciplina e profissão está envolta de aspectos éticos de forma contínua e dinâmica no cuidado, assim como está em constante evolução. A (o) enfermeira (o) é um elemento determinante no sentido de assegurar um cuidado coerente com os valores e crenças de sua clientela. A busca pelo saber contínuo instrumentaliza e eleva o profissional a um estágio de conhecimento e reflexão da realidade que o cerca, conseqüentemente é agente de transformação e de formação ética, geradora de maior compromisso e autonomia profissional.

Na Pesquisa Convergente-Assistencial, as questões éticas na enfermagem surgem pela compreensão da cultura de um determinado grupo de profissionais que ao realizar a pesquisa científica no campo do próprio cuidado, faz valer o uso de certos valores adotados como princípios morais, ou seja, os que têm a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como base das relações profissionais com a pessoa que é cuidada (TRENTINI; PAIM, 2004).

No pressupostos e conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Leininger (1991) percebe-se que as questões éticas são contempladas, pois será evidenciada a importância do respeito pela cultura do casal, respeito a suas crenças, valores, estilos de vida, padrões, ações, acerca do mundo e de suas vidas. A Teoria também se preocupa com a relação enfermeira/cliente, bem como, com atitudes impositivas e etnocêntricas da enfermeira, na qual há uma supervalorização e imposição da cultura profissional em detrimento da popular que é a do casal (LEININGER, 1985).

Neste estudo foram respeitados os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b) e os princípios do Código de Ética profissional para normatizar as atividades de pesquisa envolvendo seres humanos. Desta forma, respeitando tais princípios, o presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com certificado Nº: 1199 (ANEXO K).

Os aspectos éticos observados no transcurso do desenvolvimento deste estudo foram os seguintes:

A Equipe Hanami em 2008, em reunião, aceitou a possibilidade do desenvolvimento da pesquisa, para posterior desenvolvimento do pré-projeto para seleção para o doutorado em Enfermagem na UFSC;

A proposta desenvolvida, seus objetivos, sua relevância, a





metodologia a ser adotada, foram compartilhadas com a Equipe Hanami bem como com os sujeitos do estudo;

O processo de cuidado cultural congruente e os dados somente foram coletados após a manifestação de aceite da participação na pesquisa pelos sujeitos a serem pesquisados, sendo esta formalizada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos casais (APÊNDICE B);

O livre-arbítrio do sujeito pesquisado foi assegurado, no caso de recusa na participação ou retirada do seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado;

Os procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não discriminação foram previstos, garantindo assim a não utilização das informações sem prejuízo das pessoas pesquisadas;

O estudo foi disponibilizado aos participantes, sempre que solicitado, sendo que me manterei disponível para esclarecimento de eventuais questionamentos;

As informações, análises e sugestões contidas no estudo tiveram objetivo unicamente profissional, baseado no compromisso de responsabilidade, integridade, respeito e dignidade;

As limitações da pesquisadora, o aceite de críticas e sugestões, em todas as situações do desenvolvimento da pesquisa, foram reconhecidas buscando o aperfeiçoamento científico em benefício do casal e do crescimento profissional.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo 5, “RESULTADOS E DISCUSSÃO”, são apresentados os resultados da pesquisa, sob a forma de cinco manuscritos, porém a tese como um todo apresenta seis manuscritos.

Neste sentido, o primeiro manuscrito que está descrito no **Capítulo 2, “REVISÃO DE LITERATURA”**, intitulado **“O parto domiciliar em diferentes culturas: uma revisão integrativa da literatura”**. Esse manuscrito fez parte da revisão de literatura, não sendo considerado um resultado construído a partir dos dados coletados na tese.

Portanto, como resultados deste estudo, são apresentados os 2º, 3º, 4º, 5º e 6º manuscritos:

O segundo manuscrito é intitulado:

**“Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami (out/2011 a nov/2012): características sociodemográficas e obstétricas dos casais”**.

O terceiro manuscrito tem por título:

**“Parir e nascer num novo tempo: o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami”**.

O quarto manuscrito é denominado:

**“Parir e nascer num novo tempo: percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no pré-natal”**.

O quinto manuscrito é designado:

**“Parir e nascer num novo tempo: percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado trabalho de parto e parto”**. E,

O sexto manuscrito intitula-se:

**“Parir e nascer num novo tempo: percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no puerpério”**.

Os manuscritos foram elaborados na forma de artigo, seguindo as instruções estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem da UFSC (normas da ABNT), em conformidade com a Instrução Normativa 10/PEN/2011, que dispõe sobre a apresentação de trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem, sendo que, posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

### 5.1 MANUSCRITO 2 - PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELA EQUIPE HANAMI (OUT/2011 A NOV/2012): CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DOS CASAIS

#### **PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELA EQUIPE HANAMI (OUT/2011 A NOV/2012): CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DOS CASAIS**

**Título abreviado para cabeçalho:** Parto domiciliar planejado: características sociodemográficas e obstétricas dos casais.

**Autores:**

Vania Sorgatto Collaço<sup>1</sup> e Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>2</sup>

**Autor responsável pela correspondência:**

**Vania Sorgatto Collaço**

Endereço: Rua Francisco José Ramos, n. 33. Itacorubi.

CEP: 88034-210 - Florianópolis/SC.

Fone: (48) 99717789 ou (48) 3028-1670

E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

---

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutoranda do Programa da Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Tel: 99717789. E-mail: vania.collaco@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (NFR/PEN/UFSC). Membro e líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: gregos@matrix.com.br



## **PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELA EQUIPE HANAMI (OUT/2011 A NOV/2012): CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DOS CASAIS**

### **RESUMO**

Pesquisa descritiva. Objetivo: identificar características sociodemográficas e obstétricas dos casais assistidos pela Equipe Hanami. Amostra: 30 casais. Período: out./2011 a nov./2012. Os dados procederam dos prontuários e entrevista semiestruturada. Análise: descritiva da caracterização obtida. Resultados: a maioria dos casais possui: idade média 32 anos, brancos, nível superior, relação estável, casa própria, vegetarianos, espiritualistas, autônomos, procedentes de Florianópolis/outros países e com miscigenação. No universo obstétrico: multigestas, porém nulíparas. 13% estão repetindo a experiência do parto domiciliar planejado. Consultas pré-natais: em média 14 (Equipe Hanami e obstetra). Consultas de puerpério com a Equipe Hanami em média 6. Indicações para o parto domiciliar vieram de amigos e internet. As posições escolhidas para o parto foram verticais. Conclusão: a busca dos casais pelo domicílio com a Equipe Hanami mostra uma mudança de paradigma que aproxima a cultura parturitiva holística do “parir e nascer num novo tempo” como oportunidade única de contato simultâneo com a natureza humana interior e o meio ambiente. O perfil destes casais aponta para pessoas que além de buscarem qualidade no cuidado prestado pela enfermeira obstétrica, querem seus direitos reprodutivos respeitados, por esse motivo pode-se afirmar que esta realidade manifesta uma urgência em se repensar o planejamento em saúde que os valorize e respeite, no sentido de fortalecer as políticas de saúde que possam contemplar novas visões de mundo e atingir uma clientela que necessita de cuidados mais amplos.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Características da População.

**PLANNED HOME BIRTH ASSISTED BY HANAMI TEAM:  
SOCIODEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC  
CHARACTERISTICS OF THE COUPLES**

**ABSTRACT**

Research descriptive. Objective: To identify sociodemographic and obstetric characteristics of couples assisted by Hanami Team. Sample: Thirty couples. Period: October/2011 to November/2012. Data: Medical records and conducted semi-structured interview. Analysis: descriptive from the characterization obtained. Results: Most couples have: mean age of 32 years, upper level, stable relationship, homeowners, and were white, vegetarians, spiritualists, self-employed and coming from Florianópolis/other countries and miscegenation. In obstetric universe: Multigesta but nulliparous. 13% are repeating the experience of home birth. Prenatal appointments: average of 14 (Hanami Team and obstetrician). Postpartum appointments with the Team: an average of 6. Indications for home birth: came from friends and internet. The positions chosen to delivery were verticals. Conclusion: the search for couples to home birth who seek Hanami Team show a paradigm shift that brings holistic parturitiva culture of "giving birth and being born into a new time" as unique opportunity to simultaneously contact with human inner nature and the environment. The profile of these couples point to people who besides search for quality in care offered by nurse midwife, want their reproduction rights respected, and by these reasons we may affirm that this reality manifest an urgency about thinking health planning that enrich and respect them on the way to enforce health politics which may embrace new visions of world and reach a population who need wider care.

**Keywords:** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Population Characteristics.



## **PARTO EN LA CASA PLANEADO CUIDADO POR EL EQUIPO HANAMI (OUT/2011 HASTA NOV/2012): CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS PAREJAS**

### **RESUMEN**

Pesquisa descritiva. Objetivo: identificar características sociodemográficas y obstétricas de las parejas cuidadas por El Equipo Hanami. Amuestra: 30 parejas. Período: oct. /2011 a nov. /2012. Los datos procedieron dos registros y entrevista semiestructurada. Análisis: descriptiva de la caracterización obtenida. Resultados: la mayoría de las parejas posee: edad media de 32 años, blancos, nivel superior, relación estable, casa propia, vegetarianos, espiritualistas, autónomos, nativos de Florianópolis/ otros países y con mestizaje. En el universo obstétrico: multigestas, pero nulíparas, 13% están repitiendo la experiencia del parto en la casa planeado. Consultas prenatales: en media 14 (Equipo Hanami y obstetra). Consultas de puerperio con el Equipo Hanami en media 6. Indicaciones para el parto en la casa vinieron de amigos e internet. Las posiciones escogidas para el parto fueron verticales. Conclusión: La búsqueda de las parejas por hogar con el Equipo Hanami muestra un cambio de paradigma que acerca la cultura partitiva holística del “parir y nacer en un nuevo tiempo” como oportunidad única de contacto simultaneo con la naturaleza humana interior y el medio ambiente. El aspecto de estas parejas señala para personas que allende buscar calidad en el cuidado prestado por la enfermera obstétrica, quieren sus derechos reproductivos respetados, por ese motivo se puede decir que esta realidad manifiesta una urgencia en se repensar el planeamiento en salud que valore y respete, en el sentido de dar fuerzas a las políticas de salud que puedan mirar nuevas visiones del mundo y atingir una clientela que necesita de cuidados más amplios.

**Palabras Claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Características de la Población.

## INTRODUÇÃO

Historicamente, desde as primeiras civilizações, a arte do nascimento é um acontecimento natural, íntimo, privado, compartilhado entre mulheres e familiares que agregavam significados culturais. Contudo, ao longo dos tempos e em diferentes locais, foi sendo reconsiderado e transformado, especialmente devido às modificações do modelo na área da medicina, pautado na biologização e medicalização do parto, fragmentado o processo e corpo da mulher. Ao longo dos tempos a medicina se transformou numa hegemonia cujo discurso em meados do século XIX em relação à obstetrícia, passou a ser pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades, no qual as mulheres perderam sua individualidade, autonomia e sexualidade (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

O pensamento da hospitalização foi tomando corpo no solo da cultura e das crenças da sociedade ocidental, mais do que o próprio rigor científico, e o sistema de saúde absorveu os preconceitos e as crenças criadas, orientando a medicina e a sociedade que endeusavam a tecnologia em detrimento do humano. Nos últimos vinte anos foram apontados que as rotinas dos procedimentos obstétricos têm pouco ou nenhum embasamento científico. Entretanto elas continuam sendo utilizadas, porque seu sentido não é médico, e sim cultural. Antropologicamente, no século XX este pensamento foi categorizado como fazendo parte do paradigma tecnocrático de assistência obstétrica (DAVIS-FLOYD, 2000).

No Brasil, há pouco tempo o parto domiciliar relacionava-se a uma prática, com assistência das parteiras tradicionais, em regiões onde as famílias possuíam pouco poder aquisitivo e com dificuldade de acesso às instituições hospitalares. Atualmente, essa prática começa a ganhar adeptos, notadamente 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 obstétricas e obstetizes (FEYER, 2012).

O movimento do parto domiciliar planejado na contemporaneidade está articulado com desenvolvimento da enfermagem obstétrica com uma visão moderna de cuidado, que vem ao longo dos anos se consolidando. Este se ancora na Organização Mundial da Saúde (1996), em várias políticas do Ministério da Saúde brasileiro, inclusive a mais atual “Rede





Cegonha” (BRASIL, 2013), na Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), no Conselho Federal e Regional de Enfermagem e, em especial, à visível, consolidação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO-Nacional) e suas seccionais, que aumentam a cada ano e que é associada a da Confederação Internacional das Parteiras (ICM, 2000).

Cabe destacar, que o movimento do parto domiciliar planejado é fruto de muita participação social, que inclui várias organizações não governamentais (REHUNA, AMIGAS DO PARTO, PARTO DO PRINCÍPIO, entre outras, não menos importantes), o movimento de mulheres e da sociedade civil, representada por mulheres, homens e casais que lutam para que o domicílio, seja um direito reprodutivo da mulher/casal, ou seja, uma opção segura, para as mulheres de risco habitual, atendidas por profissionais qualificados (BRASIL, 2010a).

A ABENFO-Nacional acredita e defende a autonomia profissional da Enfermeira Obstétrica, pressupondo conhecimento teórico e prático, reconhecimento do ambiente de atuação, competências das enfermeiras para fazer escolhas, capacidade para agir, decidir e responsabilidade na tomada de decisões. A competência e a responsabilidade para a tomada de decisões dependem de conhecimentos baseados em evidências científicas, mobilização e força intelectual e moral, além de comunicação clara para racionalizar uma situação. Por exemplo, se durante o trabalho de parto, é preciso garantir que a gestante possa ser transferida para um hospital quando registrada qualquer situação problema ou complicação e esta informação deve ser fornecida a mulher/casal durante o pré-natal. (ICM, 2000, SAAD; RIESGO, 2009; OSAVA, 2012, ABENFO, 2014).

O significado do termo “Competências”, conforme a da Confederação Internacional das Parteiras (ICM) é usado para se referir a um amplo enunciado que abrange seis domínios (1 - conhecimentos, habilidades e comportamentos gerais da “parteira profissional”; 2 - atenção pré-concepcional e métodos de planejamento familiar; 3 - atenção e orientação durante a gravidez; 4 - atenção durante o parto e nascimento; 5 - atenção pós-natal à mulher; 6 - atenção ao recém-nascido até 2 meses de idade), com o objetivo para uma prática segura em qualquer situação (ICM, 2000).

“Os movimentos e organizações da sociedade civil têm auxiliado a enfermagem obstétrica no parto domiciliar a dar passos importantes para o reconhecimento social e a valorização da sua contribuição no

âmbito da saúde materna” (SAAD; RIESGO, 2009, p. 13).

O domicílio como lugar de nascimento tem voltado a fazer parte do cenário urbano contemporâneo. Não é apenas uma mudança de endereço, mas de uma transformação que envolve uma série de novos comportamentos, valores, sentimentos, significados quanto à maneira de dar à luz, que vem sendo tecida no seio destas coletividades, ou seja, uma mudança paradigmática (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008). Este paradigma transita entre os modelos de assistência obstétrica humanizada e holística como uma forma de substituir o modelo tecnocrático de cuidado (DAVIS-FLOYD, 2000).

Em outros países essa prática já vem se consolidando há algum tempo como aponta um estudo em Bogotá, mostrando quatro tendências para a realização do parto no domicílio, sendo elas: a resistência ao modelo médico ocidental (tecnocrático), reivindicação aos direitos sexuais e reprodutivos, a desigualdade no acesso na prestação dos serviços de saúde e a busca na segurança e bem-estar para o parto e nascimento (VILLEGAS, 2001; DAVIS-FLOYD, 2000).

A nova faceta do parto no domicílio planejado possibilita a experiência da participação ativa do casal e filhos no processo do nascimento e parto, propiciando, fundamentalmente, satisfação à família e ao profissional (DAVIM; MENEZES, 2001). Neste sentido, não há como negar que há uma maior possibilidade de respeito à visão de mundo e a cultura dos casais.

Há um crescimento no atendimento ao parto domiciliar planejado nos centros urbanos brasileiros sendo Florianópolis-SC um exemplo, pois esse aumento pode estar relacionado à atuação de enfermeiras obstétricas da “Equipe Hanami (o florescer da vida) – parto domiciliar planejado” (KOETTKER et al., 2012).

Na perspectiva do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis foi possível compreender que o retorno do parto para o ambiente da casa está atrelado à revalorização da atenção à saúde personalizada e domiciliar e não, simplesmente, um resgate do passado (FEYER, 2012).

Neste contexto, entretanto, identifica-se lacunas importantes na literatura científica brasileira no que diz respeito à caracterização da população que procura este serviço. Assim, desenvolvemos o presente estudo que teve como objetivo identificar as características sociodemográficas e obstétricas dos casais que optaram pelo parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas e neonatais da Equipe Hanami em Florianópolis – SC, no período de outubro de 2011 a novembro de 2012.



## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa na modalidade descritiva, integrante de um projeto de maior abrangência que teve como objetivos conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami e analisar como o casal percebe o processo de cuidar no pré-natal, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado. Teve como referencial teórico os pressupostos e conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1978; 1985; 1988; 1991; 1997; 2001; 2007) e nos Modelos e Crenças de Atenção ao Parto e Nascimento de Davis-Floyd (2001) e Davis-Floyd e John (2004). Como referencial metodológico foi utilizada a Pesquisa CONVERGENTE-ASSISTENCIAL – PCA (TRENTINI; PAIM, 2004). A população foi constituída por 30 casais que tiveram a experiência do parto domiciliar planejado, entre os meses de outubro/2011 a novembro/2012.

Neste período, cinco casais foram excluídos do estudo, devido ao encaminhamento à instituição hospitalar durante o trabalho de parto, pois as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami diagnosticaram nas mulheres: uma parada de progressão fetal, uma taquicardia fetal, duas bolsa rota que chegou a 18 horas e não desencadeou trabalho de parto, uma por “síndrome de distensão segmentar que pode levar a ruptura uterina (sinal de Bandl – Frommel)” (SPINELLI, 2008, p. 25). Portanto, consideraram que o domicílio não era um lugar seguro para continuidade do cuidado. O desfecho desses nascimentos hospitalares, que foram acompanhados por uma enfermeira da Equipe Hanami, resultou em três partos cesarianos e dois normais, pois fizeram indução por bolsa rota há 18 horas.

O número de sujeitos foi estabelecido de acordo com a saturação dos dados, ou seja, quando os dados passaram a se repetir e atenderam os objetivos propostos.

O local e o contexto do estudo foi o domicílio dos casais que optaram pelo parto domiciliar planejado. O cuidado, no parto domiciliar planejado em Florianópolis-SC, iniciou de forma pioneira por iniciativa de uma enfermeira e se efetivou como Equipe em 2002, com a participação de enfermeiras obstétricas e neonatais atuando desde 2006.

A Equipe trabalha de forma autônoma, em gestações de risco habitual, na qual as mulheres realizam acompanhamento pré-natal completo por médico obstetra desde o início da gestação. O atendimento

de preparo para o parto em casa é realizado no domicílio pelas enfermeiras obstétricas e neonatais com 30 semanas de idade gestacional. Contudo, muitos casais realizam grupo de gestantes e outras atividades com a Equipe no Espaço Hanami antes deste período. Esse espaço constitui-se numa sala de 70 m<sup>2</sup>, localizada no bairro Itacorubi em Florianópolis-SC, onde são realizadas reuniões da Equipe, Encontros Abertos para os casais conhecerem o trabalho da Equipe, Curso de Preparação para a Maternidade e Partos Conscientes, Oficina de Shantala, Encontro intitulado “Compartilhando”, Encontro intitulado “Concretizando a Maternidade (barriga de gesso)”, entre outras atividades.

A coleta de dados foi obtida a partir dos prontuários por meio dos registros dos atendimentos prestados, assim como durante a realização da prática assistencial, além das entrevistas semiestruturadas com os casais no puerpério tardio ou remoto, dependendo de cada situação. As entrevistas buscaram aprofundar o significado do parto para os casais, assim como vislumbrar como esses percebiam o cuidado recebido durante todo o processo de cuidar no pré-natal, parto/nascimento e puerpério.

O roteiro para coleta dos dados contemplava dois aspectos. O primeiro relacionado aos dados sociodemográficos do casal, tais como: idade, descendência étnica, naturalidade, nacionalidade, procedência, estado civil, tempo da relação conjugal, escolaridade, ocupação/profissão, formação complementar, cor, local de residência, tipo de residência (própria ou alugada), tempo de moradia na residência, religião e/ou crenças espirituais e hábitos alimentares.

O segundo considerava aspectos obstétricos: número de gestações, paridades e abortamentos, número de consultas pré-natais com médico e as enfermeiras da Equipe, participação em grupo de gestantes, número de consultas pós-parto no domicílio com a Equipe, tempo do trabalho de parto e tipo de parto e indicação para o atendimento com a Equipe.

Após concordância dos casais para a gravação das entrevistas e utilização dos dados obtidos dos prontuários para futuras publicações, firmou-se compromisso dos pesquisadores na manutenção do anonimato. Os dados foram registrados em diário de campo, utilizando-se codinomes de flores.

A interpretação e análise dos dados ocorreram após descrição e análise das tabelas, utilizando a frequência absoluta e percentuais, assim como das falas dos sujeitos na entrevista e prática assistencial, buscando sentido às mesmas, para se chegar a compreensão ou explicação que vão



além do descrito e analisado (MINAYO, 2010). As falas foram codificadas, com descritores, unidas por semelhança temática e após categorizadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº: 1199, seguindo as diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b). Os casais foram individualmente orientados sobre as ações referentes à pesquisa, incluindo seus objetivos, benefícios e ausência de riscos e, somente após devidamente informados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados mostraram que a idade das 30 mulheres que tiveram seus filhos em casa variou de 21 a 44 anos de idade, a idade média foi de 30 anos, sendo que a maioria (60 %) correspondeu à faixa etária de 21 a 30 anos, representando significativamente mulheres jovens e que não representam situação de risco gestacional corroborando com os dados encontrados por Feyer (2012) e estudos internacionais, em contextos similares (JANSSEN et al., 2009; JONGE et al., 2009). No que diz respeito aos participantes do sexo masculino, a idade variou de 21 a 47 anos, porém a maioria estava dentro da faixa etária de 31 a 40 anos, com uma média da idade foi de 34,7 anos sendo que 70% dos homens tem idade igual ou maior que 31 anos, ou seja, são homens maduros.

O Ministério da Saúde brasileiro em 2008 realizou um recorte estratégico da população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos para a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. A parcela tanto masculina quanto feminina faz parte da força produtiva ativa, que exerce um significativo papel sociocultural e político (tabela 1) (BRASIL, 2008).

Quanto à cor os casais (tabela 1) são na maioria brancos (93,40 %), este dado se confirma quando é levantada a descendência étnica (tabela 3), mostrando que 78,36% dos casais são de descendência europeia, de cor clara. A (Tabela 4) contribui para confirmação desta realidade, pois aponta que 50% dos casais possuem naturalidade na região sul e 18,33% na região sudeste do Brasil, especificamente no Estado de São Paulo. Estas regiões foram na sua origem colonizadas por imigrantes europeus. Este estudo é coerente com a história da imigração

no Brasil e os dados estáticos brasileiros na atualidade, pois no último censo demográfico realizado em 2010, mostra que 83,4% da população da região sul e 70,7% da população do Estado de São Paulo se autodeclararam brancos.

Na última década a região sul houve um crescimento tímido em relação à cor da população, quando comparada com outras regiões do Brasil, ou seja, mantendo um predomínio de brancos e pequenas proporções de pretos, pardos e amarelos, o que é corroborado por este estudo com 93,4% de brancos, 3,30% de pretos e amarelos.

As estatísticas brasileiras apontam que houve um crescimento expressivo de pardos (43,1%), de negros (de 6,2% para 7,6%) e amarelos (1,09%) de 2000 a 2010 enquanto que se registrou uma redução da proporção de brancos, que em 2000 era 53,7% e em 2010 passou para 47,7%. Sendo assim, a população preta e parda passou a ser considerada maioria no Brasil (50,7%). Essa mudança de cenário faz parte de uma alteração cultural observada desde o Censo de 1991, por conta do processo de valorização da raça negra nas políticas nacionais, gerando aumento da autoestima dessa população no Brasil (IBGE, 2011).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos casais que tiveram parto domiciliar planejado por faixa etária, cor, escolaridade. Florianópolis – SC, out/2011 a out/2012.

Características	Mulher* (N=30)	100%	Homem** (N=30)	100%
<b>Faixa etária (em anos)</b>				
21 a 30	18	60	9	30
31 a 40	11	36,7	14	46,67
41 a 50	1	3,3	7	23,33
<b>Cor</b>				
Amarela	1	3,3	0	0
Branca	28	93,4	30	100
Negra	1	3,3	0	0
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental incompleto	0	0	1	3,3
Médio incompleto	0	0	2	6,6
Médio completo	6	20	3	10
Superior incompleto	7	23,33	5	16,7
Superior completo	10	33,34	13	43,4
Pós-graduação completa	7	23,33	6	20

\*Média da idade das mulheres 30 anos com um desvio padrão de 4,14.

\*\*Média da idade dos homens 34,7 anos com desvio padrão de 6,08.

**Fonte:** dados da pesquisa: Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami (out/2011 a nov/2012); características sociodemográficas e obstétricas dos casais.



Quanto à escolaridade feminina (tabela 1) 20% apresenta ensino médio completo, 23,33% possui ensino superior incompleto, 56,67% (maioria) possui ensino superior completo e destas 23,33% pós-graduação lato ou stricto sensu, portando, expressa alto grau de escolaridade das mulheres. Com relação aos homens, a escala de escolarização ampliou-se de fundamental incompleto (3,30%) até pós-graduação completa (20%).

É significativo que 63,40% possuem ensino superior completo e 20% destes são pós-graduados (lato ou stricto sensu), portanto é alta a escolaridade masculina. Os dados referentes à idade e a escolaridade das mulheres e dos homens, confirmam os achados em pesquisas conduzidas por enfermeiras brasileiras, na qual a escolaridade do casal que opta pelo parto domiciliar planejado é elevada (FEYER, 2012; COLACIOPPO et al., 2010), assim como o censo de 2010 mostra um aumento na escolaridade brasileira especialmente a feminina. (IBGE, 2011). O acesso ao conhecimento, reforça a importância do parto domiciliar sem intervenções para aproximar a família do novo paradigma do parto com menor risco.

Não distante da escolaridade, está à profissão/ocupação com destaque para o grande número de autônomos (51,69%) (TABELA 3) em seus diferentes níveis de escolaridade, seguida dos funcionários públicos de nível superior (11,66%) e desempregadas por opção (11,66%). Mulheres que optaram por deixar seus empregos para se dedicarem à maternidade, colocando em prática o pensamento da importância da maternidade para o desenvolvimento de uma criança e do futuro homem. Os funcionários de empresa privada (9%) e estudante (5%) são as menores frequências de profissão/ocupação.

A classificação econômica dos casais, segundo sua escolaridade e número de bens, é A1 e A2. No que diz respeito à renda familiar são distribuídos em A1, B1, B2 e C1 de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB. (APEB, 2012). Com esses dados pode-se inferir que os casais fazem parte da classe média da população brasileira (tabela 1).

A maioria dos casais possui casa própria (56,7%), confirmando que o poder aquisitivo destes casais é bom, sendo possível bancar financeiramente o parto no domicílio. Muitos casais (40%) moram em casa alugada e apenas um casal (1,66%) emprestou a casa para a parturição. Os casais que são convictos por essa opção de parto e de alguma forma se planejam para que o *locus* do parto, nem sempre suas casas, seja um local especial para a chegada do novo membro da família como disse o Casal FLOR DE LOTUS: “Já havíamos nos programado

para ter um parto em casa, mas a casa própria foi fundamental. Agora as paredes parecem dar sentido a nossa vida” (tabela 2).

**Tabela 2** – Características sociodemográficas dos casais segundo: estado marital, tempo da relação marital, situação da residência escolhida para o parto, hábitos alimentares, procedência, religião/crença religiosa. Florianópolis-SC, out.2011 a nov/2012.

<b>Características</b>	<b>N=30</b>	<b>%100</b>
<b>Estado marital</b>		
Casado	15	50,00
União Consensual I	15	50,00
<b>Tempo da Relação Marital</b>		
Até 4 anos	8	26,67
4 anos e 1 mês 8 anos	11	36,70
8 anos e 1 mês 12 anos	7	23,33
12 anos e 1 mês 16 anos	3	10,00
Acima de 16 anos	1	3,30
<b>Situação da residência escolhida para o parto</b>		
Emprestada	1	3,30
Alugada	12	40,00
Própria	17	56,70
<b>Hábitos Alimentares</b>		
Normal sem restrições	8	26,66
Natural (orgânica/integral)	9	30,00
Vegetariano	13	43,34
<b>Procedência</b>		
Florianópolis/Grande Florianópolis (Palhoça, Stº Amaro da Imperatriz e São José)	26	86,80
Garopaba	2	6,60
Outros países (Israel, Estados Unidos da América)	2	6,60
<b>Religião/crença religiosa</b>		
Católicos (praticantes ou não)	6	20,00
Espíritas	5	16,67
Espiritualistas/ neo-esotéricos	15	50,00
Casais com Religião diferente	3	10,00
Ateus	1	3,33

**Fonte:** Dados da pesquisa: Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami (out/2011 a nov/2012): características sociodemográficas e obstétricas dos casais.





Uma dos componentes sociodemográficos de maior importância na constituição das sociedades modernas é a nupcialidade, na medida em que há um forte cooptação com os padrões de organização de famílias, logo, com a representação sociocultural (IBGE, 2012). O estado conjugal, mostrado na tabela 2, abaliza que metade dos casais são casados legalmente e a outra metade declaram união consensual. No Brasil a cultura da união consensual aumentou em 7,8% nos últimos dez anos (2000-2010). É importante destacar que 73,3% dos casais possuem um tempo de relação marital maior que 4 anos e um mês de relação, podendo significar que os casais que possuem uma maior convivência relacional podem estar mais maduros ou prontos para o protagonismo no parto ou a busca pelo parto domiciliar planejado (tabela 2).

Grande parte dos participantes (73.34%) refere ter uma alimentação natural ou vegetariana, porém há pessoas sem restrições alimentares. O que de qualquer forma, percebe-se a preocupação desses com a alimentação. O tipo de alimentação adotada confirma que estes casais possuem um estilo de vida que procura um mundo saudável e próximo a natureza. Há um preconceito que gira entorno de quem opta com viver de forma saudável, pois são rotulados pela sociedade como “natureba” e esse rótulo não soa confortável por quem tem essa prática, sendo confirmada na fala do Casal AMAMÉLIS “não gastamos de rótulos, como vegetarianos, naturebas, nossa alimentação não tem restrições, mas isso não quer dizer que não temos a preocupação com uma alimentação saudável, com o meio ambiente...” (tabela 2).

Os casais do estudo (tabela 2) são procedentes de bairros de Florianópolis e cidades da Grande Florianópolis (86,40%). A região leste da Ilha de Florianópolis aparece com maior frequência (36,66%) (Rio Tavares, Campeche, Costa da Lagoa, Lagoa da Conceição, Barra da Lagoa, Rio Vermelho). O centro e região central da Ilha, foi a segunda opção de maior expressividade (20%) de participantes (Ingleses, Ratoles, Vargem do Bom Jesus). A terceira região mais adequada (Ingleses, Ratoles, Vargem do Bom Jesus) foi o norte da Ilha (16,66%).

As cidades da Grande Florianópolis (São José, Santo Amaro) representam 13,33%. Algumas residências não eram de fácil acesso, pois ficavam próximo à mata, com vista para o mar. As casas de modo geral, estão localizadas em cenários com muito verde e contato com a natureza, tinham animais de estimação, galinha, diversas aves, chegando a ter macacos compondo o cenário do parto e nascimento (tabela 2).

Dois casais (6.60%) se deslocaram de outro município (Garopaba), próximo (80 km) a Florianópolis por indicação de amigos e

dois casais (6.60%) de outros países (Israel e USA) por intermédio da internet para ter seu bebê com a Equipe Hanami (tabela 2).

Todos os casais vieram especificamente para ter parto com a Equipe. Esse dado mostra que as fronteiras não são problemas para ter um parto domiciliar planejado para quem busca alcançar seus objetivos de vida (tabela 2).

O Censo Demográfico de 2010 apresenta um aumento na diversidade dos grupos religiosos em uma década. O número de católicos diminuiu, embora permaneçam majoritariamente. A população evangélica aumentou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010 (dos evangélicos: 60,0% de origem pentecostal, 18,5%, evangélicos de missão e 21,8 %, evangélicos não determinados). A pesquisa indica o aumento do total de espíritas, dos que se declararam sem religião, ainda que em ritmo inferior aos dez últimos anos aparece o grupo pertencente às outras religiosidades (IBGE 2010) (Tabela 2).

A população de casais (Tabela 2) que se autodeclararam católicos foi 20%, espíritas 16,67%, espiritualistas 50%, casais com religiões diferentes 10% e ateus 3,33%. Nesta configuração religiosa os casais que são de crenças religiosas diferentes (Evangélica/Católico; Luterana/Espírita; Católica/Espírita) numa proporção de 10% indica que é possível conviver na diversidade religiosa de forma harmônica, tal como pressupõem a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (LEININGER, 1978).

A analogia à religião/crença religiosa (tabela 2) aponta que a maioria dos casais (50%) se categoriza como espiritualistas em consonância com sua visão de mundo, ou seja, se autodenominam: Espiritualistas, Antroposóficos, União do Vegetal, Caminho Vermelho e práticas orientais (Budismo). Essa percepção diz respeito a uma prática ou estilo de vida, que transcende a religiosidade ortodoxa que põe Deus como centro da atenção. Para eles, o indivíduo busca formas para compreender sua existência no mundo, uma aproximação ecológica-espiritual, podendo ou não estar relacionada com rituais religiosos, uma conexão do corpo, da espiritualidade com o universo, cosmos transcendental, indo ao encontro do pensamento da sociedade pós-moderna sobre espiritualidade (SOUZA, 2010).

A espiritualidade é uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado ou com o transcendente, podendo ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. A espiritualidade pode ter três dimensões: cognitiva, vivencial e comportamental. A religiosidade é entendida como uma extensão de que o indivíduo acredita, segue e pratica em uma religião



organizacional ou não, diz respeito ao nível de envolvimento religioso e ao reflexo de sua influência nos hábitos e no cotidiano da vida das pessoas (PERES, 2007; BLOISE, 2011).

Os casais da pesquisa (Tabela 2) são um reflexo do fenômeno iniciado na década de 80/90 no Brasil denominado por esoterismo, nova era, fenômeno neo-esotérico. Um fenômeno; uma onda de práticas que vem caracterizando mudanças de comportamento, produtoras de estilos de vida particulares (estudos da astrologia, tarô, “terapias alternativas” tais como: terapias corporais, massagens, homeopatia, acupuntura etc.) especialmente em centro urbanos intelectualizados, fazendo parte o ideário do parto humanizado, porém pode-se ampliar esta questão avaliando que os casais deste estudo fazem parte do ideário do parto ecológico (natural, em casa e próximo a natureza) (MAGNANI, 1999; SCHWADE, 2006).

O fenômeno “Nova Era” no que diz respeito à espiritualidade (“cultivo a interioridade”) na Tabela 2, possui raízes orientais, nas quais há uma preocupação com o corpo-mente-espírito, possui um sincretismo religioso associando a incorporação de elementos e práticas esotéricas (Heiki, cromoterapia, meditação, aromoterapia, entre outros) associado a construção de uma “nova visão ecológica”. Em relação ao corpo e a saúde surge à construção de discursos cuja reflexão aponta alternativas para o estabelecimento da condição de um corpo saudável e prazeroso. A alimentação é vegetariana, macrobiótica e natural. Um desdobramento, atual, dos significativos do fenômeno neo-esotérico do cuidado do corpo e das concepções de saúde/doença, é uma condição na concepção do grupo, dando ênfase ao que se convencionou intitular humanização. (MAGNANI, 1999; TORNQUIST, 2002; SCHWADE, 2006).

Os casais deste estudo transitam entre o modelo humanizado e holístico de cuidado, pois agregam fortes características de ambos. De acordo com Davis-Floyd (2000), no modelo humanizado há uma conexão entre mente-corpo e o corpo é um organismo. Enquanto que, no holístico o corpo, mente e espírito, são uma unicidade, na qual, o corpo é um campo de energia que faz trocas energéticas. O parto humanizado em ambos os modelos (humanizado e holístico) resgata a naturalidade desse momento para a mulher, como protagonista, para sua família e também, para a Equipe de profissionais. Busca resgatar o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, que se perderam ao longo da história (DAVIS-FLOYD, 2000; CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

**Tabela 3** – Características sociodemográficas dos casais segundo: naturalidade, profissão/ocupação, descendência étnica. Florianópolis-SC, out/2011 a nov/2012.

<b>Características</b>	<b>N=60</b>	<b>100%</b>
<b>Naturalidade</b>		
Brasília	1	1,66
Mato Grosso (Rondonópolis)	2	3,33
Minas Gerais (Lavras)	1	1,66
Paraná (Cascavel, Maringá, Rio Negro, Curitiba)	4	6,66
Rio de Janeiro (Niterói, Volta Redonda)	3	5
Rio G. Do Sul (Canoas, P. Alegre, Santa Maria, São Luiz Gonzaga, Vacaria)	14	23,33
Rondônia (Ji-Paraná)	1	1,66
Santa Catarina (Blumenau, Florianópolis, Joaçaba, Joinville, Rio do Sul, São Domingos)	16	26,66
São Paulo (Bauru, Campinas, Cordeirópolis, Jundiá, Ribeirão Preto, São José dos Campos)	11	18,33
Outros países (Alemanha, Estados Unidos da América, Guatemala, Inglaterra, Portugal, Uruguai)	7	11,66
<b>Profissão/ocupação</b>		
Profissional autônomo – fundamental incompleto	1	1,66
Profissional autônomo – fundamental completo	1	1,66
Profissional autônomo – nível médio	12	20
Profissional autônomo – nível superior	17	28,37
Funcionário empresa privada nível médio	2	3,33
Funcionário empresa privada nível superior	7	11,66
Funcionário público nível superior	10	16,66
Estudante universitário	3	5
Desempregado por opção	*7	11,66
<b>Descendência Étnica</b>		
Alemã/Alemã mais múltiplas etnias	10	16,66
Italiana/Italiana mais múltiplas etnias	22	36,7
Portuguesa/Portuguesa mais múltiplas etnias	15	25
Americana/Americana com Húngaro	2	3,33
Espanhola/Espanhola com Bugre	3	5
Francesa/ Francesa com suíça	3	5
Britânica	2	3,33
Japonesa	1	1,66
Polonesa	1	1,66
Uruguiaia	1	1,66

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

**Fonte:** Dados da pesquisa: Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami (out/2011 a nov/2012): características sociodemográficas e obstétricas dos casais.



A naturalidade dos participantes (Tabela 3) chama a atenção para três estados brasileiros: Santa Catarina (26,66%), Rio Grande do Sul (23,33%) e São Paulo (18,33%) grandes centros urbanos. Em menor proporção o estado do Paraná (6,66%), Rio de Janeiro (5%), Mato grosso (3,33%) e Brasília, Minas Gerais, Rondônia, todos com 1,66%. Outro destaque é para estrangeiros (Alemanha, Estados Unidos da América, Guatemala, Inglaterra, Portugal, Uruguai) (11,66%) que moram em Florianópolis ou vieram ao Brasil para o parto.

Conhecer as múltiplas descendências étnicas (Tabela 3) faz aprofundar os hábitos, costumes, crenças e valores dos casais, evidenciam-se as descendências: Italiana (36,70%), Portuguesa (25%) e Alemã (16,66%), coincidindo com a colonização destas regiões do país. Outras etnias foram as: Espanhola/Bugre e Francesa/Suíça (5% cada), Americana/Húngara e Britânica (3,33% cada) e com 1,66% a Japonesa, Polonesa e Uruguaia. As diferentes etnias refletem que o Brasil é um país multicultural.

A procedência, naturalidade e descendência étnica dos casais escancara a pluralidade cultural das famílias que buscaram a Equipe para a parturição e desvela que a Equipe Hanami precisa estar aberta para conhecer e compreender a diversidade e universalidade e a transculturalidade dos casais para prestar um cuidado cultural congruente (LEININGER, 1978).

Para apreciar o universo da história obstétrica das mulheres do estudo (Tabela 4) iniciar-se-á pela nomenclatura obstétrica. O número de gestações das mulheres do estudo são na maioria multigestas (56,67%) e em menor proporção são primigestas (43,33%). Em relação à paridade, metade das mulheres são nulíparas (50%), ou seja, nunca deram à luz, porém tiveram abortamentos. As primíparas aparecem com 40% e as múltiparas com 10%. Dentre as múltiparas, 40% possuem um parto anterior e 10% apresentando dois partos anteriores. Neste cenário, a maioria das mulheres não possuíam abortamentos (70,03%), porém 29,97% possuíam história de abortamentos, destas 26,70% apresentavam 1 abortamento anterior e 3,30% dois abortamentos. O abortamento se constitui na quarta causa de morte materna brasileira. Nos últimos 20 anos houve uma diminuição em 50% na mortalidade materna. Nos anos 1990 o número era 141 mortes por 1.000 recém-nascidos vivos, em 2010 passou para 68 mortes, apesar de estarmos longe de atingir os Objetivos do Milênio (ODM) que é uma redução 35 mortes por nascido vivo até 2015 (BRASIL, 2012).

**Tabela 4** – Características obstétricas dos casais que tiveram parto domiciliar planejado segundo: número de gestações, paridades e abortamentos; parto anterior, número de consultas de preparo para o parto; pré-natal com médico; pós-parto com a Equipe Hanami. Florianópolis-SC, out/2011 a nov/2012.

<b>Características</b>	<b>N=30</b>	<b>100%</b>
<b>Nº gestações</b>		
Primigesta	13	43,33
Multigesta	17	56,67
<b>Nº paridades</b>		
Nulipara	15	70,03
Primípara	12	26,67
Multípara	3	10
<b>Nº abortamentos</b>		
Nenhum	21	70,03
Um	8	26,67
Dois	1	3,3
<b>Parto anterior</b>		
Nenhum	15	50
Parto normal hospitalar anterior	10	33,34
Parto cesárea anterior	1	3,3
Parto domiciliar	4	13,36
<b>Nº cons. Preparo para o parto (-36a s) – Equipe Hanami</b>		
Até 2 consultas	5	16,7
3 até 5 consultas	22	83,3
6 consultas	3	10
<b>Nº consultas pré-natal - Médico</b>		
Até 4 consultas	3	10
5 até 8 consultas	5	16,7
9 até 12 consultas	17	59,9
13 consultas ou mais	4	13,4
<b>Nº consultas pós-parto em casa com a Equipe Hanami</b>		
3 até 4 consultas	13	43,34
5 até 7 consultas	17	56,66

**Fonte:** dados da pesquisa: Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami (out/2011 a nov/2012); características sociodemográficas e obstétricas dos casais

O número de mulheres (Tabela 4) que não apresentam partos anteriores (50%) é compatível com o número de mulheres nuligestas (50%). Feyer (2012) e Colacioppo et al. (2010), encontraram resultados semelhantes. A experiência parturitiva anterior no hospital por parto



normal corresponde a 36,66%, destas 3,30% realizaram cesariana eletiva. As mulheres multíparas, que tiveram a experiência hospitalar, conhecem bem o modelo tecnocrático descrito por Davis-Floyd (2000), utilizado na maioria das instituições brasileiras, por serem uma clientela diferenciada tanto em nível intelectual, quanto em relação aos cuidados com o processo saúde-doença, questionam esse modelo hegemônico e buscam no parto domiciliar um parto humanizado. As mulheres ao serem questionadas sobre o porquê de não estarem repetindo a experiência hospitalar obteve-se como resposta:

*No hospital só segurei meu filho depois de uma hora de nascimento, mal consegui ver o rostinho dele, me mostraram de longe. Ele acompanhou o banho, mas eu fiquei ali esperando numa sala gelada. Pensávamos que no parto humanizado o bebê o pai cortaria o cordão e ele fosse em seguida para o meu colo para amamentar. Essa experiência me deixou frustrada. Depois de um tempo conversamos sobre ter um parto diferente, aí fomos buscar alternativas na internet e encontramos a Equipe. Foi uma benção[...]. (CASAL AMOR-PERFEITO).*

*Eu era muito nova e quando me falaram que eu tinha que fazer uma cesariana, eu nem questionei. Agora é muito diferente, escutei minhas amigas que tiveram parto em casa e eu e meu marido fomos pesquisar na internet a possibilidade de ter um parto normal após uma cesariana e vimos que era possível [...]. (Casal AZALÉA).*

Os casais deste estudo estão nitidamente passando por uma transformação cultural, quando questionam a prática institucional para viver o nascimento do filho, preferindo que o mesmo seja uma celebração à vida no aconchego dos seus lares.

Os casais que estão repetindo a vivência do parto domiciliar (13%) com a Equipe Hanami (Tabela 4), o fizeram por avaliarem a experiência anterior como positiva que marcou suas vidas, indo ao encontro de suas expectativas de ter um parto no domicílio.

*Quem passou pela experiência de um parto domiciliar maravilhoso, não aceita mais a submissão hospitalar. (Casal CRAVO).*

Houve um declínio dos níveis de fecundidade entre as mulheres

em todas as grandes regiões brasileiras nos últimos dez anos, passando de 2,38 filhos em 2000 para 1,86 filhos em 2010, em áreas urbanas. Nesta pesquisa (Tabela 4), a fecundidade das mulheres se assemelha aos índices nacionais, pois a média foi em dois filhos (IBGE 2010).

**Tabela 5** – Características obstétricas dos casais que tiveram parto domiciliar planejado segundo, grupo de gestante, indicação para parto domiciliar, horas em trabalho de parto, tipo de parto. Florianópolis-SC, out/2011 a nov/2012.

Características	N=30	100%
<b>Grupo de Gestante</b>		
Participou	14	46,67
Não participou	16	53,33
<b>Indicação par ao parto domiciliar planejado</b>		
Amigos ou conhecidos	17	56,66
Busca na internet	9	30,14
Palestra em grupo de gestantes	2	6,6
Indicação médica	2	6,6
<b>Horas em trabalho de parto nesse parto</b>		
Até 4 horas	10	33,3
4 horas e 1 minuto a 8horas	10	33,3
8horas e 1 minuto a 12 horas	5	16,7
12 horas e 1 minuto ou mais	5	16,7
<b>Tipo de parto</b>		
Parto natural vertical apoiada	2	6,6
Parto natural genupeitoral	2	6,6
Parto natural vertical no banco	5	16,7
Parto vertical na água	20	66,8
Parto vertical no chuveiro	1	3,3

**Fonte:** Dados da pesquisa: Parto domiciliar planejado assistido pela Equipe Hanami (out/2011 a nov/2012): características sociodemográficas e obstétricas dos casais.

O preparo para o parto domiciliar planejado na Equipe Hanami inicia no domicílio com 30 semanas de idade gestacional. Este estudo assinala que os 30 casais tiveram no mínimo 2 consultas e no máximo 6 consultas antes do parto, mas a maioria (83,30%) dos casais realizou de 3 a 5 consultas. Este dado baliza que os partos ocorrem entre 38 e 41 semanas de idade gestacional. Portanto, a Equipe só atende a gestações a termo.





O número de consultas pré-natais com médico obstetra foi no mínimo 4 e no máximo 13, porém o número significativo foi entre 5 e 12 consultas (59,90%). Os casais que realizaram apenas 4 consultas médicas tiveram os todos os exames laboratoriais realizados, como preconiza o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2006b) (Tabela 4).

O alto número de consultas pré-natais tanto por enfermeiras da Equipe Hanami quanto dos médicos obstetras, somadas a participação de 47% dos casais em grupos de gestantes (Tabela 5), demonstra preparo dos casais no pré-natal para o parto.

Destaca-se que 53% dos casais não participaram de grupos de gestantes formais, apesar de ser um número expressivo é necessário levar em consideração vários fatores: alguns casais já haviam participado em gestação anterior não sentido necessidade de participar de outro nesta gestação. Outro fator marcante é o alto nível de escolaridade fazendo com que os casais busquem informações na internet e em livros básicos sobre parto natural (Parto Ativo - Janete Balaskas, O Renascimento do Parto - Michel Odent), entre outros livros e sites de profissionais renomadas na obstetrícia (mifwives, enfermeiras, obstetras, antropólogos, etc.), além de lerem artigos científicos e durante as consultas pré-natais com a Equipe Hanami buscavam confirmar o conhecimento adquiridos nos artigos com as enfermeiras, ou seja, apesar da maioria dos casais não ter feito um grupo de gestantes formal demonstravam estarem preparados com conhecimentos sobre: gestação, parto, puerpério, riscos e vantagens sobre o parto domiciliar (Tabela 5).

A assistência pré-natal de qualidade inclui o apoio necessário para que o casal possa vivenciar, de forma ativa e autônoma, um processo que é especial em suas vidas. O Grupo de Gestantes e Casais Grávidos desenvolvido pela Universidade federal de Santa Catarina – UFSC “constitui-se num fórum de reflexão, de diálogo, de construção e de socialização de saberes, propiciando ao casal repensar seus papéis e a importância de eles próprios conduzirem e participarem ativamente do processo do nascimento” (HOGA; REBERTE, 2007; ZAMPIERI et al., 2010).

As relações afetivas dos casais foram observadas durante as consultas de pré-natal, parto e puerpério, chamando a atenção à cooperação e o companheirismo entre o casal como substitutos da competição e do afastamento em contracultura da sociedade patriarcal. Portanto, fala-se de um casal harmonioso que possui crenças holísticas na qual o corpo é um sistema de energia conectado com outros sistemas de energia, no qual há uma circulação da energia, para alcançar equilíbrio e harmonia. (DAVIS-FLOYD, 2000).

A indicação da Equipe Hanami por sugestão de amigos ou conhecidos, ou seja, pessoas da rede social dos casais, para o parto predominou (56,66%) sobre as demais. A internet (30,14%) foi o veículo de informação que os casais buscaram informação para chegarem à Equipe. A informação sobre a Equipe em grupos de gestantes (6,60%) e por indicação do médico obstetra prenatalista (6,60%), apesar de menor número mostra que a Equipe começa a ser valorizada por profissionais da saúde.

Estes casais estudados fazem parte de um grupo hegemônico e contra cultural, que possui necessidades culturais de saúde que os serviços existentes tanto públicos, quanto privados, mesmo que se proponham a praticar humanização, não dão conta de supri-las.

O tempo de duração do trabalho de parto mais frequente foi o intervalo que variou entre quatro e oito horas (66,60%), confrontando com o número de nulíparas (50%) isso demonstra que o trabalho de parto foi mais rápido quando comparado à literatura obstétrica que diz que pode durar em nulíparas, em fase ativa, cerca de 8 horas, não excedendo 20 horas (MAMEDE, 2005). O menor tempo de trabalho de parto pode estar associado à diminuição do estresse por estar em casa, junto a pessoas conhecidas e com profissionais de sua escolha. As posições verticais diminuem o tempo de trabalho de parto. Não distante dessa temática está à posição de parto escolhida pelas mulheres para parirem que foi a vertical em 93,4 %, porém destas a maior escolha foi a vertical na água 66,8%, seguida de 16,8% de posição vertical no banco.

A posição genupeitoral (6,60%), muito utilizada em outros países (Japão, Holanda entre outros) denuncia que os casais sofreram influência de outras culturas, além de mostrarem um movimento contra cultural, pois não optaram pela convenção do sistema tecnocrático que é a posição horizontal (DAVIS-FLOYD, 2000; MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados encontrados na pesquisa permitem identificar que os casais que buscam o parto domiciliar planejado possuem idade média de 30 anos para as mulheres e 34 para os homens, podendo ser considerados como parte de uma parcela preponderante da força produtiva ativa, que exerce um significativo papel sociocultural e político da sociedade urbana brasileira, na qual, estes líderes podem ser precursores para a transformação na assistência ao parto.



A maioria dos casais é da cor branca, uma mínima parcela de pretos e amarelos. A predominância na cor branca é correlata com etnia europeia sendo expressiva essa descendência nos casais naturais das regiões sul do Brasil. A escolaridade dos casais predominante é a formação em nível superior, fato este, que interfere diretamente no acesso a informação e, em especial pela internet.

É um público que está inserido na cibercultura que ganha cada vez mais espaço no mundo globalizado, tendo contato às várias literaturas que confirmam ser o parto domiciliar planejado seguro, quando atendido por profissional (is) qualificado (os) (neste caso são enfermeiras obstétricas), reforçado que esta prática é internacionalmente reconhecida. Para esta comunidade urbana há uma necessidade de preparo físico e emocional. Portanto, valorizam o acompanhamento pré-natal, a realização de grupo de gestantes, bem como, não dispensam o preparo fornecido pela Equipe, momento este, de estreitar relações, desenvolver intimidade e adquirir confiança mútua.

O conhecimento permite um diálogo entre os casais e profissionais envolvidos, que também necessitam estarem seguros da opção do casal, essa é uma decisão culturalmente construída por todos os envolvidos, baseada no paradigma, de que o “parir e nascer num novo tempo” pode ser uma oportunidade única do casal de contato simultâneo com a natureza humana interior e o meio ambiente, um acontecimento especial, transformador.

Neste sentido, pode-se compreender que o estilo de vida destes casais é holístico-ecológico. Estilo de vida este, que é similar entre os casais quanto à organização do lar como local sagrado, energeticamente equilibrado, sem interferências nos processos fisiológicos humanos, o mais próximo possível da natureza (ecossistema), independentemente do domicílio ser próprio, alugado ou emprestado. Na alimentação vegetariana, natural ou sem restrições com o propósito filosófico da busca de corpos mais saudáveis e na espiritualidade como uma conexão do corpo (bio-psico-mental) com o universo algo que transcende que é impregnado de energia.

As práticas como aplicação de Heiki, aromoterapia, meditação, Yoga, homeopatias, rituais de parto, também reforçam seus estilos de viver. Todas estas características mostram uma geração impregnada nas raízes da cultural da Nova Era e dos paradigmas humanista e holístico.

Os casais do estudo que buscam o serviço fazem parte da Grande Florianópolis, região esta que é considerada mística devido há vários traços culturais nativos. Em menor proporção há casais que se deslocam de outros municípios e países que chegam à Equipe através da indicação

de amigos e via internet, confirmando que a cibercultura não possui limites. Eles possuem uma estabilidade conjugal o que confirma o desejo por esta modalidade de parto, pois buscam um cuidado para o nascimento de seus filhos diferenciado e que seja congruente com seus estilos de vida, ou seja, que respeite sua cultura.

Neste estudo, metade dos casais experimentou o parto pela primeira vez, buscando no domicílio liberdade, autonomia, protagonismo, proximidade com a natureza humana interior, aconchego, conforto sem desligar-se de que o parto faz parte da sexualidade do casal. Há casais que já tinham filhos, porém a experiência foi hospitalar e para este parto, buscam preencher a lacuna que o parto hospitalar humanizado deixou. Há casais que estão repetindo a experiência domiciliar por considerarem esta prática adequada, positiva e já fazem parte do ideário do “parir e nascer num novo tempo” como parte de suas vidas e por este motivo são verdadeiros militantes da causa, ou seja, uma nova geração de ativistas da natalidade domiciliar.

Nesta experiência parturitiva, os casais confirmam que o trabalho de parto no domicílio em sua maioria é mais rápido. A posição escolhida para o parto foi a mais confortável para aquele momento, tanto para a mulher quanto para o homem, não sendo a convencional do paradigma tecnocrático, assim puderam dar vazão as suas sensações, sentimentos levando-os a experimentar a liberdade fisiológica que se aproxima muito do processo de sexualidade do casal.

Com relação às características obstétricas (tabelas 4 e 5), fica evidente que os casais, deste estudo, buscam uma assistência de qualidade para suas vidas. Nesse sentido, procuram no cuidado prestado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami preencher essa lacuna, um cuidado competente, porém respeitoso e sensível.

Estes casais estudados fazem parte de um grupo hegemônico e contra cultural, que possui necessidades culturais de saúde que os serviços existentes e que seguem o modelo assistencial tecnocrático não da conta de suprir. Por este motivo, optam pelo parto domiciliar planejado com a Equipe Hanami, possuem um alto nível cultural, um estilo de vida e uma visão de mundo diferenciados, buscando um cuidado obstétrico contemporâneo que respeite os direitos sexuais e reprodutivos do casal, sua cultura, seu pensamento holístico-ecológico, sem julgo de valores. Abre-se, nesta perspectiva, a compreensão de que a enfermagem obstétrica praticada pelas enfermeiras da Equipe Hanami extrapola a lógica biologicista e acima de tudo valoriza a cultura holística e ecológica dos casais.

Conhecer o perfil dos casais é importante para que se possa dar



visibilidade à frustração dos mesmos com o sistema de saúde atual. Este grupo de pessoas possuem necessidades culturais-holísticas-ecológicas que não são supridas. Esta realidade manifesta que há urgência em se repensar o planejamento em saúde que valorize e respeite estas pessoas, no sentido de fortalecer as políticas de saúde que possam contemplar novas visões de mundo e atingir uma clientela que necessita de cuidados mais amplos.

No estudo, fica claro que os casais possuem uma consciência ética e moral introjetadas em suas vidas, pois valorizam a interação corpo/mente/espírito e essa se reflete na associação que fazem em relação ao processo de gestação/parto e puerpério que são pautados no naturalismo.

Percebe-se que, com a análise das características dos casais do estudo que, são pessoas com educação e conhecimento que buscam serem ativos no seu processo de parto e reivindicam dos profissionais que se atualizem e prestem assistência respeitando a cultura de cada família. São casais que possuem conhecimentos das evidências internacionais sobre os “riscos” e vantagens do parto domiciliar, por este motivo necessitam de novas abordagens de cuidados, com profissionais qualificados, neste caso as enfermeiras obstétricas no sentido do resgate de uma sociedade mais humana.

## REFERÊNCIAS

ABENFO-NACIONAL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. Tipos de parto. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<<http://www.abenfo.residencial.com.br/materiais.php?subcategoriaId=3&id=160>>. Acesso em: dezembro de 2013.

ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica do Brasil**. São Paulo (SP), 2012. Disponível em:

<[www.abep.org/novo/content.aspx?sectionid=84](http://www.abep.org/novo/content.aspx?sectionid=84)>. Acesso em: 19/02/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtx](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtx)

t=37082>. Acesso em: out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília (DF): MS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico**. Brasília (DF): MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

COLACIOPPO, P. M.; et al. H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Referencia**, Coimbra (PT), v. 3, n. 2, p. 81-90, dez. 2010.

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 62-8, nov. 2001.

DAVIS-FLOYD, R. Gynecology & obstetrics. In: International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 Novembro. **Anais...** Fortaleza, 2000, p. 5-23.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2012. 245 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 2011.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 559-66, abr. 2007.

ICM - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. New York: ICM, 2002. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em: 12 agosto 2007.

KOETTKER, J. G.; *et al.* Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-50, fev. 2012.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. New York: Wiley & Sons, 1978.

MAGNANI, J. G. **Mystica urbe**. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALUF, W. S. Peregrinos da nova era: itinerários espirituais terapêuticos no Brasil dos anos 90. **Antropologia em Primeira Mão número 100 [Online]**. Florianópolis, n. 1, [30f], 2007. Disponível em: <[www.antropologia.ufsc.br/100.pdf](http://www.antropologia.ufsc.br/100.pdf)>. Acesso em: 12 agosto 2007.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Sci., Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MAMEDE, F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 103f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 765-72, dez. 2008.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OPAS, 1996.

OSAVA, R. H. Local de parto: reacende-se a polêmica. **Boletim informativo – ABENFO/SP**. São Paulo, Ano 16, n. 49, jun. 2012.

SAAD, D. E. A.; RIESCO, M. L. G. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. Qualificação da

Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido. Teresina (PI), 24 a 26 de junho de 2009. **Anais...** Teresina (PI), 2009.

SCHWADE, E. Neo-esoterismo no Brasil: dinâmica de um campo de estudos. **BIB: Rev. Bras. Inform. Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 5-24, 1º semestre. 2006.

SOUZA, V. C. T. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna desafios éticos para uma medicina mais humana. **Rev. BIOETHIKOS**, São Paulo, v. 4, n.2, p.86-91, anual. 2010.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-92, jul./ dez. 2002.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-59, Jul-Ago. 2010.

VILLEGAS, C. B. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá. **Rev. Salud Publica**. Bogota, v. 3, n. 2, p.154-70, Jul. 2001.

ZAMPIERI, M. F. M.; *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-27, Out-Dez. 2010.





## 5.2 O MANUSCRITO 3 - PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELO CASAL ACERCA DA EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS DA EQUIPE HANAMI

### **PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELO CASAL ACERCA DA EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS DA EQUIPE HANAMI**

**Título abreviado para cabeçalho:** O significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado ASSISTIDO pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami

**Autores:** Vania Sorgatto Collaço<sup>1</sup>, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>2</sup>

**Autor responsável pela correspondência:**

**Vania Sorgatto Collaço**

Endereço: Rua Francisco José Ramos, n. 33. Itacorubi.

CEP: 88034-210 - Florianópolis/SC.

Fone: (48) 99717789 ou (48) 30281670

E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

---

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutoranda do Programa da Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Tel: 99717789. E-mail: vania.collaco@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (NFR/PEN/UFSC). Membro e líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: gregos@matrix.com.br

## **PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELO CASAL ACERCA DA EXPERIÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO ASSISTIDO PELAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS DA EQUIPE HANAMI**

### **RESUMO**

Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), qualitativa, com objetivo de conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pela enfermeira obstétrica da Equipe Hanami. Participaram do estudo 30 casais informantes, de outubro/2011 a novembro/2012. Os dados foram coletados durante a prática assistencial por meio de observação participante, com registros de diário de campo e de entrevista semiestruturada. A análise dos dados compreendeu as etapas do processo de apreensão, síntese, teorização e transferência, embasadas na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e nos Modelos de Atenção ao Parto de Davis-Floyd. Como resultados emergiram três categorias: O parto culturalmente respeitoso e sensível, O parto domiciliar planejado é contra hegemônico: um conflito sociocultural e a Intimidade do casal. Considerações finais: A experiência positiva dos casais concretiza o significado de que o parto domiciliar planejado é um ideal coerente com o estilo de vida, crenças, valores, cultura e é um direito reprodutivo e sexual. A ideia de “segurança cultural” está ligada à privacidade, a liberdade de expressão de sentimentos que respeita as dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais, espirituais, culturais e instintivas. O domicílio é o local sagrado de escolha para a ocorrência do parto em família, promovendo um processo de transcendência cósmica da natureza e de sexualidade dando ressignificação da vida, porém, ainda é um desafio na superação da discriminação sociocultural, assim como, ainda não há um reconhecimento da política pública de saúde a esta modalidade de parto.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Características Culturais.

**GIVING BIRTH AND BEING BORN INTO A NEW TIME: THE MEANING ASSIGNED BY COUPLES ABOUT THE EXPERIENCE OF PLANNED HOME BIRTH ASSISTED BY NURSE MIDWIVES OF HANAMI TEAM**

**ABSTRACT**

Convergent care research (PCA), qualitative, aiming to identify the perception assigned by couples about the experience of planned home birth assisted by nurse midwives of Hanami Team. There were 30 couples informants, from October/2011 to November/2012. Data were collected during nursing practice by participant observation using field diary records and semi-structured interview. Data analysis comprised the steps of collection, synthesis, theorization and application process, based in the Theory of Diversity and Universality Cultural Care and the Models of Delivery Care by Davis-Floyd. As the results emerged three categories: the respectful and sensitive cultural delivery; planned home birth is against hegemonic model: a social cultural conflict and the couple intimacy. Final thoughts: the positive experience of the couples concretizes the meaning that planned home birth is an ideal coherent to life style, beliefs, values, culture and that is a sexual and reproductive right. The idea of “cultural security” is connected to privacy, freedom of feelings expressions witch respect the physics, holistic-ecologic, emotional, spiritual, cultural and instinctive dimensions. Home is a sacred place to the occurrence of delivery in family, which promotes a process of cosmic transcendence of nature and sexuality, giving reframing of life, although it is still a challenge in overcome the social cultural discrimination, as well as, still there is not a recognition of public health politics to this modality of delivery.

**Keywords:** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Cultural Characteristics.

## **PARIR Y NACER EN UN NUEVO TIEMPO: EL SIGNIFICADO ATRIBUIDO POR LA PAREJA SOBRE LA EXPERIENCIA DEL PARTO EN LA CASA PLANEADO CUIDADO POR LAS ENFERMERAS OBSTÉTRICAS DEL EQUIPO HANAMI**

### **RESUMEN**

Pesquisa Convergente-Asistencial (PCA), cualitativa, con objetivo de conocer el significado atribuido por la pareja sobre la experiencia del parto en la casa planeado cuidado por la enfermera obstétrica del Equipo Hanami. Participaron del estudio 30 parejas informantes de octubre/2011 hasta noviembre/2012. Los datos fueron colectados durante la práctica asistencial por medio de observación palpitante, con registros del diario de campo y de entrevista semiestructurada. El análisis de los datos comprendió las etapas del proceso de inquietud, síntesis, teorización y transferencia, embasadas en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural y en los Modelos de Atención al Parto de Davis-Floyd. Como resultados emergieron tres categorías: El parto culturalmente respetuoso y sensible. El parto en la casa planeado es contra hegemónico: un conflicto sociocultural y la intimidad de la pareja. Consideraciones finales: la experiencia positiva de las parejas concretiza el significado de que el parto en la casa es un ideal coherente con el estilo de vida, creencias, valores, cultura y es un derecho reproductivo y sexual. La idea de “seguridad cultural” está unida a la privacidad, la libertad de expresión de sentimientos que respecta las dimensiones físicas, holístico-ecológicas, emocionales, espirituales, culturales e instintivas. El hogar es el lugar sagrado de escojas para la ocurrencia del parto en familia promoviendo un proceso de transcendencia cósmica de la naturaleza y de sexualidad dando re significación de la vida, pero, aún es un desafío en la superación de la discriminación sociocultural, así como, aún no hay un reconocimiento de la política de salud a esta modalidad de parto.

**Palabras Claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Características Culturales.



## INTRODUÇÃO

O processo de gestação, parto e puerpério num novo tempo traduz a situação, na qual o casal escolhe ter um parto domiciliar planejado, que possibilita torná-los fisiológica e culturalmente capazes de receber e cuidar do novo ser humano, o recém-nascido (RN).

O casal utiliza seu conhecimento cultural, holístico e ecológico como base para prestar os cuidados com o RN que compreendem emoções, sensações, relações, acontecimentos, sinais, sintomas, vivenciados pelo casal com seu RN, que os remete a um conjunto de significados (COLLAÇO, 2002).

O processo de gestação, parto e puerpério é um evento social, singular uma experiência contemplativa na vida do casal, envolvendo, na maioria das vezes, suas famílias e pessoas significativas. É a experiência humana das mais significativas para todos os participantes. O parto se coloca como uma tarefa do casal contemporâneo, que escolhe parir, onde e com quem desejar, existindo espaço para esse seja senhor de seus corpos e sua sexualidade. É potencialmente um espaço de poder e de saber do casal. O nascimento é um fato marcante, no qual se inicia um novo ciclo de desenvolvimento organizacional indicando como será o cuidado ao novo ser e de como serão mantidas as relações com os outros membros da família (BURIGO, 2013; TORNQUIST, 2004, BOEHS, 1990).

O parto e o nascimento é um evento, que deve ser vivido de forma compartilhada, uma celebração da vida, um evento do universo do casal, que deve ser vivenciado com segurança, sensibilidade, intimidade, respeitando a cultura do casal e família e o significado atribuído por todos que participam do processo. Os significados são construídos com a visão de mundo, as crenças e os valores que são influenciados pelo contexto sociocultural dos indivíduos ou grupos, ou seja, não estão dissociadas do conceito de cultura, ou seja, entendendo essa como “[...] os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada”. (LEININGER, 1985, p. 261 tradução nossa; 1991).

No modelo tecnocrático de assistência ao nascimento separa-se o filho, a mãe e o pai no processo de cuidado (DAVIS-FLOYD, 2000), ao contrário no parto domiciliar planejado em que há uma reaproximação da ciência e com a tradição, habilidade e instinto, uma aproximação com o natural.

O domicílio, como local para dar à luz tem voltado a fazer parte

do cenário urbano contemporâneo, justificado pelos casais em função da ideia de que a nossa casa tem a nossa cara, a nossa energia e a possibilidade de contato com nossas raízes mais profundas. Os profissionais possibilitam opções disponibilizando o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e dão abertura para a possibilidade de participarem de forma ativa da experiência do parto. Além disso, também estimulam a expressão de anseios, necessidades e sentimentos, livres do “julgo” pelos “excessos” de expressões subjetivas.

A intimidade da casa proporciona menor sensação dolorosa, pois propicia à parturiente maior relaxamento em consequência menor liberação de adrenalina e mais liberação das endorfinas, substâncias produzidas em estados do sistema nervoso central, sendo sua produção em geral, associada a um grande desgaste físico. O sistema de “morfinas endógenas” entra em jogo durante o parto, protegendo a mãe e o bebê contra a dor e produzindo sensação de bem estar inclusive após o nascimento (ODENT, 2000).

No domicílio, a participação de outros familiares e pessoas significativas no cenário do parto é real. Acontece a essencial troca de afetividade com o bebê, além da perspectiva da concretização da participação do evento de acordo com suas crenças, valores e rituais de cuidado que são significativos e que vem sendo tecidos no seio destas coletividades (BURIGO, 2013; MEDEIROS, SANTOS, SILVA, 2008; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004; LESSA, 2003; ODENT, 2002; 2004).

No processo de gestação, parto e puerpério no domicílio não há um modelo único de atenção ao parto, dependendo das crenças e valores dos casais e das enfermeiras. Pode-se adotar tanto o humanizado quanto o holístico, ou ambos. O modelo tecnocrático não é compatível com o parto domiciliar planejado (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

Neste estudo, o contexto ambiental do processo de gestação, parto e puerpério no domicílio diz respeito ao espaço físico, no caso a casa do casal (espaço alternativo para o parto e nascimento) e espaço sócio cultural, no qual são estabelecidas as relações de cuidados e interpessoais com especial respeito à privacidade do casal, assim como, o recebimento do bebê de forma mais saudável e respeitosa. O contexto ambiental também expressa o acolhimento interpessoal, a privacidade, a cultura com respeito a crenças e valores, a visão de mundo do casal/RN e da enfermeira que envolve questões holístico-ecológicas (BRASIL, 2010; SOUZA, 2005; LARGURA, 2006; OSAVA, 1997).

Neste contexto, incluímos a Equipe Hanami: O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado na Grande Florianópolis. A Equipe, na



qual estamos inseridas, atende o parto domiciliar de forma planejada, com um olhar voltado para as necessidades do casal e de seus familiares, respeitando suas crenças e valores culturais. Embora seja visível o crescente interesse pelo tema, a realização e socialização de estudos acerca do Parto Domiciliar Planejado, assistido por enfermeiras obstétricas no Brasil, ainda é escassa, apontando para uma importante lacuna do conhecimento.

No contexto do parto domiciliar planejado, cabe destacar, que não há estudos sobre o significado atribuído pelo casal sobre o parto domiciliar. Por este motivo é relevante à produção de conhecimento nesta temática, assim como, avaliar como os casais percebem o cuidado recebido.

Diante desta conjuntura se justifica a relevância deste estudo, aliada a prática assistencial desenvolvida a essa clientela há sete anos, emergindo a questão norteadora: “Qual o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami em Florianópolis-SC?”

Em busca de respostas para esta questão, desenvolvemos o presente estudo que teve como objetivo conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. Importante registrar que o mesmo é um recorte de um macroprojeto, em que busca, além do objetivo supramencionado, também analisar como o casal percebe o processo de cuidar no pré-natal, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério, utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

Acreditamos que o presente estudo poderá trazer contribuições valiosas para as Equipes que prestam a assistência ao parto no domicílio, na perspectiva dos que a recebem, e deste modo, auxiliar a visualizar e valorizar os significados atribuídos pelos casais acerca da experiência do parto domiciliar planejado atendido pela enfermeira obstétrica.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). No paradigma qualitativo a finalidade é descobrir características, padrões e significados do fenômeno em estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA iniciou a partir dos contatos estabelecidos com a Equipe

Hanami, de enfermeiras obstétricas de Florianópolis. O primeiro contato com os casais se deu através dos “Encontros Abertos” mensais, promovido pelas enfermeiras, com a finalidade de apresentarem a proposta do parto domiciliar planejado, e esclarecerem as dúvidas dos casais e familiares. A partir desse encontro, a pesquisadora propôs aos casais a participação na pesquisa. O processo, contudo, iniciou na primeira consulta pré-natal, com o aceite do casal. A PCA foi realizada durante todo o atendimento prestado pela Equipe Hanami, no domicílio, desde o pré-natal, durante o trabalho de parto e parto até o puerpério imediato.

O local e o contexto do estudo foi o domicílio dos casais que optaram pelo parto domiciliar planejado atendido pela Equipe Hanami. Participaram do estudo 30 casais informantes que tiveram essa experiência, entre os meses de outubro de 2011 a novembro de 2012, na grande Florianópolis, Santa Catarina.

Neste período, cinco casais foram excluídos do estudo, devido ao encaminhamento à instituição hospitalar durante o trabalho de parto, pois as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami diagnosticaram nas mulheres: uma parada de progressão fetal, uma taquicardia fetal, duas bolsa rota que chegou a 18 horas e não desencadeou trabalho de parto, uma por “síndrome de distensão segmentar que pode levar a ruptura uterina (sinal de Bandl – Frommel)” (SPINELLI, 2008, p. 25). Portanto, consideraram que o domicílio não era um lugar seguro para continuidade do cuidado. O desfecho desses nascimentos hospitalares, que foram acompanhados por uma enfermeira da Equipe Hanami, resultou em três partos cesarianos e dois normais, pois fizeram indução por bolsa rota há 18 horas.

O número de sujeitos foi estabelecido de acordo com a saturação dos dados, ou seja, quando os dados passaram a se repetir e atenderam os objetivos propostos.

As técnicas para a coleta de dados foram, a observação participante e a entrevista, sendo a segunda, complementar à primeira. O registro dos dados se deu através da organização formal das informações com os registros nas notas do diário (ND) que são os registros do que aconteceu diariamente, nas notas de observação (NO); nas notas teóricas (NT), nas notas metodológicas (NM); nas notas de cuidado (NC), e as notas de entrevista (NE) que foi aplicada no puerpério tardio ou remoto dependendo de cada casal. A análise se deu em quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência, procurando responder ao objetivo da pesquisa. A manutenção do anonimato ocorreu utilizando-se codinomes de flores para cada casal (TRENTINI; PAIM, 2004).





Neste estudo, a reflexão sobre os dados obtidos foi feita, sempre que possível, de forma concomitante com a coleta dos mesmos à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (LEININGER, 1978; 1991) e nos Modelos de Atenção ao Parto descritos por Davis-Floyd (2000)/Davis-Floyd e John (2004). O olhar atento e reflexivo ao diário de campo levou à análise e interpretação dos dados, por meio de um processo de ir e vir constante (TRENTINI; PAIM, 2004).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 1199, seguindo as diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b). Os casais foram individualmente orientados sobre as ações referentes à pesquisa, incluindo seu objetivo, benefícios, riscos e, somente após devidamente informados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os processos de análise resultaram no delineamento de três categorias: 1 - O parto culturalmente respeitoso e sensível; 2 - O parto domiciliar planejado é contra hegemônico: um conflito sociocultural e 3 – A intimidade do casal e subcategorias, cada uma das quais englobou outras subcategorias, conforme apresentado a seguir.

### **Categoria 1 – O parto culturalmente respeitoso e sensível**

O parto culturalmente respeitoso e sensível aponta para um cenário parturitivo esperado pelos casais, no qual os mesmos entendem que os profissionais, escolhidos para compor esse momento tão especial, tenham a compreensão da visão de mundo, das crenças, dos valores, dos rituais de cuidados e dos significados que lhes são atribuídos. Para tanto, é imprescindível que o modo de cuidar, seja culturalmente responsável, respeitoso, sensível e competente (LEININGER; MC FARLAND, 2006; FEYER et al., 2013b).

### **Subcategoria 1 – A concretização de um ideal**

O parto domiciliar planejado como ideal é uma construção que vem ao encontro ao desejo, ao estilo de vida, crenças e valores que os casais possuem e que se consolida com a expectativa criada após a experiência positiva com o processo de gestação, parto e puerpério em casa que são influenciados pela cultura.

Os casais, do estudo, vivem a contracultura do modelo tecnocrático de atenção ao parto, que perpetuam rituais tecnológicos e biologicistas em torno do parto, valores que abrangem a impotência feminina. Existe a prevalência da ciência, da tecnologia e a dominação das máquinas sobre as crenças individuais, configurando-se como a indústria do nascimento (DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

*Queríamos privacidade, intimidade, segurança de sermos respeitados. Entendíamos o momento do parto como algo natural, e por isso queríamos ajuda para vivê-lo com segurança, confiança em quem estaria conosco e, principalmente, intimidade. Na nossa concepção, “a casa” é o lugar onde nos sentimos plenamente à vontade para estarmos tranquilos. Nosso lar reflete o que somos, é o nosso “ninho”, o nosso lugar. (Casal PRIMULA).*

*Uma realização, um sonho, um aprendizado e mais uma prova de que não há outro caminho a ser seguido por um casal que não seja este, a não ser em casos de emergência. (Notas do Diário (ND) do Casal Rosa).*

Dar à luz em casa significava autoridade preservada e autonomia em que os casais dominam a situação. Ter confiança em sua própria competência, escolher apoio em seus próprios termos e estar em casa são os significados das experiências das mulheres que deram à luz em casa.

A experiência abraçou uma dimensão terrena, representada pela dependência de forças naturais inerentes, e, uma dimensão espiritual existencial, representado pela fé na própria vida, expressa em termos de santidade de dar à luz, uma experiência inesquecível e a sabedoria sobre a própria vida (SJÖBLOM; NORDSTRÖM; EDBERG, 2006).

*Foi tudo exatamente como eu idealizei, como eu imaginava que ia ser, até o fato de ser rápido não me surpreendeu, pois mentalizei um parto rápido na gestação toda [...]. Teve uma atmosfera de espiritualidade, instinto, privacidade. Foi perfeito. (Casal FLOR DE LIS).*

O domicílio é um facilitador do encontro do casal com suas raízes filogenéticas. Para alguns os casais, a ideia de segurança está muito mais ligada à privacidade, à relação construída com o profissional no pré-



natal, com o empoderamento e o acolhimento do novo ser.

Em casa o casal sente-se seguro, por estar cercado de pessoas que os amam, tendo liberdade para expressar seus sentimentos e serem legítimos no seu comportamento e condutas (FRANK; PELLOSO, 2013; LESSA, 2003).

*A construção desse ideal de parto em casa se deu porque queria que a DÁLIA viesse a esse mundo em um ambiente acolhedor. A ideia de ter pessoas estranhas ao meu redor, de viver o momento mais importante da minha vida em um local que eu vejo como tão frio e, principalmente, a ideia de transferir a responsabilidade do meu parto, da minha vida e da DÁLIA para uma Equipe desconhecida, sem querer me envolver ativamente nesse processo, não me deixavam nada feliz...no dia em que fomos conhecer o trabalho das Hanamis[...]. Fizemos muitas perguntas e esclarecemos nossas dúvidas[...]. Então o tempo foi passando, DÁLIA crescendo forte e mamãe muito saudável, tudo se mostrando perfeito[...]. Marcamos a primeira visita com as Hanamis[...]. Foi ótimo! Conversamos muito e sentimos que elas fazem isso não como um trabalho, mas fazem seguindo uma verdadeira vocação. Foi o que bastou: eu que já estava decidida, fiquei ainda mais segura porque meu marido se convenceu de vez. E isso foi o mais importante. Porque eu até poderia ter sonhado e planejado tudo, mas se no final ele não tivesse entrado de cabeça nesse sonho comigo, eu não o teria levado adiante... Estávamos mais que decididos: DÁLIA nasceria em casa. (Notas de diário (ND) do Casal DÁLIA).*

### **Subcategoria 2 – O domicílio como sagrado**

O parto sempre foi compreendido como pertencente ao universo do sagrado. O sincretismo entre cultural e religioso como se caracteriza o Brasil possibilita que cada um busque e produza sua própria rede de símbolos e sentidos espirituais, de forma autônoma. Procuramos o contato com o sagrado para dar sentido às nossas vidas. O sagrado é a fonte de integridade, unidade e força vital. Através do contato com o sagrado podemos definir o nosso mundo (NOGUEIRA, 2006)

Os rituais específicos para a escolha do ambiente de realização do parto, bem como os confrontos para a reiteração dessa escolha levam ao pensamento do ambiente como sagrado (FEYER, 2012).

Neste sentido, os casais do estudo percebem o domicílio o local

do parto, como parte integrante da natureza sagrada por este motivo considera que o ambiente e as pessoas ficam impregnados de energia sagrada do nascimento, não importando se a casa é sua ou não.

*[...] pra mim agora a casa é um lugar sagrado, ter a consciência que foi aqui, isso é muito importante, tudo ficou impregnado de energia do nascimento. (Casal PRÍMULA).*

*[...] Apesar desta casa não ser nossa quem morar aqui vai receber a energia sagrada do nascimento, que está impregnada nas paredes. (Casal CRISÂNTEMO).*

*No início resistimos muito a vir para Florianópolis ter nosso parto, mas depois de estarmos aqui nos demos conta de que precisávamos de férias, pois as funções da nossa casa na outra cidade não nos permitiam trabalhar tudo que ainda precisava para o nascimento, então alugamos este apartamento pequeno, mas muito aconchegante, nos sentíamos em casa. E agora sabemos que viemos para um templo sagrado que foi escolhido para chegada especial de nossa bebê e quem for morar aqui vai ser abençoado, pois o nascimento é algo transcendental, energia pura e isso fica no ambiente. (Casal LAVANDA).*

O Ser maior, cósmico e universal é como uma árvore cujas raízes estão no céu, removendo sua linfa vital, que são próprias do indivíduo. Quando a vida se encontra consumida e embaçada significa que vemos voltar para a casa e recuperar nossas forças vitais, para nos renovarmos. Eis a experiência do sagrado. O nascimento cativa, envolve e hipnotiza. O sagrado atua de dentro para fora. Sua eficácia se mede pelas repercussões positivas em qualidade de vida humana, nos renova por seu poder benéfico, doador de vida e de sentido. O que se cumpre num parto é comparável à obra de um artista. No interior de novas coordenadoras, revela-se a experiência do sagrado como centro de sentido, ordenador e renovador de vida. Esta experiência é guardada de rituais que se situam na dimensão do sutil e espiritual, sem desconhecer as bases fisiológicas e materiais, enquanto que seus “sacerdotes” e “sacerdotisas” são aqueles que, têm competência para lidar e promover a experiência plena, segura e satisfatória de um fenômeno que só pode ser compreendido pelo olhar holístico (NOGUEIRA, 2006; ELIADE, 1999).



### **Subcategoria 3 – O contexto ambiental do domicílio na perspectiva holístico-ecológica-cultural**

O contexto ambiental diz respeito a um conjunto de fatos, situações ou experiências individuais que “[...] dão significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais, em determinado cenário físico, ecológico, sócio-político e/ou cultural” (LEININGER, 1991, p. 48, tradução nossa).

*Nós vivemos rodeados de natureza, floresta mesmo, com bicho e flora nativa, isso faz toda a diferença na energia, natureza da gestação, do parto e do pós-parto, pois vivemos instintiva e intuitivamente com esse ecossistema ideal, para a concepção, chegada e cuidado com a vida. (Casal PRÍMULA).*

O contexto ambiental implica na totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular, dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais e culturais. Esse conceito é importante, por contextualizar o domicílio como o local de escolha dos casais para a ocorrência do parto, assistido por profissionais de saúde especialmente preparados para atuarem na assistência ao parto respeitando o plano de parto do casal.

*Na nossa cidade vivemos de forma muito natural, respeitamos a natureza, fazemos parte deste ecossistema, somos vegetarianos, respeitamos as forças da natureza. Temos uma filosofia muito oriental de vida, holística. O parto em nossa concepção faz parte dessa natureza é ecológico, por isso não queremos interferências, quero cantar mantras, pouca luz e que todos participem como se estivessem numa floresta, serão as árvores, os pássaros, o vento, a água, o sol, a terra, ou seja, que todos comunguem a harmonia da floresta. (casal ONZE-HORAS).*

No “parto domiciliar planejado”, assim intitulado na contemporaneidade, é aquele acontece em casa, de forma sistemática e organizada, oferecido para gestantes de risco habitual (entre 37 e 42 semanas gestacionais, sem patologias prévias ou decorrentes da gestação), com consultas e exames de pré-natal acompanhados por profissionais especializados. Assistência ao parto, com profissionais de saúde qualificados, sendo a enfermeira obstétrica uma dessas profissionais. A casa é um local “alternativo” para o parto, porém, para

alguns casais, o lar é percebido como o espaço mais apropriado para trazerem seus filhos ao mundo. A opção por essa escolha traz consigo individualidades, ou seja, crenças, valores e modos de vida específicos para a experiência do parto, confiando que seus bebês terão uma recepção diferenciada num ambiente respeitoso aos instintos, calmo, tranquilo, silencioso, harmoniosos, com o mínimo de intervenções, promovendo a chegada de um ser saudável e que promova uma celebração da vida (COLACIOPPO et al., 2010, LARGURA, 2006; SOUZA, 2005; LESSA, 2003; OSAVA, 1997).

*Senti os hormônios a flor da pele, em cada contração, nunca senti algo assim, parece que fui embotando, virando bicho, não querendo ouvir nada a não ser estar comigo mesma, por isso não queria ninguém por perto. O silêncio do ambiente foi muito importante, algo além do meu corpo tomava conta de mim, é a natureza e o instinto agindo seguindo um curso natural. Percebia uma harmonia entre todos. Uma energia única que me ajudava muito. No momento do nascimento celebramos a vida, energia do cosmos presente no ambiente. (Casal BOCA DE LEÃO).*

#### **Subcategoria 4 – O significado da palavra parto**

Os casais informantes do estudo correlacionaram a palavra parto com diversas conotações positivas, que veem ao encontro com suas crenças, valores e modos de vida, ou seja, sua cultura. O que mostra que estes, não possuem a crença de que o corpo da mulher não dilata, de que a dor é algo insuportável, de que o corpo feminino fica destruído pelo parto.

O significado da palavra parto deflagrada nos depoimentos dos casais o puro significado que da experiência os impregnou. O sentido da naturalidade fisiológica, da ecológica, da espiritualidade, da holisticidade, do processo saúde e doença, dos mais profundos sentimentos positivos da vida, da transcendência, da transformação, do instinto, da sexualidade, da responsabilidade e da ressignificação da vida.

*Luz (Casal ROSA); Instinto animal puro que foge do controle. Início da paternidade efetiva (Casal FLOR AVE-DO-PARAÍSO); Renascimento de todos que estão presentes no parto (Casal AZÁLEA); Feminilidade! (Casal PRÍMULA); Aceitação amorosa do filho que não foi planejado (Casal LÍRIO); Energia*



*de vida* (Casal FLOR DE LOTUS); *Transformação* (Casal FLOR DE FREESIA); *Vida* (Casal CAMÉLIA); *Natureza em ação* (Casal ONZE-HORAS); *Cura* (Casal LAVANDA); *Encantamento* (Casal GIRASSOL); *Experiência única, feliz* (Casal BOCA DE LEÃO); *Amor à vida* (Casal GARDÊNIA); *Coroamento do nascimento* (Casal COPO-DE-LEITE); *Perfeição da natureza* (Casal BEGÔNIA); *Mundo primitivo a flor da pele* (Casal AMAMÉLIS); *uma maravilha da natureza* (casal CRAVO); *Vida e nascimento, chegada* (Casal DÁLIA); *Estar na partolândia, sensação indescritível* (Casal CRISTÂNEMO); *Encontro* (Casal ORQUÍDEA); *Amor e benção é algo divino, nos sentimos em contato com Deus e nossa espiritualidade* (Casal FLOR DO CAMPO); *Transe* (Casal FLOR-DE-LIS); *“Sair da casinha” e ir para o paraíso* (Casal HORTÊNCIA); *Contato real da formação de uma família* (Casal TULIPA); *Felicidade* (Casal MARGARIDA); *Sensação de plenitude e dever cumprido com a vida* (Casal RAFÉSIA); *Fechamento de um ciclo vital* (Casal ACÁCIA); *Uma nova vida* (Casal AMOR-PERFEITO); *Confiança na fisiologia e na natureza* (Casal BRINCO-DE-PRICESA). (Notas de entrevista –NE).

### **Subcategoria 5 – A capacidade de transcendência**

Transcendência também pode significar tornar-se divino ou semelhante a Deus, ultrapassando o meramente humano. É importante enfatizar que isto faz parte da natureza humana, assim como a vida espiritual, mesmo que de fato não possa ser observado.

A necessidade de transcendência é algo intrínseco à biologia e a natureza humana, não pode ser compreendida como um impulso orgânico ou intrapsíquico salvaguardando-se sua qualidade contraditória de transumano. A transcendência expressa uma crise atual na qual há uma transformação histórica, política, social, cultural ou psicológica da humanidade que nos faz testemunhar o protagonismo de um salto qualitativo na evolução da espécie humana, ou seja, uma mutação filogenética, no limiar do surgimento de uma nova humanidade, de uma “nova era” (BOAINAIN, 1999).

*Pra mim foi uma ligação com o Divino, algo transcendental mesmo, que bom que eu vivi isso, eu tinha tanta curiosidade de viver essa experiência. Pra mim foi mágico assim, foi lindo. Ainda tenho*

*medo né, do descontrole que a gente vive.* (Casal HORTÊNSIA).

No nascimento a transcendência poder ser o acometimento mais poderoso do universo é à força do impulso criativo da vida. É misterioso e inexplicável é mais concreto do que a matéria, mais suave do que o pensamento e mais duradouro do que o tempo. A nova vida é fonte de esperança, de energia, é uma possibilidade no caminho da humanidade (CHOPRA, 2006).

“O nascimento é um milagre divino, é um dos momentos mais importantes da vida das pessoas envolvidas, especialmente aqueles que estão diretamente envolvidos, a mãe e o bebê” (CALVETTE; SANTOS; COLLAÇO, 2011, p. 57).

No parto domiciliar planejado, o parto e o nascimento são momentos centrados na família, por este motivo o cuidado pode estar impregnado dos modelos humanizado e holístico de atenção ao parto e nascimento (DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

O contexto ambiental do domicílio é tranquilo, é mais fácil para a mulher relaxar, se expressar e descobrir seu poder feminino de dar à luz. Normalmente os casais já seguem um estilo de vida incomum, mais natural, consciente, holístico-ecológico- espiritual em consonância com sua cultura e assim idealizam o nascimento de seu filho. O nascimento é visto como um processo natural e único, um momento de poder, reconhecimento, renascimento, prazer e dor, de transformação e transcendência (CALVETTE; SANTOS; COLLAÇO, 2011).

*Na hora da saída foi um êxtase, um pedaço do céu na terra, muito amor, me transporte para outro lugar, transcendi de um lugar para outro, levou um tempo para aterrar, nunca mais serei a mesma.* (Notas de Diário (ND) do Casal FLOR AVE-DO-PARAÍSO).

Os casais querem outros modos de parir que não é a opção oferecida pelo sistema de saúde brasileiro, no qual a regra é a hospitalização. São casais que sentem a necessidade de um parto ‘mais natural’ e em casa na contramão do que a modernidade preconizou como inferior e mais arriscado mas que as evidências confirmam que não são e que a contemporaneidade parece querer perpetuar.

Os casais pactuam com a decisão das mulheres e escolhem parir em casa por entenderem que teriam liberdade para gemer, gritar, suar, sangrar, dançar, tomar banho, comer e namorar, entre outras coisas.





Buscam outro tempo, que não o tempo-regulamentar do atendimento obstétrico tecnocrático, querem um espaço que lhe é familiar, conhecido e acolhedor e não o ambiente asséptico e iluminado dos hospitais contemporâneos em uma cama metálica com pés e mãos atadas.

Em casa, o casal conduz sua experiência de parto, procura enriquece-la porque, assim, desejou. A casa é um refúgio e também um espaço-tempo de ação, de acontecimento, de ‘linha de fuga’. Poderíamos aqui cogitar a hipótese de ser um doméstico criativo, tendo em vista a possibilidade de (re) significação de sentidos que pode ocasionar outro universo simbólico de parto, do que é parir. Esse doméstico não pertence exclusivamente à mulher, como teria ocorrido na modernidade. Ele é composto pelo casal, homens e mulheres adeptos do parto humanizado. Ambos parecem compartilhar das tarefas domésticas e da criação de seus filhos, procurando equilibrar *yin* e *yang*. Por isso, poderíamos aqui enxergar também uma diferença com relação à ideia de domesticidade moderna, expressa no domicílio.

Não são poucos, por exemplo, os pais que permanecem com as crianças em casa enquanto as mulheres se retiram para trabalhar. De igual modo, as mulheres não mais pertencem exclusivamente ao lar, mas sim que contam com uma vida profissional bastante ativa e procuram equilibrá-la na medida do possível com a maternidade (CARNEIRO, 2009).

*Foi uma transformação [...] Me transformei, como mulher. Para mim como homem é orgulho, a palavra que me vem à cabeça é orgulho, no sentido da nossa trajetória, das nossas escolhas, da nossa conquista. Foi muito um sentido de realização. Não é só com uma palavra, mas no momento do parto, quando eu o vi, eu senti que tudo valeu a pena sabe, senti que minha vida também se transformou, que nada mais ia ser como era antes, isso de uma forma muito boa. (casal FLOR DE LIS).*

A noção de “interioridade” é fundamental para a demarcação da noção de pessoa. A opção por uma vida espiritualizada leva a pessoa na busca da sua essência pessoal. Para isso utiliza as variadas práticas espirituais e terapêuticas. A vida interior, que é a essência da pessoa possui plenitude quando se conecta a transcendência (a ordem cósmica), é complementar com vida exterior vivida no mundo social espiritual para a transformação. Há evidência de a pessoa voltada para si mesma no seu mundo interior compõe o “ser no mundo” fazendo parte de uma ordem cósmica superior (SOUZA, 2005).

### **Subcategoria 6 – O nascimento em família**

No momento do parto, os casais que decidiram por um parto domiciliar, geralmente se veem acompanhados seus filhos, de amigas (os), familiares que apoiam o parto e das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, sendo estas pessoas do núcleo familiar. Se precipitadamente poder-se-ia cogitar um retorno à família nuclear, assim como em alguns momentos a família parece ter se dilatado, comportando hoje também, laços de amizade.

O casal, na maioria das vezes prefere não contar a família sanguínea da decisão do lugar onde será o parto, quando estes demonstram resistência ao parto domiciliar, mas recorrem aos amigos, que compartilham desse ideário, solicitando a presença dos mais queridos no momento da parturição. Também, explicitam que houve um fortalecimento na relação conjugal e com os filhos.

Por essas questões é que essa casa parece outra, (re) significada a partir do parto, de outro parir, que termina, por sua vez, trazendo à tona a configuração de outras ‘subjetividades’ (CARNEIRO, 2009).

*O parto significou o renascimento familiar, nos fortalecemos, unimos. Como casal, nos apaixonamos e nos amamos ainda mais, nos tornamos mais íntimos e completos como esposos e pais. Nossa relação com nossos filhos se tornou mais madura, mais intensa. Com certeza, foi uma experiência transformadora, que modificou nossas estruturas familiares, nos modificou e nos fez entender mais da vida. (Casal ORQUÍDEA).*

*Nossa! O parto mudou tudo na verdade [...] uma nova vida, a criação de uma nova família. A minhas amigas que participaram desse processo, agora pertencem ao núcleo familiar. (Casal BRINCO-DE-PRICESA).*

No parto domiciliar o bebê apresenta um duplo aspecto da pessoa com seu caráter ao mesmo tempo inerente a essência pessoal - um “viajante”, um “espírito”, e que transcendente fazendo parte da realidade cósmica da natureza e ligado à noção de pessoa enquanto ser “sensível” ao mundo social, cultural ao qual pertence (SOUZA, 2005).

*[...] Ah, eu não sei se eu teria palavras bonitas pra falar, mas foi um momento único, foi um momento mágico, foi algo que marcou na vida. Muito marcante. E foi um momento nosso, interessante, que*



*a gente viveu junto, enfrentou junto, acho que foi um momento do casal, muito forte sabe. Porque depois do parto veio a Hortência, aí a gente passou a ser três. Durante o parto, durante toda a preparação era nós dois que estávamos vivendo isso [...] (Casal HORTÊNCIA).*

Os casais explicitam que houve uma transformação e fortalecimento na relação conjugal, que se iniciou na gestação e culminou com o parto. Os casais que já tinham filhos apontam que houve um crescimento, um amadurecimento na relação familiar pais e filhos.

O nascimento é uma transição do plano espiritual/natural para o mundo exterior, real e é considerado uma “marca” fundamental que vai constituir a pessoa, neste caso, o recém-nascido. O nascimento se impregna no bebê, tendo consequências em sua personalidade e vida futura. O parto é, então, considerado um acontecimento paradigmático para bebê, por isso o contexto ambiental emocional do nascimento deve possuir uma característica harmoniosa. O (s) profissional (is) que atendem ao parto tem que ter muita sensibilidade, amar a vida e transmitir segurança à família que está atendendo, respeitando o silêncio, sendo atencioso e carinhoso com o bebê.

A perspectiva crítica da medicalização do parto presente nos movimentos contra culturais é retomada de maneira própria pelos praticantes de parto domiciliar planejado tanto no discurso quanto na prática, incluindo a dimensão de transcendência. A noção de “autonomia” cultivada pelos casais não se restringe ao gerenciamento racional e imperativo da própria vida, uma vez que se insere, também, numa ordem cósmica superior, isso pode representar um conflito entre a concepção moderna de indivíduo enquanto dono de si e de sua vontade (SOUZA, 2005).

*Foi uma realização. Esse foi o momento mais maravilhoso que tive. Quando passei a mão na cabecinha dela, (antes mesmo dela nascer) foi uma sensação que não dá pra descrever, sei que nunca mais vou esquecer esse momento e nem a carinha dela quando ela acabou de nascer. Ela é a pessoa mais importante da minha vida. Algo que só o universo pode proporcionar. (Casal FLOR DO CAMPO).*

O homem e a mulher só se transformam em um casal de pais quando há apoio mútuo, ou seja, cumplicidade entre ambos (GUTMAN, 2010).

*No parto ele participou de tudo, ajudando as enfermeiras, mas em primeiro lugar me cuidando, fazendo massagens, carinhoso e me apoiando. Ele é muito parceiro, é companheiro na divisão das tarefas. Hoje mesmo ele acordou às sete horas e eu fiquei dormindo. (Casal HORTÊNSIA).*

Os homens, assim como as mulheres, são afetados pela gravidez e nascimento dos seus filhos. A inclusão da figura paterna no planejamento dos cuidados no trabalho de parto e nascimento como participante ativo em todo o processo, traz novas vivências e experiências para a figura paterna e novos desafios aos profissionais de saúde, especialmente às enfermeiras obstétricas, neste caso, precisam estar atentas, também, a figura masculina no parto compreendendo seus medos, expectativas, emoções e responsabilidades.

O homem percebe a dor do trabalho de parto e parto com significados como o sofrimento, enquanto algo necessário para o nascimento, que deve vivenciar com a companheira. Passa a valorizar a capacidade feminina de ultrapassar a dor. Os pais, também podem vivenciam sentimentos contraditórios frente ao medo do desconhecido, do inesperado, das responsabilidades inerentes ao seu novo papel e as emoções que esse momento desencadeia. A transição para a parentalidade é um momento de grande vulnerabilidade emocional tanto para a mãe como para o pai (GARCÊS, 2011).

*Foi à experiência mais forte que passei, é uma experiência forte e fico bem feliz de ter conseguido. Sofri junto com ela cada contração, dá medo por não saber o que fazer, tentei fazer minha parte de estar junto dela o tempo todo, mas quando vi a carinha dele me senti pai, fui às nuvens, chorei. Foi muita emoção. Agora é uma nova responsabilidade, somos realmente uma família. (Casal AZÁLEA).*

### **Subcategoria 7 – A escolha do domicílio em detrimento do hospital**

O parto domiciliar apesar de poder ter um desfecho de encaminhamento, os casais o consideraram preferível ao hospitalar, porque resgata o ambiente familiar, da oportunidade ao pai e à família de participarem, uma volta ao natural, um aumentando do domínio e do controle da situação, assim o acréscimo da liberdade e a responsabilidade pelo casal. O parto no domicílio resgata a autonomia, o empoderamento e é um direito reprodutivo do casal.



Um estudo na Suécia aponta que culturalmente os motivos relatados pelos casais para não escolherem o parto hospitalar são a descrença e desconfiança em relação à qualidade da assistência hospitalar, o custo elevado, os sentimentos e percepções em relação ao ambiente hospitalar e ao comportamento dos profissionais. Mulheres que decidiram de dar à luz em casa basearam-se na informação verbal, visual e intuitiva existente. Em Baloch no Irã as mulheres optaram pelo domicílio por confiarem na sua própria intuição, na sua parteira e no apoio psicossocial de suas famílias para transferi-las para o hospital em caso de complicações (OLLITTA, 1988; SAEEDI, et al., 2013).

*Hospital nem pensar, temos horror tudo que se ouve falar. Lá as mulheres até podem ter um acompanhante, mas continuam sob a responsabilidade dos profissionais que decidem quando isso, quando aquilo. Mesmo maternidades humanizadas se houve falara de muitas práticas violentas tipo: subiram na barriga da mulher, cortaram o períneo, recebeu soro para ter mais contração. O pai coitado fica ali sem poder fazer nada com medo de que o expulsem do ambiente por incomodar. Claro sabemos que temos que estar prontos para o plano B, ser encaminhados, por isso preparamos as malinhas, simulamos a experiência de uma cesariana, trabalhamos a questão do parto cerebral [...]. Fomos conhecer as maternidades. Não dá mesmo, com toda a parte de hotelaria, nunca, jamais seria como na nossa casa. Ficamos dias conversando se precisaríamos ser encaminhados, mas teremos apoio das enfermeiras. (Notas do Diário (ND) do Casal COPO-DE-LEITE).*

As diferentes culturas apontam uma convergência com os casais brasileiros, deste estudo, por apresentam motivos parecidos para não optarem pelo hospital, porém quando um encaminhamento é necessário o apoio do profissional e dos familiares são fundamentais.

*Eu na verdade nunca me imaginei parindo num hospital, nunca nem passou pela minha cabeça sabe, não sei nem da onde surgiu a ideia de ter em casa, pra mim sempre achei que tinha que ser assim, nunca pensei de outra forma na verdade. E aí tudo foi automático, por eu estar aqui na ilha e existir a Equipe Hanami. (casal BRINCO-DE-PRICESA).*

## **Categoria 2 – O parto domiciliar planejado é contra hegemônico: um conflito sociocultural**

Na atualidade, o que é mais conhecido pela população é o modelo hegemônico de assistência ao parto que se caracteriza mais por utilizar uma abordagem intervencionista e hospitalar (DAVIS-FLOYD; JOHN, 2004).

A escolha pelo parto domiciliar planejado passa por várias questões emocionais, culturais e sociais que vão sendo compreendidas e superadas ao longo da gestação. Superam-se as críticas dos profissionais que não se baseiam em evidências científicas, as críticas de familiares e amigos que imaginam ser uma loucura, as próprias dúvidas, medos e incertezas quanto ao parto, quanto à segurança, quanto à logística. Há todo um preparo, uma sintonia, uma espera. Então, acontece o tão esperado e desejado “parto” e a crença de que tudo foi vencido pelo sistema, porém ainda existem mais algumas barreiras a serem vencidas e, uma delas é o registro da criança (FRANK, 2013), outras são os profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, para vacinação, teste do pezinho e a consulta com pediatra. Além de outros profissionais que estão despreparados, ou imbuídos de preconceitos que não se poupam em expressá-los, fazendo com que mulheres e casais sintam-se culpados e mais uma vez vítima do sistema.

O cuidado cultural congruente é pouco conhecido pela população, pois este parte de princípios éticos e respeito mútuo, no qual é possível o ser cuidado ter autonomia, liberdade e poder para tomada de decisão. Quando se compartilha saberes (popular e profissional), há possibilidades de construção de novos conhecimentos, o que facilita a comunicação e a interação entre os dois lados (SEIMA et al., 2011).

Ancorada no conhecimento científico e no conhecimento popular, a enfermeira tem a possibilidade de com o cliente decidir sobre as ações que devem ser preservadas, negociadas ou repadronizadas, na busca de cuidado significativo e satisfatório para ambos (LEININGER, 1985a).

A Equipe Hanami possui uma grande preocupação com as violências que os casais podem sofrer pela escolha no parto domiciliar planejado, por isso, utiliza como estratégias ações de preservação, negociação ou repadronização de algumas crenças. Temos como recomendações: 1- O obstetra, que vai acompanhar a gestação seja um parceiro da Equipe, ou seja, a favor desta prática. 2- Na gestação o casal deve escolher um pediatra e já fazer uma consulta no pré-natal, seja ele, da rede pública ou privada. 3- Ir ao cartório, na gestação, para se apresentar e explicar que terá um parto domiciliar, pois a Equipe Hanami mesmo depois de muita luta ainda não possui Declaração de



Recém-Nascido vivo (DNV) e alguns cartórios precisam providenciar a DNV com a Secretaria Municipal de Saúde para o registro. 4-Orientações sobre a necessidade de encaminhamento, pois quando é para hospital público a violência é ainda maior, entre outras. Mesmo com todo o cuidado tomado pela Equipe é frequente, a discriminação e a violência social, provocada pela escolha do parto domiciliar.

### **Subcategoria 1 – a discriminação sociocultural do parto domiciliar planejado**

O parto domiciliar está culturalmente impregnado na sociedade como algo perigoso e integrante do passado. O ambiente hospitalar remete a uma segurança que nem sempre é efetiva, caso aconteça intercorrências durante o parto. A ideia de um parto domiciliar soa, na maioria das vezes, como irresponsabilidade da mulher que o escolhe. O fato é que em qualquer que seja o ambiente onde parto se realiza, existem riscos que devem ser avaliados e levados em consideração, de acordo com cada caso, mas nada impede que uma mulher que tenha gravidez de risco habitual possa ter seu parto em domicílio, quando assistida por profissionais de qualidade (ANDRADE; REZENDE; ALVES; LESSA, 2012).

Os casais FLOR DE LIS e FLOR DO CAMPO expressam que foram vítimas de discriminação sociocultural, quando são chamados de loucos, de irresponsáveis e até de desinformados, pois a lógica da atualidade no Brasil é a cesariana, parto normal é algo ultrapassado. Mesmo seguindo a recomendação de ir ao cartório, na gestação, para evitar problemas no registro é estonteante pensar que o profissional do cartório desconheça a prática do parto domiciliar e faz do casal mais uma vítima do sistema.

*Vocês são loucos. Nossa! A maioria aspectos negativos. Só no cartório que foi muito engraçado, ela perguntou em que hospital ele nasceu. Eu falei em casa, que foi parto domiciliar. Ela falou: não pode, não sei o que. Ela deve ter pensado: esses dois são totalmente pirados da cabeça. (Casal FLOR DE LIS).*

*Muitos acharam loucura da nossa parte, acharam um risco muito grande... questionaram a falta de médico e o perigo de alguma complicação, acharam que hoje em dia está tudo muito prático, que temos informação o suficiente, que o mundo está globalizado, que estamos informatizados e que é*

*ridículo no mundo de hoje a gente querer voltar ao passado e nascermos como nossos pais e avós!*  
(Casal FLOR DO CAMPO).

Cabe destacar que a imposição cultural (LEININGER, 1991) e social da percepção do parto como risco patológico, por parte de pessoas da família, de instituições como cartórios e maternidades, dos profissionais da saúde em geral, que não respeitam a decisão do casal, possuem bases fundamentadas na “segurança cultural”, (LEININGER; MC FARLAND, 2006; WILLIAMSON; HARRISON, 2010; PAESE; SASSO, 2013) e provocam na grande maioria das vezes conflitos familiares, profissionais e até sociais.

O domicílio é uma opção das mulheres, no sistema de saúde, como local para o parto em vários países tais como: Canadá, Austrália e Países Baixos. Publicações internacionais assinalam que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar, ou seja, a cultura do parto domiciliar planejado em outros países não possui conotação negativa. No Brasil, essa cultura está se transformando. Resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas mostram-se como uma opção comprovadamente segura e culturalmente aceita como benéfica pelas mulheres e casais (COLACIOPPO et al, 2010; KOEKTTER et al., 2012; COX, 2013).

Os casais PRÍMULA e HORTÊNSIA mostram a decepção, a frustração e trauma frente aos comportamentos dos profissionais obstetras, pois foram em busca de apoio profissional para a opção, tão desejada, do parto domiciliar planejado. Não foi diferente em relação a amigos e familiares que pactuam com o modelo hegemônico tecnocrático de atenção ao parto, que percebem o parto domiciliar como uma ofensa sociocultural.

*O pior foi de nosso primeiro obstetra, que entre relatos sangrentos sobre seus mais de 30 anos de obstetrícia, nos chamou de adolescentes por crermos que o parto era algo natural e que poderia ser domiciliar, ele comparou as suas estatísticas de mais de 30 anos regadas de filmes de terror, com as favoráveis estatísticas da Equipe Hanami “porém” de poucos anos. Foi bastante difícil esquecer as palavras dele, mesmo que instantaneamente elas já nos causaram negação.* (Casal PRÍMULA).

*[...] a grande dificuldade foi com os médicos mesmo né, foi a sensação de ser desconsiderada no processo*



*todo assim né, no pré-natal, e principalmente na preparação para o parto, de não ter amparo com a minha opção de ter em casa. É um assunto até que eu tenho dificuldade de falar com varias amigas minhas, que são a favor da cesárea, que são contra o atendimento domiciliar. Eu tenho uma amiga, que eu já não falo mais com ela sobre isso, porque ela vai dar vários argumentos que o hospitalar é melhor. E parece assim, que eu estou agredindo ela. Ah, na minha família foi complicado, quando estava na reta final eles quiseram se pronunciar, quiseram dar opinião, não estavam muito seguros dessa opção, né! Mas a gente deixou claro que era a melhor opção, que era nossa escolha também. (Casal HORTÊNSIA).*

Um mecanismo de defesa utilizado pelos casais informantes ACÁCIA e TULIPA para que não haja conflitos e desrespeito aos seus desejos é a opção por esconderem das pessoas, dos profissionais, dos familiares e amigos suas reais intenções em relação ao local do parto. Estes casais tiveram muito acesso a informação em leituras, filmes, documentários e até depoimentos de amigos para chegarem à decisão pelo parto domiciliar planejado e por isso não querem a interferência da cultura hegemônica predominante em nossa sociedade.

*Preferimos não contar para ninguém da família... sabe como é tem muito médicos e isso nos traria grandes problemas, assim só vão saber depois que nasceu e já não há mais nada a fazer a não ser aceitar. (Casal ACÁCIA).*

*Contamos para a família no início, mas o bombardeio vou violento e ficamos muito estressados por isso decidimos dizer que mudamos de ideia e teríamos na maternidade X. pronto a partir daí tudo se acalmou. Depois do nascimento se sentiram orgulhosos e contavam para as pessoas como fomos decididos e fortes. (Casal TULIPA).*

A “segurança cultural” da mulher/casal é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde, para que isso aconteça é um pré-requisito para o bom desempenho do trabalho, para tanto alguns fatores são avaliados, tais como (PAESE; SASSO, 2013, p. 303):

**1 - satisfação do trabalho:** positividade da experiência do trabalho desenvolvido; **2 - Cultura**

**do trabalho em Equipe:** percepção da qualidade de colaboração entre os profissionais da Equipe; **3 - Condições de trabalho:** percepção na qualidade do ambiente de trabalho e suporte de logística; **4 - Comunicação:** transferência da informação e do conhecimento; **5 - Segurança do paciente:** prevenção e melhoria dos resultados de eventos adversos; **6 - Educação permanente:** encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho; **7 - Gerência:** ações gerenciais; **8 - Reconhecimento do estresse:** reconhecimento de como o desempenho é influenciado pelos fatores estressantes e **9 - Erro:** evento que pode ser evitado pelos profissionais de saúde mediante a adoção de medidas preventivas.

Neste sentido, a Equipe Hanami, se esforça continuamente em melhorar seu cuidado junto aos casais, por isso, reconhece a importância da “cultura da segurança” (LEININGER; MC FARLAND, 2006) que inclui um compromisso em discutir com o casal sobre o cuidado no processo de gestação parto e puerpério, assim como, aprender com o erro.

### **Categoria 3 – A intimidade do casal**

Discutir a existência de uma (re) significação do doméstico e da intimidade à luz de mulheres, adeptas do ideário do parto humanizado que experimentaram um ‘parto domiciliar’ é um desafio, pois esse doméstico que, ao que parece, receberá outra significação no e para o parto. Desse modo, trago a cena desse outro doméstico, bem como sua conexão com a intimidade e com o público para pensarmos no enriquecimento das experiências de parto e possibilidade de (re)significação, que sinalizam a possibilidade de transformações para a configuração de ‘novas subjetividades femininas’ na contemporaneidade (CARNEIRO, 2009).

O domicílio surge como um ambiente totalmente propício para a expressão dos gemidos, dos gritos, da sexualidade e até mesmo da agressividade, ou seja, da intimidade do casal.

*A gente tá vivendo o céu (relação sexual depois do parto). (Casal FLOR AVE-DO-PARAÍSO).*

Falamos aqui de casais que querem tecer outra relação com seus corpos, que querem senti-los dilatando, pulsando, que não querem a tecnologia e a segurança dos hospitais, que querem outras experiências



de parto. Para isso, recorrem à casa, que não aprisiona e sim permite que as mulheres possam ser independentes, que trabalhem, que ocupem postos importantes na sociedade e desejem um parir diferentemente. Um domicílio que promove a subjetividade dos casais que buscam a sexualidade, uma liberdade sexual, no que antes fora considerado local por excelência da contenção e da nutrição (CARNEIRO, 2009), agora é um direito sexual e reprodutivo do casal (LIMA, 2013).

A discussão sobre o local de parto deve se ajustar, fundamentalmente, em dois planos: respeito à autonomia e ao protagonismo feminino, pois a escolha do local de parto é um direito reprodutivo básico. Para tanto, reconhecê-lo utilizando uma correta interpretação das evidências científicas é fundamental ao ser comparar partos domiciliares planejados com partos hospitalares em gestantes de risco Habitual. Na atualidade, não se pode mais aceitar o processo de tomada de decisão baseado unicamente nas concepções e na experiência do prestador de cuidado. Porque por definição, a Medicina Baseada em Evidências consiste na integração harmoniosa da experiência clínica individual com as melhores evidências científicas adequadamente disponíveis e com as características e expectativas dos clientes, neste caso, dos casais (AMORIM, 2013).

*Sempre tivemos uma sexualidade muito ativa, no início da gravidez deu uma diminuída, acreditamos ser normal, até por conta dos desconfortos e da dificuldade que tivemos em aceitar a gestação. Depois disso o processo ferveu, a libido dela aumentou e a minha também consequentemente. Foi algo diferente, pois ela continuou amamentando, mas tudo era bom, as sensações se intensificaram. No pós-parto tudo mudou agora tudo gira em torno das crianças e naturalmente tanto para mim quanto para ela tudo está calmo, mas sem problemas. Nosso foco agora é outro. A cada parto acho que nossa relação íntima fica melhor. O primeiro parto foi há 28 anos no hospital com fórceps, o segundo a 3 anos no hospital trabalho de parto induzido, longo e com episiotomia. Agora um parto em casa sem laceração e super-rápido. A cada experiência o processo sempre é de evolução, a intimidade e a cumplicidade maior, a sensibilidade aumenta. Tudo melhora afinal estamos juntos há 29 anos. (Casal LÍRIO).*

Durante o parto, o marido/companheiro deve ter um papel

“ativo”. Auxiliando em várias atividades, fazendo massagens, preparando um banho de assento, caminhando com a mulher, preparando um lanche, etc., mas sua presença é também fundamental para o conforto afetivo da mesma. O marido deve também “ativar a sensualidade de sua mulher” uma vez que a sexualidade é também considerada um fator que potencializa o parto (SOUZA, 2005).

A preparação para o parto pelo casal é fundamental para que os desdobramentos na gestação, no parto e no puerpério sejam mais suaves e tranquilos.

*[...] sim uma correlação entre parto e sexualidade, na gestação a libido aumenta, então fizemos amor diariamente, porém apenas após o parto, não durante. Acredito na divina habilidade da mulher ter sido criada por Deus para ser a “ponte” para o nascimento de um ser humano. A sexualidade, o amor, são o início desta ponte e o parto, a chegada, a linha final desta ponte. (Casal ROSA).*

Cabe destacar que há casais que utilizam práticas diversas na sexualidade na gestação, assim como, o sexo Tântrico, que possui filosofia e pensamento próprio sobre a sexualidade na gestação. Um grande desafio para os profissionais é exatamente conhecer a individualidade de cada casal buscando conhecimento específico sobre cada temática para que todo o processo de cuidado preserve a cultura do casal, o que possibilita a satisfação com o cuidado.

Durante a prática assistencial (PCA) foi possível exercitar a preservação do cuidado cultural que é preconizado na teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 1991), com relação à prática do sexo tântrico.

*Na gestação, não tivemos relações sexuais. Acreditamos na visão do sexo tântrico ou da magia sexual, onde se crê que durante a gestação toda energia sexual da mulher deve se direcionar para a gestação, ter relação sexual seria furtá-la do ser sendo formado. Nos atos sexuais normais é a mulher quem tem energia sexual mais forte para fazer a kundaline (energia ou fogo sexual) ser conduzida aos locais adequados no corpo durante o sexo. Não senti libido durante a gestação nem durante trabalho de parto. No pós-parto, após uns 50 dias me senti pronta para meu marido. Do ponto de vista físico senti uma pequena sensibilidade no canal vaginal, mas que se neutralizou com auxílio de gel. No mais,*

*foi tranquilo. Não senti minha libido plenamente normal após o parto, mas o carinho e amor por um parceiro que esperou nove meses junto comigo e nosso bebê merecia e estimulava o retorno da nossa vida sexual. Com o tempo voltou ao normal. O parto terá influência na nossa sexualidade, pois nos transformou positivamente na maneira como vemos um ao outro, achamos que o encantamento um pelo outro aumentou, nos tornou ainda mais íntimos e profundamente ligados. Viver um parto com um parceiro totalmente entregue ao acontecimento é algo que poucas mulheres, infelizmente, podem ter. Não há como passar por este processo e sairmos iguais em nenhum âmbito, o amor que sentíamos um pelo outro deu mais alguns passos de amadurecimento e isso se reflete na sexualidade. Outro fato importante é que não fomos estigmatizados pela Equipe. (Casal PRÍMULA).*

O sexo tântrico não para qualquer pessoa, apenas para pessoas “preparadas”, que aprendem o caminho com um mestre. A ideia central do sexo tântrico é preservar e acumular a “energia” sexual, evitando a ejaculação e tendo orgasmos cada vez mais intensos (BURGIERMAN; SOALHEIRO, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar no parto e nascimento a partir do modelo humanizado, com possibilidade de transcendência para um modelo holístico, é um dos grandes desafios do século XXI. Ultrapassar o modelo tecnocrático é instigante porque envolve transformações culturais, que perpassam pela própria sociedade em que vivemos e configuram um dos desafios atuais nos campos da saúde e da formação profissional.

A experiência positiva dos casais concretiza o significado de que o parto domiciliar planejado é um ideal por ser coerente com o estilo de vida, crenças e valores, ou seja sua cultura. Os casais fazem parte integrante da contracultura do modelo tecnocrático de atenção ao parto vigente em nosso país, para eles, o modelo holístico-ecológico-cultural é mais congruente e significativo na experiência do parir e nascer num novo tempo.

A ideia de “segurança cultural” do casal está ligada à privacidade proporcionada, à relação construída com as enfermeiras obstétricas no

pré-natal, parto e puerpério, no respeito as suas histórias pessoais. Por estarem cercados de pessoas de sua confiança, num ambiente adequadamente preparado para o parto, possibilitando a liberdade de expressão de sentimentos, comportamentos, rituais, ou seja, respeito ao seu modo de vida.

O contexto ambiental do domicílio implica na totalidade de uma experiência particular que respeita as dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais e culturais do casal, trazendo a tona o domicílio como o local de escolha dos casais para a ocorrência do parto, assistido por profissionais de saúde especialmente preparados para atuarem na assistência ao parto respeitando o plano de parto do casal.

O significado da palavra parto deflagra a pura definição da experiência que os impregnou. Traduzindo a naturalidade fisiológica, ecológica, espiritual, holística e cultural do processo saúde e doença, expressão dos mais profundos sentimentos positivos da vida, a transcendência, a transformação, a expressão da sexualidade, a responsabilidade e possibilidade de ressignificação da vida.

A capacidade de transcendência significar a proximidade com divino ou semelhante a “Deus”, ultrapassando a natureza humana, assim como a vida espiritual, mesmo que de fato não possa ser observado visualmente. Aponta para o acometimento mais poderoso do universo é à força do impulso criativo da vida.

O nascimento em família significa uma experiência que ultrapassa o núcleo familiar, possibilita o compartilhar a experiência com pessoas significativas promovendo uma ressignificação do parto, constituindo uma nova forma de parir que é envolta subjetividades. No parto domiciliar o bebê é uma pessoa com seu caráter ao mesmo tempo inerente a essência pessoal - um “viajante”, um “espírito”, e que é transcendente fazendo parte da realidade cósmica da natureza e ligado à noção de pessoa enquanto ser “sensível” ao mundo social, cultural ao qual pertence. A transição para a parentalidade é um momento de grande vulnerabilidade emocional tanto para a mãe como para o pai.

O parto domiciliar apesar de necessitar um desfecho em encaminhamento, é considerado pelos casais como o parto preferível ao hospitalar, porque resgata o ambiente familiar, da oportunidade ao pai e à família de participarem, possibilita uma volta ao natural, um aumento do domínio e do controle da situação, assim como, o acréscimo da liberdade e da responsabilidade pelo casal.

O parto é compreendido como pertencente ao universo do sagrado. O sagrado é a fonte de integridade, unidade e força vital. Neste sentido, os casais do estudo percebem o domicílio local do parto como



parte integrante da natureza sagrada.

A discriminação sociocultural do parto domiciliar planejado é uma verdade que está culturalmente impregnada na sociedade contemporânea pela crença do parto como risco patológico e integrante do passado, desrespeitando as evidências científicas e a decisão do casal, que possuem bases fundamentadas na segurança, provocando conflitos familiares, profissionais e culturais.

O domicílio surge como um ambiente totalmente propício para a expressão dos gemidos, dos gritos, da sexualidade, por este motivo ativar a sensualidade da mulher é também considerado um fator que potencializa o parto. Nesta perspectiva há uma valorização do direito do casal no que diz respeito à sua saúde reprodutiva e sexual como direito humano e constitucional.

A presença legal da Enfermagem Obstétrica com o seu saber/fazer pautado na busca do modelo humanizado, aponta caminhos para uma transcendência para o modelo holístico do cuidado durante o parto domiciliar planejado e os desafios postos para a transformação/aprimoramento, empreendedorismo e legitimação profissional no campo da saúde reprodutiva e sexual da mulher e do casal, precisam ser levados em consideração.

Este estudo trará contribuições, pois mostra que o significado da experiência vivida pelos casais no parto domiciliar planejado como a concretização de um ideal, com acompanhamento profissional da enfermeira obstétrica. É natural, cultural e holístico-ecológico; geradora dos mais profundos sentimentos positivos da vida. É uma experiência que favorece a transformação na sexualidade, na responsabilidade e na ressignificação da vida. É transcendência cósmica da natureza, um milagre divino ou semelhante a Deus. É sagrado, ultrapassando o meramente humano, é parte da natureza humana, assim como a vida espiritual. É o protagonismo de um salto qualitativo na evolução da espécie humana, no limiar do surgimento de uma nova humanidade. É o acometimento mais poderoso do universo. É à força do impulso criativo da vida. É misterioso e inexplicável. É uma experiência que resiste ao tempo. É fonte de esperança, de energia, da vida recém-chegada. É uma possibilidade no caminho da humanidade. É fortalecimento na relação do casal e da família. É um desafio à superação da **DISCRIMINAÇÃO SOCIOCULTURAL**. É integrante do modelo holístico de cuidado e conseqüentemente é a contra cultural ao modelo tecnocrático. Neste contexto, este estudo poderá ajudar os profissionais e casais a melhor compreenderem porque a opção do parto domiciliar planejado tem sido tão cogitada no mundo contemporâneo.

Apesar de todos os significados atribuídos pelo casal, que demonstram satisfação com o parto no domicílio planejado é lamentável que a política pública de saúde vigente no campo da saúde reprodutiva e sexual, ainda não reconheça esta modalidade de parto que já é reconhecida internacionalmente.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M. **Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências**. Guia do Bebê [On Line]. 2012 Ago. 08. Disponível em: <<http://guiadobebe.uol.com.br/parto-domiciliar-direito-reprodutivo-e-evidencias/>>.\_Acesso em: dezembro de 2013.

ANDRADE, D. M. C.; *et al.* A vivência e percepção do parto domiciliar na voz das mulheres. **Rev. Enferm. UFPE [on line]**. v. 6, n. 9, p. 2119-26, set. 2012. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4344](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4344)>. Acesso em: dezembro de 2013.

BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**, 1990. 190 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consentimento informado normatizado pela Resolução 196/96**. Brasília (DF), 1996b.

BOAINAIN, E. **Tornar-se transpessoal: transcendência e espiritualidade**. São Paulo: Summus editorial, 1999.

BURGIERMAN, D. R.; SOALHEIRO, B. A ciência do sexo. Afinal, como a ciência pode melhorar a sua vida sexual? **Revista SUPERINTERESSANTE**. São Paulo, n. 189, junho. 2003. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/ciencia-sexo-443922.shtml>>. Acesso em: dezembro de 2013.

BURIGO, R. A. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significados da experiência para as mulheres**. 2013. 139 f.





Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CALVETTE, M. F; SANTOS, E. K. A; COLLAÇO, V. S. Planned homebirth in Brazil with nurse-midwife assistance: perceptions of women and companions. **Midwifery Today**. Eugene-Oregon (USA), n. 98, p. 55-68, summer 2011.

CARNEIRO, R. Parto domiciliar: ressignificação do doméstico e cronotopias da intimidade. In: XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA ANPUH. Universidade Federal do Ceará. **Anais...** Fortaleza, 12 a 17 de julho de 2009.

CHOPRA, D. **Origens mágicas, vidas encantadas: um guia holístico para a gravidez e o nascimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco LTDA, 2006.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

COLACIOPPO, P. M.; *et al.* Parto planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, series III, n. 2, p. 81-90, dez. 2010.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 75, n. 1, p. 5-23, nov.2001.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G.S. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2004.

ELIADE, E. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

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

FEYER, I. S. S.; *et al.* Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 6, p. 879-86, nov-dez. 2013b.

FRANK, T. C. Quando é mais fácil parir do que registrar. **Vila mamífera** (on line). 26 agosto, 2013. Disponível em <<http://vilamamifera.com/parteraurbana/quando-e-mais-facil-parir-do-que-registrar/#>>. Acesso em: dezembro de 2013.

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-9, fev. 2013.

GARCÊS, M. M. F. **Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade.** 2011. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Escola Superior de Enfermagem, Porto (Portugal), 2011.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra.** Rio de Janeiro: Best Seller Ltda, 2010.

LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Edição do Autor, 2006.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: Wiley & Sons, 1978.

\_\_\_\_\_. **Qualitative research methods in nursing.** Orlando: Gruner, 1985.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER M. M.; MC FARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York (NY): McGraw-Hil, 2006.

LESSA, H. **Parto em casa: vivências domiciliares.** 2003. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MEDEIROS, R. M. K; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4,



p. 765-72, dez. 2008.

NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-30, fev. 2006.

ODENT, M. **A cientificarão do amor.** Florianópolis: Saint Germain, 2002.

\_\_\_\_\_. **Água e sexualidade:** a importância do parto ecológico. Florianópolis: Saint Germain, 2004.

OLLITTA, I. **Parto domiciliar:** relato de experiência. 1988. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)- Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PAESE; F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, abr./jun. 2013.

SAEEDI, Z. A.; *et al.* Childbirth at home: a qualitative study exploring perceptions of risk and risk management among Baloch women in Iran. **Midwifery.** London, v. 29, n. 1, p. 44-52, January. 2013.

SEIMA M. D.; *et al.* A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.851-7, out-dez. 2011.

SJÖBLOM, I.; NORDSTRÖM, B.; EDBERG, A. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. **Midwifery.** London, v. 22, n. 4, p. 348-55, Dec. 2006.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa:** um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 155f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder:** o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.



### 5.3 MANUSCRITO 4 - PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO PRÉ-NATAL

#### **PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO PRÉ-NATAL**

**Título abreviado para cabeçalho:** A percepção do casal sobre a  
processo de cuidar utilizado no pré-natal pela Equipe Hanami no parto  
domiciliar planejado.

**Autores:** Vania Sorgatto Collaço<sup>1</sup>, Evangelia Kotzias Atherino dos  
Santos<sup>2</sup>

**Autor responsável pela correspondência:**

**Vania Sorgatto Collaço**

Endereço: Rua Francisco José Ramos, n. 33. Itacorubi.

CEP: 88034-210 - Florianópolis/SC.

Fone: (48) 99717789 ou (48) 30281670

E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

---

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutoranda do Programa da Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Tel: 99717789. E-mail: vania.collaco@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (NFR/PEN/UFSC). Membro e líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: gregos@matrix.com.br

**PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO:  
PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR  
DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO  
NO PRÉ-NATAL**

**RESUMO**

Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), qualitativa, com objetivo de analisar a percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no pré-natal. Participaram do estudo 30 casais, de outubro/2011 a novembro/2012. Os dados foram coletados por meio de observação participante com registros em diário de campo e de entrevista semiestruturada. A análise compreendeu as etapas do processo de apreensão, síntese, teorização e transferência. O referencial utilizado foi a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural e os modelos de atenção ao parto. Resultados: emergiu uma categoria central: percepções sobre o processo de cuidar no pré-natal e três subcategorias: a Equipe Hanami desenvolve no pré-natal, estratégias para o cuidado cultural congruente a partir do acolhimento, confiança, segurança cultural, autonomia profissional e competência cultural. Promove educação para a saúde e trabalha com evidências científicas no cuidado aos casais. Há um fortalecimento da autonomia e do protagonismo que empoderam o casal e a formação de vínculo com a equipe, sendo um pré-natal sensível. Considerações finais: as percepções dos casais sobre o processo de cuidar no pré-natal aponta que o trabalho da Equipe Hanami promove acolhimento, valorizando o ser humano e sua cultura, oportuniza a educação em saúde, prepara o casal ser protagonista do processo de nascimento e também da relação familiar. Nas consultas, realizadas no domicílio, demonstra sensibilidade, segurança e acompanhamento, sobretudo, no final da gestação sem fragmentar o processo de nascimento, sendo um diferencial de cuidado o respeito à cultura e a autonomia do casal.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Cultura.



**GIVING BIRTH AND BEING BORN INTO A NEW TIME:  
THE MEANING ASSIGNED BY COUPLES ABOUT THE  
PROCESS OF CARE IN PRENATAL BY HANAMI TEAM ON  
PLANNED HOMEBIRTH**

**ABSTRACT**

Convergent care research (PCA), qualitative, aiming to identify the meaning assigned by couples about the process of care in prenatal by Hanami Team on planned homebirth. The study included 30 couples from October/2011 to November/2012. Data were collected through participant observation records in a field diary and semi-structured interview. The analysis comprised the steps of collection, synthesis, theory and transfer process. The framework was the Theory of Diversity and Universality Cultural Care and models of care delivery. Results: a central category emerged: perceptions about the process of prenatal care and three subcategories: Hanami Team develops prenatally strategies for cultural congruent care from reception, trust, cultural security, professional autonomy and cultural competence. Promotes health education and works with scientific evidence in caring for couples. There is a strengthening of autonomy and leadership that empowers the couple and the bond within the team, being a sensitive prenatal care. Final Thoughts: the meaning assigned by couples about the process of care in prenatal shows that the work of Hanami Team promotes acceptance, valuing the human being and its culture, favors the health education, prepares the couple to be the protagonist of the birth process and also the family relationship. On appointments held at home, demonstrates sensitivity, security and monitoring, especially in late pregnancy without fragment the process of birth, being a differential care in the respect to the culture and the autonomy of the couple.

**Keywords:** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Nursing Care. Culture.

**PARIR Y NACER EN UN NUEVO TIEMPO:  
PERCEPCIÓN DE LA PAREJA SOBRE EL PROCESO DE  
CUIDAR DEL EQUIPO HANAMI EN EL PARTO EN LA CASA  
PLANEADO EN EL PRENATAL**

**RESUMEN**

Pesquisa Convergente-Asistencial (PCA), cualitativa, con el objetivo de analizar la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del Equipo Hanami en el parto en la casa planeado en el prenatal. Participaron del estudio 30 parejas, desde octubre/2011 hasta noviembre/2012. Los datos fueron colectados por medio de observación participante con registros en el día a día de campo y de entrevista semiestructurada. El análisis comprendió las etapas del proceso de inquietud, síntesis, teorización y transferencia. El referencial utilizado fue la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural y los modelos de atención al parto. Resultados: surgió una categoría central: percepciones sobre el proceso de cuidar en el prenatal y tres su categorías: el Equipo Hanami desenvuelve en el prenatal, estrategias para el cuidado cultural congruente a partir del acogimiento, confianza, seguridad cultural, autonomía profesional y aptitud cultural, promueve educación para la salud y trabaja con evidencias científicas en el cuidado a las parejas. Hay un fortalecimiento de la autonomía y del protagonismo que empoderan la pareja y la formación del vínculo con el equipo, siendo un prenatal sensible. Consideraciones finales: las percepciones de las parejas sobre el proceso de cuidar del prenatal apunta que el trabajo del Equipo Hanami promueve acogimiento, valorando el ser humano y su cultura, dando oportunidad a la educación en salud, prepara la pareja para ser protagonista del proceso de nacimiento y también de relación familiar. En las consultas, realizadas en la casa, muestra sensibilidad, seguridad y cuidados, sobretudo, en el final del embarazo sin fragmentar el proceso de nacimiento, siendo un diferencial de cuidado al respecto a la cultura y a la autonomía de la pareja.

**Palabras Claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Cultura.





## INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, a gestação é um processo individual, vivido pela gestante de forma peculiar, gerando nelas e familiares (pessoas significativas) transformações físicas e emocionais. Nesse processo, a mulher pode deparar-se com sentimentos de medo, angústia, insegurança, dúvidas e curiosidades sobre a gestação e processo de parir. A assistência pré-natal tem como objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada acontece pela incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e, munida de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2006b).

O acompanhamento pré-natal abrange orientações à saúde e os encaminhamentos necessários para que a gestação se desenvolva dentro dos parâmetros desejáveis. Assim, o profissional de saúde, sobretudo a (o) enfermeira (o) obstétrica (o) deve estar atenta (o) e valorizar os aspectos biopsicossociais, culturais e econômicos em que a gestante e sua família estão inseridas, dispondo-se a escutar suas necessidades (SIQUEIRA, 2001; BRASIL, 2001).

Considerando esta complexidade, a Rede Cegonha, iniciativa ambiciosa e pioneira dentre as políticas públicas de saúde, visa alcançar entre muitos de seus objetivos, a redução de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no Brasil. É uma estratégia do Ministério da Saúde que é operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde e está embasada na humanização e assistência às mulheres, recém-nascidos e crianças, na qual se reafirmam os direitos a: ampliação do acesso, acolhimento, melhoria da qualidade do pré-natal; na atenção humanizada. Além disso, busca garantir o transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção; acompanhante no parto de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. Nesta nova proposta, a atenção à saúde é centrada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais, gênero, assim, como a diversidade da população. Inicia no pré-natal e procura garantir que a Equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses

sujeitos (BRASIL, 2012a; 2013).

O pré-natal é também uma oportunidade para compartilhar conhecimentos sobre todo o processo de nascimento, incluindo a gestação, o parto e o puerpério, preparando o casal para o parto, maternidade e paternidade. No que se refere aos tipos de parto, o pré-natal é um espaço que pode instrumentalizar a mulher e o homem para atuar neste momento, seja em nível hospitalar ou no domicílio.

Dentre as modificações mais profundas que ocorreram na passagem do século XX para o século XXI no paradigma da atenção obstétrica, encontra-se o renascimento do parto domiciliar planejado como um espaço de autonomia da vontade, emanação direta do postulado na essência dignidade da pessoa humana à saúde sexual e reprodutiva do casal, sendo protagonista do processo de parir como um evento marcante em suas vidas, e recebendo cuidados de profissionais, incluindo a (o) enfermeiras (os) obstétricas (os) (CECAGNO; ALMEIDA, 2004).

O domicílio é uma opção de local para o parto em vários países tais como: Canadá, Austrália e Países Baixos. As publicações internacionais apontam que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar. Diferentemente do Brasil, a cultura do parto domiciliar planejado em outros países não possui uma ênfase negativa. Esta visão brasileira vem mudando com a introdução de práticas obstétricas e neonatais positivas no parto domiciliar assistido por enfermeiras (os) obstétricas (os), entre eles, temos a Equipe Hanami em Florianópolis, como uma opção segura e culturalmente benéfica (KOEKTER et al., 2012).

A Equipe Hanami: O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado na Grande Florianópolis, atende o parto domiciliar de forma planejada, com um olhar voltado para as necessidades do casal e de seus familiares, respeitando suas crenças e valores culturais.

Nesta experiência, a Equipe Hanami, as gestantes são assistidas pelos serviços ofertados à saúde pública ou privada e a partir de 30 semanas de forma concomitante é oportunizado acompanhamento pré-natal, por meio de consultas no domicílio, grupos de gestantes e casais grávidos, intitulado por: Curso de Preparação para a Maternidade e Partos Conscientes.

Tal prática constitui-se um diferencial no atendimento, possibilitando instrumentalizar o casal para fazer escolhas e fortalecer suas capacidades para superar desafios que envolvem o processo de parir e parto no domicílio e direitos reprodutivos e sexuais, além de conhecer a história, crenças e a evolução da gravidez, respeitando estes



aspectos. Em que pese à importância desta ação e obtenção de dados sobre a mulher e o processo de gestação feito ao longo de dez anos, não existe um estudo formal sobre as percepções do processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no pré-natal. Na literatura é reduzida a produção científica abordando este tema.

A identificação da percepção sobre o processo de cuidado prestado a incorpora a visão dos casais e é vista como parte de um paradigma, no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania. Convergente com a dimensão humana, individual e ética do atendimento e com a concepção de direitos do cliente. Considerando estes aspectos, os usuários dos serviços tem um papel fundamental, devendo ser respeitada a sua visão e experiência, entendido por responsividade, no envolvimento do profissional de avaliação de qualidade da assistência a saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Nesta perspectiva, o presente estudo integra um macroprojeto intitulado: “Parir e nascer num novo tempo: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami “. Neste recorte, o objetivo é **analisar a percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no pré-natal.**

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). No paradigma qualitativo a finalidade é descobrir características, padrões e significados do fenômeno em estudo. Na PCA ao mesmo tempo em que pesquisa, educa-se e cuida-se, conjugando o pesquisar e o fazer. (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA iniciou a partir dos contatos estabelecidos com a Equipe Hanami, constituída de enfermeiras obstétricas de Florianópolis. A primeira aproximação com os casais deu-se nos “Encontros Abertos” mensais, promovidos pelas enfermeiras, com a finalidade de apresentar a proposta do parto domiciliar planejado e esclarecer dúvidas dos casais e familiares. Nesse encontro, a pesquisadora convidou os casais a participarem da pesquisa, sendo que esse processo iniciou na primeira consulta pré-natal, após o aceite do casal. A PCA foi realizada durante todo o atendimento prestado pela Equipe Hanami, no domicílio, iniciando no pré-natal e sendo dada continuidade no trabalho de parto e

parto até o pós-parto imediato.

O local e o contexto deste estudo foi o domicílio dos casais. Participaram do estudo 30 casais sujeitos, que tiveram a experiência do parto domiciliar planejado, assistido pela Equipe Hanami, entre os meses de outubro de 2011 a novembro de 2012, na grande Florianópolis.

Neste período, cinco casais foram excluídos do estudo, devido ao encaminhamento à instituição hospitalar durante o trabalho de parto, pois as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami diagnosticaram nas mulheres: uma parada de progressão fetal, uma taquicardia fetal, duas bolsa rota que chegou a 18 horas e não desencadeou trabalho de parto, uma por “síndrome de distensão segmentar que pode levar a ruptura uterina (sinal de Bandl – Frommel)” (SPINELLI, 2008, p. 25). Portanto, consideraram que o domicílio não era um lugar seguro para continuidade do cuidado. O desfecho desses nascimentos hospitalares, que foram acompanhados por uma enfermeira da Equipe Hanami, resultou em três partos cesarianos e dois normais, pois fizeram indução por bolsa rota há 18 horas.

O número de sujeitos foi estabelecido de acordo com a saturação dos dados, ou seja, quando os dados passaram a se repetir e atenderam aos objetivos propostos.

A coleta de dados foi obtida neste período por meio da observação participante, além das entrevistas semiestruturadas realizadas no puerpério tardio ou remoto, dependendo de cada situação, cujos dados foram registros em diários de campo. A manutenção do anonimato ocorreu utilizando-se codinomes de flores para cada casal.

Neste estudo, a reflexão e análise dos dados obtidos foi feita, sempre que possível, de forma concomitante com a coleta de informações e à luz do suporte da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de M. Leininger (LEININGER, 1978, 1991), e Modelos de Atenção ao Parto, descritos por Davis-Floyd e John (2004), procurando responder ao objetivo da pesquisa.

O olhar atento e reflexivo levou à análise e interpretação dos dados, segundo um processo de ir e vir constante e foi realizada de acordo com as quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência propostas por Trentini e Paim (2004).

A apreensão corresponde à coleta dos dados e análise preliminar das informações registradas como notas de diário e codificação das informações, identificando-se palavras chave ou temas chave que apontam os temas centrais. Estas expressões posteriormente foram agrupadas pela semelhança de ideal dando origem as categorias. A síntese constituiu na síntese e discussão das informações após leitura



aprofundada. A teorização diz respeito à interpretação e análise dos dados à luz do referencial teórico supracitado. A transferência foi o momento da pesquisa em que se deu a significação dos achados ou descobertas e buscou-se a contextualização em situações parecidas, sem a pretensão de generalizações, mas sim teve por objetivo a socialização de resultados únicos, buscando justificar adequações que possam ser realizadas em outras realidades.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer Nº: 1199, seguindo as diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b). Os casais foram individualmente orientados sobre as ações referentes à pesquisa, incluindo seu objetivo, benefícios e riscos e somente após devidamente informados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise dos dados trouxe resultados que se pautaram no referencial teórico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER; McFARLAND, 2006; LEININGER, 1978; 1991), e nos Modelos e Crenças de Atenção ao Parto e Nascimento (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD; JOHN, 2004). Afloraram assim as percepções dos casais sobre o processo de cuidar no pré-natal utilizado pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, das quais emergiu uma categoria central intitulada “**Percepções sobre o processo de cuidar no pré-natal**” e três subcategorias que são a seguir apresentadas.

### **Categoria 1 – Percepções sobre o processo de cuidar no pré-natal**

Os casais expressaram suas percepções sobre o **processo de cuidar no pré-natal** em consonância com o proposto por Leininger (1978; 1991) com sua visão de mundo e sua cultura. Assim como, estas percepções estão imbricadas com os paradigmas de atenção ao parto de Davis-Floyd e John (2004).

### **Subcategoria 1 – Estratégias para o cuidado cultural congruente**

**O acolhimento** é a valorização dos seres humanos (mulheres, casais e pessoas significativas/familiares) envolvidos desde a recepção

no Encontro Aberto: conhecendo a Equipe Hanami, com o respeito às crenças, valores e aspectos culturais e na atenção personalizada.

Segundo o Casal DÁLIA a Equipe Hanami promove **acolhimento e confiança** no cuidados aos casais no pré-natal. Uma atenção personalizada e diferenciada daquela prestada na Unidade Básica de Saúde, em função, da Equipe, ficar próxima da gestante no momento que tem os maiores ansiedades e medos. O acolhimento e confiança foram fundamentais para o surgimento de “segurança cultural” no casal e conseqüentemente, pela decisão do parto domiciliar planejado.

*Sentimo-nos muito **acolhidos**. O atendimento dado é com tanto carinho que não há dúvidas que tudo ocorreria bem. A **confiança** na Equipe foi desenvolvida no pré-natal. Não teríamos um parto domiciliar se não acreditássemos na Equipe. (Casal DÁLIA).*

O **acolhimento** pré-natal é preconizado pelo Ministério da saúde brasileiro como uma estratégia essencial da política de humanização. O **acolhimento** implica na recepção da mulher/casal, de ouvir suas queixas, permitir que demonstrem suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para prosseguimento da assistência, quando necessário. Sugere atender de forma cordial, se apresentar, chamar o casal pelo nome, informar sobre condutas e procedimentos, escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas, sem julgamento ou preconceitos, garantir a privacidade e incentivar a presença do (a) acompanhante (BRASIL, 2006b).

Neste sentido, o **acolhimento** envolve a valorização das emoções, dos sentimentos e das histórias relatadas pelo casal, individualizando e a contextualizando a assistência. A escuta aberta, sem julgamento e preconceitos e o diálogo franco, permitindo ao casal sanar suas dúvidas e atendermos além de necessidades, promover o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional-cliente (RIOS; VIEIRA, 2007).

O **acolhimento** é uma forma de humanizar o cuidado. O casal é visto como um todo, de forma holística, se buscando compreender, seus sentimentos, seu estilo de vida, espiritualidade, suas crenças, valores e sua cultura (LEININGER, 1991). O **acolhimento** compreende um olhar holístico aos casais, na busca da mais ampla valorização dos mesmos (LEININGER, 1991; DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD; JOHN, 2004).



O Casal FLOR-DE-LIS mostra que o processo de **confiança** iniciou no Encontro Aberto: conhecendo a Equipe Hanami, ou seja, conhecer o trabalho da Equipe Hanami como um todo, permite aos casais refletirem e se sentirem mais confiantes com a opção pelo parto domiciliar.

*A partir do momento que ela disse que queria que fosse a casa eu procurei apoiar, mas eu não sabia o que me esperava. Então eu acho que foi importantíssimo participar do Encontro Aberto. Ali eu tirei muitas dúvidas, ali eu vi do que se tratava. Eu tinha um conhecimento muito superficial do que se tratava e a partir dali eu comecei a digerir essa ideia. Depois disso a gente participou do grupo de gestantes, que daí reforçou tudo. Eu também me sentia **superconfiante**. Desde sempre eu sabia que ia dar tudo certo, eu imaginava que fosse exatamente do jeito que foi. (Casal FLOR-DE-LIS).*

No Encontro Aberto: conhecendo a Equipe Hanami, as enfermeiras expressam aos casais sua filosofia de cuidado, ou seja, sua cultura. Desta forma, de acordo com Leininger (1985) nos apropriamos do conceito de cultura quando mostramos nossos valores, crenças, protocolos e práticas de cuidado aos casais, que são partilhados e transmitidos, pois orientam nosso pensamento, nossas decisões e ações, podendo gerar **confiança** das mulheres/casais na Equipe.

*A **confiança** foi crescendo, desde o Encontro Aberto Conhecendo a Equipe Hanami até agora. (Notas de diário do Casal AZÁLEA).*

As mulheres e casais sentem **confiança** em si e no **profissional** quando são potencializados, especialmente pela compreensão dos processos fisiológicos e psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal (BRASIL, 2006b).

A Comunicação eficaz entre profissionais e casais acontece quando os profissionais adotam modos tranquilos de transmitir **segurança e confiança**, o que diminuirá a ansiedade, o medo e o estresse que muitos sentem. Oferecer informações compreensíveis e pertinentes, eliminar ideias errôneas e mostrar, a todo o momento, apoio, compreensão e confiança na capacidade da mulher de enfrentar o parto (ESPAÑA, 2011).

Um estudo transversal sobre resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas

em Florianópolis, SC aponta em seus resultados que o parto domiciliar é seguro, contribuindo para divulgação e credibilidade dessa modalidade de atendimento, além de dar maior visibilidade à **atuação autônoma** das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto (KOETTKER et al., 2012).

Na Equipe Hanami a **autonomia profissional** é uma premissa filosófica respeitando os princípios éticos que norteiam o exercício profissional de acordo com a Lei Federal Brasileira que regula o exercício profissional da enfermagem (Lei 7498/86), regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe que é competência da enfermeira obstétrica a realização de parto eutócico (de risco habitual) (COFEN, 2006).

O Casal ORQUÍDEA mostra a possibilidade de um espaço de **confiança** e amizade que é gerador de “**segurança cultural**”, além do reconhecimento da “**competência cultural**” da enfermeira obstétrica.

*O profissionalismo, competência e carinho das enfermeiras, nos trouxe a segurança que precisávamos e buscávamos para realizar o parto de nossa filha. A relação estabelecida desde a gestação, no Encontro Aberto Conhecendo a Equipe Hanami. O pré-natal criou a confiança e amizade fundamental nesse momento tão íntimo e especial. (Casal ORQUÍDEA).*

A Equipe Hanami prima pela **segurança e acolhimento** no cuidado no processo de gestação, parto e puerpério demonstrando “**competência cultural**” profissional.

*Nossa! Eu me senti **supersegura**, não mudaria nada, acho que foi tudo exatamente como eu idealizei, como eu imaginava que ia ser, até o fato de ser rápido (risos). Para mim, se eu tiver outro filho vou querer que seja tudo igual. Senti-me superamparada por vocês também, protegida. Vocês foram muito competentes. (Casal FLOR-DE-LIS).*

A enfermeira obstétrica precisa cuidar com “**competência cultural**” profissional. É um processo contínuo do profissional para tornar-se autoconsciente e valorizar a diversidade, tornando-se um conhecedor em questões importantes da cultura da clientela que cuida. É a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim de prestar cuidados congruentes e de qualidade (LEININGER, 2001; LEININGER; MCFARLAND, 2006).





A Teoria da Diversidade Universalidade do Cuidado Cultural é uma teoria holística, que possui bases em dimensões humanistas amplas sobre as pessoas em seu contexto de vida cultural. É a única a incorporar fatores de estrutura social, como a religião, política, economia, história cultural, tempo de vida, valores, parentesco, filosofia de vida, compreende o contexto ambiental, como potenciais influenciadores de fenômenos do cuidado cultural (LEININGER, 2007a).

A disponibilidade das enfermeiras da Equipe Hanami, é percebida pelo Casal ROSA, quando explicita a importância da Equipe em se mostrar disponível. Esta conduta das enfermeiras gera **“segurança cultural”** em função da sensibilidade.

*No final de cada consulta a enfermeira sempre dizia: se vocês precisarem nosso telefones estão ligados 24 horas por dia, mesmo que considerem algo que não seja tão urgente, mas basta estar provocando qualquer preocupação, nos liguem. (Casal ROSA).*

O cuidado prestado com sensibilidade, discrição e confiança nas necessidades das mulheres/casais, mostrando total disponibilidade, assim como, o máximo respeito as suas decisões, crenças e valores promove **“segurança cultural”** junto ao casal (LEININGER, 1978, 1991; LEININGER; MCFARLAND, 2006; ESPAÑA, 2011).

### **Categoria 2 – Educação em saúde**

No que se refere ao pré-natal a Equipe Hanami compartilha informações com o casal sobre: dúvidas do casal; materiais para o parto, o plano de parto, a importância da alimentação rica em ferro e vitamina C; a importância da atividade física para preparo para o parto, sobretudo das caminhadas; a realização da massagem perineal para contato com o períneo e prevenção de lacerações; o preparo com exercícios respiratórios na gestação, para as diferentes etapas do parto; a importância da participação nas consultas de pré-natal dos escolhidos pelo casal para estarem no parto; a relação sexual na gestação, sentimentos, medos e ansiedades relativos a gestação; rituais de despedida da gestação (barriga de gesso e pintura na barriga); a visita ao cartório no pré-natal, visando o futuro registro do nascimento; a consulta com o pediatra no pré-natal, o preparo das mamas para amamentação com banho de sol; o resgate da história do nascimento da mulher e do companheiro; estímulos naturais para auxílio ao desencadeamento do parto no pós-datismo; indicação de cardiocografia e ultrassonografia;

necessidade de realização mobilograma após 41 semanas; o casal estar pronto para esperar 42 semanas; esclarecimentos sobre até quando a Equipe se sente segura para manter o cuidado domiciliar.

Informações relacionadas ao parto: a necessidade de usar vitamina K no recém-nascido; os sinais e sintomas do trabalho de parto; a diferença entre o verdadeiro e falso trabalho de parto (tampão, contrações, aumento da secreção, bolsa rota); quando devem acionar a Equipe para o parto; as funções das pessoas no dia do parto; os períodos de dilatação, expulsão, dequitação e pós-parto; o parto ativo; as posições para o parto; a importância da saída lenta do bebê, evitando puxos excessivos; intercorrências no parto; encaminhamentos (plano B) para o parto induzido e hospitalar; indicação de cesariana; o parto como um processo cerebral; sobre os rituais de cuidado no parto e pós-parto; a alimentação no dia do parto; sentimentos, medos e ansiedades relativos à proximidade do parto; a entrega no trabalho de parto, o parto imaginado; a decisão do casal, no caso de encaminhamento, sobre querer o acompanhamento da Equipe no cuidado hospitalar; como vai ser o cuidado após esse encaminhamento; os cuidados da Equipe no parto e como querem que seja, entre outros.

Orientações a respeito do puerpério: os cuidados e a involução do corpo da mulher no puerpério; a pega correta do bebê na amamentação; as posições para amamentar; a utilização de sutiãs apropriados para a amamentação; as vacinas; medos da maternidade e paternidade (novos papéis, mudanças na vida do casal com a chegada do bebê); rituais de cuidado com a placenta; cuidados com o recém-nascido; documentação para o registro do RN e como vão administrar as visitas de familiares e amigos no pós-parto. Destaca-se que o casal recebe no pré-natal um folder explicativo sobre cuidados no pós-parto que incluem orientações para a mãe e o RN. A Equipe não se propõem a um bombardeio de informações antecipadas sobre o puerpério, pois acreditamos que o importante é dar suporte a todas as dúvidas e orientações quando o casal estiver vivenciando o puerpério.

O casal CRISTÂNTEMO percebe que a **educação em saúde** é trabalhada no pré-natal pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami sobre a **forma de diálogo acessível e sensível**, porém embasado nas evidências científicas.

*Vocês nos transmitiram possuem muito conhecimento científico. A forma como ele é transmitido é que faz toda a diferença, porque explicam numa linguagem fácil e usando exemplos. A orientação sobre como o corpo funciona no*



*trabalho de parto, dizendo que são as forças da natureza contra as forças da resistência, e que se debater fisicamente durante a contração, ficar tensa ao invés de relaxar pode aumentar o tempo do trabalho de parto. (Casal CRISTÂNTEMO).*

Tivemos cuidados com a saúde de modo geral: orientações sobre alimentação e exercícios físicos, orientações sobre a massagem perineal, preparo das mamas, as enfermeiras demonstram estarem embasadas no conhecimento científico, é tanta coisa que é até difícil relatar (Casal DÁLIA).

**As atividades educativas em saúde** devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação. Neste sentido, o Ministério da Saúde brasileiro ressalta que o foco principal do processo educativo deve ser as gestantes, incluindo, seus companheiros e familiares (BRASIL, 2000c).

*O processo educativo é flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético e se constrói a partir das interações entre os seres humanos. Nele, quem ensina aprende e quem aprende, ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências, uma vez que cada ser que interage, o faz com suas ideias, valores, atitudes e experiências. O processo educativo é um instrumento de socialização de saberes, de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Pode contribuir para a autonomia no agir, possibilitando aos envolvidos tornarem-se sujeitos ativos, na medida em que contribui para valorizar capacidades, auto-estima, autoconfiança e auto-realização. É um instrumento de transformação, de construção e reconstrução da realidade, de posturas e de atitudes, tornando o mundo e a história mais humanos. (ZAMPIERI et al., 2010).*

Para o Casal GIRASSOL o **processo educativo** aconteceu de forma gradual e contínua, com a valorização das evidências científicas, porém ser perder a sensibilidade que o processo merece.

*[...] a maneira como nos preparam para o parto, devagarzinho, abordando assuntos importantes e diferentes em cada consulta. Deixam claro que se baseavam nas tais “evidências científicas”, porém*

*ser perder a sensibilidade conosco.* (Casal GIRASSOL).

Desde o pré-natal quando os laços vinculares com os casais se estreitam e todos passam a se conhecer melhor é possível utilizar a preservação, acomodação e repadronização do cuidado, tanto para as enfermeiras quanto para os casais. Neste sentido, os momentos de educação em saúde favorecem o diálogo, as negociações e repadronizações quando necessárias.

A Teoria Transcultural é capaz de predizer e explicar os padrões de cuidado humano das diversas culturas, bem como possibilitar a identificação de valores, crenças e práticas populares, dos profissionais de saúde e da enfermagem. Por meio deste conhecimento, as decisões e as ações de enfermagem, podem tornar-se congruentes e benéficas (LEININGER, 1985b; 1991).

Os Casais AZALÉA e FLOR AVE-DO-PARAÍSO percebem e valorizam o **preparo no pré-natal para a vivência do novo paradigma (maternidade e paternidade)**, realizado pelas enfermeiras da Equipe Hanami que buscam o “**empoderamento**” do casal para enfrentar seus medos de não dar conta de cuidar do bebê.

*[...] o nosso emocional já tá fuçado. Acho que, muitas vezes, é importante até ouvir certas verdades, não só as questões dos preparativos, mas a questão de saber se estamos preparados para mudar a vida e sermos mãe e pai. Foi uma coisa que nos tocou. Porque vocês perguntaram se eu estava preparado (homem), e eu falei: claro que eu estou. Mas depois eu fiquei pensando: será que eu estou preparado? Porque eu me sentia preparado, mas eu me questioneei novamente.* (Casal AZALÉA).

*Nas conversas nas consultas no pré-natal vocês discutiram sobre questões de preparo para a maternidade e paternidade, inclusive usam suas experiências pessoais como exemplos. Essa questão, também foi muito discutida no grupo de gestante que fizemos com a Equipe, e foi muito interessante escutar a experiência dos outros casais, isso também ajuda a diminuir o medo de não dar conta de cuidar do bebê.* (Casal FLOR AVE-DO-PARAÍSO).

No Grupo de gestantes/casais grávidos, o preparo para a maternidade e paternidade se dá nas trocas de experiências,



conhecimentos, reflexões e discussões sobre o tema. Na convivência e convivência grupal, todos são tratados como iguais, facilitando as trocas de experiências e saberes, contribuindo para a elaboração de sentimentos em relação ao momento vivido e possibilitando a geração de novos conhecimentos que pode ter absorvido pelos participantes. Essa condição ajuda a consolidar a capacidade de acolher e cuidar do filho, ou seja, trabalhar a maternidade e paternidade, além de auxiliar na ressignificação dos medos nesta vivência, através do reconhecimento dos outros e de si. O que contribui para a formação do vínculo com o bebê e estruturação da nova família, ampliando os conhecimentos sobre os novos papéis, estimulando a inserção e a participação do pai no processo (ZAMPIERI et al., 2010).

O empoderamento está relacionado à potencialização do cliente pelo profissional enfermeiro (a) frente ao cuidado (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

A consulta de pré-natal **prepara o casal para o processo parturitivo**, com apoio e sensibilidade, para a superação de medos, que é comum a qualquer casal inexperiente. De acordo com Leininger (1991) a enfermeira presta um cuidado culturalmente sensível.

*Foi exatamente o apoio que deram no pré-natal, que nos ajudando a superar medos e nos preparando emocionalmente para todo o processo. Foi até terapêutico. (Notas de Diário do Casal CRAVO).*

As consultas pré-natais são momentos adequados para que as enfermeiras obstétricas compartilhem com casais conhecimentos a respeito da fisiologia, tipos e posições de parto, e uso de tecnologias não invasivas, permitindo, assim, a participação do casal na elaboração do seu plano de parto, além de trabalhar questões que estão como pano de fundo, não explícitas e que podem interferir no parto, não deixa de ser um pré-natal que atende aos dois paradigmas humanista e holístico (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008; TARQUI; BARREDA, 2006; KRUNO; BONILHA, 2004; DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD; JOHN, 2004).

No caso do Casal ORQUIÍDEA houve **preparo para o parto** gerando fortalecimento **do cuidado culturalmente afetivo familiar e vincular** com as enfermeiras da Equipe Hanami.

*No pré-natal desenvolvemos maior intimidade, tranquilidade, introspecção. Uniu ainda mais nossa família, em meio à espera do momento e preparação*

*para tal. Nos unimos mais, vivenciamos ainda mais, nos preparamos, nos sentimos livres e tranquilos com relação à Equipe. Formamos vincula. (Casal ORQUÍDEA).*

A Teoria da Diversidade Universalidade do Cuidado Cultural é uma teoria holística, que possui bases em dimensões humanistas amplas sobre as pessoas em seu contexto de vida cultural. É a única a incorporar fatores de estrutura social, como a religião, política, economia, história cultural, tempo de vida, valores, parentesco, filosofia de vida, compreende o contexto ambiental, como potenciais influenciadores de fenômenos do cuidado cultural (LEININGER, 2007b).

A fala do Casal PRÍMULA aponta que a Equipe Hanami realiza o **preparo para o parto** pautado nas evidências científicas, com **sensibilidade e segurança cultural**, ou seja, um cuidado cultural congruente dentro dos paradigmas humanizado e holístico de cuidado. A Equipe Hanami proporciona **preparo emocional, vínculo afetivo e intimidade** no cuidado com o casal.

*A Equipe sempre esteve prestativa e atenciosa em todos os momentos. Com equilíbrio, foi perfeita entre os tratos mais clínicos e no auxílio à nova família que estava surgindo. Fez toda a diferença estarmos apoiados por uma Equipe de enfermeiras obstetras. Alguns acham que ter um parto em casa significa estar totalmente desamparado por necessidades clínicas que podem aparecer, sendo que isso não tem o menor sentido nos acompanhamentos com a Equipe, que está atenta e preparada para o que pode acontecer (inclusive, se existir a necessidade do hospital), além da grande vantagem de compreender e atuar com sensibilidade à grandeza que é para um casal a chegada de seu filho. Tudo foi tão amigável que apesar de nossa relação ter sido mais intensa ao redor da gestação, jamais esqueceremos e deixaremos de ser imensamente gratos a cada uma que esteve conosco, sentimos um carinho de amigos mesmo. (Casal PRÍMULA).*

A enfermagem cultural é uma área formal de estudo e da prática centrada no cuidado holístico, que respeita às diferenças e similaridades em seus valores culturais, crenças e modos de vida com o objetivo de fornecer um cuidado culturalmente congruente com a saúde e a doença e os padrões dos casais que cuida (LEININGER, 2007a).



Na atualidade, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a uma convergência de ideias de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial. Os Aspectos emocionais a serem trabalhados pelos profissionais são a ansiedades, os medos e mudanças nos vínculos afetivos podendo ser abordados no espaço de interação do profissional com a gestante/ casal e sua família, visando, principalmente, a aliviar e trabalhar os problemas mais emergentes (BRASIL, 2006b).

A Equipe Hanami em suas **ações educativas** promove, também, **o fortalecimento familiar**, pois incluem todas as pessoas significativas e familiares nos cuidados para o parto e puerpério.

*A preocupação com a saúde da mulher (da família em geral) orientação e atenção em orientar os aspectos principais, como sinais da mulher na entrada do trabalho de parto, respiração, até sobre relações sexuais, a função de cada um no dia do parto e, em especial da família. Isso fortalece a participação da família. (Casal FLOR DO CAMPO).*

Na assistência ao pré-natal o desenvolvimento de atividades de educativas em saúde merece ser priorizada, planejada e desenvolvida com vistas a gerar mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas (MOURA; RODRIGUES, 2003).

O pré-natal também **prepara o casal para o puerpério**, com o objetivo de prevenir potenciais problemas que possam acontecer no pós-parto.

*No pré-natal fui orientada a dar banho de sol nas mamas, para evitar fissuras. (Casal LÍRIO).*

*Recebemos orientações sobre as vacinas, consulta com o pediatra, além do preparo da mama para amamentação. (Casal FLOR DE LOTUS).*

Nesta perspectiva, a preparação para os cuidados no pós-parto contribui para desmistificar e rever crenças e mitos relativos ao pós-parto. Ampliam saberes sobre as formas de participação do companheiro, assim como auxilia na compreensão das transformações no pós-parto, os cuidados com a mulher e com o bebê (ZAMPIERI et al., 2010).

**O plano de parto e puerpério**, também é uma **ação educativa** realizada pela Equipe Hanami que fortalece a **autonomia** e o

**protagonismo empoderando o casal.** Este plano não acontece formalmente, no qual o casal escreve numa folha como quer que o parto seja. Ele é elaborado em conjunto com o casal em cada consulta pré-natal. Todas as decisões e desejos são registrados na ficha pré-natal do casal. As enfermeiras trabalham a importância de que o plano de parto não pode ser um pacote fechado do “parto ideal”, mas sim, do “parto possível”, cuja finalidade é proteger o casal de frustrações, no caso, do “parto ideal planejado” não acontecer.

*A cada consulta pré-natal cada detalhe do parto era planejado em conjunto com as enfermeiras, mas a decisão final sempre foi nossa. [...] ficou claro que talvez nem tudo que se planejou fosse acontecer. Sempre havia ênfase para o Plano B, para um encaminhamento feliz. (Casal MARGARIDA).*

No dia do parto eu esqueci que queria uma determinada música na chegada dela. Não lembro qual enfermeira pediu ao meu marido para providenciar a música. Foi muito legal, porque depois do parto eu iria lembrar que planejei, mas esqueci. Assim, as enfermeiras nos lembram do que acordamos no pré-natal. Tudo que decidimos no pré-natal foi realizado no dia do parto. (Casal RAFÉSIA).

Para escapar da mecanização e como contraposição à linha de produção de partos, faz-se necessária a individualização da atenção obstétrica, a exemplo do plano de parto, identificando como adequar a cada mulher (e seu filho) uma experiência genuinamente única. Os profissionais poderão exercer sua expertise e criatividade, adaptando o cuidado a cada nova situação e demanda, num trabalho em Equipe, no qual os profissionais se libertem das rotinas e protocolos (RATTNER, 2009).

**Autonomia** constitui a competência humana em ter suas próprias leis, atuar de forma soberana em relação a si mesmo, sendo o modo de ser do humano, portanto, uma pré-condição para a saúde e para a cidadania. Nessa perspectiva, as políticas de saúde devem considerar a autonomia como fundamental. A autonomia como valor, implica na democratização das relações entre profissionais e clientes, do compartilhamento de saberes, do reconhecimento, respeito e valorização da multiplicidade cultural, das diversidades e singularidades. Assim como, a responsabilidade e participação dos cidadãos, resgatando e





valorizando a subjetividade e uma ética de solidariedade e responsabilidade (PEREIRA; BENTO, 2011).

A **autonomia** esta atrelada ao **empoderamento**, este último é consequência do primeiro. Empoderar-se tem relação com o exercício do controle de nossas atitudes, a partir do acesso à informação e consciência de nossos direitos. O empoderamento promove mudanças de atitudes para posturas ativas, momento em que a pessoa é capaz de saber o que é melhor para si. A autonomia e o empoderamento apontam para a valorização do **protagonismo** feminino no processo de parturição (MALHEIROS et al., 2012). O **protagonismo** diz respeito às mulheres quererem vivenciar o parto em sua plenitude, tomando para si a responsabilidade de decidir sobre seus corpos e seus filhos (FEYER et al., 2013a).

### **Categoria 3 – Consulta de pré-natal**

O **pré-natal sensível** é percebido pelos casais, uma vez que as enfermeiras prestam um cuidado culturalmente sensível e seguro, que promove empoderamento, com uma percepção holística dos seres cuidados.

*As conversas no pré-natal foram tranquilizantes, carinhosas e sensíveis.* (Casal COPO-DE-LEITE).

*A Begônia foi bem mais atendida no pré-natal, no parto e depois do parto, com a Equipe Hanami do que se fosse ao hospital acredito que não seria assim. Com carinho, amor e cuidado, nos fazendo sentir pessoas especiais e mais empoderadas.* (Casal BEGÔNIA).

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. (BRASIL, 2006b, p. 13).

Do ponto de vista das mulheres, um dos diferenciais da consulta de enfermagem refere-se à maneira como a consulta se realiza. O exame criterioso, a atenção e a disponibilidade das enfermeiras são percebidos como um fator positivo. (MOURA; LOPES, 2003, p.169).

O empoderamento significa potencializar a liberdade de escolha, a manutenção da autonomia e a responsabilidade para a tomada de decisões durante o cuidado (RYDER; WILTSHIRE, 2001). Também, significa fortalecer o poder de participação, respeito às escolhas, é um suporte para negociação do cuidado de igual para igual (KUOKKANEN; LEINO-KILPI, 2000).

Durante as consultas pré-natais os casais sentiam necessidade de entender os processos fisiológicos e emocionais que estavam acontecendo e as enfermeiras faziam questão de responder com muita calma e paciência a tudo que era questionado, essa é uma estratégia educativa que auxilia na **formação de vínculo** entre as enfermeiras e o casal.

*Durante as consultas de pré-natal as enfermeiras favorecem que um vínculo aconteça entre a gente, pois chegam para as consultas sem pressa. Esclarecem todas as nossas dúvidas. Davam-nos abertura para perguntar, inclusive sugeriram que de uma semana para outra tivéssemos uma agenda com todas as questões escritas que queríamos sarnar na próxima consulta. (Casal PRÍMULA).*

*Ficamos impressionados com o conhecimento que vocês têm, pois explicam a fisiologia do que está acontecendo. Tipo: eu estar super esquecida. Fiquei feliz, por saber que isso é normal e um preparo do cérebro primitivo para o parto. A cada consulta era um complemento e isso aumentava nosso vincula. (Casal HORTÊNCIA).*

O **cuidado cultural respeitoso** não é estático, mas sim dinâmico (LEININGER, 2001) e pode ajudar muito as enfermeiras obstétricas **na formação do vínculo** com os casais. O pré-natal é um espaço de socialização e ampliação de conhecimentos e culturas.

O Casal FLOR-DE-LIS explicita a **formação de vínculo e intimidade** do casal com as enfermeiras da Equipe Hanami, pois se sentem “íntimos” no sentido de procurar a Equipe, mesmo que por telefone, para sanar dúvidas. O cuidado cultural foi de acolhimento, de confiança e de vínculo.

*[...] nem pra com o médico eu me sinto tão à vontade como eu me sinto quando eu ligo pra vocês. Eu prefiro ligar pra vocês a ligar ela, apesar dele ser uma pessoa super acessível, mas acontece que eu não tenho a intimidade com ele da mesma forma como eu me sinto com vocês. (Casal FLOR-DE-LIS).*



O estabelecimento de uma relação de **intimidade do profissional com o casal** e o profissional se mantendo em segundo plano na relação se revela como elementos do cuidado muito apreciados pelas mulheres (casais), contribuindo categoricamente para a satisfação com a experiência do parto (ESPAÑA, 2011).

*No pré-natal desenvolvemos maior intimidade, tranquilidade, introspecção. Uniu ainda mais nossa família, em meio à espera do momento e preparação para tal. Nos unimos mais, vivenciamos ainda mais, nos preparamos, nos sentimos livres e tranquilos com relação à Equipe. Formamos vincula. (Casal ORQUÍDEA).*

Neste sentido, valorizar as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pelo casal de forma personalizada e a contextualizada na assistência pré-natal, assim como, utilizar a estratégia como a escuta aberta, sem julgamento, preconceitos e o diálogo franco, permitindo ao casal falar de suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional-cliente (RIOS; VIEIRA, 2007).

Para os casais ficou evidente que o cuidado e a **administração/gerência (organização)** realizada pela Equipe Hanami no pré-natal gera, também, “segurança cultural” e “empoderamento”.

**A organização no trabalho** da Equipe Hanami está de acordo com as necessidades dos casais, respeitando o contexto, as crenças e valores, uma vez que toda a documentação utilizada para registro do pré-natal fica na casa do casal.

*Achei sempre a Equipe muito organizada, cada consulta a enfermeira demonstrava que sabia tudo que tinha acontecido nas consultas anteriores. Além dos registros super completos, inclusive incluindo as percepções delas sobre nós. Ex.: negam ter que fazer um encaminhamento. Reforçaram a importância do plano B, ir para o hospital. Sugestão de simular um parto no hospital com analgesia, ou uma cesariana. Sempre utilizam equipamentos modernos. (Casal CAMÉLIA).*

Para alcançar a atenção à saúde, o profissional exercita a gerência fazendo uso de instrumentos do trabalho administrativo: planejando, organizando, coordenando e o controlando. Os recursos humanos e de

materiais de qualidade devem ser compatíveis e adequados para promover a qualidade da assistência à saúde, demandando a existência de da oferta de cuidados, orientados pelas necessidades do cliente. O trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde subdivide-se em múltiplas etapas de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

**As consultas de pré-natal atendem as expectativas dos casais,** pois a Equipe Hanami consegue realizar um cuidado cultural congruente e holístico. A consulta pré-natal sem pressa, com investigação aprofundada dos desejos do casal, a preocupação com as discriminações que o casal possa sofrer com a escolha pelo parto domiciliar planejado, a preocupação com o preparo do corpo feminino para o parto e pós-parto, assim como demonstrar uma relação de confiança na qual o prontuário permanece com o casal, favorece a formação de vínculo entre as enfermeiras da Equipe Hanami com o casal.

*Superaram nossas expectativas, estamos acostumados com consultas médica e com vocês foi tudo diferente, ou seja, no nosso horário, na nossa casa, sem pressa para acabar, só quando tudo se esgotava é que terminavam. Fora a questão da demonstração do amor pelo que fazem. Buscavam saber tudo que queríamos e sem preconceitos, inclusive nos orientavam no sentido de sermos poupados das discriminações sociais. A preocupação com o preparo do períneo, das mamas, da casa, a alimentação, a caminhada, a placenta, a entrega emocional para o parto, o carinho e atenção da Equipe, dando o suporte necessário. A cada consulta uma novidade. A ficha pré-natal ficava em casa e líamos tudo que era escrito. Tudo descrito inclusive cada minúcia do que queríamos. (Casal ORQUÍDEA).*

*As consultas pré-natais atenderam nossas expectativas porque a Equipe abordou sentimentos, medos e sexualidade. Incluem o pai sempre e o preparam para várias situações inclusive o que fazer se o bebê nascer antes da Equipe chegar. Tínhamos esse sentimento e foi o que aconteceu e isso foi algo que marcou muito, pois o parto foi muito tranquilo. Estamos preparados e sabíamos que a Equipe estava chegando. (Casal COPO-DE-LEITE.).*



**O pré-natal atende as expectativas** de cada casal, a sensação de envolvimento e a capacidade de decidir e manter o controle sobre o processo do parto constituem fatores que se relacionam com a satisfação. Por isso, torna-se importante que os profissionais conheçam essas expectativas, expressas verbalmente ou em relações ao parto, para satisfazê-las na medida do possível e, através de um processo de comunicação e suporte emocional, contribuir (quando necessário) para limitar o desacerto que pode ser causado entre as expectativas e o progresso concreto de cada parto (ESPAÑA, 2011).

A Equipe Hanami trabalha de forma dinâmica e a cada finalização do cuidado busca fazer com que os casais expressem suas sugestões, que são consideradas como críticas construtivas uma delas foi **iniciar as consultas de pré-natal mais precocemente**.

Ao longo dos sete anos de atendimento em Equipe muitas modificações no processo de cuidar já foram realizadas em função da avaliação que o casal faz. No momento em que o estudo iniciando a Equipe iniciava o “pré-natal de preparo para o parto” com 37 semanas de idade gestacional, por considerar que seria o momento propício e fisiológico, para trabalhar as questões especificados do parto, momento este, que também indica o amadurecimento e vitalidade do bebê, ou seja, quando já esta pronto para nascer e ter certeza de que as mulheres se encontravam em gestação de risco habitual. Muitas foram às reuniões e autoquestionamentos que as enfermeiras da Equipe fizeram até decidir mudar e iniciar o pré-natal com 30 semanas de idade gestacional. Agora o processo é de avaliação se este período vai corresponder às expectativas dos casais, indo ao encontro com as crenças e valores.

*O pré-natal poderia iniciar antes: [...] eu acredito que sim, eu acho que faltou mesmo um pouco mais de consultas, porque com trinta e sete, acaba sendo poucas consultas até o nascimento. (Casal BRINCO-DE-PRINCESA).*

*[...] de qualquer forma, acho que um contato ainda maior de pré-natal com a Equipe pode ajudar a mulher a entrar mais profundamente em si e estar mais bem preparada para o momento do parto. (Casal PRÍMULA).*

O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requer cuidado permanente com o estabelecimento de **vínculo** entre os profissionais e gestante/casal, assim como com a qualidade técnica da atenção. A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e

protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade, entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos e dos direitos como cidadãos (BRASIL, 2006b).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções dos casais sobre o processo de cuidar no pré-natal pela Equipe Hanami é vasta, mostrando que os casais estão atentos a tudo que se passa ao seu redor, até porque foi uma escolha ter um parto domiciliar planejado com a Equipe Hanami.

A Equipe Hanami desenvolve estratégias para o cuidado cultural congruente a partir do acolhimento, confiança, segurança cultural, autonomia profissional e competência cultural.

A “segurança cultural” que esta relacionada, ao controle do contexto ambiental do parto, ao protagonismo, a segurança com a integridade corporal, a privacidade, a liberdade de expressão **de sentimentos que respeita as dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais, instintivas, espirituais**, as crenças, os valores, as necessidades do casal, aos rituais no nascimento e a visão de responsabilidade do casal sobre o processo saúde e doença, durante o processo de gestação, bem como, o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais. A “segurança cultural”, também, está vinculada aos profissionais e a assistência como um todo, que se reflete em todo o processo do nascimento e da vida das pessoas envolvidas.

A Equipe Hanami trabalha com a autonomia profissional, sendo uma premissa filosófica que respeita os princípios éticos que norteiam o exercício profissão. A atuação autônoma das enfermeiras é valorizada pelos casais.

Os casais reconhecem a “competência cultural” da enfermeira obstétrica. Cuidar com “competência cultural” profissional é um processo contínuo do profissional para tornar-se autoconsciente e valorizar a diversidade, sendo um conhecedor de questões culturais, compreendendo as diversidades culturais, a fim de prestar cuidados congruentes e de qualidade.

A Equipe desenvolve educação para a saúde quando compartilha e faz intercâmbio de informações e experiências que preparam o casal na gestação, parto e puerpério. Para isso utilizam um diálogo acessível e sensível, ao mesmo tempo em que, valoriza e respeita as evidências científicas. Discute e reflete com o casal sobre maternidade e paternidade. Incluem o preparo emocional, fortalecem o vínculo afetivo



familiar e a intimidade no cuidado com os casais, fatores determinantes para o desenvolvimento de uma relação de confiança entre casal e Equipe.

Há no processo de cuidar no pré-natal um fortalecimento da autonomia e do protagonismo que empoderam o casal, assim como a formação de vínculo com a Equipe.

O pré-natal sensível uma vez que as enfermeiras prestam um cuidado culturalmente sensível e seguro, que promove empoderamento, com uma percepção holística dos seres cuidados que vai além dos processos e necessidades físicas dos casais.

O acompanhamento pré-natal acontece sem fragmentações oferecendo uma transição tranquila da gestação para o parto. No domicílio não há a peregrinação do casal no dia do parto, por isso, a perspectiva de cuidado é humanística e holística.

No pré-natal há uma troca de saberes (popular e profissional) que fortalece o poder do usuário e não do profissional. O fato da consulta ser realizada em domicílio, no ambiente familiar, reduz o poder profissional e potencializa o poder do casal. O domicílio é um local facilitador para a redução de intervenções, devido ao poder das relações e decisões estar centrado no casal.

Há confirmação por parte dos casais, que o processo de cuidar utilizado no pré-natal pela Equipe Hanami está no caminho certo, se centra na satisfação referida em relação ao cuidado recebido.

O estudo poderá ter uma grande contribuição para os casais, pois a abordagem dialógica utilizada no pré-natal pela Equipe fortalece as relações familiares, geram autonomia e protagonismo, ou seja, leva a um empoderamento do casal contribuindo para um nascimento como uma celebração da vida, ou seja, leva a uma evolução dos seres humanos envolvidos no processo.

Para as enfermeiras da Equipe Hanami, o pré-natal em domicílio, promove autonomia profissional e desenvolve competência cultural que como consequência leva a “segurança cultural” do casal. Assim como, promove um processo reflexivo e avaliativo a respeito do cuidado e dos princípios filosóficos preconizados pela Equipe.

Este estudo, também pode contribuir para o planejamento de novas políticas que e apontem para um pré-natal sensível e holístico. Podendo, também, ser uma referência a outras Equipes brasileiras que prestam cuidado no parto domiciliar planejado.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.
- \_\_\_\_\_. Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- \_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idxt=37082)>. Acesso em: out. 2013.
- CECAGNO, S.; ALMEIDA, F. D. O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm. [online]**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 409-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em: out. 2013.
- COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos. Disponível em: <[www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/docs\\_oficiais.doc](http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/docs_oficiais.doc)>. Acesso em: 20 abril 2006.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, London, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.
- DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. S. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2004.
- ESPAÑA. VASCO. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal**. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011.



Disponível em:

<[http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/gpc\\_10\\_02\\_Partnor\\_com.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/gpc_10_02_Partnor_com.pdf)>. Acesso em: dezembro de 2013.

FEYER, I. S. S.; *et al.* Brazilian scientific publications of obstetrical nurses on home delivery: systematic literature review. **Texto Contexto Enferm.** [online], Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 247-56, mar. 2013a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100030&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100030&script=sci_arttext)>. Acesso em: out 2013.

KOETTKER, J. G.; *et al.* Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-50, fev. 2012.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A. L. L. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 3, p. 396-407, dez. 2004.

KUOKKANEN, L.; LEINO-KILPI, H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. **J. Adv. Nurs.** [on line], v. 31, n. 1, p. 235-41, jan. 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x/abstract>>. Acesso em: dezembro de 2013.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York: Wiley & Sons, 1978.

\_\_\_\_\_. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985b, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-270.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. Response and reflections on Bruni's 1988 critique of Leininger's theory. **Collegian**, Australia, v. 8, n. 1, p. 37-8, Jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. **Nurs. Sci. Q.**, New York, v. 20, n. 1, p. 9-13, Jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. **Image J. Nurs. Sch.**, v. 29, n. 4, p. 341-7, 2007b. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01053.x/abstract>>. Acesso em: março de 2011.

LEININGER, M.; McFARLAND. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. New York: Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.

MALHEIROS, P. A.; *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, Abr-Jun. 2012.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.765-72, dez. 2008.

MOURA, C. F. S.; LOPES, G. T Acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiras obstetras. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 165-0, ago. 2003.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 7, n. 13, p.109-18, ago. 2003.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-7, jul/set. 2011.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul-set. 2006.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p.7 59-68, set. 2009.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Niterói (RJ), v. 12, n. 2, p.



477-86, nov. 2007.

RYDER, E.; WILTSHIRE, S. Understanding empowerment. **Nurs. Times**, London, v. 97, n. 32, p. 39, ago. 2001.

SIQUEIRA, P. R. A. **A assistência da enfermeira ao parto normal: relatos e atos na visão das mulheres.** 2001. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2001.

TARQUI, M. C.; BARREDA, A. G. Elección y preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú. **Rev. Salud pública**, Colômbia, v. 8, n. 3, p. 214-22, dez. 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular, 2004.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Niterói (RJ), v. 10, n. 3, p. 599-613, abr. 2005.

ZAMPIERI, M.F.M.; *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-27, out-dez. 2010.

#### 5.4 MANUSCRITO 5 – PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO DOMICILIAR PLANEJADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

### **PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO DOMICILIAR PLANEJADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

**Título abreviado para cabeçalho:** Percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no domiciliar planejado no trabalho de parto e parto.

**Autores:** Vania Sorgatto Collaço<sup>1</sup>, Evangelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>2</sup>

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

**Vania Sorgatto Collaço**

Endereço: Rua Francisco José Ramos, n. 33. Itacorubi.

CEP: 88034-210 - Florianópolis/SC.

Fone: (48) 99717789 ou (48) 30281670

E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

---

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutoranda do Programa da Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Tel: 99717789. E-mail: vania.collaco@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (NFR/PEN/UFSC). Membro e líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: gregos@matrix.com.br



## **PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO DOMICILIAR PLANEJADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

### **RESUMO**

Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), qualitativa. Objetivo: analisar a percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no domiciliar planejado no trabalho de parto e parto. Participaram do estudo 30 casais. Os dados foram coletados por observação participante e entrevista semiestruturada. A análise compreendeu as etapas do processo de apreensão, síntese, teorização e transferência, guiada pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e nos Modelos de Atenção ao Parto. Resultados: da análise dos dados emergiu uma categoria central: Percepções sobre a metodologia de cuidado no parto e duas subcategorias: Segurança cultural do casal e a competência cultural profissional no trabalho de parto e parto e O momento da nova família: uma contemplação. Considerações: Os casais contemporâneos valorizam o processo de cuidar no parto que considere a segurança cultural do casal e competência cultural profissional. O cuidado culturalmente respeitoso ressalta a importância da relação das enfermeiras obstétricas com os casais, um encontro de culturas, com valores, saberes e fazeres diversos. O cuidado sensível colaborou definitivamente para que o parto fosse uma experiência positiva em suas vidas. A entrega emocional está correlacionada com a forma de cuidado no contexto ambiental com baixa luminosidade, privacidade e silêncio. O ambiente harmonioso favorece expectativas positivas no nascimento. O momento da nova família gerou um momento de contemplação e celebração da vida foi o ápice da emoção familiar, o verdadeiro exercício do empoderamento do casal. A Equipe Hanami é um serviço empreendedor, no qual as enfermeiras obstétricas trabalham de forma autônoma.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Cultura.

## **GIVING BIRTH AND BEING BORN INTO A NEW TIME: THE MEANING ASSIGNED BY COUPLES ABOUT THE PROCESS OF CARE IN LABOR AND DELIVERY BY HANAMI TEAM ON PLANNED HOMEBIRTH**

### **ABSTRACT**

Convergent care research (PCA), qualitative, aiming to identify the meaning assigned by couples about the process of care in labor and delivery by Hanami Team on planned homebirth. The study included 30 couples. Data were collected through participant observation records and semi-structured interview. The analysis comprised the steps of collection, synthesis, theory and transfer process based in the Theory of Diversity and Universality Cultural Care and the models of delivery care. Results: from analysis of the data emerged a central category: Perceptions on the methodology of care in delivery and two subcategories: Cultural safety of the couple and the professional cultural competence in labor and delivery and the time of the new family: a contemplation. Considerations: The contemporary couples value the process of care on delivery which considers the cultural security of the couple and professional cultural competence. The respectful cultural care highlights the importance of the relationship of nurse midwives with couples, a meeting of cultures, with values, knowledge and various doings. The sensitive care definitely collaborated so that birth was a positive experience in their lives. The emotional delivery is correlated with the type of care in the environmental context, in low light, in privacy and silence. The harmonious environment favors positive expectancies at birth. The timing of the new family led to a moment of contemplation. Celebration of life was the culmination of family emotion, the true exercise of empowerment of the couple. The Hanami Team is an innovative service, in which nurse midwives work autonomously.

**Descriptors:** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Nursing Care. Culture.



## **PARIR Y NACER EN UN NUEVO TIEMPO: PERCEPCIÓN DE LA PAREJA SOBRE EL PROCESO DE CUIDAR DEL EQUIPO HANAMI EN LA CASA PLANEADO EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

### **RESUMEN**

Pesquisa Convergente-Asistencial (PCA), cualitativa. Objetivo: analizar la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del Equipo Hanami en la casa planeado en el trabajo de parto a parto. Participaron del estudio 30 parejas. Los datos fueron colectados por observación participante y entrevista semiestructurada. La análisis comprendió las etapas del proceso de inquietud, síntesis, teorización y transferencia, guiada por la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural y en los Modelos de Cuidado en el Parto. Resultados: de la análisis de los datos surgió una categoría central: Percepciones sobre la metodología de cuidado en el parto y dos su categorías: Seguridad total de la pareja y la competencia cultural profesional en el trabajo de parto a parto y el momento de la nueva familia: una contemplación. Consideraciones: las parejas contemporáneas valoran el proceso de cuidar en el parto que considere la seguridad cultural de la pareja y competencia cultural profesional. El cuidado culturalmente respetuoso muestra la importancia de relación de las enfermeras obstétricas con las parejas, un encuentro de culturas, con valores, saberes y acciones diversas. El cuidado sensible colaboró definitivamente para que el parto fuera una experiencia positiva en sus vidas. La entrega emocional está correlacionada con la manera del cuidado en el contexto ambiental con baja luminosidad, privacidad y silencio. El ambiente armonioso favorece expectativas positivas en el nacimiento. El momento de la nueva familia generó un momento de contemplación y celebración de la vida fue el ápice de emoción familiar, el verdadero ejercicio de empoderamiento de la pareja. El Equipo Hanami es un servicio emprendedor, en el cual las enfermeras obstétricas trabajan de manera autónoma.

**Palabras claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Cuidados de Enfermería. Cultura.

## INTRODUÇÃO

A arte de “vir ao mundo” de um filho é uma ocasião repleta de amor, anseios, realizações, medos, crenças e valores, proporcionando ao casal maior conhecimento, apropriação de responsabilidades, desenvolvimento de sua família e composição de sua história, integrante de sua cultura (FRANCISQUINI et al., 2010).

Dentre as modificações mais profundas que ocorreram na passagem do século XX para o século XXI no paradigma da atenção obstétrica, encontra-se o renascimento do parto domiciliar, porém de forma planejada e assistida por profissionais, incluindo, a enfermeira obstétrica (CECAGNO; ALMEIDA, 2004).

Em muitos países desenvolvidos aumenta o interesse em se dar à luz no próprio domicílio de forma planejada, principalmente nos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e França. A Holanda tem hoje em dia cerca de 35% de todos os nascimentos no domicílio e uma das menores taxas de mortalidade infantil da Europa (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

É importante salientar que o retorno da casa como lugar de nascimento não tem enfoque para um resgate do passado, mas sim para uma revalorização do domicílio como ambiente social e modo de sociabilidade. Nos partos domiciliares na contemporaneidade, é possível detectar a existência de um estilo de vida, de um *ethos* que se caracteriza por um conjunto específico de valores, comportamentos, crenças, sentimentos compartilhados, uma nova cultura do nascimento (SOUZA, 2006).

Cultura é [...] falar de uma vivência antropológica [...] é aprendizagem e transmissão [...] é falar do embrião e do líquido amniótico [...] da mulher sofrida pela vida, é parto com dor e alegria de nascer, é grito e suspiro, é ministério e mistério. (SOUZA et al., 2008, p. 95-96).

O domicílio é uma opção de local para o parto em vários países tais como: Canadá, Austrália e Países Baixos. As publicações internacionais apontam que a assistência domiciliar planejada é tão segura quanto a hospitalar. Diferentemente do Brasil a cultura do parto domiciliar planejado em outros países não possui uma ênfase negativa. Na última década o Brasil tem mudado essa cultura, resultados obstétricos e neonatais advindos dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas em Florianópolis, SC, tem se





mostrado uma opção comprovadamente segura e culturalmente aceita como benéfica (KOEKTTTER et al., 2012).

O processo de gestação, parto e puerpério neste estudo é a situação em que o casal torna-se biológica e culturalmente, capaz de receber e cuidar do novo ser humano (RN), utilizando seu conhecimento cultural, holístico e ecológico como base para este cuidado Compreende emoções, sensações, relações, acontecimentos, sinais, sintomas, vivenciados pelo casal/RN que os remete a um conjunto de significados e percepções acerca do modo como foram cuidados (COLLAÇO, 2002).

A avaliação da percepção o cuidado incorporam a visão dos casais e são vistas como parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como expressos nos direitos do cliente. Destacamos a convergência com a dimensão humana, individual e ética do atendimento e com a concepção de direitos do cliente. O desenvolvimento histórico na área da avaliação da qualidade e da assistência à saúde tem como uma de suas implicações a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário e, mais recentemente, de responsividade, ou seja, da visão ou da experiência dos usuários dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A percepção dos resultados do processo de cuidar empregado merece destaque, predominando a satisfação dos usuários, identificando a preocupação dos mesmos com o serviço prestado como critério de qualidade (LICHAND et al., 2012).

Avaliar o processo de cuidar no trabalho de parto e parto pela Equipe Hanami no parto domiciliar planejado é relevante, pois há um número reduzido de estudos sobre esta temática, principalmente no Brasil, onde esta prática ainda é recente, quando comparada, a países onde o parto domiciliar é uma opção das políticas de saúde para as mulheres e casais.

O processo de cuidar da Equipe Hanami no trabalho de parto e parto/nascimento representa uma nova forma de parir, dentro de um modelo humanizado e holístico de cuidado, que se centra no ser humano (mulher/casal/família) e sua cultura, valorizando o acolhimento, a confiança, a segurança cultural, o vínculo afetivo familiar, os rituais de cuidado, a autonomia e o protagonismo do casal. Esta abordagem é pouco explorada nas produções científicas existentes.

Realizar uma avaliação do processo de cuidar da Equipe Hanami, se faz necessária, para dar voz aos casais que vivenciam este processo. Assim como, é uma forma de dar visibilidade a este serviço autônomo realizado por enfermeiras obstétricas, que se contrapõe ao modelo de atenção ao parto e nascimento vigente no Brasil. Cabe destacar, que as

enfermeiras obstétricas primam pela autonomia profissional e competência cultural, sem negar a importância de um trabalho multi e interdisciplinar.

Na Equipe Hanami: O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado o processo de cuidar no pré-natal, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério acontece na Grande Florianópolis, com um olhar voltado para as indigências dos casais e de seus familiares, tendo como premissa o respeito as suas crenças e valores culturais. Nesta perspectiva, o presente estudo agrega um macroprojeto intitulado: PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas, neste recorte; o objetivo deste estudo é **analisar a percepção do casal sobre o processo** de cuidar da Equipe Hanami no domiciliar planejado no trabalho de parto e parto.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). No paradigma qualitativo a finalidade é descobrir características, padrões e significados do fenômeno em estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA começou a partir dos contatos estabelecidos com a Equipe Hanami, de enfermeiras obstétricas de Florianópolis. O primeiro contato com os casais aconteceu nos “Encontros Abertos” mensais, promovidos pela Equipe, com o intuito de apresentar a proposta de cuidado no parto domiciliar planejado, e esclarecer as dúvidas dos casais e familiares. A partir desse encontro, a pesquisadora propôs aos casais a participação na pesquisa, porém o processo se iniciou na primeira consulta pré-natal, com o aceite do casal. A PCA foi realizada durante todo o cuidado desenvolvido pela Equipe Hanami, no domicílio, desde o pré-natal, o trabalho de parto e parto até o pós-parto imediato.

O local e o contexto do estudo foi o domicílio dos casais que optaram pelo parto domiciliar planejado cuidado pela Equipe Hanami. Trinta casais que vivenciaram essa experiência e foram incluídos no estudo, no período de outubro de 2011 a novembro de 2012, na grande Florianópolis. Enquanto que, cinco casais foram excluídos, por serem encaminhados à instituição hospitalar durante o trabalho de parto, devido ao diagnóstico de uma parada de progressão fetal, uma taquicardia fetal, duas bolsa rota que chegou a 18 horas e não desencadeou trabalho de parto, uma por “síndrome de distensão



segmentar que pode levar a ruptura uterina (sinal de Bandl – Frommel)” (SPINELLI, 2008, p. 25). O desfecho desses encaminhamentos foram três partos cesarianos e dois normais, após indução e todos receberam acompanhamento de uma enfermeira da Equipe Hanami na instituição.

A saturação dos dados, ou seja, quando os dados passaram a se repetir e atenderam aos objetivos propostos, determinou o número de casais participantes.

A coleta de dados foi alcançada a partir da observação participante, durante a realização da PCA, das entrevistas semiestruturadas com os casais no puerpério tardio ou remoto. Os dados foram registrados através da organização formal das informações com os registros nas notas do diário (ND) que são os registros do que aconteceu diariamente, nas notas de observação (NO); nas notas teóricas (NT), nas notas metodológicas (NM); nas notas de cuidado (NC), e as notas de entrevista (NE). O anonimato adveio da utilização de codinomes de flores para cada casal.

A reflexão dos dados conseguidos foi realizada, sempre que possível, de forma concomitante com a coleta dos mesmos, com o apoio da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de M. Leininger (LEININGER, 1978, 1991), dos Modelos de Atenção ao Parto de Davis-Floyd e John (2004) e buscando responder aos objetivos que ancoravam o estudo.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas de acordo com as quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência propostas por Trentini e Paim (2004).

A apreensão diz respeito à coleta dos dados e análise preliminar das informações registradas como notas de diário e codificação das informações, identificando-se palavras chave ou temas chave que apontam os temas centrais. Estas expressões posteriormente foram agrupadas pela semelhança de ideal dando origem as categorias. A síntese corresponde a sintetização e discussão das informações após leitura aprofundada. A teorização é à interpretação e análise dos dados à luz do referencial teórico. A transferência é o momento em que se deu significado aos achados ou descobertas, contextualizando-os em situações semelhantes, sem a ambição de generalizações, mas sim a socialização de resultados únicos, justificando adequações que possam ser realizadas em outras realidades.

Houve aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer Nº: 1199, seguindo as diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os casais

foram particularmente orientados à pesquisa, incluindo seu objetivo, benefícios, riscos e após estarem informados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O referencial teórico pautou a análise dos dados, sendo assim, buscamos impetrar o objetivo desse estudo, para tal, houve a obtenção uma categoria central com duas subcategorias, que compuseram o eixo que guiou o estudo, e que a seguir são apresentadas.

### **Categoria 1 – As percepções dos casais sobre o processo de cuidar no trabalho de parto e parto**

Esta categoria envolve as percepções dos casais avaliando o processo de cuidar das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no trabalho de parto, parto e nascimento. As percepções englobam a segurança cultural dos casais nas vivências, assim como a competência cultural profissional das enfermeiras obstétricas. Além do empoderamento proporcionado pelo momento da formação de uma nova família, que culmina com a contemplação do novo integrante da família.

#### **1ª Subcategoria - Segurança cultural do casal e a competência cultural profissional no trabalho de parto e parto**

##### **O trabalho de parto**

As enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami cuidam da parturiente e avaliam as necessidades individuais de cuidado, no caso do Casal CRISTÂNTEMO foi realizado um alinhamento corporal, que é uma técnica oriental, aprendida no Japão durante o “Curso de Assistência Humanizada nas Maternidades e Casas de Parto no Japão”, subsidiado pela Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) em cooperação com o Ministério da Saúde brasileiro. Essa técnica consiste em alinhar a coluna materna, com a realização de um alongamento da coluna e um desbloqueio da coluna cervical, lembrando a técnica da quiropraxia. Gera conforto corporal para a mãe, facilita a liberação dos hormônios cerebrais para o parto e facilita o posicionamento do bebê para o nascimento. A técnica é explicada para o casal no pré-natal e no dia do parto é sugerida quando as enfermeiras avaliam que a mulher está muito tensa. No caso do Casal CRISTÂNTEMO a utilização do alinhamento realizado no trabalho de parto proporcionou “**segurança cultural**” uma vez que essa prática é



culturalmente congruente e vai ao encontro com o estilo de vida do casal, que pratica Ioga no seu cotidiano.

*Na gestação eu tinha receio do trabalho de parto, mas na hora me senti super segura. Admiramos as manobras realizadas pela enfermeira no dia do parto de alinhamento corporal, um cuidado diferente, mas quem tem tudo haver com a Ioga que praticamos. Precisávamos desse alinhamento para ir até o fim me sentindo segura. (Casal CRISTÂNTEMO).*

A “**segurança cultural**” está atrelada aos profissionais e o cuidado como um todo, que se reflete em todo o processo do nascimento e da vida (PROGIANTI et al., 2006). Relaciona-se, ao controle do contexto ambiental do parto, ao protagonismo, a segurança com a integridade corporal, a privacidade, a liberdade de expressão **de sentimentos que respeita as dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais, espirituais, culturais, instintivas e a** visão de responsabilidade do casal sobre o processo saúde e doença, bem como, o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais (REHUNA, 2000). A “segurança cultural” está vinculada a uma visão de cultura mais ampla, do que somente a cognitiva, que se centra em aspectos da cultura (crenças e valores). Esta compreensão mais ampla abrange, um quadro estrutural que incide sobre a posição social do indivíduo e como isso tem impacto na sua saúde e bem-estar. A Doença ou a prevenção de doenças é vista como responsabilidade da pessoa (WILLIAMSON; HARRISON, 2010).

A “**segurança cultural**” da mulher é um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde. As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros. Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente (PAESE; SASSO, 2013).

Quando a mulher sente segurança, inibe a secreção dos hormônios da família da adrenalina e a estimulação do neocórtex, portanto a segurança é primordial para a um trabalho de parto e parto fisiológicos (ODENT, 2002b).

Na atualidade o modelo assistencial, que inclui a enfermeira obstétrica no acompanhamento da gestação, trabalho de parto e parto de risco habitual é uma realidade, e por vezes, é questionada pelo modelo hegemônico da biomedicina. Assim, mesmo sendo preconizado pelo

Ministério da Saúde brasileiro, o cuidado prestado pela enfermeira obstétrica no contexto atual ainda faz parte da contra cultura (GOMES, 2010; BRASIL, 2008b; DAVIS-FLOYD; JOHN, 2004).

Para as gestantes de risco habitual, o domicílio pode ser uma opção de atenção ao parto que pode ser da responsabilidade de enfermeiras obstetras. Seja qual for o local, esse cuidado deve estar focado nas necessidades do casal e em sua **segurança**, respeitando ao máximo seus valores culturais. Quando a assistência for prestada em ambiente não hospitalar, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto deve ser ainda mais criterioso, para que qualquer intercorrência seja detectada precocemente, com encaminhamento oportuno para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2008b).

No parto domiciliar a rede de apoio (familiar e profissional) é extremamente importante e deve ser discutida com o casal no pré-natal, momento em que se constrói o plano de parto, pois a definição desta rede gera **“segurança cultural”**. No plano de parto é definido o “plano B”, que significa condutas a serem tomadas, no caso de necessidade de transferência durante a gestação, trabalho de parto/parto/nascimento e puerpério, do domicílio para a instituição hospitalar ou encaminhamento para consultas com outros profissionais. Pode haver mudanças de planos no pré-natal, de parto domiciliar para hospitalar, em caso de desestruturação familiar, neste caso, a **“segurança cultural”** é para ambos, o casal e a Equipe.

Essa rede é ampla, pois envolve desde os familiares que vão acompanhar o processo, até múltiplos profissionais, tais como: odontólogo, pediatra, obstetra, psicóloga, fonoaudióloga, a própria Unidade Básica de Saúde, para vacinação, teste do pezinho, entre outros profissionais que se fizerem necessários. A rede de apoio compreende conhecer no pré-natal a Unidade Básica de Saúde de referência, consultar com o pediatra que fará o acompanhamento pós-parto na rede pública ou privada, definir como será o encaminhamento (via ambulância pública/privada ou carro comum), conhecer as instituições e definir para qual a mulher quer se encaminhada, definir se vai chamar o obstetra que realizou o pré-natal ou o plantonista. Decidir a continuidade do cuidado hospitalar com as enfermeiras obstétricas da Equipe no sistema privado. No sistema pública a prioridade é que o companheiro seja o acompanhante, pois a mulher tem direito a uma pessoa para acompanhá-la. Preparar o casal para possível violência institucional, choque cultural entre casal e instituição, entre outros.

A rede de apoio é importantíssima no parto domiciliar, pois dá legitimidade ao processo de gestação, parto/nascimento e puerpério



assistido pela Equipe Hanami, frente às questões de segurança cultural, plano de segurança do paciente em serviços de saúde, segurança do paciente e serviço de saúde com base na RDC 36/2013 da ANVISA (ANVISA, 2013).

A Equipe Hanami com o intuito de ajudar os casais no pré-natal e pós-parto desenvolveu um encontro mensal gratuito intitulado **“compartilhando a maternidade”**, no qual sempre há um casal compartilhador de sua experiência que vai debatê-la com os participantes. Assim como, trabalha em parceria com alguns profissionais da linha humanista, como suporte quando necessário. Esse suporte proporcionado pela Equipe Hanami pode contribuir para a **“segurança cultural”** do casal.

Quando o casal é bem preparado no pré-natal para o trabalho de parto e parto há um aumento da **“segurança cultural”** do casal. Há necessidade de maior preparo das parturientes para uma possível transferência, pois quando isso não acontece às consequências negativas no pós-parto são grandes, tanto para mãe, quanto para o bebê e sua família (BURIGO, 2013).

A rede de apoio contribui para que o cuidado seja de forma culturalmente embasada, proporcionando ajuda, apoio e suporte para o indivíduo, promovendo bem-estar, desenvolvimento e enfrentamento das circunstâncias de dificuldades (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Os Casais DÁLIA e LAVANDA perceberam que as enfermeiras da Equipe Hanami realizam no trabalho de parto, monitoramento materno e fetal, massagens, atitudes e comportamentos de motivação e estímulo à alternância de posições para que a mulher encontre a que mais lhe conforta, usam métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Tais práticas proporcionam **“segurança cultural”** ao casal e apontam para a **“competência cultural”** profissional.

*[...] monitoramento do coração do bebê e das contrações, massagens, motivação, estímulo para mudar de posições. (casal DÁLIA).*

*Nas contrações faziam massagens com óleos aromáticos próprios para o trabalho de parto, usaram moxa na região do meu sacro, para diminuir a dor e isso realmente auxiliava a suportar melhor o processo doloroso. (Casal LAVANDA).*

Os casais RAFÉSIA e CAMÉLIA percebem a **“competência**

**cultural**” profissional das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami quando em seus relatos conseguem detalhar os cuidados obstétricos, afetivos e intuitivos utilizados.

A Equipe Hanami busca prestar um cuidado com **“competência cultural”** durante todo o processo de cuidar e em especial, neste caso, no trabalho de parto e parto. Utilizando cuidados que respeitam e valorizam a cultura do casal, tais como uso de incenso, velas, músicas, homeopatia entre outros, sem desvinculá-los das evidências científicas nos cuidados obstétricos, buscando uma relação de cuidado de “one-to-one” (um-para-um), ou seja, uma enfermeira vai partear, sendo aquela que a mulher formou maior vínculo e as outras duas serão suas auxiliares no parto. No pré-natal o casal é orientado ligar primeiro para a enfermeira que irá partear e essa aciona as auxiliares.

*Ligamos para a enfermeira da Equipe que queríamos no parto. Quando ela chegou à nossa casa, examinou a RAFÉSIA (mulher) da cabeça aos pés. Fez várias perguntas para mim, para não tirar a concentração dela. Viu se RAFÉSIA (feto) estava bem posicionada na barriga, escutou o coraçãozinho. Controlou a contração uterina. A única pergunta que a enfermeira fez para RAFÉSIA (mulher) é se queria saber qual era a dilatação. Óbvio que queríamos, porque ela já tinha bastante contrações. Aí a enfermeira fez o toque e já tinha 5 centímetros de dilatação. Ficamos felizes, pois achávamos que seria 2 ou 3 centímetros. A enfermeira falou que era o verdadeiro trabalho de parto, mais uma felicidade, pois tínhamos chamado na hora certa. Depois desse exame a enfermeira ligou para as outras enfermeiras que iriam auxiliar que chegaram mais tarde com o material. Então sabíamos que não tinha mais volta. Hoje vai nascer. Acendi um incenso enquanto a enfermeira fazia massagens nas costas dela. (Casal RAFÉSIA-companheiro).*

*[...] verificaram sempre o coração do bebê, a contração, a pressão da mãe. A Camélia tomou floral próprio para o trabalho de parto e a enfermeira sempre lembrava o momento de tomar nova dose, isso me deixou bem tranquilo. (Casal CAMÉLIA- companheiro).*

O suporte de cuidado da enfermeira obstétrica deve ser





individualizado, um serviço baseado em uma relação intitulada “one-to-one” (um-para-um) entre a enfermeira obstétrica e a sua cliente, uma relação que tem sido descrita como uma “amiga profissional” e é considerada como essencial para experiências positivas e diminuição de intervenções (PAGE, 2013). Esse tipo de relação potencializa a **“competência cultural”** da enfermeira obstétrica e conseqüentemente colabora para a **“segurança cultural”, autonomia e protagonismo** do casal.

No modelo de atenção humanizada a um estímulo à participação ativa da mulher e seus familiares no trabalho de parto, com uso restrito de intervenções. Neste modelo há uma conexão entre mente-corpo e o corpo é percebido como um organismo. No modelo holístico a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é um evento fisiológico normal que segue um curso natural. O corpo, a mente e o espírito são percebidos como uma unicidade e o corpo é visto como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia (DAVIS-FLOYD, 2001). Neste sentido, a Equipe Hanami centra-se nas crenças dos casais, por este motivo dependendo de cada casal, trabalha com o modelo humanizado ou com o holístico, porém a predominância é pelo modelo holístico.

A **“competência cultural”**, também é percebida pelo casal com a conduta da Equipe na rapidez da chegada ao domicílio para a primeira avaliação, momento que inicia o suporte profissional contínuo.

*[...] foi importante quando a enfermeira chegou. Foi ligar e logo ela já chegou para avaliar. Era o suporte que nós precisávamos. (Casal FLOR-DE-LIS).*

*[...] quando liguei a Equipe veio muito rápido. Isso para mim foi muito importante. Amigas que contrataram doulas a presença da mesma aconteceu horas depois da primeira ligação, sob a alegação que é importante viver a primeira etapa do parto apenas com o marido. Por mais que o meu marido fosse extremamente importante ao meu lado, saber que tinha a Equipe ali me dava segurança. Eu não fui questionada por telefone dizendo que ainda era cedo. A Equipe veio e avaliou, já iniciou o suporte que eu precisava. (Casal DÁLIA).*

**O suporte contínuo profissional** abrevia o tempo de duração do trabalho de parto e a necessidade de analgesia, diminui a necessidade de

parto instrumental e cesárea, aumenta o grau de satisfação materna, e diminui risco de índice de APGAR (avaliação da vitalidade do recém-nascido) menor que sete no quinto minuto. Todas as mulheres devem ter suporte contínuo intraparto e é mais eficaz quando este, não é realizado por profissionais que compunham as Equipes hospitalares, nem por pessoas ligadas às redes sociais da mulher, mas sim oferecido por uma pessoa capacitada que está lá apenas para isso (HODNETT et al., 2013), como acontece com a Equipe Hanami no trabalho de parto, parto e por algumas horas no pós-parto, cujo suporte contínuo, é prestado pelas enfermeiras obstétricas.

O **suporte contínuo profissional** no trabalho de parto versava sobre o conforto físico (aplicação de compressas de calor ou frio, ajuda no banho de chuveiro ou banheira, troca de roupa, auxílio na deambulação, massagem, toque terapêutico e posições de conforto). Assim como, compreende o suporte emocional que inclui tranquilizar, encorajar, elogiar, distrair, orientar e demonstrar técnicas de relaxamento para a parturiente no trabalho de parto (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; BASCO, 2011).

No contexto domiciliar, a Equipe Hanami utiliza o **suporte contínuo** junto aos casais e familiares no trabalho de parto e quando necessário contata com o médico prenatalista repassando informações sobre o processo, na busca de “**segurança cultural**” para o casal e “**competência cultural**” profissional. No caso do Casal CRISTÂNEMO, as enfermeiras ao pensarem no PLANO B (encaminhamento), resolveram conversar com o casal que iriam telefonar para o prenatalista, para que o mesmo soubesse do caso e combinamos com o profissional que retornaríamos a ligação em duas horas, quando seria realizada mais uma avaliação e decisão ou não pelo encaminhamento, o que acabou não sendo necessário, pois em uma hora a mulher pariu e a ligação de retorno foi para contar o desfecho positivo do parto.

*Foi o que aconteceu com o (Casal CRISTÂNEMO), cujo trabalho de parto já durava quase 24 horas, porém, mãe e bebê estavam bem, mas o progresso do trabalho de parto era muito lento. Apesar da Equipe respeitar o tempo da mulher e do bebê para o nascimento, resolvemos comunicar ao casal que iríamos ligar para o médico prenatalista parceiro da Equipe só para comunicar que o processo era lento, porém, havia progressão. Então, acordamos um retorno de ligação em duas horas, quando iríamos fazer uma reavaliação. Após a ligação, as*



*contrações começaram a se intensificarem e o bebê nasceu em uma hora. Avaliamos que o fato de ligarmos para o obstetra fez com que a mulher decidisse por manter firmemente sua opção de parto no domicílio e liberou seus bloqueios, hormônios e permitiu o término da dilatação e o nascimento. Foi um parto lindo e o bebê nasceu super bem apesar do longo tempo de trabalho de parto. (Notas de diário da pesquisadora na observação participante).*

*Quando ouvi uma de vocês falando no telefone com minha obstetra, sei lá o que aconteceu, as contrações aumentaram e conheci a tal partolândia, pois não ouvia, nem via mais ninguém, só queria parir e foi o que aconteceu. Foi um momento maravilhoso que só me faz lembrar da hora que peguei ela no colo [...]. (Casal CRISTÂNEMO).*

O “**cuidado cultural congruente**” contribui para o apoio e suporte ao ser humano, promovendo bem-estar, crescimento e auxiliando no enfrentamento de problemas (LEININGER; MCFARLAND, 2006). Neste sentido, a rede de apoio e o suporte contínuo são imprescindíveis para manter a “**segurança cultural**” e a “**competência cultural**” profissional.

Os casais DÁLIA, FLOR-DE-LIS e CRAVO, avaliaram que o cuidado no trabalho de parto, realizado pelas enfermeiras obstétricas foi além do cuidado físico, inclui um **cuidado cultural sensível**, pois diante de momentos de fragilidades recebem **cuidados afetivos, de apoio e estímulo**, que apontam que a “**competência cultural**” profissional abarca, também, a intuição da enfermeira em prestar um **cuidado cultural congruente** com as necessidades sentidas em cada momento pelos casais.

*Recebi muito carinho, apoio e motivação e explicações sobre o que estava acontecendo. Quando eu achava que não aguentaria mais, recebia uma boa dose de estímulo. (Casal DÁLIA).*

*Todas vocês passam uma tranquilidade [...] quando a enfermeira chegou eu não me senti mais tão sozinho sabe, e ela chegou e já fez os primeiros procedimentos, já escutou o coraçãozinho dele e estava tudo bem e nos falou que estava tudo bem, não tinha nada fora do normal. [...] O nosso parto aconteceu da melhor forma, eu não consigo me frustrar porque não foi filmado ou porque não foi na piscina, o que importa é o resultado final e o*

*resultado final foi dez com estrelinhas, nasceu bem, acho também que a assistência que foi dada à Flor-de-Lis foi muito importante e competente [...] o resultado final foi feliz.* (Casal FLOR-DE-LIS).

*Não é a banheira, não é o banquinho, não é a infraestrutura, é exatamente o apoio e o cuidado com a segurança que vocês deram antes, durante e depois do parto.* (Casal CRAVO).

O Casal BRINCO-DE-PRINCESA percebe e valoriza, o **apoio** no momento da dor, que faz parte do **suporte profissional contínuo** promovido pela Equipe Hanami no trabalho de parto. A Equipe é muito cautelosa e usa de muita sensibilidade no momento em que a mulher refere dor no trabalho de parto, afim de que o cuidado seja **respeitoso e sensível**, com a necessidade da mulher nesse momento tão tenue.

*[...] uma coisa que a gente sabe é que vai doer, mas só na hora mesmo de sentir não foi fácil, então teve momento que eu achei que eu não fosse dar conta, tiveram momentos que eu tive que ter mais concentração e que se não fossem as Hanamis me dando apoio, me massageando, dizendo: agora é contigo, que o colo do útero esta dilatado e acho que ia desistir [...].* (Casal BRINCO-DE-PRINCESA).

O significado do cuidado no processo de cuidar no trabalho de parto assistido pela enfermeira obstétrica é percebido pela mulher como:

*[...] respeito à sua feminilidade, atendimento delicado, liberdade de expressão, aprendizagem, presença que dá segurança e ânimo na hora em que mais teme. A dor é fortemente referida, seguida da satisfação pelo nascimento sadio.* (CAUS et al., 2012, p.40).

O Casal AZALÉA percebe e valoriza o **suporte contínuo profissional** no cuidado para alívio da dor no trabalho de parto, realizado pelas enfermeiras da Equipe Hanami. O **cuidado sensível** é fundamental para que a mulher sinta “**segurança cultural**”, por tal motivo, a Equipe não se furta em utilizar tecnologias não invasivas para alívio da dor, porém, estas dependem da necessidade e do desejo da mulher em utilizá-las.

*O banho de imersão me salvou, fora da banheira eu estava sentindo muito mais dor, tanto que eu não*

*queria sair dali, estava mais confortável, e como eu estava, consegui também me massagear dentro da água, que a dor era menos intensa, para mim foi bom, foi o melhor método. A Massagem foi boa ajuda a gente se distrair com outra coisa sem ser a dor. Gostei de tomar chá com mel, deu uma relaxada, uma acalmada até no psicológico, a água mata a sede, mas eu preferi o chá e até isso ajudou no alívio da dor. (Casal AZALÉA).*

As estratégias não-farmacológicas constituem fator determinante no bem-estar da mulher durante o trabalho de parto, incluindo o banho, ambiente calmo e aconchegante, massagens, oferta de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, deambulação, entre outras, as quais são facilmente desenvolvidas pela enfermagem (MOREIRA et al., 2009).

### O parto

Os casais GIRASSOL, FLOR DO CAMPO e SAKURA percebem e avaliam que a Equipe Hanami prepara o ambiente para o parto de forma **harmoniosa, tranquila e respeitosa**. Neste sentido, as Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami harmonizam o contexto ambiental, como forma de manter a “**privacidade**” e a “**segurança cultural**”, com o objetivo de não perturbar o processo fisiológico do nascimento e aumentar a satisfação dos casais com o processo vivido. Por esse motivo, as enfermeiras da Equipe, no pré-natal, buscam conhecer aprofundadamente o estilo de vida, as crenças, os valores e os desejos do casal sobre como querem que tudo aconteça no dia do parto, ou seja, usam a **competência cultural** para cuidar do casal.

*A atenção recebida pela Equipe e o respeito pela nossa família, pelos nossos desejos e escolhas para este momento, mantiveram um ambiente tranquilo, todos na mesma sintonia. O carinho da Equipe me marcou bastante. A tranquilidade da Equipe e as palavras tão calmas que a enfermeira me falava em voz baixa no período expulsivo. (Casal GIRASSOL).*

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

O contexto ambiental do domicílio é preparado pelo casal e pela

Equipe Hanami para o processo de cuidar na gestação, parto e puerpério, envolvendo diversas dimensões que extrapolam o ambiente físico envolvendo todas as vivências e experiências que vão dar significado às expressões humanas incluindo as interações sociais.

*O cuidado que vocês tiveram em deixar o ambiente em harmonia e tranquilo, fazendo jus ao nome Parto em Casa [...]. (Casal FLOR DO CAMPO).*

A Equipe Hanami busca promover o cuidado no trabalho de parto, parto e nascimento, na perspectiva de um novo tempo, contemporâneo, que percebe estes casais com um estilo de vida envolto pela perspectiva holística e ecológica, que precisam ter suas necessidades atendidas. Estes casais querem ser **protagonistas**, exercerem a **autonomia** e seus direitos sexuais e reprodutivos, por isso, esperam ser **empoderados** e **respeitados** pelas enfermeiras no processo de cuidar. Essa compreensão aumenta muito a responsabilidade profissional da Equipe e exige o exercício de muita **“competência cultural”**, que tem sido construída ao longo de sete anos, para que a **“segurança cultural”** do casal seja garantida durante o cuidado.

O contexto ambiental, também expressa, uma logística que necessita de **acolhimento** interpessoal, **privacidade**, **respeito** às crenças e valores e a visão de mundo do casal/RN e da enfermeira que envolve questões holístico-ecológicas. Porém, não deixa de ser um **empreendedorismo profissional**, que exige um processo organizacional administrativo formal, que alavanca nas entre linhas, uma imagem, que foi sendo construída ao longo dos anos na Equipe Hanami e que precisa manter e ampliar a qualidade no cuidado.

*A organização do parto em si, a logística de trazer todos os equipamento e organizá-los de forma a manter uma harmonia, mantendo penumbra e respeitando todos os nossos desejos de usar incenso, a participação dos bichos da casa, dos filhos e dos convidados. Conversam muito em voz baixa e incluir todos nos cuidados foi uma experiência muito boa. (Casal SAKURA).*

O **parto** assistido em casa, pela Equipe Hanami, proporcionou um **“cuidado culturalmente respeitoso”**, que trouxe sentimento de satisfação com o cuidado e com a experiência, indo ao encontro com as expectativas culturais do casal. O **“cuidado respeitoso” com a cultura**



favoreceu o exercício do “**empoderamento**” do casal. Este surgiu em decorrência do trabalho realizado durante todo o processo de cuidar da Equipe, no pré-natal, junto ao casal na construção do plano de parto, levando-os a ter “**autonomia**” e serem “**protagonistas**” no momento do nascimento. A “**autonomia**” e o “**protagonismo**” do casal trouxeram resultados positivos com a experiência, gerando satisfação no momento do nascimento. Estes comportamentos apontam para a “**competência cultural**” das enfermeiras e que conseqüentemente produziram “**segurança cultural**” para o casal. Esse processo fica explicitado em suas falas:

*Ter um parto em casa com a Equipe Hanami permitiu receber a Dália (RN) como sonhamos, com suavidade, calma e tranquilidade. (Casal DÁLIA).*

*Fizemos o plano de parto e nele nosso desejo era que o COPO DE LEITE (pai) pegasse o bebê na hora do parto e isso aconteceu, momento em que apareceu a cabeça, as enfermeiras estavam de braços cruzados só olhando discretamente, eu peguei e dei-a para COPO-DE-LEITE (mãe) que já o segurou no colo, momento mágico. (Casal COPO-DE-LEITE).*

A parteira pós-moderna, é aquela que tem uma postura realista em relação à biomedicina e a outros sistemas de conhecimento, movendo-se fluidamente entre eles para ajudar as mulheres/casais que assiste. É consciente, **culturalmente competente** e politicamente engajada. Utiliza seu conhecimento específico, aliados aos interesses da mulher/casal. Assim, o conceito de parteira pós-moderna representa uma ponte para as brechas étnicas, raciais e de status, que separam as parteiras profissionais das tradicionais, e um ponto focal e analítico para a compreensão da forma de negociação de identidades e papéis de cada um dos membros no grupo, no mundo em transformação (DAVIS-FLOYD, 2007). O **cuidado culturalmente respeitoso** é o que atende as diferenças (diversidade) das percepções, significados, padrões, valores e símbolos concebidos pelos seres humanos. Tendo, também, compromisso com as semelhanças, uniformidades e igualdades (universalidade) do cuidado cultural (LEININGER, 1991).

Quando o as enfermeiras da Equipe Hanami realizam um “**cuidado culturalmente respeitoso**”, com “**segurança cultural**” e que utiliza “**competência cultural**” profissional, a consequência é, a ausência de perturbações no processo fisiológico, sem interferência no mundo primitivo, momento em que a mulher consegue um verdadeiro

encontro consigo mesma.

As falas dos casais FLOR-DE-LIS, FLOR DO CAMPO, GIRASSOL e AMOR PERFEIRO, nos levam a inferir que as mulheres conseguiram acessar o mundo primitivo no parto, ou seja, receberam um cuidado de enfermagem que não interferiu na fisiologia do mesmo. Esse cuidado pode ser classificado como de **“competência cultural”** das enfermeiras da Equipe Hanami, pois buscaram outros conhecimentos sobre a fisiologia do nascimento, no qual, a lógica é **proteger** a mulher de perturbações no processo parturitivo que promove **“segurança cultural”**, fazendo com que a mulher relaxe e o curso do trabalho de parto flua naturalmente e ela consiga se entregar ao mundo primitivo e permitir o nascimento do bebê.

Na avaliação dos casais a Equipe Hanami propicia um ambiente com pouca luz, privacidade, silêncio, temperatura confortável, sensação de segurança e proteção sendo um facilitador para que as mulheres possam se sentir livre física e emocionalmente para agir e se movimentarem, promovendo o relaxamento e a entrega emocional para o parto, ou seja, a **“segurança cultural”** fica aflorada. A Equipe Hanami proporciona, também, o parto na água, sem que este tenha que ser uma obrigação, mas uma consequência do respeito ao desejo das mulheres permanecerem na piscina, na hora da expulsão do bebê, isto acontece porque o ambiente é acolhedor, afetivo e facilitador da intimidade, consequentemente da entrega, devido à **“segurança cultural”** que lhe foi proporcionada.

*[...] na hora do parto eu estava meio em transe sabe. Eu não tenho todos os momentos bem definidos, eu tenho muitos flashes. (Casal FLOR-DE-LIS).*

*Foi lindo, emocionante, mas eu particularmente não lembro de muitos detalhes. Lembro sim de estar sozinha com minha nenê. Uma sintonia para o nascimento dela...depois me lembro de quando coloquei a mão na cabecinha dela e só esperei ela vir ao mundo!!! Além do êxtase do nascimento achamos muito importante a experiência das enfermeiras, mas acima de tudo foram carinhosas com a mãe, dando espaço para que nós como casal tivéssemos momentos de amor, para liberar a ocitocina e facilitar o nascimento da FLOR DO CAMPO (RN). (Casal FLOR DO CAMPO).*

*Consegui relaxar bem entre uma contração e outra e nos últimos 30 minutos é que fui para a*



*“partolândia”, apesar das dores bem mais intensas, tinha uma sensação muito boa, de flutuar e ela nasceu. (Casal GIRASSOL).*

*[...] foi do jeito que planejamos, eu estava bem concentrada, bem conectada comigo mesma, com excelentes pessoas e com a enfermeira parteira com muita sensibilidade que não interferiu na minha entrega completa, ah foi bem bonito, do jeito que eu imaginava. (Casal AMOR PERFEIRO).*

Confundir o termo fisiológico com normal é um absurdo, pois uma atitude ou um comportamento podem ser normais em um dado país, mas não em outro. Os fisiologistas descobrem as funções normais do corpo, o que é universal, que abrange as culturas. O ser humano não pode afastar-se do contato com suas descendências sem ser punido por este comportamento (ODENT, 1981).

O parto instintivo de uma mulher inteiramente afastada de seu meio cultural é sempre difícil, senão impossível, é um contato indispensável com as origens culturais, ou seja, as raízes filogenéticas, as mais densas, sendo sinônimo da escuta do cérebro instintivo, do cérebro víscero-afetivo (ODENT, 1981).

O contato com nossas origens mamíferas pode ser demonstrado concretamente, na mãe, quando busca posições que não são designadamente humanas, tal como a posição de quatro apoios, e pelo uso de expressões, como o grito. Após milhares de anos de intercessões culturais rotineiras no processo de parto, é mais importante do que nunca voltar as suas origens, e procurar aquilo que é fisiológico no nascimento humano (ODENT, 1981).

A mulher possui um mecanismo inato no trabalho de parto e para parir, a parte mais ativa de seu corpo é seu cérebro primitivo, aquelas estruturas muito antigas (o hipotálamo, a glândula pituitária etc.) (ODENT, 1981), que compartilhamos com todos os outros mamíferos, por este motivo a mulher não necessita de intervenção e requer um ambiente seguro, privativo e com baixo estímulo neocortical. Os profissionais podem ser “facilitadores do parto”, quando conhecerem a respeitar alguns temas básicos fundamentais: privacidade, sensação de segurança e proteção, ausência de linguagem racional, baixa luminosidade, temperatura confortável, capazes de propiciar e facilitar o contato da mulher com sua memória instintiva (ODENT, 2002a).

O Casal AZALÉA percebe que as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami no momento do parto promoveram harmonia, por

estarem na mesma sintonia que o casal. Para as enfermeiras da Equipe Hanami cada parto é um parto, portanto, é especial e nos envolvemos com o casal a ponto de dividirmos sentimentos de felicidade, alegria e amor. Por isso vibramos, choramos e passamos a fazer parte daquele momento tão especial vivido em família que marca nossas vidas. Tudo acontece porque mesmo sendo profissionais nos colocamos numa relação de igualdade como seres humanos.

*[...] no parto eu sentia muito era uma harmonia muito grande, era uma coisa assim, que estava todo mundo na mesma sintonia, na mesma força literalmente. Todo mundo fazendo a mesma força que Azaléa, estava uma concentração, uma confiança, uma coisa tão boa, em relação a sentimentos. Foi muito gostoso[...]. Foi um parto natural. (Casal AZALÉA).*

O modelo holístico de atenção ao parto é modelo natural, no qual a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é um evento fisiológico normal que segue um curso natural. As intervenções necessárias são mínimas, embora a Equipe deva estar alerta para qualquer sinal de complicação. Os partos são acompanhados no domicílio ou centros de parto, por profissionais não médicos. Neste modelo corpo, mente e espírito são percebidos como uma unicidade e o corpo é visto como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia (DAVIS-FLOYD, 2001).

A abordagem apropriada entre as mulheres/casais e os profissionais responsáveis por seus cuidados colabora definitivamente para que o parto seja uma experiência positiva para as mulheres e seus familiares. Auxilia na eliminação de medos e dúvidas, inspira segurança. Oferecer informações amplas e minuciosas, cuidar do bem-estar físico e emocional, permanecer disponível, demonstrar compreensão, apoio e respeito, estabelecer uma relação de intimidade e ficar em segundo plano, se revela como elementos do cuidado muito apreciados pelas mulheres (casais) contribuindo categoricamente para a satisfação com a experiência do parto (BASCO, 2011). Este pensamento é corroborado nas falas dos casais:

A linguagem racional, a luminosidade, o estímulo visual ativam o neocórtex, promovendo a diminuição da atividade do cérebro primitivo, que precisa ser o comandante nesse momento. Já a privacidade é necessária para facilitar a liberação de um coquetel de hormônios (ocitocina, endorfinas, prolactinas, catecolaminas, entre outros),



contribuindo para maior facilidade no trabalho de parto, amenizando a dor e diminuindo o tempo da parturição (ODENT, 2002b).

Além disso, quando a mulher é poupada destes estímulos ela passa a não se preocupar com a exposição de sua intimidade. E, por fim, o respeito à fisiologia desencadeia sensação de **segurança** que possibilita a liberdade de expressão da parturiente (ODENT, 2002a; 2004).

A mulher tem capacidade de parir se não atrapalharmos sua vivência. Torna claro, como o ambiente ajuda a mulher a liberar a própria ocitocina e endorfinas necessárias nesse processo, favorecendo a entrega para o parto (ODENT, 2002a).

Na fala do Casal FLOR-DE-LIS, a enfermeira da Equipe Hanami **empoderou** a mulher com palavras de encorajamento, sendo sutil e sensível, ao ponto de não perturbar a entrega da mulher para o parto. Pode-se inferir que as enfermeiras utilizam “**competência cultural**” ao desenvolver o cuidado.

*[...] Aquela hora foi decisiva, eu me lembro bem das tuas palavras, falando baixinho no meu ouvido, dizendo: te entrega pra dor. Foi bem forte pra mim isso, porque é muito fácil tu se entregar pra dor, mesmo porque, a dor é muito forte, eu já estava achando que eu não ia conseguir. (Casal FLOR-DE-LIS).*

O medo intenso e sentimento de “fracasso” muitas vezes experimentado perto do fim do trabalho de parto facilita o reflexo de ejeção fetal, que significada à completa falta de controle do que está acontecendo à volta, que permite o nascimento, a ejaculação e a ejeção do leite (ODENT, 2002b).

O estabelecimento de vínculo é um fator de extrema importância para o parto domiciliar, pois permite que as mulheres vivenciassem o momento do parto com total entrega, pois confiam na profissional escolhida e sabem que não haverá interferência, a não ser que fosse realmente necessária, para garantir o bem estar da mãe e do bebê (ANDRADE et al., 2012.)

No caso do casal AMAMÉLIS, o parto aconteceu num ambiente tranquilo, com a luz natural do dia, privacidade, silêncio, temperatura agradável, com sensação de segurança e proteção do companheiro e do filho. AMAMÉLIS sentiu “**segurança cultural**” conseguindo liberar todo seu instinto selvagem, mamífero. A Equipe Hanami agiu com “**competência cultural**” profissional quando não interferiu e fez parte do processo vivenciando o nascimento com a família. A fala filho de

três anos do casal, que nasceu em casa com a Equipe, revela a vivência instintiva da mãe:

[...] mãe você deu um grito de leoa e ele nasceu.  
(Casal AMAMÉLIS-filho).

O ato de dar à luz é essencialmente ‘selvagem’. O comportamento durante o parto se origina no sistema límbico, a área do cérebro compartilhada por todos os mamíferos. Para que o trabalho de parto transcorra bem é necessário fechar o neocórtex, que é a parte racional (pensante) do cérebro humano, tendo como resultado o instintivo comportamento “animalesco” durante o parto (ODENT, 2002b).

Como indivíduos, o comportamento no parto também é pessoal. Algumas mulheres ficam tranquilas, retiradas e “no controle”. Outras se tornam ‘fora de controle’ e selvagens. Muitas ficarão no caminho intermediário, ou em ambos os comportamentos, em diferentes momentos durante o trabalho de parto, tal como nosso comportamento durante o sexo que é controlado pelo sistema límbico (ODENT, 2002b), existindo diversidades e universalidade entre os comportamentos humanos, universalizá-los seria um reducionismo (LEININGER, 1991).

Quando a cultura profissional institucional interfere rotineiramente no processo do parto, é toda a sexualidade que fica comprometida e consequentemente também toda a capacidade de amar (ODENT, 2002b; 2003).

A imprevisibilidade positiva no parto foi vivida pela Equipe com o Casal FLOR-DE-LIS, uma vez que o plano de parto foi alterado no dia do parto, porque quando eles no chamaram e achavam estar no início do trabalho de parto, quando chegamos, num tempo menor que uma hora, o bebê já estava nascendo. Essa situação levou a todos a ter que **acomodar e repadronizar** os cuidados.

A imprevisibilidade positiva no parto do Casal FLOR-DE-LIS exigiu “**competência cultural**” da Equipe, que precisou ter flexibilidade e sensibilidade para lidar com a situação, buscando manter a autonomia, o protagonismo e a segurança cultural do casal evitando com isso, a valorização excessiva do plano de parto e relação ao parto vivido na realidade.

A Equipe Hanami no pré-natal realiza o plano de parto em conjunto com o casal, porém, em algumas situações tudo que foi programado é reprogramado pela ocasião do parto e isso, não pode ser visto como um problema, pois se pode imaginar o que pode acontecer, mas garantir jamais. O mais importante nestas situações é ter claro o



pensamento de que o parto é independente da tecnologia, mas totalmente dependente da entrega da mulher ao processo que está vivenciando e quando isso acontece o mais importante é saber que mãe e bebê estão bem. Mesmo que a Equipe converse sobre isso no pré-natal, muitas vezes, o casal se mantém impregnado da cultura de que o parto de primeiro filho é demorado e vai dar tempo para cumprir todos os rituais planejados.

*[...] eu vivi uma situação, uma experiência, como tu disse. Nós somos pessoas únicas e a nossa experiência foi única, então dentro da minha experiência eu tenho a capacidade de ver que de repente não teve a filmagem, não teve a piscina, porque eu sei que foi tudo muito rápido [...]. A Equipe tinha toda a preparação pra fazer tudo àquilo que a gente esperava, mas a nossa circunstancia exigiu rapidez, por isso muitas coisas que a gente esperava não aconteceram, mesmo assim foi perfeito. (Casal FLOR-DE-LIS).*

Não houve desrespeito ao casal, mesmo assim, sentiram certa frustração por não terem o registro da filmagem do nascimento, então tivemos que lançar mão da **competência cultural**, para refletirem sobre a questão: há registro maior do que aquele que se vive? Todos tiveram que **repadronizar** seus pensamentos, para que esse fato não se sobrepusesse ao momento maior que foi **o parto e o nascimento de um bebê lindo** que teve nota de APGAR 9 e 10 e uma mãe que saiu do parto com um períneo íntegro.

A “**segurança cultural**” está vinculada aos profissionais e a assistência como um todo, que se reflete em todo o processo do nascimento e da vida das pessoas envolvidas (PROGIANTI et al., 2006). É um componente fundamental da qualidade de cuidados de saúde (PAESE; SASSO, 2013).

A enfermeira obstétrica precisa cuidar com “competência cultural”, pois é um processo contínuo do profissional para tornar-se autoconsciente e valorizar a diversidade, tornando-se um conhecedor em questões importantes da cultura da clientela que cuida. É a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim de prestar cuidados de qualidade (LEININGER, 2002; LEININGER; MCFARLAND, 2006).

## **2ª Subcategoria - O momento da nova família: uma contemplação**

O Casal COPO-DE-LEITE e MARGARIDA perceberam que a

vivência do nascimento foi um acontecimento que marcou positivamente suas vidas e que tiveram a oportunidade de contemplar o bebê, sem a presença das enfermeiras da Equipe Hanami. A Equipe usa **competência cultural** quando avalia que logo após o nascimento de um bebê que nasce bem e que a mãe está bem, há necessidade de um momento único da nova família, momento este, que precisam ficar a sós para “curtir” o filho. Este comportamento da Equipe contribui para que o casal sintam-se **empoderado**, desde os primeiros momentos com o bebê, isso potencializa a capacidade futura do casal cuidar do seu bebê fortalecendo a **segurança cultural** do casal.

A filosofia de cuidado da Equipe Hanami contempla que o recém-nascido (RN) é recebido num momento de contemplação familiar, precisa do contato pele a pele com sua mãe logo após nascer, é favorecida a formação do vínculo afetivo familiar com aproximação do pai e da família presente, o cordão umbilical será cortado por alguém da família, em especial o pai, somente após o término do pulsar do cordão umbilical ou após a saída de sua placenta.

A Equipe considerada que esse momento é coroado por muita emoção por todos que participam do processo e que cada parto/nascimento no domicílio são únicos e envoltos de significados. Um diferencial é o momento de contemplação da família para com o bebê, é um momento especial, de reconhecimento, que é favorecido e não há interferências, se as condições da mãe e do bebê forem boas.

*O nascimento foi à experiência mais intensa e surreal de nossas vidas. A concretização do nosso amor! (Casal COPO-DE-LEITE).*

*Inacreditável é o momento em que nos deixaram sozinhos na piscina só para curtir e aconchegar nosso filho. Éramos só nos três, a primeira iniciação da família sem interferências, ficamos literalmente celebrando a vida, essa nova vida [...]. (Casal MARGARIDA).*

O nascimento cativa, envolve e hipnotiza. O sagrado atua de dentro para fora. Sua eficácia se mede pelas repercussões positivas em qualidade de vida humana, nos renova por seu poder benéfico, doador de vida e de sentido. O que se cumpre num parto é comparável à obra de um artista. No interior de novas coordenadoras, revela-se a experiência do sagrado como centro de sentido, ordenador e renovador de vida (NOGUEIRA, 2006).



O empoderamento potencializa a liberdade de escolha, a manutenção da autonomia e a responsabilidade para a tomada de decisões durante o cuidado (RYDER; WILTSHIRE, 2001). Fortalece o poder de participação, respeito às escolhas, é um suporte para negociação do cuidado de igual para igual (KUOKKANEN; LEINO-KILPI, 2000). A potencialização do profissional enfermeiro (a) e do cliente na relação de cuidado promove empoderamento (LEININGER; MC FARLAND, 2006).

O casal FLOR DE LOTUS e DÁLIA, além de perceberem o momento de contemplação familiar com o bebê, fazem uma ligação com o Divino e o Sagrado no nascimento. O **cuidado cultural respeitoso** promove liberdade de expressão, inclusive de fazer uma ligação entre chegada do novo ser com sua espiritualidade. É possível compreender que a visão holística e ecológica de mundo do casal, pois valorizam a participação do filho e do bicho de estimação no momento do parto e de contemplação do novo integrante da família.

*Foi muito marcante quando as enfermeiras disseram agora é um momento para vocês. Ficamos todos na piscina eu, nosso bebê, meu marido, nosso filho de 3 anos e até o cachorro ficou do lado de fora nos olhando. Todos encantados com que havia acontecido. Algo divino. (Casal FLOR DE LOTUS).*

*Foi realmente um momento só nosso. Ficamos com nossa filha no colo logo após o nascimento por mais de uma hora, sem pressa, foi muita curtidão. Algo que jamais será esquecido. Foi sagrado. (Casal DÁLIA).*

O parto sempre foi compreendido como pertencente ao universo do sagrado. O sincretismo entre cultural e religioso como se caracteriza no Brasil possibilita que cada um busque e produza sua própria rede de símbolos e sentidos espirituais, de forma autônoma. Procuramos o contato com o sagrado para dar sentido às nossas vidas. O sagrado é a fonte de integridade, unidade e força vital. Através do contato com o sagrado podemos definir o nosso mundo. Neste sentido os casais do estudo percebem o domicílio local do parto como parte integrante da natureza sagrada. Os rituais específicos para a escolha do ambiente de realização do parto, bem como os confrontos para a reiteração dessa escolha levam ao pensamento do ambiente como sagrado (NOGUEIRA, 2006; FEYER, 2012).

No pós-parto as mulheres/casais desembarcaram neste mundo em

verdadeiros rituais de celebração da vida. As escolhas são resultado de suas histórias pessoais. Não são melhores nem piores que as de outras mulheres/casais. Não estão certas nem erradas. Por isso, não são encaradas como modelo, mas como fonte de inspiração e de coragem para que outras mulheres/casais na vivenciem com intensa singularidade esse momento especial (BENATTI; MIN, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casais contemporâneos valorizam o processo de cuidar trabalho de parto e parto que considere as evidências científicas no controle do trabalho de parto e que geram **“segurança cultural”**.

O **cuidado culturalmente respeitoso** é o que ressalta a importância da relação das enfermeiras obstétricas com os casais, relação esta que é um encontro de culturas, com valores, saberes e fazeres diversos. É o cuidado que atende as diferenças (diversidade) das percepções, significados, padrões, valores e símbolos concebidos pelo casal, assim como, existe o compromisso com as semelhanças, uniformidades e igualdades (universalidade) do cuidado cultural, para isso a enfermeira precisa utilizar a **“competência cultural”** profissional durante o processo de cuidar no trabalho de parto, parto e nascimento.

A rapidez na chegada para a primeira avaliação e suporte profissional contínuo são considerados pelos casais, como um diferencial no processo de cuidar no trabalho de parto prestado pela Equipe Hanami, pois utiliza o **cuidado cultural respeitoso e sensível**, que geram **segurança cultural** para o casal.

O **cuidado sensível**, comunicativo, íntimo e com o apoio, é percebido pelos casais e familiares, como cuidados que colaboram definitivamente para que o parto seja uma experiência positiva em suas vidas, pois o uso da **“competência cultural”** a Equipe Hanami não perturba a fisiologia do parto e respeita a cultura do casal.

O cuidado prestado pela Equipe Hanami sem interferência no mundo primitivo, é percebido como respeitoso à fisiologia do nascimento na perspectiva ecológica, na qual auxiliou na liberação do coquetel de hormônios que favoreceram o parto e a vinculação afetiva familiar, para isso, a enfermeira precisa utilizar a sua **“competência cultural”**.

O estímulo à entrega emocional está correlacionada com a forma de cuidado no contexto ambiental com baixa luminosidade, privacidade e silêncio que propicia a **“falta de controle”** da mulher no período





expulsivo, sendo um facilitador para que as mulheres mergulhem no mundo primitivo e percebam o parto como um mergulho no seu mais profundo ser, algo que foi desejado, que se concretizou, pois a mulher estava cercada de **“segurança cultural”**.

A imprevisibilidade positiva aconteceu porque o parto foi muito rápido não dando tempo para filmá-lo, como o casal havia planejado, o que necessitou **acomodar e repadronizar** o pensamento de que nem sempre o planejado no pré-natal precisa necessariamente acontecer no parto, o importante é que o parto e nascimento foram bem sucedidos, esta **repadronização** tornou a imprevisibilidade positiva. A situação exigiu **“competência cultural”** da Equipe, que precisou ter flexibilidade e sensibilidade para lidar com a circunstância, buscando manter a **autonomia**, o **protagonismo** e a **“segurança cultural”** do casal.

O preparo do ambiente de forma harmoniosa, tranquila e respeitosa, leva os casais a perceberem a importância que o contexto ambiental possui no favorecimento de expectativas positivas no nascimento. Neste sentido, as Enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami harmonizam o contexto ambiental, como forma de manter a **“privacidade”** e a **“segurança cultural”**. O modelo holístico é evidenciado na atenção ao parto pelo modelo natural, no qual o casal é considerado o foco das atenções. O parto é um evento fisiológico normal que segue um curso natural ecológico, pois as intervenções são mínimas, embora a Equipe estivesse alerta para qualquer sinal de complicação. Para isso, foi preciso cuidar do casal com **competência cultural**.

**O apoio e o suporte profissional contínuo** no momento da dor é considerado como fundamental para superação da mesma. A dor referida era forte, porém foi seguida da satisfação pelo nascimento do bebê sadio. A utilização dos métodos não farmacológicos é uma tecnologia apropriada que foi ao encontro do desejo das mulheres, dos seus valores e da sua cultura. Tais práticas proporcionam **“segurança cultural”** ao casal e apontam para a **“competência cultural”** profissional.

**O momento da nova família** gera um período de contemplação e celebração da vida. É o ápice da emoção familiar, a atmosfera é repleta de amor incondicional, no qual o casal e as pessoas da família ficam na intimidade, confortando e recebendo o novo ser tão esperado. A Equipe usa **competência cultural** ao avaliar que há necessidade de um momento único para a nova família. Este comportamento da Equipe contribui para o **empoderamento** do casal, pois potencializa a

capacidade futura do casal cuidar do seu bebê, fortalecendo a **segurança cultural** do casal.

A rede de apoio é importantíssima no parto domiciliar, pois dá legitimidade ao processo de gestação, parto/nascimento e puerpério assistido pela Equipe Hanami, frente às questões de cultural da segurança, plano de segurança do paciente em serviços de saúde, segurança do paciente e serviço de saúde com base na RDC 36/2013 da ANVISA.

A Equipe Hanami é um serviço **empreendedor**, no qual as enfermeiras obstétricas trabalham de forma autônoma, com seu saber/fazer com legitimidade, podendo ser um exemplo e estímulo a outras (os) enfermeiras (os) obstétricas (os) a investirem no empreendedorismo na Enfermagem Obstétrica.

Apesar do estudo possuir a limitação de não levar a generalizações, acredita-se que além de promover uma reflexão interna na Equipe Hanami sobre sua **competência cultural**, assim como, a forma como promove a **“segurança cultural”** do casal.

O estudo pode contribuir para que novos casais se inspirem, nestas experiências, para questionar o modelo tecnocrático vigente em nossa sociedade, buscando a reivindicação de seus direitos sexuais e reprodutivos em relação ao processo de gestação, parto/nascimento e puerpério dignos.

Estimular novas Equipes a trabalhar e pesquisar sobre os conceitos de **competência e segurança cultural**, aprofundando a temática em suas realidades.

## REFERÊNCIAS

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, n. 143, sexta-feira, 26 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/57037708/dou-secao-1-26-07-2013-pg-32/pdfView>>. Acesso em: dezembro de 2013.

ANDRADE, D. M. C.; *et al.* A vivência e percepção do parto domiciliar na voz das mulheres. **Rev. Enferm. UFPE [on line]**, v. 6, n. 9, p. 2119-26, set. 2012. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4344](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4344)>. Acesso em: dezembro de 2013.

BASCO. Ministério da Saúde e Política Social. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno, 2011.

BENATTI, L.; MIN, M. **Parto com amor**: em casa, com parteira, na água, no hospital. São Paulo: Panda Books, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

\_\_\_\_\_. **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.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1316-1327, set-out. 2005.

BURIGO, R. A. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital**: significados da experiência para as mulheres, 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F. D. O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 409-13, jul-set. 2004.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.

\_\_\_\_\_. Daughter of time: the postmodern midwife (Part 1). **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 705-10, out. 2007.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. S. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2004.

FEYER, I. S. S. **Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC**. 2012. 196 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

FRANCISQUINI, A. R.; *et al.* O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 743-751, out/dez. 2010.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

HODNETT, E. D.; *et al.* Apoio contínuo para mulheres durante o parto. **Resumos Cochrane [online]**, 15 de julho 2013. Disponível em: <<http://summaries.cochrane.org/pt/CD003766/apoio-continuo-para-mulheres-durante-o-parto>>. Acesso em: dezembro de 2013.

KOETTKER, J. G.; *et al.* Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-50, fev. 2012.

KUOKKANEN, L.; LEINO-KILPI, H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. **J. Adv. Nurs. [on line]**, v. 31, n. 1, p. 235-41, jan. 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x/abstract>>. Acesso em: dezembro de 2013.

LICHAND, C. C.; *et al.* Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 57, p. 82-8, abr. 2012.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: Wiley & Sons, 1978.



\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M.; McFARLAND. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York: Jones and Bartlett's Publishers Inc., 2006.

MOREIRA, K. A. P.; *et al.* o significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 720-8, out/dez. 2009.

NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-30, fev. 2006.

ODENT, M. **O camponês e a parteira.** Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ed. Ground, 2003.

\_\_\_\_\_. **O renascimento do parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Cientificação do amor.** Florianópolis: Saint Germain, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Fisiologia do parto: a gênese do homem ecológico.** São Paulo: Tao, 1981.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, apr./june. 2013.

PAGE, L. New vision for maternity care. **Association of Radical Midwives**, Hexham (UK). p. 1-16, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.midwifery.org.uk/wp-content/uploads/2013/02/The-Vision-2013.pdf>>. Acesso em: dezembro 2013.

PROGIANTI, J. M.; *et al.* A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 266-72, ago. 2006.

REHUNA - REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO. **Carta de Fortaleza-2000.** 2000. ONG- AMIGAS DO PARTO. Disponível em:

<<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-fortaleza-2000.html>>. Acesso em: dezembro de 2013.

RYDER, E; WILTSHIRE, S. Understanding empowerment. **Nurs. Times**, Londres, v. 97, n. 32, p. 39, aug. 2001.

SPINELLI, M. B. **Atenção humanizada no ciclo grávido puerperal**. Recife: Ed UFPE, 2008.

SOUZA, M. L. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão antropológica sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO VII. 2006, **Anais...** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006, p 1-7.

SOUZA, M. L.; *et al.* **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Ed Boiteux, 2008, p. 95-96.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

WILLIAMSON, M. J; HARRISON, L. Providing culturally appropriate care: a literature review. **Int. J. Nurs. Stud.**, London, 47, n. 6, p. 761-69, jun. 2010.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, abr. 2005.



## 5.5 O MANUSCRITO 6 - PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO PUERPÉRIO

### **PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO PUERPÉRIO**

**Título abreviado para cabeçalho:** Percepção do casal sobre a metodologia de cuidado utilizada pela Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

**Autores:** Vania Sorgatto Collaço<sup>1</sup>, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos<sup>2</sup>

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

**Vania Sorgatto Collaço**

Endereço: Rua Francisco José Ramos, n. 33. Itacorubi.

CEP: 88034-210 - Florianópolis/SC.

Fone: (48) 99717789 ou (48) 30281670

E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

---

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Doutoranda do Programa da Pós-Graduação de Enfermagem (PEN) da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) da UFSC. Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Membro e Coordenadora da Equipe de Atendimento ao Parto Domiciliar Planejado HANAMI: O Florescer da Vida. Tel: 99717789. E-mail: vania.collaco@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem (NFR/PEN/UFSC). Membro e líder do GRUPESMUR/PEN/UFSC. E-mail: gregos@matrix.com.br

**PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO:  
PERCEPÇÃO DO CASAL SOBRE O PROCESSO DE CUIDAR  
DA EQUIPE HANAMI NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO  
NO PUERPÉRIO**

**RESUMO:** Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Qualitativa. Objetivo: analisar a percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no puerpério. Participaram do estudo 30 casais. Os dados foram coletados durante a observação participante e a entrevista semiestruturada. Análise: compreendeu as etapas do processo de apreensão, síntese, teorização e transferência, embasadas na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e nos Modelos de Atenção ao Parto. Resultados: emergiu uma categoria central: as percepções dos casais assistidos pela Equipe Hanami sobre o processo de cuidar no puerpério e quatro subcategorias. Considerações: Os casais querem acolher o recém-nascido na chegada ao novo mundo, participando de todo cuidado prestado por saberem da importância para formação do vínculo afetivo familiar. Diante de situações de dificuldade e frustrações todos (Equipe e casal) passam pelo processo de acomodação e repadronização do cuidado para que sejam superados. O casal percebe e valoriza a competência cultural da enfermeira obstétrica nos cuidados com a amamentação e participação nos rituais de cuidado com a placenta. As práticas de cuidados no puerpério se respaldam em construções culturais e no cuidado holístico.

**Descritores:** Parto Domiciliar. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Cultura.

**GIVING BIRTH AND BEING BORN INTO A NEW TIME: THE  
MEANING ASSIGNED BY COUPLES ABOUT THE PROCESS  
OF CARE IN POSTPARTUM BY HANAMI TEAM ON  
PLANNED HOMEBIRTH**

**ABSTRACT:** Convergent care research (PCA), qualitative. Objective: analyze the meaning assigned by couples about the process of care in postpartum by Hanami Team on planned homebirth. The study included 30 couples. Data were collected through participant observation records





and semi-structured interview. The analysis comprised the steps of collection, synthesis, theory and transfer process based in the Theory of Diversity and Universality Cultural Care and the models of delivery care. Results: a central category emerged: the perceptions of couples assisted by Hanami Team on the process of care in the postpartum and four subcategories. Considerations: the couples want to welcome the newborn in the new world, attending every care provided by knowing the importance of formation of family affective bond. Faced with situations of difficulty and frustration all (Team and couple) go through the process of accommodation and repatterning of the care process to overcome frustration. The couple realizes and values the cultural competence of the nurse midwife in the care of breastfeeding and participation in rituals of care with the placenta. The practices of care in postpartum endorses in cultural constructions and in holistic care.

**Keywords:** Home Childbirth. Obstetrical Nursing. Nursing Care. Culture.

### **PARIR Y NACER EN UN NUEVO TIEMPO: PERCEPCIÓN DE LA PAREJA SOBRE EL PROCESO DE CUIDAR DEL EQUIPO HANAMI EN EL PARTO EN LA CASA PLANEADO EN EL PUERPERIO**

**RESUMEN:** Pesquisa Convergente-Asistencial (PCA). Cualitativa. Objetivo: analizar la percepción de la pareja sobre el proceso de cuidar del Equipo Hanami en el parto en la casa planeado en le puerperio. Participaron del estudio 30 parejas. Los datos fueron colectados durante la observación participante y la entrevista semiestructurada. Análisis: comprendió las etapas del proceso de inquietud, síntesis teorización y transferencia, embasadas en la Teoría de la Diversidad y Universalidad del Cuidado Cultural y en los Modelos de Atención al Parto. Resultados: surgió una categoría central: las percepciones de las parejas asistidas por el Equipo Hanami sobre el proceso de cuidar en el puerperio y cuatro sus categorías. Consideraciones: Las parejas quieren acoger el recién-nacido en la llegada al nuevo mundo, participando de todo el cuidado prestado por saber de la importancia para la formación del vínculo afectivo familiar. Delante de situaciones de dificultad y frustraciones todos (Equipo y pareja) pasan por el proceso de acomodación y rediseño participando de todo cuidado prestado por

saber de la importancia para la formación del vínculo afectivo familiar. Delante de situaciones de dificultad y frustraciones todos (Equipo y pareja) pasan por el proceso de acomodación y rediseño del cuidado para que sean superados. La pareja percibe y valora la competencia cultural de la enfermera obstétrica en los cuidados con la lactancia y participación en los rituales de cuidado con la placenta. Las prácticas de cuidados en el puerperio se respaldan en construcciones culturales y en el cuidado holístico.

**Palabras Claves:** Parto en la Casa. Enfermería Obstétrica. Cuidados de Enfermería. Cultura.

## INTRODUÇÃO

As práticas e os saberes exercidos com finalidades terapêuticas são definidos pela antropologia como “práticas clínicas”; que são modos de atuação constituindo determinada realidade cultural, na qual o poder profissional é dominante, especialmente nas Maternidades. A “realidade clínica” é mediada pela realidade simbólica, incluindo a linguagem, os sistemas de significados, as normas e os poderes estabelecidos na vigência do processo terapêutico que envolve o processo de gestação, parto/nascimento e puerpério. Muitas vezes os profissionais de saúde têm dificuldades para entender que o seu saber é um saber próprio desta racionalidade e que ele também é um saber cultural, diferentemente do “saber popular”. Neste sentido, as trabalhadoras da enfermagem interpretam, a cultura das famílias como algo residual, sem relevância e como barreira a ser superada. O conhecimento familiar tem pouco ou nenhum status, especialmente se equiparado com o conhecimento biomédico imperativo para o cuidar de mulheres e recém-nascidos durante processo do nascimento (MONTICELLI; ELSEIN, 2006).

O modelo biomédico tecnocrático vigente na atualidade considera a assistência obstétrica alvo da racionalidade dos valores biomédicos e da estrutura autoritária dos profissionais de saúde, alterando o parto e os cuidados com a mulher e o recém-nascido de suas famílias afastando-as dos seus saberes, experiências e práticas relacionadas com processo e parto e nascimento. A diversidade cultural que contempla o processo do nascimento pode ser tolhida pelo modelo intervencionista e tecnocrático de assistência, uma vez que transforma todos em iguais (FEYER, 2013b).

Contribuem para esta visão, mudanças no cuidado e a



medicalização do processo de nascimento. Atualmente há um movimento contracultural e contra hegemônico, de resgate das raízes do ser humano, que busca uma atenção humanística que conecte a mente e o corpo, contra intervenções e valorize a capacidade do ser humano, também no sentido holístico de conectar mente-corpo e espírito.

Dentro desta visão (perspectiva) localizamos o puerpério, que é um momento complexo, envolto por transformações intensas e influenciado pelas questões culturais. Um momento que muitas vezes é esquecido pela Equipe de saúde, deixando o casal em abandono. O Ministério da Saúde propõe uma consulta puerperal no sétimo dia e outra no trigésimo pós-parto, nota-se que as demandas da maioria das puérperas não é atendida, pois estas oportunidades são momentos pontuais que não dão conta de abarcar a complexidade que envolve o puerpério. Além disso, percebe-se uma falta de anuência do usuário a esta proposta, em função da abordagem dada, centrada no modelo biomédico, sem contemplar muitas vezes as crenças e valores culturais muito fortes neste período; fragmentado, pois não acompanha as dificuldades e superações do casal num contínuo.

Por outro lado, há um discurso da Atenção Básica, que estabelece estratégias para melhorar esta questão. Nas últimas avaliações do Ministério da Saúde a falta de cobertura deste período tem se mostrado, deixando uma falha na assistência no acompanhamento do processo do nascimento (BRASIL, 2008c).

A proposta de cuidado da Equipe Hanami, no período de puerpério, consiste em consultas no 1º, 3º, 4º, 7º e 10º dia pós-parto, com flexibilidade de retorno a casa do casal quando há necessidade. Por exemplo, quando o bebê chora muito e os pais não sabem o que fazer, no caso de icterícia fisiológica intensa, quando o bebê apresenta má pega e por tal motivo não mama adequadamente, provocando fissura mamária, no caso de ingurgitamento mamário com necessidade de ordenha, quando no décimo dia o bebê não atingiu o peso do nascimento é feito um retorno no décimo quinto dia, entre outros. Também fazemos uma consulta entre o vigésimo e trigésimo dias, quando a mulher no trabalho de parto foi encaminhada no trabalho de parto para o hospital, ou quando teve parto domiciliar e apresenta sinais de labilidade emocional acentuada que precise de um acompanhamento profilático para a depressão pós-parto, quando necessário a mulher é encaminhada para tratamento com psicólogo ou psiquiatra.

Nestas consultas puerperais realizadas pela Equipe Hanami, além de todo o cuidado clínico com a mãe e bebê, são trabalhadas questões de educação para a saúde que envolve o casal e sua família, pois a família

precisa compreender porque os cuidados são feitos evitando assim choques culturais. Participamos de rituais de cuidados com a placenta, auxiliando na realização de tintura de placenta, cuidados com a placenta, quando o casal realiza “Parto Lotus” (aquele em o bebê fica ligado a sua placenta até o cordão umbilical cair). De um modo individualizado buscamos atender as necessidades do casal nesse período.

A Equipe Hanami no processo de cuidar transita entre os modelos humanizado e holístico, dependendo das necessidades de cada casal. Utilizamos os princípios de Davis-Floyd (2001), tais como, estímulo à participação ativa do casal e seus familiares no puerpério, porém considera o casal/RN o foco das atenções. O uso de intervenções é restrito. O cuidado é individualizado, levando em consideração a unicidade entre corpo, mente e espírito, no qual há um campo de energia em constante interação, ou seja, casal e enfermeiras obstétricas interagem energeticamente (DAVIS-FLOYD, 2001).

O enfermeiro que cuida da família no pós-parto, precisa levar em consideração os aspectos socioculturais que são fundamentais no cuidado terapêutico prestado, isto significa repensar práticas, valores e conhecimentos no processo de atenção à saúde (AMARAL et al., 2012). É importante que os profissionais estejam atualizados, pois os rituais de cuidado são centrados no “casal grávido”, e este comportamento colabora para a concretização do cuidado culturalmente congruente e respeitoso com a rede cultural das famílias (FEYER, 2013b).

Para fundamentar o processo de cuidar da Equipe Hanami no puerpério, foi utilizada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER, 1978, 1991) e os Modelos de Atenção ao Parto (DAVIS-FLOYD; JOHN, 2004), que possibilitaram a identificação de crenças, valores, significados, rituais de cuidado e estilos de vida conhecendo a cultura do casal no pós-parto, na busca da práxis do cuidado cultural congruente, sensível, com segurança cultural para o casal e competência cultural profissional.

Na busca de compreender e identificar as necessidade de cuidado cultural dos casais encontramos, crenças, valores, significados e rituais que são comuns e outros que são diferentes entre aos casais. Portanto, a universalidade e a diversidade entre a cultura dos casais é respeitada pela Equipe Hanami, tornando esta atitude um diferencial no processo de cuidar das enfermeiras obstétricas.

Todas as mulheres têm o direito a um cuidado digno e respeitoso. As informações sobre o cuidado é sugerida, seus riscos e benefícios alternativos e possuem o direito a tomar decisões e formular seus desejos. A assistência de qualidade é um direito de todo cliente e, por



outro lado é um dever dos profissionais da área da saúde. O puerpério é um momento de extrema importância na vida da mulher, é um ritual de passagem que deve ser vivido de forma positiva. A enfermeira obstétrica pode assumir uma postura privilegiada, no que se refere ao atendimento à mulher que vivencia o período puerperal, pois pode incorporar toda a ciência de que é capaz e implementar assistência respeitosa, considerando os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006).

Para avaliar a qualidade do serviço prestado é necessário respeitar os direitos dos usuários, suas necessidades, estando atento as suas percepções sobre a assistência prestada e a partir daí, prestar um cuidado congruente com as demandas dos mesmos (LICHAND et al., 2012).

A Equipe Hanami: O Florescer da Vida – Parto Domiciliar Planejado atende no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério na Grande Florianópolis, com um olhar voltado para as necessidades dos casais e de seus familiares, tendo como premissa o respeito as suas crenças e valores culturais. Nesta perspectiva, o presente estudo agrega um macroprojeto intitulado: PARIR E NASCER NUM NOVO TEMPO: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas, neste recorte; o objetivo deste estudo é analisar a percepção do casal sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado no puerpério.

## **METODOLOGIA**

É um estudo de caráter qualitativo que utiliza a modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), cuja finalidade é descobrir características, padrões e significados do fenômeno em estudo. Há uma preocupação com as realidades e não com questões quantificáveis (TRENTINI; PAIM, 2004).

O início da PCA foi a partir dos contatos com a Equipe Hanami, ou seja, com as enfermeiras obstétricas integrantes da Equipe na cidade de Florianópolis. O primeiro contato com os casais aconteceu nos “Encontros Abertos” mensais, promovido pelas enfermeiras, para mostrarem a proposta do parto domiciliar planejado, e esclarecerem as dúvidas dos casais e familiares. A partir desse Encontro, a pesquisadora propôs aos casais a participação na pesquisa, porém o processo se iniciou efetivamente na primeira consulta pré-natal, com o aceite do casal. A PCA foi realizada durante todo o atendimento prestado pela Equipe Hanami, no domicílio, neste caso, no puerpério imediato, ou

seja, logo após o nascimento e após nas consultas do 1º, 3º, 4º, 7º e 10º dia, com flexibilidade de retorno a casa do casal quando houvesse necessidade. A entrevista foi realizada no puerpério tardio ou remoto, de acordo com cada casal.

O domicílio dos casais foi o local e o contexto do estudo. Os casais inclusos no estudo foram trinta, pois tiveram parto domiciliar com a Equipe Hanami durante o período de outubro de 2011 a novembro de 2012, na grande Florianópolis. Cinco casais foram excluídos, por serem encaminhados à instituição hospitalar durante o trabalho de parto. O desfecho desses encaminhamentos foram três partos cesarianos e dois normais, após indução e todos receberam acompanhamento de uma enfermeira da Equipe Hanami na instituição.

O número de casais inclusos foi determinado pela saturação dos dados, ou seja, quando os dados começaram a se repetir e atenderam aos objetivos propostos no estudo.

A coleta de dados foi conseguida a partir da observação participante, na realização da PCA e das entrevistas semiestruturadas com os casais no puerpério tardio ou remoto. Os dados foram anotados utilizando uma organização formal das informações com os registros nas notas do diário (ND) que são os registros do que aconteceu diariamente, nas notas de observação (NO); nas notas teóricas (NT), nas notas metodológicas (NM); nas notas de cuidado (NC), e as notas de entrevista (NE). O anonimato surgiu do emprego de codinomes de flores para cada casal.

A reflexão dos dados foi alcançada, sempre que possível, de forma concomitante com a coleta dos mesmos, com base na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de M. Leininger (LEININGER, 1978, 1991) e nos Modelos de Atenção ao Parto de Davis-Floyd e John (2004), respondendo aos objetivos do estudo.

Foram realizadas a análise e interpretação dos dados de acordo com as quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência propostas por Trentini e Paim (2004).

A apreensão correlaciona-se com a coleta dos dados e análise inicial das informações registradas como notas de diário e codificação das informações, adaptando-se as palavras chave ou temas chave que marcam os temas centrais. Estes procedimentos depois foram agrupados por similaridade de ideal dando origem as categorias. A síntese satisfaz a sintetização e discussão das informações após leitura aprofundada. A teorização é à interpretação e análise dos dados a fulgor do referencial teórico. A transferência é o período de significação dos achados ou descobertas, contextualizando-os em situações semelhantes, sem a



ambição de generalizações, mas sim a socialização de resultados únicos, justificando adequações que possam ser realizadas em outras realidades.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer Nº: 1199, adotando as diretrizes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b). Os casais receberam orientações individuais sobre a pesquisa, abrangendo o objetivo, benefícios, riscos e após ficarem informados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O referencial teórico pautou a análise dos dados. Neste sentido, foi obtida uma categoria central intitulada “**as percepções dos casais assistidos pela Equipe Hanami sobre o processo de cuidar no puerpério**”, como consequência, surgiram quatro subcategorias, que a seguir são apresentadas.

### **Categoria 1 – AS percepções dos casais assistidos pela Equipe Hanami sobre o processo de cuidar no puerpério**

Esta categoria diz respeito: à forma como o bebê é acolhido na chegada do novo mundo que favorece o vínculo afetivo familiar precoce; ao suporte proporcionado pela Equipe Hanami na superação de dificuldades e frustrações, relativos a problemas no perineo, decorrente do parto, envolvendo a sexualidade do casal e há “**competência cultural**” para lidar com uma hemorragia pós-parto; a amamentação é um foco de cuidado no puerpério, que exige das enfermeiras obstétricas suporte, o apoio e cuidados nas dificuldades com a amamentação, para que o cuidado seja **culturalmente congruente** e o casal desenvolva “**segurança cultural**”; a participação das enfermeiras nos rituais de cuidados com a placenta mostra a troca de saberes, entre casal e enfermeiras, o que auxilia no desenvolvimento de “**competência cultural**” profissional e fortalece a formação de vínculo afetivo entre enfermeiras e os casais.

#### **1ª Subcategoria – O acolhimento do bebê no novo mundo**

No contexto domiciliar, os casais querem participar de todo cuidado prestado ao recém-nascido, inclusive a primeira avaliação algumas horas após o nascimento, querem que seja ao lado ou no colo da mãe, pois durante a gestação procuram informações sobre a

importância do vínculo que acontece no início da vida, para eles esse é o **cuidado culturalmente congruente, respeitoso e sensível**, que gera “**segurança cultural**”, portanto, a enfermeira da Equipe Hanami precisa utilizar “**competência cultural**” profissional para satisfazer as necessidades culturais do casal.

Quando o bebê nasce com o cuidado da Equipe Hanami, ele já vai direto para o colo da mãe, mesmo que haja necessidade de alguma intervenção esta é realizada nesse contato pele a pele. Não há pressa em cortar o cordão umbilical, nem de afastar o recém-nascido da mãe e da família, muito pelo contrário, estimulamos que esse contato seja longo, o cordão umbilical só é cortado depois que a placenta sair, por concebermos que este é o tempo escolhido pelo bebê para se separar fisicamente de sua mãe e ao mesmo tempo ativar o estabelecimento do vínculo afetivo familiar.

O cuidado realizado da Equipe Hanami, logo após o nascimento, transita entre o modelo humanizado e o holístico, porém o modelo holístico é predominante, pois em casa, o foco é o **vínculo afetivo familiar precoce**, com estímulo a autonomia e o protagonismo do casal, com objetivo de alcançar a “**segurança cultural**” do mesmo.

*[...] e o melhor do pós-parto é o atendimento dado ao bebê, que é cuidado com extrema delicadeza e sensibilidade, com movimentos suaves e falas de evocação as boas vindas e nós participamos de tudo. Numa maternidade não veríamos nada disso. (Casal DÁLIA).*

O cuidado respeitoso e sensível foi à forma de cuidado ímpar ao casal/recém-nascido foram atendidos sob o olhar humanístico/holístico sendo congruente com a visão de mundo dos mesmos (COLLAÇO, 2002).

A “**segurança cultural**” do casal esta relacionada, ao controle ambiente, do protagonismo, da segurança com a integridade corporal, da privacidade, da liberdade de expressão de sentimentos que respeita as dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais, espirituais, culturais, instintivas e a visão de responsabilidade do casal sobre o processo saúde e doença, no puerpério, bem como, o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais (REHUNA, 2000). Está vinculada, também aos profissionais e o cuidado como um todo, que se reflete na vida futura (PROGIANTI et al., 2006).

Em um estudo realizado em nível hospitalar revelou que os





cuidados imediatos prestados ao bebê, distante do olhar materno, provocam preocupação nas mães, sensação de afastamento e medo da separação do bebê. Algumas mulheres, todavia, avaliaram a assistência intervencionista como cuidados indispensáveis para garantir a integridade física de seus filhos. As mães investigadas não conseguem perceber a interferência que há na falta da aproximação de seus bebês no pós-parto imediato que é um contato inicial no estabelecimento do vínculo precoce, isso em decorrência de inúmeros fatores, dentre eles, os socioculturais (CRUZ; SYMAM; SPÍNDOLA, 2007). Este estudo exemplifica que apesar das mulheres terem apresentado sentimentos negativos em relação ao afastamento delas de seus bebês, os cuidados foram aceitos como corretos, pois introjetaram a cultura tecnocrática da biomedicina, centrada no cuidado do profissional, hospitalar e intervencionista (DAVIS-FLOYD, 2001), o que não acontece no cuidado realizado pela Equipe Hanami no domicílio.

A filosofia denominada humanizada do parto e nascimento tem como essencial acolher bem o recém-nascido (RN), suavizando o impacto da diferença entre o mundo intra e extrauterino. É preconizado o emprego de uma luz difusa na sala de parto, silêncio, ambiente menos frio e tranquilo, uma música suave e o contato corporal imediato entre a mãe e o RN. Este deve ser colocado sobre o ventre da mãe logo após o nascimento, sendo acariciado por ela e somente após alguns minutos corta-se o cordão umbilical (CRUZ; SYMAM; SPÍNDOLA, 2007).

Neste sentido, essa é a cultura profissional da Equipe Hanami, porém, é aberta no sentido de que os casais possuem o poder de manter, negociar e repadronizar nossa cultura, uma vez que nossa premissa maior é o respeito à cultura do casal.

Os casais no pré-natal, de um modo geral, se instrumentalizavam buscando conhecer as boas práticas de cuidado em livros, sites, participando do “**Curso de Preparação para a Maternidade e Parto Conscientes**” oferecido pela Equipe Hanami, entre outros, sendo assim já fazem uma reflexão sobre que cuidados querem adotar. Esse processo fortalece o vínculo entre o casal e a Equipe, que percebe o **cuidado sensível** e de “**segurança cultural**” utilizado pelas enfermeiras da Equipe Hanami.

*[...] o carinho com que eu e minha filha fomos tratadas, a segurança que passavam quando me orientavam sobre os cuidados com ela e a amamentação foi muito bom e importante. (Casal ONZE-HORAS).*

No cuidado domiciliar o casal é figura principal do cuidado e a enfermagem deve se adequar à realidade e costumes de sua rotina familiar (TABACZENSKI, 2009). A Equipe Hanami possui este pensamento como premissa filosófica, por este motivo os cuidados no pós-parto são construídos com o casal no pré-natal e boa parte dos casais deste estudo fizeram o **“Curso de Preparação para a Maternidade e Parto Conscientes”** oferecido pela Equipe Hanami, no qual, várias temáticas de cuidado pós-parto são abordadas, então no pós-parto o casal quer colocar em prática o que aprendeu. Nesse sentido a enfermeira que vai nas consultas vai atuar como facilitadora do cuidado, pois o cuidado não é desconhecido ao casal, porém necessitam exercitá-lo na prática com o bebê. Como o cuidado ao recém-nascido já é acordado no pré-natal não há necessidade de acomodar ou repadronizar cuidados com o recém-nascido, para isso a enfermeira utiliza a **“competência cultural”** para valorizar o que foi acordado.

A enfermeira obstétrica precisa cuidar com **“competência cultural”**. É um processo contínuo do profissional para tornar-se autoconsciente e valorizar a diversidade, tornando-se um conhecedor em questões importantes da cultura da clientela que cuida. É a capacidade de compreender as diferenças culturais, a fim de prestar cuidados de qualidade (LEININGER, 2002; LEININGER; MCFARLAND, 2006).

O Casal PRÍMULA percebe minuciosamente os cuidados realizados tanto no bebê quanto na mãe, pela enfermeira da Equipe Hanami. Esses cuidados são discutidos no pré-natal, por este motivo não há choque cultural, mas sim valorização dos cuidados pós-parto e consequente **empoderamento** do casal para cuidar do bebê.

*No primeiro dia uma enfermeira veio em casa nos auxiliou no dar banho humanizado japonês, olhou se tinha o amarelo na pele, pesou, verificou como estávamos cuidado do coto, como trocávamos e o limpávamos se estava mamando direito. Deu muitas orientações sobre o banho de sol, vacinas, visita ao pediatra, teste do pezinho e orelhinha. Fez uma avaliação geral. Comigo não foi diferente, sempre avaliando todos os aspectos alimentação, sono, repouso, cuidados com a higiene do períneo, banho de sol nas mamas. Esses cuidados dão muita segurança. Sempre se deixam a disposição em caso de dúvida e necessidade de atendimento em casa. Foi muito bom. (Casal PRÍMULA).*

A interação efetiva entre o casal e os profissionais de saúde desde



o pré-natal, no trabalho de parto e no parto, contribui para aliviar a ansiedade, superar dúvidas e temores e aumentar a segurança com relação a todos os processos que vão vivenciar. É importante que a mulher resgate a autoconfiança em relação à capacidade natural de seu corpo de gestar, parir e cuidar no pós-parto e que esta autoconfiança seja compartilhada pelo casal (ILHA et al., 2012).

## 2ª Subcategoria – Superando dificuldades e frustrações

O Casal DÁLIA não estava preparado psicologicamente para enfrentar uma laceração perineal. Percebemos que a **“segurança cultural”** de Dália ficou abalada, uma vez que teve lesão na sua integridade física perineal, região que possui correlação direta com sua sexualidade, ou seja, lesão na sua integridade emocional, por este motivo, houve falha na **“competência cultural”** profissional, das enfermeiras da Equipe Hanami, que deveriam ter percebido a importância de um períneo íntegro para Dália e ter trabalhado melhor a questão de que fazer massagem perineal na gestação, não é garantia de períneo íntegro, porém, utilizou **competência cultural** para dar suporte e auxiliar na superação da frustração, tanto física quanto emocionalmente. As frustrações existem porque a vida humana é imprevisível, não se pode controlar tudo.

*Foi o que mais me magoou. Eu tinha muita certeza que isso não aconteceria e não consigo lidar muito bem com fatos que saem um pouco do planejado. Pensava que minha filha seria um bebê pequeno e que o expulsivo seria rápido. Na verdade o trabalho de parto foi realmente rápido, comecei com 8 cm de dilatação, mas o expulsivo foi demorado e ela era pesada (4010g). Mas não há nada que poderia ter sido feito para evitar isso eu acredito. Eu até me preparei para isso com massagem. Fiz o que poderia fazer no pré-natal. Foi conversado sobre isso, ou seja, o que dava para fazer antes do parto, foi feito. No parto o períneo foi protegido, pois foi fora da água mesmo assim não resolveu. As enfermeiras cuidaram muito do meu períneo depois da laceração e da minha cabeça também, mesmo assim é difícil, queria um períneo íntegro. (Casal DÁLIA).*

Culturalmente Dália idealizou ter um períneo íntegro, porém teve uma laceração extensa de 2º grau, pouco profunda. Teve sutura e gerou muito desconforto no pós-parto, dor, dificuldade para sentar (fez uso de medicação para dor e spray antisséptico e anestésico por prescrição

médica). Mesmo que a Equipe tivesse realizado tudo que estava ao seu alcance à frustração e o sentimento de fracasso aconteceu. A Equipe se empenhou muito para ajudá-la a aceitar o processo sem culpa, mas foi difícil e complexo. O casal levou muito tempo para retornar a atividade sexual por causa do medo de sentir dor e pela correlação que fizeram com uma deformidade perineal, o que realmente não aconteceu, pois ela não apresentou infecção e teve boa cicatrização, a cicatriz mais profunda foi a emocional. No puerpério remoto Dália relata que tudo já foi superado e que aos poucos a relação sexual foi acontecendo e foram percebendo que não havia nada de errado, até porque o marido relatou que não percebia nada diferente, o que foi um fator diferencial para que Dália acreditasse que seu períneo tinha se recuperado e ficado sem sequelas. Neste sentido, o suporte do marido unido ao suporte profissional foi fundamental para que Dália resgatasse sua **“segurança cultural”**.

No pré-natal realizado pela Equipe Hanami é dada muita ênfase, ao preparo perineal, nas diferentes fases da gestação e grande parte das mulheres atendidas praticam Ioga, Pilates e outras atividades físicas que trabalham o períneo. Na trigésima semana de idade gestacional orientamos a prática da massagem perineal diária (FEYER et al., 2009), que geralmente é realizada pelo marido e que é muito aceita pelos casais, muitos por já conhecerem esta prática e pelas vantagens que ela tem sobre o períneo feminino no parto. Um dos objetivos da massagem é o contato com o próprio períneo e a segunda é desenvolver o relaxamento da musculatura por ocasião do período expulsivo.

No estudo “Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC”, a condição do períneo foi categorizada como sem trauma ou sem sutura 49,4%, laceração de 1º grau com sutura 47,2%, episiotomia 1,1% e sem registro 2,2 %, que são considerados resultados muito positivos (KOETTKER et al., 2012) e estas mulheres, de um modo geral, realizaram a massagem perineal

A mulher idealiza como será o parto e, por vezes, decepciona-se com a ocorrência de algo que aconteceu de modo diferente. O inesperado pode gerar nas mulheres uma frustração ou sentimento de fracasso, como se tivessem falhado ou feito tudo errado. Sentimento esse que se estende aos familiares que, por sua vez, também se sentem incapazes (ILHA et al., 2012).

A Equipe trabalhou junto ao casal a holisticidade (DAVIS-FLOYD, 2001) no cuidado, pois a questão física foi extrapolada pela emocional, energética. O casal foi cuidado como um todo, uma



unicidade, pois percebemos que o trauma no períneo os remeteu a uma quebra no campo da energia sexual e que precisavam por este motivo de muito apoio. Neste sentido a Equipe utilizou a “**competência cultural**” como suporte para o cuidado.

Neste caso a enfermagem transcultural foi muito utilizada, no sentido de que todos tínhamos que acomodar e repadronizar (LEININGER, 1991) nossos pensamentos uma vez que todos que participaram do processo (enfermeiras e casal) vivenciaram profundamente esta experiência. Como aprendizado a Equipe mantém o cuidado de estimular a realização da massagem perineal no pré-natal, porém trabalha mais a possibilidade da laceração acontecer.

Novas possibilidades de construção da maternidade e da paternidade acontecem através da abordagem humanizada do parto e nascimento. Neste tipo de assistência, são respeitadas as vivências emocionais da família: pai, mãe e filho. Desta maneira, tanto a maternidade como a paternidade são beneficiadas, facilitando a solidariedade e compartilhamento de emoções profundas no nascimento da criança, o que pode contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre homens, mulheres e profissionais (ILHA et al., 2012; DAVIS-FLOYD, 2001).

O Casal TULIPA percebeu em sua experiência e reconhece que as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami trabalham com “**competência cultural**”. Tulipa apresentou uma perda sanguínea acentua logo após a dequitação e conseguiram perceber que a causa do sangramento era devido a uma laceração no colo do útero, que foi suturada e a situação ficou sobre controle. A utilização da “**competência cultural**” fez o casal preservar sua a “**segurança cultural**” em relação ao cuidado realizado.

*O parto foi indescritível. Tive alguns contratemplos, que foi sangramento pós-parto, mas em nenhum momento me senti desassistida. Muito pelo contrário, foi feito de tudo para me ajudar. As enfermeiras foram muito rápidas, competentes e isso faz muita diferença. Recuperei-me e não me arrependo do parto em casa por este motivo. (Casal TULIPA).*

A competência profissional não está fundamentada exclusivamente no amplo conhecimento que possui, mas na competência de realizar uma atividade com resultados desejáveis, ou em concordância com padrões preestabelecidos, sobre circunstâncias

variadas do mundo real. São pessoas que possuem um grupo adequado de habilidades e conhecimentos para fazer seu trabalho de forma satisfatória. Um profissional qualificado é alguém que é adequado a abarcar um montante de habilidades e conhecimentos em diferentes formas e contextos para realizá-los de maneira reconhecida como competente (DOTTO; MAMEDE; MAMEDE, 2008).

De acordo com a Declaração das Competências Essenciais e Básicas para o Exercício da Obstetrícia, constituídas pela Confederação Internacional das Parteiras/ICM e apoiadas pela OMS/Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) a enfermeira possui competência e contribuição no estabelecimento de padrões de qualidade no cuidado obstétrico e neonatal da diante de situações de dificuldade (ICM, 2002).

No modelo holístico a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é um evento fisiológico normal que segue um curso natural. As intervenções necessárias são mínimas, embora a Equipe deva estar alerta para qualquer sinal de complicação. Os partos são acompanhados no domicílio ou centros de parto, por profissionais não médicos. As responsabilidades são compartilhadas (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

A enfermagem diz respeito à disciplina e profissão, humanística/aprendida e científica, com seu foco no fenômeno e atividades de cuidado humano (LEININGER, 1991) ao casal/ RN no processo de gestação, parto e puerpério no domicílio, com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou permitir uma gestação, um trabalho de parto, um parto e puerpério saudáveis e com o mínimo de intercorrências e intervenções possíveis, de modo culturalmente significativo e benéfico para o casal/RN em face de sofrimento ou morte.

A enfermeira e o casal são os cuidadores e seres cuidados, durante o processo de gestação, parto e puerpério no domicílio. A enfermeira participa respeitando a visão de mundo do casal, suas as crenças e valores, ou seja, sua cultura; praticando um cuidado de acordo com as situações vivenciadas e que em algumas situações de acordo com Leininger (1991) poderão oscilar entre a saúde e a doença, evitando imposição cultural (etnocentrismo), compartilhando e descobrindo o melhor caminho para **um cuidado saudável, fisiológico, culturalmente congruente e significativo.**

A Saúde e doença permeiam todo o processo de viver, porém, no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério no domicílio, o trabalho de parto só deve acontecer com gestações de risco habitual a partir de 37 semanas de idade gestacional, buscando maior segurança e



contemplar uma magia saudável compatível com a fisiologia. O casal pode sentir-se no limite entre saúde e doença, em um extremo ou em outro, especialmente no caso de uma emergência obstétrica pós-parto. O que altera esta visão e sensação será a preconcepção cultural unido aos acontecimentos do momento e todo o processo de acompanhamento profissional da enfermeira obstétrica. Cada casal possui sua linguagem para expressar a condição de saúde e de sofrimento.

A Equipe Hanami ao iniciar o seu processo de trabalho com 30 semanas no domicílio, entrega ao casal um termo de consentimento livre e esclarecido que descreve os benefícios e riscos de um parto no domicílio. O casal ao ler, avaliar e após consentir, assina o termo, nele está descrito que uma intercorrência que pode acontecer é hemorragia pós-parto. Esta é uma forma que a Equipe encontrou de deixar registrada a responsabilidade compartilhada. Isso não exclui a obrigação das enfermeiras obstétricas terem formação específica na atenção às emergências obstétricas.

### **3ª Subcategoria – O suporte, o apoio e cuidados nas dificuldades com a amamentação**

O Casal BRINCO-DE-PRINCESA percebeu o **suporte** oferecido pela Equipe Hanami na amamentação, demonstrando “**segurança cultural**”, pela felicidade em manter a amamentação.

*Foi ótimo o **suporte**, ela (RN) está mamando bem até hoje, esta ganhando peso. (Casal BRINCO-DE-PRINCESA).*

A Equipe Hanami se ancora, também, nas premissas governamentais para a promoção, manutenção, apoio e suporte ao aleitamento materno. Na atualidade a Rede Cegonha criada pelo governo federal em 2011 com a finalidade de garantir à mulher e à criança um atendimento seguro, humanizado e de qualidade, no planejamento reprodutivo da família, na atenção ao pré-natal, parto e pós-parto adequados, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança do nascimento até os dois anos de idade (BRASIL, 2013a).

Recentemente também foi criado o programa Cuidado Amigo da Mãe (BRASIL, 2013a) que é uma recomendação da estratégia da Rede Cegonha para as instituições já credenciadas (Hospital Amigo da Criança) devendo cumprir os princípios das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, determinadas pela Organização Mundial da Saúde

(OMS, 1996) para manterem o título e o suporte a amamentação é uma delas.

No contexto domiciliar não existe titulação para essas boas práticas, porém se houvesse, certamente a Equipe Hanami teria uma certificação, pois não é só premissa das enfermeiras obstétricas o aleitamento materno exclusivo e por longo tempo de duração, mas acima de tudo é dos casais, porque nem cogitam a possibilidade de não amamentar. A prática do aleitamento materno é parte integrante da cultura destes casais contemporâneos e da **“competência cultural”** das enfermeiras da Equipe Hanami.

A prática da amamentação no parto domiciliar planejado é valorizada pelos casais e o leite materno é considerado o único apropriado para a criança, em termos físicos e relacionais. O aleitamento materno exclusivo é uma causa fortemente defendida, com extrato ecológico e de reforço à atitude anticonsumista (FEYER, 2013b).

O Casal GIRASSOL percebeu que o **apoio** oferecido pela Equipe Hanami foi um cuidado com **“competência cultural”** na amamentação, pois foi muito importante na prevenção de problemas iniciais, tais como fissura e na superação de dificuldades, quando o bebê mesmo mamando com boa pega, não estava adquirindo o peso necessário. A **“competência cultural”** envolveu um aprofundamento sobre a alimentação cotidiana de Girassol no pós-parto, pois mesmo com muitas orientações ela parou de comer determinados alimentos, tipo feijão e derivados do leite porque, alguém da família falou que eles dariam cólica no bebê. Conversamos muito sobre alimentação materna e ganho de peso do bebê, o que são as cólicas e quando acontecem. A necessidade de estimular o bebê, para que o tempo de mamada aumentasse. O resultado de todo o acompanhamento foi o aumento de peso do bebê e a acomodação materna em relação à alimentação pós-parto, além da felicidade em conseguir amamentar.

*Desta vez não tive dificuldades pra amamentar, possibilitando a aproximação entre eu e minha filha. A Equipe também me instruiu quanto à maneira ideal de amamentar a GIRASSOL (RN), que no início não estava ganhando o peso como esperado, mas depois foi uma beleza engordou. Somos ativistas da amamentação. Não se pode desistir diante de qualquer dificuldade é preciso confiar na natureza e ter apoio. (Casal GIRASSOL).*

No caso do Casal FLOR DO CAMPO, o **suporte** na





amamentação foi em realizar ordenha e ensiná-la a fazê-lo. Foi um processo que exigiu dedicação de ambas as partes, pois a produção de leite materno era grande, a mama também. O importante foi que superamos juntas as dificuldades com “**competência cultural**” e fortalecimento da “**segurança cultural**” da FLOR DO CAMPO, por este motivo, a amamentação foi “tranquila” em relação à dificuldade encontrada.

*Digo que a amamentação sim foi um parto, e o parto foi uma delícia! ...pois sofri muito, nos primeiros dias com os seios empedrados e vocês me deram suporte total, vindo em casa me dando apoio, auxílio e me ordenhando, tendo o maior cuidado para minha amamentação ser tranquila e proveitosa!. (Casal FLOR DO CAMPO).*

As dificuldades precoces no aleitamento materno, também, podem acontecer no pós-parto domiciliar, mesmo quando a mulher se prepara no pré-natal dando banho de sol nas mamas e adquirindo conhecimento sobre a pega do bebê, as posições para amamentação. As dificuldades podem estar correlacionadas ao momento de aprendizagem do conviver em família, a mãe e pai conhecendo o bebê. A ansiedade em relação a esse momento de adaptação é visível quando as dificuldades são presentes. Há de se ter muita paciência, dar apoio e acompanhar bem de perto esse processo. Os casais que passaram por dificuldades foram priorizados no cuidado e como resultado as dificuldades foram transpostas. Esse é um diferencial no cuidado prestado pela Equipe Hanami, não desistimos de ajudar a mulher/casal até conseguirmos alcançar os objetivos traçados.

A **competência cultural** das enfermeiras Obstétricas da Equipe Hanami é reconhecida e valorizada pelos casais, sendo um diferencial no cuidado em relação ao apoio oferecido num parto hospitalar, pois quando as dificuldades irão surgir, as mulheres estarão em casa sozinhas, sem o suporte profissional.

O Casal DÁLIA passou por **dificuldades** porque Dália tinha cirurgia redutora de mamas e por este motivo, a produção de leite realmente não era suficiente para o bebê. O pediatra entrevistou prescrevendo leite industrializado para complementar, como o desejo em amamentar era muito grande a Equipe auxiliou com a utilização de uma tecnologia, na qual, o bebê suga a mama materna e ao mesmo tempo em que recebe o complemento. Para o Casal DÁLIA essa prática foi marcante, pois o lado emocional e cultural da amamentação foi satisfeito, uma vez que para a cultura dos casais do parto domiciliar

planejado, amamentar é uma prática culturalmente compartilhada.

*Foi maravilhoso. Sou a única entre todas as minhas amigas que não teve qualquer fissura nos seios. E a orientação de fornecer leite industrializado pela sonda nos primeiros três dias foi perfeita, a amamentação foi um sucesso, minhas amigas acreditavam que eu não ia amamentar e eu amamento como elas, só que usando o Mamatuti. (Casal DÁLIA).*

A percepção do Casal COPO-DE-LEITE em relação à utilização da técnica japonesa para ordenha da mama, é que esta foi fundamental para o sucesso na amamentação. A técnica foi trazida pelas enfermeiras da Equipe que estiveram no Japão no Curso de Assistência Humanizada nas Maternidades e Casas de Parto no Japão, subsidiado pela Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA).

*No começo um pouco difícil, mas com certeza o **suporte da Equipe** foi fundamental para que a amamentação fosse bem sucedida. Foi necessária a **ordenha japonesa** e ajudou muito! (Casal COPO-DE-LEITE).*

A ordenha japonesa (FEYER et al., 2009) é uma técnica que utiliza compressas de água quente, para remoção do leite e o sentido dessa remoção é da base da mama para a aréola. É utilizada quando há ingurgitamento mamário. Este cuidado é profissional, portanto só pode ser realizado pelas enfermeiras da Equipe Hanami e a família é esclarecida de que não podem realizá-la sozinhas, pois o efeito é rebote, uma vez que é necessário fazer o esgotamento completo das mamas, nesta técnica. Os casais são instrumentalizados com a técnica de ordenha preconizada pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2009), para usarem quando as mamas começam a se encher em excesso.

No caso do Casal AMOR PERFEITO, ela, não teve a referência positiva cultural materna em relação à amamentação, mesmo assim, é da geração que acredita que a amamentação é um cuidado **cultural congruente**. O Casal percebe a amamentação como **ecológica**, no sentido de ser da natureza humana e **holística**, pois provoca sensações físicas prazerosas e vão além dessa dimensão, envolve amor, alegria e troca de energia entre mãe e bebê.

*Eu não mame. Minha mãe disse que seu leite era*



*fraco e que secou. Eu tive leite em abundância e a sensação de amamentar é muito mais do que alimentar. Agente olha uma para a outra e o leite jorra é como estar nas nuvens de tanto amor e alegria, é **energia pura**. (Casal AMOR PERFEITO).*

A cultura do leite industrializado vigente em várias décadas (20 à 70) no Brasil contribuiu para o desmame precoce e fortaleceu a cultura do leite fraco. Essa cultura passou a ser compartilhada entre as mulheres, só na década de 80, o Ministério da Saúde brasileiro, retoma o incentivo através do Programa Nacional de Aleitamento Materno em 1981, as consequências do desincentivo ao aleitamento materno ainda assombram os dias atuais, que são apontados nos índices de morbimortalidade materna/neonatal e da criança. O Governo mantém campanhas constantes para mudar esta realidade (BOSI; MACHADO, 2005).

Além das questões ecológicas, culturais no aleitamento materno é possível perceber o envolvimento da espiritualidade, correlacionado com o lado holístico (DAVIS-FLOYD, 2001), no qual, existe uma unicidade entre corpo, mente e espírito, cercados por um campo de energia, que permite trocas energéticas.

#### **4ª Subcategoria – A participação das enfermeiras nos rituais de cuidados com a placenta**

Na percepção do Casal LAVANDA a Equipe Hanami respeita os rituais de cuidados e também participa dos mesmos sem discriminação e julgo, como no caso da tintura de placenta, pois auxilia a prepará-la. A Equipe Hanami desenvolveu “**competência cultural**” tendo a humildade em aprender com os casais e após se instrumentalizando com conhecimento sobre os diversos tipos de rituais, para que o cuidado realizado fosse **culturalmente congruente** com os anseios do casal. A participação nos rituais planejados pelo casal permite o fortalecimento e o estreitamento de laços afetivos entre o casal e as enfermeiras da Equipe Hanami.

*É uma Equipe de enfermeiras muito abertas ao novo e vivem os processos conosco, sem discriminação. Nos ajudaram a preparar a tintura da placenta e depois prepará-la para congelar. Para que pudessemos mais tarde plantar uma árvore, com a terra misturada na placenta. (Casal LAVANDA).*

A Equipe Hanami possui princípios filosóficos que vai encontro

do respeito à diversidade e universalidade cultural (LEININGER, 1978; 1985b; 1991) dos casais. Neste sentido busca incorporá-los a sua práxis. A valorização dos rituais de cuidados com a placenta é um deles, pois ao longo dos anos com o aprendizado que a Equipe esteve junto aos casais, foi possível compreender que a placenta, nestes rituais, é um órgão repleto de energia do nascimento, é algo etéreo no sentido de ser sublime, puro, elevado, celestial. Então percebemos que ao incorporar tais rituais de cuidado estamos em congruência com o paradigma holístico (DAVIS-FLOYD, 2001; DAVIS-FLOYD, JOHN, 2004).

O Casal AMAMÉLIS utilizou uma técnica de cuidado com a placenta que as enfermeiras obstétricas não conheciam, mas o casal compartilhou seu conhecimento e as instrumentalizou para que pudessem ajudá-los a concretizar esse ritual. É uma técnica indiana que consiste em dissecar as membras da placenta, desidratá-las com sal grosso, para ser usada sobre uma pele machucada ou queimada, auxiliando na reconstituição da mesma. Neste sentido, as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, desenvolvem **“competência cultural”** ao aprenderem com os casais os rituais de cuidado e isso gera **“segurança cultural”** para o casal, pois percebem que o cuidado é realizado em parceria.

*Uma técnica indiana diz para dissecar a placenta, em especial as membranas para desidratá-las e depois pode ser usada sobre a pele em queimaduras, como temos uma amiga que tem uma filha que tem epidermólise bolhosa a mãe da menina foi orientada por indianos, seguindo a medicina Ayurvédica a usar as membranas desidratadas sobre as lesões que a doença provoca e quem dissecou a placenta foi à enfermeira e me auxiliou no preparo para desidratação. Foi um trabalho em conjunto eu (pai) e a enfermeira preparando tudo foi muito bom ao mexermos com a placenta trocamos nossas energias com ela [...]. (ND do Casal AMAMÉLIS).*

O Casal ORQUÍDEA percebeu e valorizou o auxílio das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, no cuidados com o “Parto Lótus”. Neste caso, as enfermeiras já possuíam **“competência cultural”**, por já terem conhecimento e experiência com o “Parto Lótus” o que facilitou o **cuidado cultural congruente** e fortaleceu a **“segurança cultural”** do casal.

Na maioria dos partos domiciliares, as pessoas presentes no



trabalho de parto, parto, nascimento e puerpério imediato são as enfermeiras da Equipe Hanami e o casal. Por este motivo, uma estratégia utilizada é auxiliar de modo geral o pai, a realizar os rituais logo após o parto. No caso do Parto Lotus, que é a manutenção do bebê a sua placenta até a queda do cordão umbilical, o pai providencia as ervas e o sal grosso e a enfermeira auxilia a colocá-los sobre a placenta e fechá-la, fazendo um “pacotinho” da placenta e que às vezes vira até travesseiro para o bebê.

*Planejamos o Parto Lotus e elas nos auxiliaram desde a preparação até o acompanhamento da queda do cordão. (Casal ORQUÍDEA).*

No Parto Lótus fica evidente os poderes da placenta, especialmente nos benefícios de reforços extras à saúde do recém-nascido é considerado uma separação “natural” entre o bebê e sua placenta. O bebê e a placenta se mantem unidos, até que a separação ocorra naturalmente sem necessidade de cisões (FEYER, 2013b), ou seja, não há corte energético, entre a placenta e o bebê, uma vez que a queda do cordão umbilical em sua base acontece naturalmente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções dos casais sobre o processo de cuidar no puerpério dizem que o cuidado foi **respeitoso e sensível** com a saúde da mãe e do bebê no pós-parto. O trauma perineal pode provocar decepção, pois o idealizado foi um períneo íntegro uma vez que interfere na sexualidade do casal.

A enfermeira obstétrica da Equipe Hanami é **competente culturalmente**, diante de situações difíceis. No puerpério, o cuidado de apoio, suporte a amamentação é muito importante para o sucesso na amamentação. A enfermeira participa dos rituais de cuidado com a placenta que são significativos para os casais e este são valorizados e reconhecido por eles.

A Equipe Hanami respeita a cultura dos casais, dos aspectos que fortalecem as crenças e não prejudicam o bebê e a mãe, repadronizados aqueles que ferem as boas práticas, para que isto acontece à Equipe Hanami utiliza sua **“competência cultural”**.

As práticas de cuidados no pós-parto se respaldam em construções culturais e no cuidado holístico, trazendo importante

contribuição para a práxis do cuidado na Equipe Hanami, uma vez possibilita o respeito às diversidades, amplia a visão de mundo e aumenta a proximidade com o casal, o que favorece a **“segurança cultural”** do mesmo.

O acolhimento ao recém-nascido na sua chegada ao mundo é um diferencial de cuidado prestado pela Equipe Hanami, isso leva a **“segurança cultural”** do casal. Os casais participam de todo cuidado prestado ao recém-nascido e desejam que seja, ao lado ou no colo da mãe, pois durante a gestação procuram informações sobre a importância do vínculo afetivo precoce que acontece no início da vida, para eles esse é um **cuidado culturalmente congruente, respeitoso e sensível**.

O cuidado da Equipe Hanami em alguns momentos transita entre o modelo humanizado e o holístico, porém o modelo holístico é predominante, no caso do recém-nascido, ao nascer já vai direto para o colo materno, quem corta o cordão umbilical é o pai e só acontece depois da dequitação, com o grande objetivo de ativar o estabelecimento do vínculo afetivo familiar, sendo um **cuidado cultural congruente**.

Quando o planejado no pré-natal não acontece, pode haver sentimento de frustração e fracasso, o casal e a Equipe passam pelo processo de acomodação e repadronização da experiência vivida, todos precisam ter sensibilidade transcender a dificuldade.

O casal percebe a **“competência cultural”** das enfermeiras da Equipe Hanami diante de situações de dificuldade, confiando no cuidado que prestam. Também valorizam os cuidados de apoio, suporte com a amamentação, pois há sucesso na amamentação.

A participação das enfermeiras nos rituais de cuidados com a placenta, planejados pelo casal é percebida como livre de discriminação e julgamentos, além permitir a troca de saberes, os laços afetivos entre o casal e as enfermeiras se estreitam.

É importante destacar que a Equipe Hanami no puerpério, presta um cuidado que é de continuidade ao casal. Momento este, que é esquecido pelo serviço de saúde básica e é fundamental para o fortalecimento do vínculo, recuperação da mulher, na amamentação, na relação conjugal e familiar.

Para finalizar, recomenda-se a realização de outros estudos que avaliem a satisfação com o processo de cuidar no pós-parto, as implicações nos diversos contextos socioculturais, considerando as peculiaridades dos diferentes locais e características da assistência.



## REFERÊNCIAS

AMARAL, R. F. C.; *et al.* Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 85-93, jan. 2012.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp. Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, p. 4-13, jul./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtx\\_t=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtx_t=37082)>. Acesso em: out. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, nº 23).

\_\_\_\_\_. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008c. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200029>>. Acesso em: dezembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: DF, 1996b.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CRUZ, D. C. S; SYMAM, N. S; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 90-7, jan. 2007;

DAVIS-FLOYD, R. . The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.

DAVIS-FLOYD, R. , JOHN, G. S. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2004.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. Desempenho das competências obstétricas pela Equipe de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 717-25, dez. 2008.

FEYER, I. S. S.; *et al.* **O florescer da vida**: parto domiciliar planejado. Orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa, 2009.

\_\_\_\_\_. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 879-86, nov-dez. 2013b.

ICM - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. New York: ICM, 2002.

ILHA, C. B. Tendências da produção científica relacionada ao parto: humanização no cuidado à saúde da mulher. In: I CONGRESO VIRTUAL BRASILEÑO DE ADMINISTRACIÓN, EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. Convibra salud, 22 al 26 de octubre de 2012. **Anais...**, 2012. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/75/2012\\_75\\_4080.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/75/2012_75_4080.pdf)>. Acesso em: outubro de 2013.

KOETTKER, J. G.; *et al.* Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-750, fev. 2012.

LEININGER, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. New York: Wiley & Sons, 1978.

\_\_\_\_\_. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985b, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-270.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **J. Trans. Nurs.**, Thousand Oaks (CA- EUA), v. 13, n. 3, p. 189-92, jul. 2002.





LEININGER, M. M.; McFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York: Jones & Bartlett's Publishers Inc., 2006.

LICHAND, C. C.; *et al.* Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 57, p. 82-88, abril. 2012.

MERIGHI, M. A. B, GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-9, nov-dez. 2006.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 26-34, fev.2006.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OPAS, 1996.

PROGIANTI, J. M.; *et al.* A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 266-72, ago. 2006.

REHUNA - REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO. **Carta de Fortaleza-2000.** ONG- AMIGAS DO PARTO,. 2000. Disponível em:  
<<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-fortaleza-2000.html>>. Acesso em: dezembro de 2013.

TABACZENSKI, E. M. V. **O papel do enfermeiro na visita domiciliar no período puerperal.** 2009. 53 f. Monografia (Especialização em Enfermagem de Saúde da Família)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Candido Mendes, Cascavel, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular, 2004.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este estudo concretiza minha compreensão sobre o “parir e nascer num novo tempo” sob a ótica holístico-ecológica-cultural na qual o casal e a enfermeira obstétrica constroem junta uma concepção contemporânea de cuidado de forma planejada no domicílio. Conhecer o significado atribuído ao parto domiciliar planejado e a percepção do processo de cuidar recebidos por seus protagonistas, o casal, a partir da experiência vivida por eles ajudará à Equipe a melhor se instrumentalizar para o cuidado cultural, assim como fornecerá subsídios para orientar, aperfeiçoar, referendar ou mesmo refutar as práticas desenvolvidas pela Equipe, aumentar a **“competência cultural”** das enfermeiras da Equipe Hanami.

O parto domiciliar planejado é um resgate do processo de parir e nascer num novo tempo, no sentido de devolver ao casal/RN/família o poder dessa experiência significativa, como agentes ativos no processo de cuidado.

Os estudos incluídos nesta revisão, independente da via de parto, enumeram algumas características da assistência, que podem contribuir para a conquista de maiores níveis de satisfação, quais sejam: a presença de um acompanhante; o suporte emocional; orientações no pré-natal; ter qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres; o fornecimento de informações durante a assistência; maior participação das mulheres no controle decisório, para aumentar sua percepção de estar no controle; uma assistência voltada à mulher e sua família, visando à humanização da atenção ao parto, que promova condições humanas e seguras ao nascimento de uma criança.

Percebe-se que, com a análise das características das famílias do estudo que, são mulheres e homens (casais) com educação e conhecimento elevados, que os diferencia no sentido de uma visão de mundo diferenciada, que buscam serem ativos no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério e reivindicam seus direitos sexuais e reprodutivos. São casais que exigem profissionais atualizados e prestem um cuidado respeitando a cultura de cada família, ou seja, tenha **“competência cultural”** profissional, para que tenham **“segurança cultural”** no processo de cuidado.

Nesta experiência parturitiva os casais confirmam que o trabalho

de parto no domicílio em sua maioria é mais rápido. A posição escolhida para o parto foi a mais confortável para aquele momento, tanto para a mulher quanto para o homem, não sendo a convencional do paradigma tecnocrático, assim puderam dar vazão as suas sensações, sentimentos levando-os a experimentar a liberdade fisiológica que se aproxima muito do processo de sexualidade do casal. Os casais exerceram **“autonomia”**, foram **“protagonistas”**, pois estavam **“empoderados”** para vivenciar todo o processo de gestação, parto/nascimento e puerpério.

A percepção dos casais sobre o processo de cuidar da Equipe Hanami no pré-natal, abrange vários sentidos que podem ser avaliados como positivos e que vão ao encontro do pensamento filosófico das enfermeiras obstétricas da Equipe. Estes sentidos abrangem o “acolhimento”, a “confiança” e a “segurança cultural”, que se ancoram nas evidências científicas, nas premissas ministeriais brasileira e na competência cultural das enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami.

A sensibilidade, disponibilidade e amparo percebido pelos casais no cuidado aponta no sentido de que as enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami, possuem uma percepção holística, que vai além dos processos e necessidades físicas dos casais.

Os casais percebem que há um equilíbrio entre gerência e cuidado no trabalho da Equipe. Eles percebem a importância de ser ter recursos humanos e de materiais de qualidade, sendo compatíveis e adequados para promover a qualidade da assistência à saúde. Outro aspecto relevante é a percepção de que a Equipe Hanami promove **educação para a saúde**, no sentido de que busca compartilhar uma ampla gama de orientações no pré-natal sem que estas sejam impostas, porém apontam que estas são embasadas nas melhores evidências científicas. O que não é impeditivo de que rituais sejam realizados, compartilhados entre casais e enfermeiras e acima de tudo respeitados.

Um diferencial, no processo de cuidar da Equipe Hanami no pré-natal, é o fato de não haver fragmentação no cuidado, fazendo com uma transição tranquila entre a gestação e o parto, pois há uma grande proximidade entre a Equipe Hanami e o casal no último trimestre.

O cuidado da Equipe Hanami em alguns momentos transita entre o modelo humanizado e o holístico, porém o modelo holístico é predominante. No caso do recém-nascido, existe um **“acolhimento”** do bebê na sua chegada ao novo mundo, pois ao nascer já vai direto para o colo materno, quem corta o cordão umbilical é o pai e só acontece depois da dequitação, com o grande objetivo de ativar o estabelecimento do **“vínculo afetivo familiar”**, promover a **“autonomia”** e o **“protagonismo”** do casal e **“empoderando”** da nova família.



O cuidado no trabalho de parto e parto no domicílio traz segurança, sensibilidade e atende aos desejos dos casais, respeitando sua cultura.

Recomenda-se a realização de outros estudos que avaliem a satisfação com o processo de cuidar no pós-parto, as implicações nos diversos contextos socioculturais, considerando as peculiaridades dos diferentes locais e características da assistência.

Acredito que uma forma de fortalecer o parto domiciliar planejado seria a inclusão deste local de nascimento, na Declaração de Recém-Nascido Vivo (DNV), pois atualmente, neste documento oficial, é registrado parto domiciliar, porém neles podem estar inclusos os partos domiciliares acidentais, o que mascara a mudança de paradigma do local de nascimento. Nos Estados Unidos da América consta na DNV: parto hospitalar, parto em casa de parto, parto domiciliar planejado e parto domiciliar acidental, ou seja, o governo consegue ter total visibilidade, do local onde nascem os bebês americanos e com qual profissional.

Apesar do estudo possuir a limitação de não levar a generalizações, acredita-se que o além de promover uma reflexão interna na Equipe Hanami, pode contribuir para que novos casais se inspirem nestas experiências para questionar o modelo tecnocrático vigente em nossa sociedade, além de estimular novas Equipes a aprofundarem esta temática em suas realidades.

A rede de apoio é importantíssima no parto domiciliar, pois dá legitimidade ao processo de gestação, parto/nascimento e puerpério assistido pela Equipe Hanami, frente às questões de cultural da segurança, plano de segurança do paciente em serviços de saúde, segurança do paciente e serviço de saúde com base na RDC 36/2013 da ANVISA.

A contribuição desta tese para o casal consiste no exemplo para sociedade, do grande exercício de sua **cidadania**, dos **direitos sexuais e reprodutivos**, da **“autonomia”**, do **“protagonismo”** que gera **“segurança cultural”**, ou seja, **“empodera”** o casal, pois tem sua **cultura respeitada**, com um **cuidado culturalmente congruente**.

Esta tese tem **relevância para a assistência obstétrica**, em especial a brasileira, pois a ponta que a enfermagem obstétrica pode atuar de forma autônoma, com segurança, responsabilidade ética e profissional usando a competência cultural e sendo empreendedora.

**Para a sociedade** a importância desta tese versa sobre o planejamento da saúde reprodutiva, com a possibilidade de mudança de paradigma de cuidado, para a mulher com gestação de risco habitual, que pode optar pelo parto domiciliar planejado, de forma segura, como

um espaço de autonomia da vontade, emanção direta do postulado essencial dignidade da pessoa humana, à saúde sexual e reprodutiva, sendo protagonista devido ao empoderamento da mulher no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério. Como um evento marcante em sua vida, e recebendo cuidados de profissionais empoderados, incluindo as (os) enfermeiras (os) obstétricas (os), que cuidam de forma ecologicamente correta e culturalmente respeitosa.

Outra contribuição da tese para a sociedade é a possibilidade, de inclusão do planejamento de políticas públicas de saúde, que possibilitem o parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas, como parte do sistema único de saúde (SUS) com garantida de transferência segura e respeitosa, da mulher/casal para maternidades públicas. Neste sentido, sugiro uma **ampliação da política da REDE CEGONHA**, para o campo do parto domiciliar planejado, como espaço legitimado de SUS.

Esta tese permite mostrar a formação de um **novo perfil na sociedade**, que merece respeito, com a construção e fortalecimento de um novo paradigma de cuidado à mulher/casal no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério, que se sustente nos direitos sexuais e reprodutivos.

**Para a Equipe Hanami**, esta tese, mostra que mesmo não sendo perfeita busca o aperfeiçoamento, com o desenvolvimento da competência cultural, que é um grande diferencial na forma de cuidar, pois o foco de cuidado é o casal/família. É uma Equipe que ousou o empreendedorismo e a autonomia profissional, sem deixar de considerar o trabalho em parceira com outros profissionais.

Estudo poderá ter uma grande contribuição na compreensão de como acontece o processo de cuidar aos casais no pré-natal, no parto e no puerpério, levando a um processo reflexivo e avaliativo a respeito dos princípios filosóficos preconizados pela Equipe Hanami podendo ser uma referência, a outras equipes brasileiras que prestam cuidado no parto domiciliar planejado.

Por esta razão, defendemos a **tese** de que o significado do parto domiciliar planejado é uma experiência que marca positivamente as vidas dos casais, pois está fundamentado no respeito à cultura e aos modos de vida dos mesmos. Possibilitando, em ambos os sentidos, o empoderamento dos casais, voltado para a conquista e exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, portanto, da cidadania e o empoderamento das enfermeiras obstétricas, com sua atuação autônoma, com competência cultural e de forma empreendedora.

## REFERÊNCIAS

ABENFO - NACIONAL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. Tipos de parto. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<<http://www.abenfo.residencial.com.br/materiais.php?subcategoriaId=3&id=160>>. Acesso em: dezembro de 2013.

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica do Brasil**. São Paulo (SP), 2012. Disponível em:

<[www.abep.org/novo/content.aspx?sectionid=84](http://www.abep.org/novo/content.aspx?sectionid=84)>. Acesso em: 19/02/2013.

AGÊNCIA DO SENADO. Senado Federal. **Projeto que obriga divulgação do direito da parturiente a acompanhante pode ir à sanção**. Disponível em:

<<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/10/23/projeto-que-obriga-divulgacao-do-direito-da-parturiente-a-acompanhante-pode-ir-a-sancao>> Acesso em: dezembro de 2013.

AMARAL, R. F. C.; *et al.* Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 85-93, jan. 2012.

AMORIM, M. **Parto Domiciliar**: direito reprodutivo e evidências. Guia do Bebê [On Line]. 2012 Ago. 08. Disponível em:

<<http://guiadobebe.uol.com.br/parto-domiciliar-direito-reprodutivo-e-evidencias/>>.\_Acesso em: dezembro de 2013.

ANDRADE, D. M. C.; *et al.* A vivência e percepção do parto domiciliar na voz das mulheres. **Rev. Enferm. UFPE [on line]**. v. 6, n. 9, p. 2119-26, set. 2012. Disponível em:

<[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4344](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../4344)>. Acesso em: dezembro de 2013.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 36, de 03 de junho de 2008. **Diário Oficial da União**, n. 105, Seção 1, de 4 de Junho de 2008.

Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2036-2008.pdf>> Acesso em: dezembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, n. 143, sexta-feira, 26 de julho de 2013. Disponível em:

<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/57037708/dou-secao-1-26-07-2013-pg-32/pdfView>>. Acesso em: dezembro de 2013.

ARCIA, A. U. S. Nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. **Midwifery**, London, v. 29, n. 8, p. 885-94, ago. 2013.

BALASKAS, J. **Parto ativo**. Guia prático para o parto ativo. São Paulo: Ground, 1993.

\_\_\_\_\_. **Parto ativo**. Guia prático para o parto ativo. São Paulo: Ground, 2008.

BASCO. Ministério da Saúde e Política Social. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**. Vitória-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno, 2011.

BENATTI, L.; MIN, M. **Parto com amor**: em casa, com parteira, na água, no hospital. São Paulo: Panda Books, 2011.

BIREME. **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME; [acesso em 02 Out 2011]. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: dezembro de 2013.

BLIX, E. Avoiding disturbance: midwifery practice in home birth settings in Norway. **Midwifery**, London, v. 27, n. 5, p. 687-692, out. 2011.

BOAINAIN, E. **Tornar-se transpessoal**: transcendência e espiritualidade. São Paulo: Summus editorial, 1999.



BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**, 1990. 190 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M.; SANTOS, S. M. As representações sociais das parteiras Tradicionais e o seu modo de cuidar. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 29, n. 79, p. 373-85, set/dez. 2009.

BORQUEZ, H. A.; WIEGERS, T. A. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. **Midwifery**, London, v. 22, n. 4, p. 339-47, 2006.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp. Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, p. 4-13, jul./dez. 2005.

BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I. P. S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Cogitare Enfermagem**. v. 11, n. 3, Set./dez. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. 1992. Disponível:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtx t=24229](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtx t=24229). Acesso em: 22 de abr de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996a.

. Ministério da Saúde. **Consentimento informado normatizado pela Resolução 196/96**. Brasília (DF), 1996b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas**

**em seres humanos.** Brasília (DF), 1996c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998.**

Disponível em:

<[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P2.815\\_98obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.815_98obst.doc)> Acesso em: 05 de dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. **Prêmio Galba de Araújo.** Portaria nº 2883/GM. 04 de junho de 1999. Disponível:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25412](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25412)  
. Acesso em: 22 de abr de 2011.

\_\_\_\_\_. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.**

Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000a. Disponível:

[http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN\\_PHPN.htm](http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PHPN.htm). Acesso em: 22 de abr de 2011.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde apoia parteiras.** Março de 2000b.

Disponível:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24130](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24130)  
. Acesso em: 22 de abr de 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal:**

manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

\_\_\_\_\_. Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:**

assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna.** Brasília: Ministério Da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão

Descentralizada. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília (DF): MS, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos

Reprodutivos – Caderno nº 5).

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008c. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200029>>. Acesso em: dezembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Caderno de Atenção Básica, nº 23).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

\_\_\_\_\_. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília (DF): MS, 2012b.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idxt=37082)>. Acesso em: out. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1316-1327, set-out. 2005.

BURGIERMAN, D. R.; SOALHEIRO, B. A ciência do sexo. Afinal, como a ciência pode melhorar a sua vida sexual? **Revista SUPERINTERESSANTE**. São Paulo, n. 189, junho. 2003. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/ciencia-sexo-443922.shtml>>. Acesso em: dezembro de 2013.

BURIGO, R. A. **Planejando o parto no domicílio e tendo que parir no hospital: significados da experiência para as mulheres**, 2013. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e desenvolvimento**- Plataforma de Cairo. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf> Acesso em 28 de dezembro de 2013.

CALVETTE, M. F.; et al. Homebirth assisted by nurse-midwife: perception of women and companions. **Midwifery Today**, Eugene-Oregon-USA, v. 98, summer 2011.

CALVETTE, M. F.; *et al.* Homebirth assisted by nurse-midwife: perception of women and companions. **Midwifery Today**, Eugene-Oregon-USA, v. 98, summer. 2011.

CALVETTE, M. F; SANTOS, E. K. A; COLLAÇO, V. S. Planned homebirth in Brazil with nurse-midwife assistance: perceptions of women and companions. **Midwifery Today**. Eugene-Oregon (USA), n. 98, p. 55-68, summer 2011.

CARNEIRO, R. Parto domiciliar: ressignificação do doméstico e cronotopias da intimidade. In: XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA ANPUH. Universidade Federal do Ceará. **Anais...** Fortaleza, 12 a 17 de julho de 2009.

CARRARO, T.E.; WESTPHALEN M.E.A. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 5-15.

CECAGNO, S.; ALMEIDA, F. D. O. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm. [online]**, v. 13, n. 3, p. 409-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em: out 2013.

CHINN, P. L; KRAMER, M. K. **Theory and nursing**: a systematic approach. Missouri: Mosby, 1995.

CHOPRA, D. **Origens mágicas, vidas encantadas**: um guia holístico para a gravidez e o nascimento. Rio de Janeiro: Ed. Rocco LTDA, 2006.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos básicos. Disponível em: < [www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/docs\\_oficiais.doc](http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/docs_oficiais.doc)>. Acesso em: 20 abril 2006.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n.º 7.498/86**, de 25 de junho de 1986. Regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <[site.portalcofen.gov.br, /node/4161](http://site.portalcofen.gov.br/node/4161)>. Acesso em: 23 de novembro de 2010.

COLACIOPPO, P. M.; et al. H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Rev. Enf. Referencia**, Coimbra (PT), v. 3, n. 2, p.

81-90, dez. 2010.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

\_\_\_\_\_. **Parir e nascer num novo tempo**: o significado para o casal do parto domiciliar planejado atendido por enfermeiras obstétricas. 2013, XXX f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COLLAÇO, V. S. **Parto vertical**: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

COX, K. J. et al. Outcomes of planned home births attended by certified nurse-midwives in southeastern Pennsylvania, 1983-2008. **J Midwifery Womens Health**, v. 58, n. 2, p. 145-9, mar/apr. 2013.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-04, mar. 2007.

CRIZÓSTOMO, C. D; NERY, I. S; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, mar. 2007.

CRUZ, D. C. S; SYMAM, N. S; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 90-7, jan. 2007;

DAVIM, R. M. B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 62-8, nov. 2001.

DAVIS-FLOYD, R. Gynecology & obstetrics. In: International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 Novembro. **Anais...** Fortaleza, 2000, p. 5-23.

\_\_\_\_\_. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, London, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.

\_\_\_\_\_. Daughter of time: the postmodern midwife (Part 1). **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 705-10, out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Who is Robbie Davis-Floyd?** Disponível em <http://davis-floyd.com/>. Acesso em 28/06/2013.

DAVIS-FLOYD, R.; JOHN, G. S. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2004.

DIAS, M. D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Rev. Eletr. Enferm. [online]**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 476-88, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>>. Acesso em: out 2013.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 209f. 1997. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto**. 255f. 2001. Tese (Doutorado em Medicina)- Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. **Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto**. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Fapesp/CEMICAMP (Mimeo), 2004.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. Desempenho das competências obstétricas pela Equipe de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 717-25, dez. 2008.

ELIADE, E. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village**. 602f. 1994. Tese (Doutorado em Ciência da Enfermagem) Universidade da Califórnia, 1984.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

ENNING, C. **O parto na água: um guia para pais e parteiros**. São Paulo: Manole, 2000.

ESPAÑA. VASCO. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal**. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011.

Disponível em:

<[http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/gpc\\_10\\_02\\_Partnor\\_co m.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/gpc_10_02_Partnor_co m.pdf)>. Acesso em: dezembro de 2013.

ESPINELLI, M. B. **Atenção humanizada no ciclo gravido puerperal**. Editora Universidade de Pernambuco: Recife, 2008.

FAWCETT, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F. A. Davis, 1982.

FEYER, I. S. S. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis, 2005.

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

\_\_\_\_\_. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 879-86, nov-dez. 2013b.

FEYER, I. S. S.; *et al.* **O florescer da vida: parto domiciliar planejado**. Orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa, 2009.

FEYER, I. S. S.; *et al.* Brazilian scientific publications of obstetrical nurses on home delivery: systematic literature review. **Texto Contexto Enferm.** [online], Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 247-56, 2013a.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100030&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100030&script=sci_arttext)>. Acesso em: out 2013.



- FEYER, I. S. S.; *et al.* Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 66, n. 6, p. 879-86, nov-dez. 2013b.
- FRANCISQUINI, A. R.; *et al.* O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 743-751, Out/Dez. 2010.
- FRANK, T. C. Quando é mais fácil parir do que registrar. **Vila mamífera** (on line). 26 agosto, 2013. Disponível em <<http://vilamamifera.com/parteriarurbana/quando-e-mais-facil-parir-do-que-registrar/#>>. Acesso em: dezembro de 2013.
- FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013.
- FREITAS, M. C. **Verbetes “Conceito”**. Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia, Logos. Lisboa: Editora Verbo, 1989. p.1078.
- FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 2, p. 424-8, mai. 2009 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acesso em: dezembro de 2013.
- GALVÃO, M. L. S.; MENEZES, P. F. A. Parto domiciliar: uma alternativa ao modelo institucional nos centros urbanos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7 e CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 1. 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABENFO-MG, 2011.
- GAMA, S. G. N.; et al. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução.** Rio de Janeiro: Fundação Fio Cruz, 2007. p. 44.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, Portland (USA), v. 10, n. 1, p.1-11, mar. 1987.
- GARCÊS, M. M. F. **Vivências da figura paterna no trabalho de**

**parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade.**

2011. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Escola Superior de Enfermagem, Porto (Portugal), 2011.

GEERTZ \_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Rio de Janeiro: Vozes; 1997.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4 e. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 2011.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Rio de Janeiro: Best Seller Ltda, 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1994.

HODNETT, E. D. et al. Apoio contínuo para mulheres durante o parto. **Resumos Cochrane**, online, 15 de julho. 2013. Disponível em: <http://summaries.cochrane.org/pt/CD003766/apoio-continuo-para-mulheres-durante-o-parto> Acesso em: dezembro de 2013.

HODNETT, E. D.; *et al.* Apoio contínuo para mulheres durante o parto. **Resumos Cochrane [online]**, 15 de julho 2013. Disponível em: <<http://summaries.cochrane.org/pt/CD003766/apoio-continuo-para-mulheres-durante-o-parto>>. Acesso em: dezembro de 2013.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 559-66, abr. 2007.

ILHA, C. B. Tendências da produção científica relacionada ao parto:

humanização no cuidado à saúde da mulher. In: I CONGRESO VIRTUAL BRASILEÑO DE ADMINISTRACIÓN, EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. Convibra salud, 22 al 26 de octubre de 2012. **Anais...**, 2012. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/75/2012\\_75\\_4080.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/75/2012_75_4080.pdf)>. Acesso em: outubro de 2013.

ICM - INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Competencies**. New York: ICM, 2002. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org>>. Acesso em: 12 agosto 2007.

IZAC, J. D. A epidemia do parto cesáreo. Secretaria de Recursos Humanos do Senado Federal. **Jornal Conversa Pessoal** [online]. 2008, Ano VIII, n. 88. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/portaldoservidor/jornal/jornal88/saude\\_parto.aspx](http://www.senado.gov.br/portaldoservidor/jornal/jornal88/saude_parto.aspx). Acesso em 13 de outubro de 2011 (site não paginado)

JEFFREYS, M. Dynamics of diversity. Becoming better nurses through diversity awareness. **NSNA [online]**, nov./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint\\_NovDec08\\_Feat\\_Jeffreys.pdf](http://www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint_NovDec08_Feat_Jeffreys.pdf)>. Acesso em: dezembro 2013.

KLAUS, H. M.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo afetivo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

KOETTKER, J. et al. Hanami: o florescer da vida- enfermeiras no atendimento ao parto domiciliar planejado. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE ALEITAMENTO MATERNO E BANCOS DE LEITE HUMANO-NASCIMENTO E AMAMENTAÇÃO: DESAFIOS PARA O 3º MILÊNIO, I, 2008, Gaspar. **Anais...** Gaspar: FURB, 2008.

KOETTKER, J. G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

KOETTKER, J. G.; *et al.* Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 747-50, fev. 2012.

KRUNO, R. B.; BONILHA, A. L. L. Parto domiciliar na voz das

mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 3, p. 396-407, dez. 2004.

KUOKKANEN, L.; LEINO-KILPI, H. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. **J. Adv. Nurs. [on line]**, v. 31, n. 1, p. 235-41, jan. 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x/abstract>>. Acesso em: dezembro de 2013.

LANGDON, E. J. **Conceito de cultura**. Florianópolis, 1991. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **A relação saúde e cultura**. Florianópolis, 1994. (mimeo).

LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Edição do Autor, 2006.

LEININGER, M. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: Wiley & Sons, 1978.

\_\_\_\_\_. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Gruner, 1985a.

\_\_\_\_\_. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985b, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985b. p. 255-270.

\_\_\_\_\_. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nursing Science Quarterly**, New York, v. 1, n. 2, p. 152-159. 1988.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. Response and reflections on Bruni's 1988 critique of Leininger's theory. **Collegian**, Australia, v. 8, n. 1, p. 37-8, Jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. **J. Trans. Nurs.**, Thousand Oaks (CA- EUA), v. 13, n. 3, p. 189-92, jul. 2002.

\_\_\_\_\_. Theoretical questions and concerns: response from the theory

of culture care diversity and universality perspective. **Nurs. Sci. Q.**, New York, v. 20, n. 1, p. 9-13, Jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. **Image J. Nurs. Sch.** v. 29, n. 4, out. 2007b. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1997.tb01053.x/abstract>. Acesso em: março de 2011.

LEININGER M. M.; MC FARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.** New York (NY): McGraw-Hil, 2006.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica.** 144f. 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Polo I - Universidade Federal do Paraná, Curitiba 1996.

LEOPARDI, M. T. Estudo de teorias. In: \_\_\_\_\_. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-livro, 1995. p.28-57.

LESSA, H. **Parto em casa: vivências domiciliares.** 2003. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

LICHAND, C. C.; *et al.* Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 57, p. 82-8, abr. 2012.

LIMA, S.Y. L. M. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres: expressões das políticas públicas no município de Fortaleza.** 145f. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade)- Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Centro de Humanidade e Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

LINDGREN, H.; *et al.* Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. **Midwifery**, London, v. 26, n. 2, p. 163-72, abr. 2010.

LITTLE, P. E. Etnodesenvolvimento local: autonomia cultural na era do neoliberalismo global. **Tellus**, Campo Grande (MS), ano 2, n. 3, p. 33-52, out. 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LYRA, J.; MEDRADO, B.; LOPES, F. **Homens também cuidam!** Diálogos sobre direitos, saúde sexual e reprodutiva, paternidade e relações de cuidado. Recife: UNFPA; Instituto PAPAÍ, 2007.

MAGNANI, J. G. **Mystica urbe**. São Paulo: Studio Nobel, 1999.

MALHEIROS, P. A.; *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-37, Abr-Jun. 2012.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALUF, W. S. Peregrinos da nova era: itinerários espirituais terapêuticos no Brasil dos anos 90. **Antropologia em Primeira Mão número 100 [Online]**. Florianópolis, n. 1, [30f], 2007. Disponível em: <[www.antropologia.ufsc.br/100.pdf](http://www.antropologia.ufsc.br/100.pdf)>. Acesso em: 12 agosto 2007.

MAMEDE, F. V; ALMEIDA, A. M; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Sci., Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 295-302, 2004.

MAMEDE, F. V. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto**. 2005. 103f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

MATOS, G. C.; *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE [on line]**, Recife, v. 7, n. 3, p. 870-8, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3347>>. Acesso em: dezembro de 2013.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.765-72, dez. 2008.

MELEIS, A. I. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1. Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: Ed. UFSC, 1985.

\_\_\_\_\_. **Theoretical nursing** – development and progress. Third Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pflege theorien:** gegenstand, entwicklung und perspektiven des theoretischen Madrid: Harcourt Brace de España, 1999.

MERIGHI, M. A. B, GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-9, nov-dez. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONGUILHOTT, J. J. C. **A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto:** a realidade do Sul do Brasil. 2013. 217f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem:** uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. 260f. 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de 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.

\_\_\_\_\_. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar:** uma

- etnografia de alojamento conjunto. 427f. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 26-34, fev. 2006.
- MOREIRA, K. A. P.; *et al.* o significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 720-8, out/dez. 2009.
- MOREIRA, V. S.; *et al.* Lei do acompanhante no trabalho de parto: algumas reflexões. **C&D Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 65-73, jul./dez. 2013.
- MOTT, M. L. **Atendimento ao parto em São Paulo: o serviço obstétrico domiciliar.** In: COSTA, C. L.; SCHMIDT, S. P. (Org.). **Poéticas e políticas feministas.** Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 113-23.
- MOURA, C. F. S.; LOPES, G. T Acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiras obstetras. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 165-0, ago. 2003.
- MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 7, n. 13, p.109-18, ago. 2003.
- NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-30, fev. 2006.
- ODENT, M. **Fisiologia do parto: a gênese do homem ecológico.** São Paulo: Tao, 1981.
- \_\_\_\_\_. **O renascimento do parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002a.
- \_\_\_\_\_. **A Cientificação do amor.** Florianópolis: Saint Germain, 2002b.
- \_\_\_\_\_. **O camponês e a parteira.** Uma alternativa à industrialização



da agricultura e do parto. São Paulo: Ed. Ground, 2003.

\_\_\_\_\_. **Água e sexualidade:** a importância do parto ecológico. Florianópolis: Saint Germain, 2004.

OLLITTA, I. **Parto domiciliar:** relato de experiência. 1988. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra: OPAS, 1996.

ORIA, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALVES, M.D.S. Madeleine Leininger and the theory of the cultural care diversity and universality: an historical overview. Online **Braz J Nurs** (OBJN-ISSN 1676-4285) [online] 2005 August; 4(2) Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm)

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. 129f. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)- Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Local de parto: reacende-se a polêmica. **Boletim informativo – ABENFO/SP.** São Paulo, Ano 16, n. 49, jun. 2012.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

OTIS, K. E; BRETT, J. A. Barriers to hospital births: why do many bolivian women give birth at home? **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington (DC – USA), v. 24, n. 1, p. 46-53, jul. 2008.

PAESE; F.; SASSO, G. T. M. D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, abr./jun. 2013.

PAGE, L. New vision for maternity care. **Association of Radical Midwives**, Hexham (UK). p. 1-16, mar. 2013. Disponível em: <http://www.midwifery.org.uk/wp-content/uploads/2013/02/The-Vision-2013.pdf>. Acesso em: dezembro 2013.

- PATERSON, J.; ZDERAD, L. **Enfermería humanística**. Trad. Geraldina Ramos Herrera, Cidade do México (ME): Limusa, 1979.
- PELCASTRE, B.; *et al.* Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, dez. 2005.
- PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 448-55, set. 2006.
- PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-7, jul/set. 2011.
- PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul-set. 2006.
- PETER, A. P. C.; *et al.* **O cuidado cultural do ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto 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.
- PIMENTA, G. D.; *et al.* El parto realizado por matronas: una revisión integradora. **Enferm. Glob.**, v. 312, n. 30, p. 482-93, Múrcia abr., 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Tradução de: THORELL, A. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- \_\_\_\_\_. Estruturas teóricas e conceituais. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 221-245.
- PONTE, V. M. R.; *et al.* Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS

DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS. **Anais...**

Gramado: ANPCONT, 2007. Disponível em:

<<http://pt.scribd.com/doc/52625318/METODOLOGIAS>>. Acesso em: dezembro de 2013.

PROGIANTI, J. M.; *et al.* A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 266-72, ago. 2006.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface Comunic. Saúde. Educ.**, Botucatu (SP), v. 13, supl. 1, p.7 59-68, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2013.

REHUNA - REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO. **Carta de Fortaleza-2000**. 2000. ONG- AMIGAS DO PARTO. Disponível em:

<<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-fortaleza-2000.html>>. Acesso em: dezembro de 2013.

\_\_\_\_\_. **Objetivos da REHUNA**. Página da Internet. [2010].

Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/>>. Acesso em: 15 de maio de 2010.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Niterói (RJ), v. 12, n. 2, p. 477-86, nov. 2007.

RYDER, E; WILTSHIRE, S. Understanding empowerment. **Nurs. Times**, Londres, v. 97, n. 32, p. 39, aug. 2001.

SAAD, D. E. A.; RIESCO, M. L. G. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido. Teresina (PI), 24 a 26 de junho de 2009. **Anais...** Teresina (PI), 2009.

SAEEDI, Z. A.; *et al.* Childbirth at home: a qualitative study exploring

perceptions of risk and risk management among Baloch women in Iran. **Midwifery**, London, v. 29, n. 1, p. 44-52, January. 2013.

SANTOS, O. M. B. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo de nascimento**. 172f. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SCHWADE, E. Neo-esoterismo no Brasil: dinâmica de um campo de estudos. **BIB: Rev. Bras. Inform. Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 5-24, 1º semestre. 2006.

SEIMA M. D.; *et al.* A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.851-7, out-dez. 2011.

SILVA, A. C. S; DADAM, S. H. Parto humanizado ou parto mecanizado. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINOAMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br>>. Acesso em: 01 setembro 2008.

SILVA, A. L; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problemas ou solução para a prática de enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan./jun. 1993.

SILVA, K. D. Família no direito civil Brasileiro. **Rev. Npi/Fm**. set. 2010. Disponível em: <<http://www.fmr.edu.br/npi/045.pdf>>. Acesso em: dezembro de 2013.

SIQUEIRA, P. R. A. **A assistência da enfermeira ao parto normal: relatos e atos na visão das mulheres**. 2001. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2001.

SJÖBLOM, I.; NORDSTRÖM, B.; EDBERG, A. K. A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. **Midwifery**, London, v. 22, n. 4, p. 348-55, dez. 2006.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo.** 2005. 155f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SOUZA, M. L. A casa como lugar de nascimento: uma reflexão antropológica sobre a “revitalização” contemporânea do parto domiciliar na cidade de Florianópolis. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO VII. 2006, **Anais...** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006, p 1-7.

SOUZA, M. L.; *et al.* **A saúde e a inclusão social nas fronteiras.** Florianópolis: Ed Boiteux, 2008, p. 95-96.

SOUZA, V. C. T. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna desafios éticos para uma medicina mais humana. **Rev. BIOETHIKOS**, São Paulo, v. 4, n.2, p.86-91, anual. 2010.

SPINELLI, M. B. **Atenção humanizada no ciclo grávido puerperal.** Recife: Ed UFPE, 2008.

TABACZENSKI, E. M. V. **O papel do enfermeiro na visita domiciliar no período puerperal.** 2009. 53 f. Monografia (Especialização em Enfermagem de Saúde da Família)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Candido Mendes, Cascavel, 2009.

TARQUI, M. C.; BARREDA, A. G. Elección y preferencia del parto domiciliario en Callao, Perú. **Rev. Salud Pública**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 214-22, dez. 2006.

TOMEY, A. M. Introducción a la análisis de las teorías de enfermería. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías em enfermería.** 4. ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999. p. 3-15.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas.** Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-92, jul./ dez. 2002.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do**

parto no Brasil. 2004. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TORRES, J. A.; VENTURA, K.; ALVES, V. H. A atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao pré-natal e ao parto como contribuição a política pública para redução da mortalidade materna e neonatal. Junho – 2009. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/nota%20tecnica%20abenfo.pdf>>. Acesso em: 22 de abr. de 2011.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Cali: Carvejal, 1979.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Insular, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Niterói (RJ), v. 10, n. 3, p. 599-613, abr. 2005.

VAN DER HULST, L. A.; *et al.* Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? **Birth**, Hoboken, v. 31, n. 1, p. 28-33, 2004.

VEDAM, S.; *et al.* The canadian birth place study: describing maternity practice and providers' exposure to home birth. **Midwifery**, London, v. 28, n. 5, p. 600-08, Oct. 2012.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-59, Jul-Ago. 2010.

VILELAS, J. M. S.; JANEIRO, S. I. D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **REME – Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2012.

- VILLEGAS, C. B. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá. **Rev. Salud Publica**. Bogota, v. 3, n. 2, p.154-70, Jul. 2001.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J. Adv. Nurs.**, Estados Unidos da América, v. 52, n. 5, p.546-53, dez. 2005.
- WILLIAMSON, M. J; HARRISON, L. Providing culturally appropriate care: a literature review. **Int. J. Nurs. Stud.**, London, 47, n. 6, p. 761-69, jun. 2010.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**. v. 24; 2 -8452, p. 436-7, Aug. 1985.
- ZAMPIERI, M.F.M.; *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-27, out-dez. 2010.





## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINTEADA  
CEP: 88040-970 – FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA  
Tel. (048) 3721-9480/ 3721- 9787 – e-mail: pen@ccs.ufsc.br  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Vania Sorgatto Collaço dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), curso de Doutorado em Enfermagem, estou desenvolvendo pesquisa intitulada “Parir e Nascer Num Novo Tempo: O Significado do Parto Domiciliar ejaado”, sob orientação da Professora Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

Os objetivos deste estudo são:

- 1) **Conhecer o significado da experiência do casal no parto domiciliar planejado** atendido por meira obstétrica da equipe HANAMI: o florescer da vida em Florianópolis-SC;
- 2) **Identificar como o casal percebe a metodologia** de cuidado utilizado pelas enfermeiras tricas da Equipe Hanami no parto domiciliar planejado.

Vocês estão sendo convidados para participar desta pesquisa, desenvolvida a partir do segundo ste de 2011, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos sob parecer ro1199 em 28 de fevereiro de 2011.

Acredito que o desenvolvimento desta pesquisa possa contribuir na compreensão do significado do domiciliar planejado para os casais suscitando reflexões aos casais, aos profissionais de saúde e unidade científica.

Ao participar desta pesquisa, seus nomes não serão expostos ou identificados, será realizada uma vista gravada que será posteriormente transcrita, além disso, realizarei anotações em diário de campo em ão ao pré-natal, parto e pós-parto. A entrevista será utilizada somente para este estudo, realizada no local domicilio ou qualquer lugar de sua preferência, a mesma acontecerá durante e após o processo de cuidado, riscos ou desconfortos para você.

Asseguro que ao participar da pesquisa vocês não arcarão com nenhum gasto financeiro (entrevista, rrafias, filmagens) e também não receberão nenhuma espécie de gratificação e reembolso, por participar da uisa. Sua participação é completamente voluntária.

Solicito, também, autorização para fotografias e filmagens durante as consultas no pré-natal, parto e parto, estas não serão divulgadas, serão utilizadas para complementar a coleta e análise dos dados.

Seguindo os princípios éticos da beneficência e da justiça, todos os procedimentos não resultarão em uer risco a vida, a integridade e a saúde dos participantes. Todos os participantes serão tratados de modo ativo, sem qualquer de discriminação. Portanto, comunico que não se prevê riscos à dimensão física, ica, moral, intelectual, social, cultural, espiritual e religiosa em qualquer fase da pesquisa. Espero com pesquisa, obter benefícios individuais e sociais por oportunizar a reflexão sobre o tema parto domiciliar ajado.

Sua participação (casal) somente será realizada após assinatura deste documento. Vocês possuem o to de esclarecer suas dúvidas e/ou desistir da participação a qualquer momento sem prejuízos, ligando para telefones descritos abaixo. Se estiverem de acordo assinem o documento e guardem uma cópia.

**Contatos:**

Pesquisadora responsável: Dra. Evangelia K. A. dos Santos – telefone (048) 3721-9480

Pesquisadora principal: Varia Sorgatto Collaço dos Santos – telefone (048) 3364-1652/(48) 7789) E-mail: parto.domiciliar@gmail.com

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:**

Nós, (nome e completo dos participantes) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ esclarecidos sobre a pesquisa intitulada: “Parir e Nascer Num Novo Tempo: O Significado do Domiciliar Planejado”. Concordamos em participar dela e que nossos dados sejam utilizados na ação da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura: \_\_\_\_\_

R.G: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

R.G: \_\_\_\_\_

Nota: o presente Termo terá duas vias, uma ficará à guarda da pesquisadora e a outra via é da dos próprios participantes da pesquisa.

Este protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de pesquisa com Seres vivos da UFSC. As informações fornecidas pelas (os) participantes permanecerão confidenciais e o nome das (os) mesmas (os) será mantido através do uso de nomes fictícios. O processo da pesquisa será após ter sido dada aos participantes uma ampla explicação sobre a meta, o propósito e processo da pesquisa e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Durante a pesquisa serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades das (os) participantes.

## APENDICE B - MODELO DE UM DIÁRIO DE CAMPO

**Diário de campo n° 1:** primeira prática convergente assistencial.

**Identificação:** primeira visita pré-natal de preparo para o parto domiciliar planejado realizada pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami na casa do casal Rosa (que estão à espera do segundo filho).

**Contexto da observação:** Casa do casal (alugada vieram de EUA para ter parto com a Equipe).

**Data/período:** sábado, dia 01/10/11, das 9:30 até 12:00 h.

Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas Metodológicas (NM)	Notas de Cuidado (NC)
Dados obtidos nas observações.	Interpretações feitas pelo pesquisador na coleta ou na organização dos dados.	Anotações das estratégias utilizadas como ajuda nas coletas dos dados.	Ações de cuidado/assistência, realizadas durante o procedimento de pesquisa que envolveu pesquisador e informante.
Receberam-nos sorridentes e nos convidaram para entrar	Empatia entre casal e enfermeiras	Escuta ativa por parte da Equipe	Cuidado sensível.
A casa, bonita, luxuosa, com móveis bonitos e estilizados.	A beleza é encantadora, mas temos <u>ciência que não é o essencial</u> , muitos detalhes podem estar por traz da aparência.	Observação atenta	Cuidado sensível.
A Equipe tem sensação de bem estar. Por serem bem tratadas pelo casal.	O cuidado do casal com a Equipe é importante para o desenvolvimento da <u>recíproca empatia</u> .	Casal cuida da Equipe	Cuidado respeitoso e feliz
Já conheciam a pesquisa por participarem do encontro aberto e já tinham decidido participar.	O casal já estava preparado para participar da pesquisa	Cuidado de pesquisa	Cuidado respeitoso
Já conheciam a pesquisa por participarem do encontro aberto e já tinham decidido participar.	O casal já estava preparado para participar da pesquisa	Cuidado de pesquisa	Cuidado respeitoso

Continua...

Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas Metodológicas (NM)	Notas de Cuidado (NC)
<b>Continuação</b>			
Início do atendimento	<u>Processo que se não for adequado pode levar ao casal a ficar inseguro</u>	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cultura profissional
A família dela mora em Blumenau, mas escolheram Florianópolis por ser uma cidade parecida com a que eles moram nos EUA.	<b>Multiculturalidad e familiar</b>	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	<b>Cultura profissional</b>
<u>Não trabalha, pois sua opção é pelos cuidados aos filhos.</u>	Cultura Leininger	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado cultural a mãe cuida dos filhos em casas
Trabalha administrando a construção civil em empreendimentos nos EUA. É autônomo. Trabalha muito em casa, podendo ajudar nos cuidados com a família.	<b>Família transcultural</b>	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	<b>Cuidado cultural o marido além de provedor é cuidador na família</b>
História obstétrica anterior	<b>Cultura do parto normal</b>	<b>Investigação da Equipe no pré-natal</b>	<b>Cuidado atento, na busca de conhecer antecedentes que possam interferir nesta gestação.</b>
Justificam que essa nota inicial foi ruim do bebê foi por conta do <u>estresse de parir um filho de parto pélvico</u> e a Equipe médica estar reticente. Teve que bancar que não haveria problema se o bebê morresse, pois <u>queiram ter</u> seus 5 filhos e fazer uma cesariana tiraria ela dessa possibilidade. Fala que sempre ouviu falar que crianças podem nas sentadas porque a dela não?	<b>Compreensão cultural O parto natural é uma segurança cultural para o casal</b>	<b>Momento investigativo da Equipe para conhecer melhor o casal</b>	<b>Cuidado respeitoso</b>
<u>Ótimo tempo de amamentação</u>	<b>Leininger.</b> Cuidado cultural amamentar é importante	Investigação da Equipe	Cuidado respeitoso
<b>Continua...</b>			

Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas Metodológicas (NM)	Notas de Cuidado (NC)
<b>Continuação</b>			
Mesmo tendo sido <u>gestação pélvica</u> <u>casal</u> <u>bancou</u> ter um parto <u>normal</u> .	<u>Segurança cultural, parto pélvico não é considerado problema para o casal</u>	<b>Investigação da Equipe</b>	Cuidado respeitoso da Equipe sobre as concepções do casal.
<b>Levantamento obstétrico compatível com</b> <u>risco</u> <u>habitual</u>	O risco habitual possibilita o parto domiciliar	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado obstétrico
<b>Fez a maioria das consultas nos EUA, ao chegar no Brasil continuou o pré-natal com um obstetra que não foi o mesmo da gestação anterior.</b>	<u>Segurança cultural ter um ótimo acompanhamento pré-natal, médico e de enfermagem. Crença de que nessa gestação tudo devia ser diferente, menos o parto com a Equipe Hanami.</u>	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado de confiança do casal com a Equipe aumentando o compromisso com o casal de satisfação com o processo de cuidado
<b>Evitam utilização de medicamentos, preferem homeopatia, alimentação e vida saudável.</b>	Cultura de cuidado de prevenção. Cuidam da saúde para prevenir a doença	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado respeitoso
Preferem nomes curtos, fáceis e fortes.	Leininger respeito às crenças do casal	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado respeitoso
<b>O quarto do casal estava delicadamente decorado com tecnologias trazidas dos EUA como bebe conforto com balanço e música. Luminária com cromoterapia para bebê.</b>	<u>Leininger respeito às crenças do casal. O ninho já estava preparado, com rituais de que o ambiente deve ter calma e tranquilidade.</u>	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado atento e sensível da Equipe em se preocupar o ninho preparado pelo casal.
<u>Confiança que tudo daria certo para o parto domiciliar.</u>	<u>Intuição – Leininger e Robie Davis-Floyd. Cuidado holístico-ecológico.</u>	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Confiança na natureza e na Equipe.
<b>Continua...</b>			

Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas Metodológicas (NM)	Notas de Cuidado (NC)
<b>Continuação</b>			
<u>O casal demonstra ser maduro e seguros de suas opções.</u>	Família compartilha os cuidados e demonstram afetividade. Cuidado sensível (Leininger). Cuidado compartilhado Cultura de que o filho pode aprender ao mesmo tempo duas línguas sem problemas para a comunicação.	<b>Processo de assistência da Equipe</b>	Cuidado respeitoso e sensível
<u>Casal carinhoso. Compartilha com o filho o atendimento prestado pelas enfermeiras. A criança é incluída.</u>	O cuidado familiar é nítido, pois pai e irmão participaram.	<b>Processo de assistência da Equipe Cuidado familiar.</b>	Exame obstétrico
<u>Realizado a pedido da mulher. Toque a pedido da mulher. Achava que já estava com dilatação.</u>	Intuição em relação a dilatação. Leininger e Robie-Davis Floyd.	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	Cuidado respeitoso.
<u>Apesar do casal não querer ir para o hospital ou ser encaminhado isso não é uma preocupação para eles. O plano B está bem planejado.</u>	No hospital há imposição profissional no cuidado e não há autonomia	A Equipe procura esclarecer o plano B, para o caso de encaminhamento, buscando a segurança do casal no processo do parto. Leininger cuidado impositivo na instituição.	No hospital o cuidado é impositivo e desrespeitoso para o casal, por isso a Equipe procura planejar o plano B para que o mínimo de desrespeitos aconteçam.
<u>A enfermeira se põe disponível ao casal.</u>	<b>Leininger Cuidado sensível da enfermeira</b>	<b>A enfermeira esclarece que respeita às necessidades do casal.</b>	Cuidado respeitoso, competente e sensível
<b>Continua...</b>			



Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas Metodológicas (NM)	Notas de Cuidado (NC)
<b>Continuação</b>			
<b>Haverá uma pessoa da família no dia do parto. O irmão por parte da mulher, que possui muita afinidade com seu filho e para ela é uma preocupação que não precisará ter com seu filho.</b>	Cuidado compartilhado com a família no cuidado do filho. Leininger e Robie-Davis Floyd.	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	A Equipe apoia a necessidade do casal de quer alguém da família para cuidar do filho mais velho. Cuidado de apoio
<u>Rosa cuida muito do corpo pratica Spin durante duas horas por dia. Além de realizar a massagem perineal</u>	<b>Cuidado com a saúde Cuidado de segurança para evitar laceração perineal.</b>	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	<b>A Equipe apoia o Cuidado com a atividade física acompanhada por profissional. Orienta o Cuidado de segurança para evitar laceração perineal.</b>
<u>Intuitiva, conhece seu corpo e acredita nele. Sabe que vai levar mais um tempo para o dia do nascimento</u>	<b>Cultura holística-ecológica (Michel Odent), Leininger Robie-Davis Floyd</b>	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	<b>Cuidado de apoio de que está tudo bem na gestação, por isso pode-se esperar o tempo da mãe e do bebê estarem prontos para o parto. Respeito ao processo holístico-ecológico e cultural do casal.</b>
<u>A escolha pelo quarto tem haver com a privacidade do casal, além da facilidade para obtenção da água para a piscina e ter ar condicionado para o ambiente ter aquecimento adequado para a chegada do bebê.</u>	<b>Privacidade Acolhimento Segurança Leininger e Robie Davis Floyd.</b>	<b>Processo de cuidado da Equipe. A Equipe concorda com o casal que o quarto vai ser o local adequado para o nascimento.</b>	<b>Cuidado respeitoso, sensível e harmônico em relação ao contexto ambiental.</b>
<u>O casal mostra muita organização e cuidado com relação à alimentação. Inclusive tem a preocupação em deixar a Equipe tranquila com esta questão.</u>	<b>Cultura de alimentação saudável, nutritiva nos diversos aspectos (internos e externos). Leininger, Michel Odent, Robie Davis-Floyd</b>	<b>A Equipe fica feliz com as preocupações do casal, pois o alimento no parto é fonte de múltiplas nutrições a física e a emocional.</b>	<b>Cuidado respeitoso recíproco em relação aos cuidados com alimentação no dia do parto.</b>
Continua...			

Notas de Observação (NO)	Notas Teóricas (NT)	Notas Metodológicas (NM)	Notas de Cuidado (NC)
<b>Conclusão</b>			
Apesar do casal possuir uma alimentação muito natural e saudável, a Equipe considera importante ter alguns alimentos para prevenir hipotensão e manutenção de energia sem que a quantidade alimentar tenha que ser grande.	<u>Cultura profissional de alimentos indispensáveis para a segurança da Equipe.</u>	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	<b>Cultura profissional de alimentos para situações específicas.</b> <u>Cuidado de segurança</u>
<u>Conhecemos o local escolhido com carinho, pelo casal para o parto.</u>	<b>Cultura do preparo do contexto ambiental para a chegada especial do bebê.</b> Numa perspectiva de celebração da vida. Leininger, Davis-Floyd, Odent.	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b> As decisões sobre o contexto ambiental foram tomadas em conjunto com o casal, para que essa organização ficasse de acordo com o planejado pelo casal.	<b>Orientações os equipamentos no ambiente do parto, para que o mesmo mantenha toda a harmonia necessária para o momento de chegada do bebê como uma celebração da vida.</b> <b>Cuidado harmônico</b>
<b>Acordo de mantimentos solicitados pela Equipe para o dia do parto.</b>	<b>Cultura profissional de alimentos indispensáveis para a segurança da Equipe.</b>	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	Cuidado de segurança cultural para o parto
<u>Cuidado do casal com a Equipe.</u>	<b>Demonstraram satisfação com o cuidado prestado pela Equipe.</b>	<b>Processo de cuidado da Equipe.</b>	Cuidado prazeroso. <b>Sensação de missão cumprida.</b> Casal e enfermeiras satisfeitas.



## APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA NO PÓS-PARTO

- Como se sentiram durante a experiência no processo de cuidado no pré-natal, parto e pós-parto? (aspectos positivos e negativos)
- Qual o significado deste parto para vocês?
- que mais marcou?
- As consultas de pré-natal atenderam as necessidades de preparo para o parto e pós-parto?
- que poderia ter sido diferente?
- Quais os cuidados mais significativos no pré-natal:
- Quais os cuidados mais significativos no parto:
- Como foi o parto para vocês? Conseguem lembrar como aconteceu?
- Quais os cuidados mais significativos no pós-parto;
- Sentiram falta de algum cuidado, orientação?
- Qual a percepção de vocês em relação aos cuidados dispensados pela Equipe Hanami?
- que significou para vocês ter um parto no domicílio com o apoio da Equipe Hanami?
- Quais foram os comentários (pessoas, amigos, familiares, profissionais) que marcaram, impressionaram (gestação, parto e pós-parto) quando souberam da opção de vocês pelo parto domiciliar planejado?
- Quais as facilidades e limitações do parto no domicílio em relação aos cuidados?
- parto terá alguma influência na sexualidade a partir de agora? Qual?
- Alguém, ou alguma pessoa, tentou influenciar na forma de cuidar de vocês com o bebê?
- Como foi o processo de amamentação? Como foi o suporte da Equipe?
- Que sugestão vocês dariam para que o cuidado prestado pelas enfermeiras fosse mais completo?

## APÊNDICE D - MODELO DE UMA ENTREVISTA

**Diário de campo n° 9:** nona prática convergente assistencial.

**Identificação:** Realizada no vigésimo terceiro dia pela enfermeira obstétrica na casa do casal Rosa para realização da entrevista (**a entrevista está na íntegra**)

**Contexto da observação:** Casa do casal (alugada vieram de EUA para ter parto com a Equipe)

**Data/período:** Sábado, dia 07/11/11, das 9:00 até 11:30 h.

PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
Como se sentiram durante a experiência no processo de cuidado no pré-natal, parto e pós-parto? (aspectos positivos e negativos)	<p>Seguros</p> <p><b>No pré-natal:</b> Vocês tem o cuidado de conversar sobre tudo. É interessante porque podemos perceber que buscam questões que possam interferir no parto, além de nos darem muitas orientações.</p> <p>Apesar de já termos um filho nos questionam sobre o que lembramos e se precisar reforçam as orientações. Outra questão é o fato de estarmos em casa, sem filas, secretárias. O contato no pré-natal é fundamental para conhecermos cada enfermeira e nos tornarmos mais íntimos. É outra relação.</p> <p>No parto: a rapidez da chegada foi muito importante, pois o processo, que foi mais rápido do que eu imaginava (1h 50m), me deixou segura. Senti-me mais preparada do que na primeira vez e me entreguei ao parto.</p>	<p>Segurança cultural (categoria)</p> <p>A experiência parturitiva gerou sentimento de maior preparo para o segundo parto, permitindo uma <b>entrega</b> rápida, consequentemente o parto foi rápido.</p> <p>As enfermeiras transmitem segurança profissional sem deixar o lado relacional e sensível aflor no cuidado.</p>
	<p>Quando ele nasceu nem acreditei. Foi lindo, em família. Depois do parto vocês cuidam de todos os aspectos que também nos dão segurança. O primeiro é o contato pele a pele com o bebê, cuidados com hemorragia, com o ambiente, além de nos ajudar a fazer rituais como foi o nosso caso do PARTO LÓTUS.</p>	<p><b>Respeito aos desejos do casal (Cuidado respeitoso)</b></p>
<b>Continua...</b>		



PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
	<p>Só vão para casa quando tudo detalhadamente está sobre controle. Se precisarmos nesse período que vão embora sabemos que vão voltar para nos atender. Outra questão importante é o carinho conosco, a sensibilidade de não interferir. Auxiliam para que o parto seja um momento de privacidade, silêncio e harmonia.</p> <p>No pós-parto: o mais forte foram os cuidados com a amamentação, prevenindo problemas. Auxiliando nos cuidados com o PARTO LÓTUS. Deixam-nos seguras que tudo está bem com a mãe e o bebê.</p>	<p>Participam dos <b>rituais</b> sem julgamentos.</p> <p><b>Prevenção de complicações na amamentação.</b> Cuidados com o parto lótus.</p>
Pontos negativos:	Nenhum, estamos muito satisfeitos com todos os cuidados.	<b>Satisfação com o cuidado</b> realizado pela Equipe.
Qual o significado deste parto para vocês?	Uma realização, um sonho, um aprendizado e mais uma prova de que não há outro caminho a ser seguido por um casal que não seja este, a não ser em casos de emergência.	<p><b>Confiança de que a natureza é sábia e em gestações de risco habitual o parto em casa é seguro.</b> <b>(característica ecológica da vida)</b> De acordo com Paese e Sasso (2013, p. 303): [...] Alcançar uma <b>cultura de segurança (categoria)</b> requer um atendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. [...] A</p>
<b>Continua...</b>		

PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
		<p>cultura da segurança reflete essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança. Desse modo, cultura pode ser definida como o somatório de valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo. As características de uma cultura de segurança sólida incluem o compromisso para discutir e aprender com os erros, o reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação proativa das ameaças latentes e incorporação de um sistema não punitivo para o relato e análise dos eventos adversos.[...] Portanto, o maior desafio em avaliar a cultura é estabelecer um elo entre a cultura da segurança e os resultados da assistência prestada ao paciente.</p>
O que mais marcou?	Podermos viver o parto em família. O irmão mais velho, entender desde pequeno que nascer é natural e faz parte da vida.	<b>Irmão mais velho entender que nascer é natural e faz parte da vida (Característica ecológica)</b>
<b>Continua...</b>		



PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
As consultas de pré-natal atenderam as necessidades de preparo para o parto e pós-parto?	Sim, inclusive a Equipe está cada vez melhor transmite mais segurança.	<b>Cuidado profissional mais segurança</b>
O que poderia ter sido diferente?	Nada. Foi perfeito, porque o que idealizamos aconteceu.	<b>O processo de cuidado foi ideal</b>
Quais os cuidados mais significativos no pré-natal:	A investigação da sexualidade, pois nenhum profissional aborda o assunto como vocês fizeram. A importância que dão a todos os detalhes: a saúde da mãe, o cuidado com o períneo e a preocupação de que o PLANO B esteja bem organizado,	<b>Sexualidade Saúde da mãe Importância da massagem perineal PLANO B</b>
Quais os cuidados mais significativos no parto:	Ninguém tocar no meu bebê antes de mim. Tudo que uma criança precisa nesse momento é da sua mãe. O pai tem que estar ao lado apoiando, mas a mulher é tudo naquele momento.	<b>Empoderamento feminino</b>
Como foi o parto para vocês? Conseguem lembrar como aconteceu?	Foi maravilhoso. O que mais nos marcou além de tudo que já falamos foi ver o rostinho do meu filho olhando para o irmão. Vocês nos deixaram quatro sozinhos, num momento de intimidade e isso marcou muito.	<b>Momento familiar único.</b>
O que sentiu no momento da saída do bebê?	Não acreditava que já estava nascendo O sentimento é de gratidão à Deus. Foi meu primeiro sentimento.	<b>A espiritualidade acompanha o sentimento em relação à chegada do bebê. Cuidado holístico</b>
Porque planejaram o parto na água?	Planejamos na água porque estudamos muito sobre isso, inclusive menor trauma para o bebê, sai da água e vai para a água. Depois porque aquece o períneo e ajuda a prevenir uma laceração.	O plano de parto é uma estratégia que leva a satisfação do casal e respeita sua cultura. <b>Cultura de segurança (categoria)</b>
<b>Continua...</b>		

PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
Quais os cuidados mais significativos no pós-parto?	Como já disse a amamentação, o parto Lótus e a disponibilidade de vocês em caso de qualquer necessidade nossa.	Prevenção de complicações na amamentação. Cuidados com o parto lótuus. Disponibilidade da Equipe.
Sentiram falta de algum cuidado, orientação?	Não. Acho que superaram nossas expectativas.	Satisfação com a Equipe.
O que significou para vocês ter um parto no domicílio com o apoio da Equipe Hanami?	Um atendimento com enfermeiras que possuem conhecimento científico, porém mantém a essência feminina no cuidado, são sensíveis, carinhosas.	<b>Competência profissional com sensibilidade</b>
O que sentiu no momento da saída do bebê?	Não acreditava que já estava nascendo O sentimento é de gratidão à Deus. Foi meu primeiro sentimento.	<b>A espiritualidade</b> acompanha o sentimento em relação à chegada do bebê. <b>Cuidado holístico</b>
Se fosse descrever o nascimento com uma palavra, qual seria?	Instinto animal puro que foge do controle	Leininger e Robie Davis-Floyd <b>Instinto animal puro que foge do controle diz respeito ao aspecto ecológico</b> O ponto de vista <b>ecológico</b> envolve o fenômeno fisiológico e natural no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério, que considera o potencial de saúde de cada gravidez, o envolvimento dos hormônios, da sexualidade do casal, do protagonismo da mulher, do casal e da família. O parto fisio-
<b>Continua...</b>		



PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
		lógico é natural e espontâneo com o mínimo de intervenção possível sem comprometer a segurança, ou seja, é saudável, seguro e instintivo (DAVIS-FLOYD, 2001; ODENT, 2002).
O parto tem alguma influência na sexualidade?	[...] sim há correlação entre parto e sexualidade, na gestação a libido aumenta, então fizemos amor diariamente. E 20 dias após o parto retornamos sem problemas. Acredito na divina habilidade da mulher ter sido criada por Deus para ser a “ponte” para o nascimento de um ser humano. A sexualidade, o amor, são o início desta ponte e o parto, a chegada, a linha final desta ponte.	<b>Sexualidade (TEMA).</b> O ponto de vista ecológico envolve o fenômeno fisiológico e natural no processo de gestação, parto/nascimento e puerpério, que considera o potencial de saúde de cada gravidez, o envolvimento dos hormônios, da sexualidade do casal, do protagonismo da mulher, do casal e da família. O parto fisiológico é natural e espontâneo com o mínimo de intervenção possível sem comprometer a segurança, ou seja, é saudável, seguro.
Quais as facilidades e limitações do parto no domicílio em relação aos cuidados?	Facilidade é saber no final de cada consulta a enfermeira sempre dizia: se vocês precisarem nossos telefones estão ligados 24 horas por dia, mesmo que considerem algo que não seja tão urgente, mas basta estar provocando qualquer preocupação, nos liguem.	<b>Disponibilidade da Equipe. Cultura de segurança (categoria)</b> O casal percebe a disponibilidade das enfermeiras da Equipe Hanami explicitando a importância da Equipe
<b>Continua...</b>		

PERGUNTAS	Notas de Entrevista (NE) Dados obtidos na entrevista	ANÁLISE E COMENTÁRIOS, CATEGORIAS
<b>Conclusão</b>	<p>Ter o parto em casa é tudo de bom, não precisar se deslocar, saber onde as coisas estão. Comer a comida que está acostumada, tomar banho no seu horário habitual. Por iniciar a nova rotina familiar desde o primeiro dia.</p> <p>Podemos restringir visitas de amigos antes que a família esteja familiarizada com o bebê.</p> <p>Limitações: precisar de encaminhamento.</p>	<p>se mostrar disponível.</p> <p>Rotina familiar se inicia desde o dia do parto.</p> <p>Podem restringir visitas</p> <p>Limitação Plano B</p>
Quais foram os comentários (pessoas, amigos, familiares, profissionais) que marcaram, impressionaram (gestação, parto e pós-parto) quando souberam da opção de vocês pelo parto domiciliar planejado?	<p>Nossa família compreende que não pode interferir em nossas decisões, por isso, sempre nos apoiaram. Porém no parto seríamos só nós e meu irmão para cuidar do meu filho caso precisasse.</p> <p>Ele não participou do parto. Só foi apoio. Para evitar desconfortos com as pessoas que não possuem essa crença simplesmente dizíamos que estávamos escolhendo a maternidade, ainda não sabíamos qual.</p>	<p>Contaram do PD para a família pois sabiam que apoiariam o parto.</p> <p>Amigos não souberam da decisão para o PD.</p>
Alguém, ou alguma pessoa, tentou influenciar na forma de cuidar de vocês com o bebê?	<p>Não. Nosso comportamento não abre espaço para que as pessoas deem palpites com os cuidados e educação de nossos filhos. Para isso lemos muito e procuramos profissionais competentes.</p>	<p>Buscam conhecimento e profissionais para os cuidados com os filhos.</p>
Que sugestão vocês dariam para que o cuidado prestado pelas enfermeiras fosse mais completo?	<p>Como dissemos a Equipe está sempre esta se aprimorando, presenteiam o bebê com a camiseta nasci em casa, fazem o certificado do bebê.</p> <p>Uma sugestão seria deixar uma cópia de todo o prontuário conosco porque ele é muito completo e bem melhor que o cartão do pré-natal médico.</p>	<p>Os casais gostam de receber os presentes da Equipe.</p> <p>SUGESTÃO CÓPIA DO PRONTUÁRIO PARA O CASAL.</p>

**Termo a entrevista:** Agradecendo a grande contribuição que o casal deu para a Equipe Hanami e para a comunidade científica.

**APÊNDICE E - SÍNTESE DE ALGUMAS CATEGORIAS  
CONVERGENTES**

<b>DISCURSOS E/OU CÓDIGOS</b>	<b>SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR</b>	<b>CATEGORIA E SUBCATEGORIAS</b>
<p>Como se sentiram durante a experiência do processo? “Seguros, durante o processo, que foi mais rápido do que eu imaginava (1h 50m), me senti mais preparada do que na primeira vez e me entreguei ao parto.” Casal Rosa</p>	<p>A experiência parturitiva gerou sentimento de maior preparo para o segundo parto, permitindo uma entrega rápida, consequentemente o parto foi rápido.</p>	<p>Segurança cultural.</p>
<p>“queríamos privacidade, intimidade, segurança de sermos respeitados. Entendíamos o momento do parto como algo natural, e por isso queríamos ajuda para vivê-lo com segurança, confiança em quem estaria conosco e principalmente, intimidade. Na nossa concepção “a casa” é o lugar onde nos sentimos plenamente à vontade para estarmos tranquilos. Nosso lar reflete o que somos, é o nosso “ninho”, o nosso lugar”. Casal Prímula</p>	<p>Segurança aliada à concretização de um ideal</p>	<p>Segurança cultural.</p>
<p>“Foi tudo exatamente como eu idealizei, como eu imaginava que ia ser, até o fato de ser rápido...Teve uma atmosfera de espiritualidade, instinto, privacidade. Foi perfeito”. Casal Flor de Lis.</p>	<p>Para alguns os casais a ideia de segurança está muito mais ligada à privacidade, espiritualidade, instinto.</p>	<p>Segurança cultural.</p>
<b>Continua...</b>		

DISCURSOS E/OU CÓDIGOS	SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR	CATEGORIA E SUBCATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
<p>“Nós vivemos rodeados de natureza, floresta mesmo, com bicho e flora nativa isso faz toda a diferença na energia, natureza da gestação, do parto e do pós-parto, pois vivemos instintiva e intuitivamente com esse ecossistema ideal, para a concepção, chegada e cuidado com a vida”. Casal Prímula</p>	<p>O contexto ambiental diz respeito à totalidade de um acontecimento, situação ou experiências particulares que dão significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais</p>	<p>Diversidade cultural Na perspectiva holístico-ecológico-cultural</p>
<p>“Na nossa cidade vivemos de forma muito natural, respeitamos a natureza, fazemos parte deste ecossistema, somos vegetarianos, respeitamos as forças da natureza. Temos uma filosofia muito oriental de vida, holística. O parto em nossa concepção faz parte dessa natureza é ecológico, por isso não queremos interferências, quero cantar mantras, pouca luz e que todos participem como se estivessem numa floresta, serão as árvores, os pássaros, o vento, a água, o sol, a terra, ou seja, que todos comunguem a harmonia da floresta”. Casal Onze-Horas</p>	<p>O contexto ambiental implica na totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular, dimensões físicas, holístico-ecológicas, emocionais e culturais.</p>	<p>Diversidade cultural na perspectiva Holístico-ecológico-cultural</p>
<p>“Senti os hormônios a flor da pele em cada contração, nunca senti algo assim, parece que fui embotando, virando bicho, não querendo ouvir nada a não ser estar comigo mesma, por isso não</p>	<p>A opção pelo PD traz consigo individualidades, ou seja, crenças, valores e modos de vida específicos para a experiência do parto.</p>	<p>Diversidade cultural na perspectiva Holístico-ecológico-cultural</p>
<b>Continua...</b>		

DISCURSOS E/OU CÓDIGOS	SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR	CATEGORIA E SUBCATEGORIAS
<b>Continuação</b>		
<p>queria ninguém por perto. O silêncio do ambiente foi muito importante, algo além do meu corpo tomava conta de mim, é a natureza e o instinto agindo seguindo um curso natural. Percebia uma harmonia entre todos, uma energia única que me ajudava muito. No momento do nascimento celebramos a vida, energia do cosmos presente no ambiente”. Casal Boca de Leão</p>		
<p>Parto significa: Luz (casal ROSA); Instinto animal puro que foge do controle. Início da paternidade efetiva (Casal FLOR AVE-DO-PARAÍSO); Renascimento de todos que estão presentes no parto (Casal AZÁLEA); Feminilidade! (Casal PRÍMULA); Aceitação amorosa do filho que não foi planejado (Casal LÍRIO); Energia de vida (Casal FLOR DE LOTUS); Transformação (Casal flor de FREESIA); Vida (Casal CAMÉLIA); Natureza em ação (Casal ONZE-HORAS); Cura (Casal LAVANDA); Encantamento (Casal GIRASSOL); Experiência única, feliz (Casal BOCA DE LEÃO); Amor à vida (casal GARDÉNIA); Coroamento do Nascimento (Casal COPO-DE-LEITE);</p>	<p>Tudo que a palavra parto significa na visão dos casais.</p>	<p>“sensibilidade cultural” Subcategoria transcendência</p>
<b>Continua...</b>		

DISCURSOS E/OU CÓDIGOS	SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR	CATEGORIA E SUBCATEGORIAS
<b>Conclusão</b>		
<p>Perfeição da natureza (CASAL BEGÓNIA); Mundo primitivo a flor da pele (Casal AMAMÉLIS); uma maravilha da natureza (casal CRAVO); vida e nascimento, chegada (Casal DÁLIA); Estar na partolândia, sensação indescritível (Casal CRISTÂNEMO); Encontro (Casal ORQUÍDEA); Amor e benção é algo divino, nos sentimos em contato com Deus e nossa espiritualidade (Casal FLOR DO CAMPO); Transe (Casal FLOR-DE-LIS); “sair da casinha” e ir para o paraíso (Casal Hortência); contato real da formação de uma família (Casal TULIPA); felicidade (Casal MARGARIDA); sensação de plenitude e dever cumprido com a vida (Casal RAFÉSIA); fechamento de um ciclo vital (Casal Acácia); uma nova vida (Casal Amor-Perfeito); confiança na fisiologia e na natureza (Casal BRINCO-DE-PRICESA).</p>		
<p>“Pra mim foi uma ligação com o Divino, algo transcendental mesmo, que bom que eu vivi isso, eu tinha tanta curiosidade de viver essa experiência. Pra mim foi mágico assim, foi lindo. Ainda tenho medo né, do descontrole que a gente vive”. Casal Hortência</p>	Transcendental, mágico	<p>“sensibilidade cultural” Subcategoria transcendência</p>
<b>Continua...</b>		



<b>DISCURSOS E/OU CÓDIGOS</b>	<b>SIGNIFICADO NA LINGUAGEM DO PESQUISADOR/CUIDADOR</b>	<b>CATEGORIA E SUBCATEGORIAS</b>
<b>Conclusão</b>		
“Na hora da saída foi um êxtase, um pedaço do céu na terra, muito amor, me transporte para outro lugar, transcendi de um lugar para outro, levou um tempo para aterrar, nunca mais serei a mesma”.  Casal Flor Ave-do-Paraíso	Transcendi de um lugar para outro	“sensibilidade cultural”  Subcategoria transcendência





## **ANEXOS**



## ANEXO A – CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO



**HANAMI**  
O Florescer da Vida  
Parto Domiciliar Planejado

**Parto Domiciliar**  
**Mais que uma opção, um direito da mulher.**  
**Termo de Compromisso**

Condições para o atendimento ao Parto Domiciliar

Ter a mulher gravidez única, de baixo risco, entre 37 e 42 semanas de gestação, estar a sob acompanhamento pré-natal com profissional médico especializado até a data do parto, o qual atestará que a mulher possui as condições descritas anteriormente, sendo de responsabilidade da mulher/gestante disponibilizar para a equipe de enfermagem o Cartão Pré-Natal, todos os exames pré-natais, a fim de avaliar e confirmar a gestação de baixo risco, para o parto domiciliar.

Antes da 37ª semana de gestação

A mulher/gestante poderá agendar tantos encontros (consultas de enfermagem pré-natal) quantos forem necessários com a equipe de enfermagem antes da 37ª semana de gestação, para esclarecimentos e acompanhamento, que serão realizadas no domicílio da gestante. Essas consultas serão cobradas no valor de R\$120,00.

Consultas pré parto a partir da 37ª semana de gestação

A equipe de enfermagem realizará 1 (um) encontro semanal com a gestante, bem como com as pessoas convidadas a participar do processo de nascimento, em seu domicílio, com o objetivo de se tomarem conhecidos, explorar e discutir as prioridades da mulher e/ou acompanhante, tirar dúvidas minimizando medos ou apreensões, e também para planejar a melhor forma de trabalho em conjunto. Nesse momento, serão abordadas com a família as diversas possibilidades de atendimento ao parto, como por exemplo, parto na água, parto de cócoras, local adequado para o nascimento, etc.

A equipe informará a gestante sobre os sinais e sintomas de início do trabalho de parto, bem como nos familiarizaremos com as expectativas de parto da mulher, incluindo suas preferências em relação ao local para o parto e ao uso de métodos para o alívio da dor, informando quais são suas opções para manejo da dor e da fadiga, ajudando-a a preparar o plano de parto.

A equipe informará à mulher a sua disponibilidade de acordo com a data provável do parto para o atendimento do parto no domicílio, em qualquer dia da semana e a qualquer hora do dia ou da noite.

#### Após o parto

A equipe de enfermagem permanecerá com a puérpera (mãe) e recém nascido (RN) pelo tempo que for necessário após o parto. Acompanhará a dequitação completa da placenta, até que não haja riscos para a puérpera/RN. Realizará os cuidados com a puérpera e com o RN. A equipe de enfermagem só deixará o local do parto quando tiver certeza que a puérpera está restabelecida e livre dos riscos de complicações pós-parto. Da mesma forma, atende o RN, fazendo os cuidados necessários, realizando exame físico geral, aplicação intramuscular de vitamina K (para prevenir doença hemorrágica do recém nascido) e preenchimento da documentação necessária para o registro do RN como a Declaração de Nascido Vivo no Domicílio (DND) e Carteira de Saúde, bem como dará auxílio e orientações sobre amamentação e os principais cuidados com o bebê e mama.

#### Consultas pós parto

A equipe de enfermagem se compromete a assessorar mulher e família com 4 (quatro) visitas previamente agendadas entre o 1º e o 10º dia após o parto. Nestes primeiros dias, a equipe irá avaliar a evolução da recuperação da mulher, o estabelecimento da amamentação, cuidados com o RN e seu peso e demais esclarecimentos que forem necessários. Além disso, a equipe ficará a disposição para responder dúvidas e questionamentos por contatos telefônicos.

As consultas extras poderão acontecer em horários agendados pela mulher e será cobrado um valor de R\$120,00 por consulta, sendo que o pagamento deverá ser a vista no mesmo dia da consulta.

#### Contratempos

A equipe de enfermagem tem condições de atender até dois partos domiciliares simultaneamente, no caso de um terceiro parto, a equipe encaminhará a terceira mulher/gestante para um centro de referência médica para avaliação e acompanhamento do trabalho de parto e parto, serão cobradas as despesas relacionadas às consultas pré-natais, o equivalente a 30% do valor do contrato, o mesmo será cobrado se a falha em atender o parto domiciliar for de responsabilidade da equipe de enfermagem. O mesmo valor será cobrado se a mulher não entrar em trabalho de parto e esta for encaminhada para a Instituição. Caso a mulher desejar o atendimento pós-parto deverá arcar com 50% do valor total do contrato.

Caso a parturiente for encaminhada para o hospital por intercorrência no trabalho de parto, será cobrado 80% do valor do contrato para o pagamento, nesta situação, caso a mulher desejar o atendimento pós-parto deverá arcar com o valor total do contrato.

**Registro imagem e som do Processo de Nascimento**

Para segurança da equipe de enfermagem, as consultas pré-natais, trabalho de parto e consultas pós-parto serão filmadas e/ou fotografadas. Caso a mulher e acompanhante queiram adquirir a filmagem do processo de nascimento será cobrada uma taxa de 50 reais que deverá cobrir as despesas para confecção do DVD.

Será dado um desconto (a ser acordado entre ambas partes) para a mulher e acompanhante que autorizar o uso do som e imagem do processo de nascimento para divulgação do trabalho de atendimento ao parto domiciliar em eventos e trabalhos científicos, desde que sejam imagens previamente autorizadas pelo termo de consentimento livre esclarecido, e termo de autorização para uso de imagem.

**Pagamento do serviço de atendimento ao parto domiciliar**

O valor do atendimento ao parto domiciliar é de R\$ 3.870,00 que é referente às consultas pré-parto no domicílio, a partir da 37ª semana de gestação, parto domiciliar e 4 consultas pós-parto no domicílio da mulher.

Enfermeira obstétrica Coordenadora da Equipe Hanami: VANIA SORGATTO COLLAÇADOS SANTOS

Registro no Coren: 41496 Telefone: (48) 99717789

Nome da mulher/gestante: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome do esposo/companheiro/pessoa significativa: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mulher/Gestante

\_\_\_\_\_  
Esposo/companheiro/pessoa significativa

\_\_\_\_\_  
Enfermeira obstétrica - Coren:

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE RISCOS NO PARTO



### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Por meio deste instrumento particular a gestante

\_\_\_\_\_, portadora do RG  
nº: \_\_\_\_\_ e seu companheiro  
\_\_\_\_\_, porta

dor do RG nº: \_\_\_\_\_, declaram para os devidos fins legais, que dá plena autorização as enfermeiras da **Equipe Hanami: O florescer da vida - Parto Domiciliar Planejado**, formada pelas enfermeiras VANIA SORGATTO COLLAÇO, enfermeira obstetra, COREN-SC nº 41.496; JOYCE GREEN KOETTKER, enfermeira obstetra, COREN – SC nº 091658; JULIANA JACQUES DA COSTA JACQUES, enfermeira obstetra e neonatal, COREN - SC nº 145477 e CECÍLIA MELLO enfermeira obstetra e neonatal, COREN - SC nº 197953; para atenderem seu Parto Natural em Domicílio. E confirmam que receberam informações detalhadas sobre os procedimentos, especialmente o que se segue:

**Procedimento:** Parto Natural com Gestação de Termo e Risco Habitual, em Domicílio.

**Critérios para atendimento do parto em domicílio:** Gestação única, IG maior ou igual há 37 semanas e menor que 42 semanas. Apresentação de vértice (cefálica). Solicitamos pré-natal completo mínimo 6 consultas, exames nos três trimestres e USG completos.

**Descrição do Procedimento:** O Parto Natural consiste em um parto que ocorre espontaneamente, sem auxílio de qualquer medicação. As contrações naturais do útero iniciam e abrem progressivamente passagem para a criança nascer. Em alguns casos poderá ocorrer laceração espontânea da mucosa vaginal, que será avaliada em relação à necessidade de sutura ou cicatrização espontânea. Em casos raros pode haver a necessidade de se realizar um corte na vagina (episiotomia), que também será suturada, sob anestesia local.

Gestação de Termo é compreendida como a gestação de 37 a 42 semanas, contadas a partir da data da última menstruação e/ou com base em exame ecográfico.

Gestação de Risco habitual entende-se aquela que não há alteração

de saúde da gestante ou do bebê. O bebê deve estar em posição cefálica (de cabeça para baixo – cabeça encaixada na bacia), não ter nenhuma anormalidade física ou genética detectada em exame de ecografia (ex. problema do coração, síndrome ou má formação de qualquer parte do corpo), e não apresentar nenhum problema com a placenta e **sua circulação** (muito ou pouco líquido amniótico e não estar crescendo de acordo com a normalidade). A gestante deve estar saudável, e não apresentar problemas de saúde crônicos ou específicos da gravidez, durante toda a gestação e durante o momento do parto. Tais como: pressão sanguínea alta ou estar em tratamento para hipertensão; problemas hormonais (hiper ou hipotireoidismo, diabetes gestacional ou anterior à gravidez); problemas do sistema nervoso (tumores ou epilepsia); dependência química (álcool, anfetaminas, antidepressivos, cocaína, crack, ecstasy, etc.); má formação ou problemas do útero (miomas, cirurgia com corte vertical no útero) ou ainda problemas com a placenta (implantação baixa ou localizada em cima do colo uterino, sinal de envelhecimento precoce com prejuízo ao desenvolvimento da criança).

**Casos de necessidade de encaminhamento:** O parto natural domiciliar pode não se completar e necessitar de auxílio médico-hospitalar. Esta situação pode estar presente devido às seguintes situações: desejo materno, alteração dos batimentos do coração da criança (abaixo de 120 ou acima de 160 por minuto), ausência de contrações uterinas efetivas para evoluir o trabalho de parto, detecção de desproporção entre a cabeça da criança e a bacia da mãe, e presença de líquido amniótico meconial (fezes da criança) associado com alterações dos batimentos cardíacos da criança ou no início do trabalho de parto, bolsa rota por mais de 17hs, prolapso de cordão. Na ocorrência de uma ou mais das situações citadas, a gestante será encaminhada ao seu hospital de referência, bem como seu médico obstetra (se quiser) será comunicado.

Durante o pré-natal será definido um plano para retaguarda. No entanto, é preciso estar ciente que a maioria dos profissionais em hospital não apoia o parto domiciliar. Embora nenhum profissional possa recusar atendimento sob o risco de responder por omissão de socorro, não é possível garantir que a continuidade do atendimento no caso de transferência seja a mesma que a proposta inicialmente.

**Descrição dos Riscos e Complicações:** Este procedimento está associado a alguns riscos, tais como: infecção no local dos pontos (se houver); pouca ou nenhuma contração do útero após o parto com sangramento uterino em grande quantidade (hemorragia); remoção da mãe para hospital devido ao não controle da hemorragia; **retenção placentária;** rompimento do útero (principalmente se houver cirurgia anterior no útero); necessidade de internamento hospitalar da criança por complicações do parto ou morte como aspiração do mecônio ou presença de doenças não

detectadas durante a gestação.

Caso a Equipe Hanami determine a necessidade de transferência e haja recusa por parte do casal, o suporte de urgência (SAMU) será acionado e com a sua chegada o atendimento será transferido para Equipe de resgate.

**Descrição da responsabilidade do casal no pós-parto:** Durante o período do pós-parto, entre o terceiro ou quinto dia de vida, os pais ficam responsáveis por levar a criança para coleta de sangue para o exame de triagem neonatal (teste do pezinho), por levar a criança recém-nascida, nos primeiros dez dias de vida, para avaliação médica em pediatra, bem como administrar a vitamina K via oral (na criança) segundo prescrição médica, caso tenham recusado fazer intramuscular logo depois do nascimento, lembrando que caso a família se responsabilize por fazer a Vitamina K oral, têm que assinar o Termo de responsabilidade referente ao uso de vitamina K. Aos pais cabe ainda a responsabilidade do registro civil da criança, num prazo de 10 dias a contar da data de nascimento.

Durante o acompanhamento que recebemos, estamos cientes que somos responsáveis em transmitir informações de maneira clara para Equipe Hanami. Sabemos que o cuidado que recebemos será baseado nessas informações e nas condições clínicas durante avaliação da Equipe e pelo pré-natal.

Declaro ainda, ter lido e compreendido as informações contidas neste documento. Assim, aceito o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelas enfermeiras obstetras, estando ciente que a não observância poderá acarretar riscos.

Finalmente, declaro ter sido informada a respeito de métodos alternativos e ter sido atendida em todas as minhas dúvidas, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre este procedimento, expresse meu pleno consentimento para sua realização e acompanhamento.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Gestante

\_\_\_\_\_  
Assinatura/companheiro/acompanhante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Enf<sup>a</sup>  
COREN/SC \_\_\_\_\_



## ANEXO C - HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL



**HANAMI**  
O Florescer da Vida  
Parto Domiciliar Planejado

**Histórico de Acompanhamento Pré-Natal**

Nome da gestante: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Passaporte: \_\_\_\_\_  
 Data nascimento / Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do companheiro: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Passaporte: \_\_\_\_\_  
 Data nascimento / Idade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do Bebê: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares**

Hipertensão Arterial ( ) Diabetes ( ) Gemiparidade ( ) Malformação ( ) Câncer de Mama ( )  
 Outros: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Próprios**

Hipertensão Arterial ( ) Diabetes ( ) Cir. Pélvica ( ) Cardiopatia ( ) Infec. Urinária ( )  
 Malformação ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_

**Dados Obstétricos**

Gesta: \_\_\_\_\_ Partos Vaginais: \_\_\_\_\_ Cesáreos: \_\_\_\_\_ Abortamentos: \_\_\_\_\_  
 Data do último parto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Amamentação: ( ) Sim ( ) Não Duração \_\_\_\_\_ Causa do insucesso: \_\_\_\_\_  
 Intercorrências em gestações anteriores: \_\_\_\_\_

**Gestação Atual**

DUM: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_\_ DPP(us) \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_ Coombs \_\_\_\_\_  
 Recebeu imunoglobulina humana após o parto: \_\_\_\_\_  
 Fumo: Sim ( ) Não ( ) Quantos/Dia: \_\_\_\_\_ Alcool: Sim ( ) Não ( ) Frequência \_\_\_\_\_  
 Peso anterior: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Número de consultas médicas: \_\_\_\_\_  
 Toma algum medicamento? Qual? \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguíneo do pai: \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

Encaminhamento: \_\_\_\_\_ Chamar médico: \_\_\_\_\_  
 DPP de acordo com os pais: \_\_\_\_\_  
 Fez grupo de gestantes? Onde? \_\_\_\_\_  
 Gestação planejada: \_\_\_\_\_ Pessoas presentes no parto: \_\_\_\_\_

Consultas	1	2	3
Data			
IG (DUM)			
IG (US)			
Peso			
PA / Pulso			
AFU			
BCF			
Apresentação			
Edema			
Mov. fetais			
Toque			
Orientações / Observações			
Orientações	Entregar e explicar contrato (filmagem, visitas, kanak ion, pagamento, encaminhamento)	Saída lenta do RN	Dúvidas do casal
			Realizou exercício respiratório preparatório p o parto?
			Malas prontas?
			Realizando exercícios-caminhadas?
			Como está o períneo com a massagem?
			Podiam nos dizer quais sinais ou motivos os levarão a chamar a equipe?
			Que medos surgiram? Medo de se entregar ao trabalho de parto? Ansiedades?
			Estão conseguindo fazer amor?
			Conversar necessidade cesariana (PARTO CEREBRAL).
			Visitaram cartório?
			Saber quais os rituais que pretendem usar no parto?
			Alimentação para o dia do parto.
			Grupo de gestantes
Alimentação Fe e vitamina C	Recolher contrato assinado		
Malas mãe e bebê	Relação sexual		
Material parto	Verdadeiro e falso trabalho de parto (tampão, contrações, aumento da secreção, bolsa rota)		
Exercício físico	sutiã		
Massagem períneo	Amamentação		
Exames - pedir estreptococos, HIV	Parto ativo		
Pessoas presentes no parto	Posições parto		
Quando ligar equipe	Visita cartório		
Local de parto - caixa d'água	Visita pediatra		
	Vacinas		
Enfermeiras			




### Exames Laboratoriais

Data							
Hematócrito							
Hemoglobina							
Ferritina							
VDRL/Lues							
Toxoplasmose	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG IgM
Rubéola	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG	IgM	IgG IgM
HIV							
E streptococos							
Urina							
Glicose							
Hepatite C							
Hepatite B							
Coombs indireto							

### Resultados Ultra-sonografias

Data ultra-sonom			
Idade Gestacional			
Resultados	ILA: _____ Placenta grau _____ Sexo do feto: _____ Peso estimado: _____	ILA: _____ Placenta grau _____ Sexo do feto: _____ Peso estimado: _____	ILA: _____ Placenta grau _____ Sexo do feto: _____ Peso estimado: _____

## ANEXO D – FOLDER PRÉ-NATAL

## TELEFONES PARA CONTATO

VANIA SORGATTO COLLAÇÃO  
(48) 99717789  
parto.domiciliar@gmail.com

JOYCE GREEN KOETKER  
(48) 99824727  
joycegreenk@yahoo.com.br

JULIANA JACQUES DA COSTA MONGUIHOTT  
(48)99716303  
(48)84070746  
jujacosta@gmail.com

CECÍLIA MELO  
(48) 98051188  
cissinha@gmail.com

LETÍCIA COLOSSI  
(48) 99794699  
leticia@equipehanami.com.br

E-MAIL  
parto.domiciliar\_sc@yahoo.com.br



**HANAMI**  
**O Florescer da Vida**  
Parto Domiciliar Planejade

## PRÉ-NATAL

## MATERIAL NECESSÁRIO PARA O PARTO

- 1 pacote de fralda geriátrica G ou GG;
- 2 pacotes de absorvente pós-parto;
- Álcool 70%;
- Ampola de soro fisiológico a 0,9%
- 1 frasco de óleo de copaíba
- Concha coletora (Save milk)
- Malinha do bebê;
- Mala da mãe;
- 3 lençóis;
- 2 toalhas de banho;
- Cobertor;
- Aquecedor (no inverno),
- Botijão de gás,
- 1 par de chinelos havaianos
- Panos de chão.

## O QUE LEVAR PARA MATERNIDADE

## PARA A MAMÃE

- 3 camisolas/pijamas com abertura na frente para a amamentação;
- 1 robe ou roupão;
- 3 pares de meias;
- 1 par de chinelos confortáveis;
- Par de chinelos de borracha (havaiana);
- Xale ou blusa para pôr nas costas ao amamentar;
- 6 calcinhas de tamanho maior do que usava antes de engravidar;
- 3 sutiens próprios para amamentação;
- Muda de roupa para sair da maternidade;
- Produtos de higiene íntima: escova de dente, escova de cabelos, xampu, condicionador, hidratante, sabonete, creme dental, desodorante...

## Dica

Você deve ficar bonita como mãe. Um batom, um cabelo penteado, tudo bem, mas evite colocar perfume ou desodorante com perfume, isto pode perturbar o bebê que ainda está em fase de adaptação na amamentação. De qualquer forma, geralmente, na maternidade não é recomendável o uso destes produtos, nem para você, nem para o bebê.

## PARA O BEBÊ

- Roupas para ir para casa;
- 3 pares de meias;
- 1 pacote de fralda descartável (tamanho recém-nascido);
- 6 fraldas de pano;
- 3 conjuntos pagão e/ou body com calça;
- 3 conjuntos de acordo com o clima;
- 3 macacões de recém-nascido;
- 4 coeiros;
- 1 manta (de acordo com a estação);
- 1 escovinha macia para cabelos;
- 2 sapatinhos, luvas de lã anti alérgica e gorro (no frio).

## PARA O ACOMPANHANTE

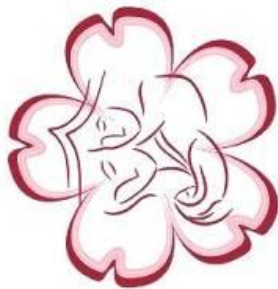
- Muda de roupas;
- Produtos de higiene íntima;
- Informações sobre o seguro-saúde/convênio;
- Máquina fotográfica e/ou filmadora;
- Lembrancinhas e enfeite de porta, se tiver.

## DOCUMENTOS

- CIC e RG da gestante;
- CIC e RG do marido (ou acompanhante);
- Carteira de convênio (caso tenha convênio, a Maternidade exige na internação);
- Comprovante de residência.

## ANEXO E – FOLDER PÓS-PARTO

Elaborado em UFSC - DE - DPE - Matemática do HU e Prêmios  
Outorgados da UNIBRAV da UNIBED Santa Maria.



**HANAMI**

**O Florescer da Vida**  
**Parto Domiciliar Planejado**

**PÓS-PARTO**

### INFORMAÇÕES ÚTEIS

- ? Os cotonetes devem ser usados apenas para a limpeza das dobrinhas externas da orelha. Nunca limpar dentro dos ouvidos, pois a cera tem uma função de proteção e sua retirada é desnecessária e prejudicial.
- ? A boca do bebê deve ser limpa após cada mamada (mesmo as noturnas). Para isso pode-se usar uma ponta de fralda embebida em água morna. Esta limpeza traz vários benefícios como evitar o "sapinho". No entanto, o mais importante é criar um hábito que mais tarde vai ser fundamental para a saúde bucal perfeita do bebê.
- ? Os passeios ao ar livre devem acontecer antes das 9 horas da manhã e depois das 16 horas da tarde, quando o bebê pode tomar sol. Isso faz com que o organismo consiga sintetizar vitaminas importantes.
- ? Ser mãe é uma função que se aprende no contato diário com o bebê.
- ? Ser mãe é tentar responder adequadamente as necessidades de seu filho.
- ? Procure contar com apoio das pessoas que estão a sua volta.
- ? Relaxar às vezes, fará bem a você, e consequentemente, ao seu bebê.
- ? As pessoas da família devem colaborar nos cuidados com a casa e você não abdicar dos cuidados com o bebê.
- ? Descanse junto com o bebê assim será mais fácil para recuperar a energia nos dias que seguem o parto.

- ? **Licença Maternidade:** é um direito da mulher empregada, a usufruir a partir da 36ª semana de gestação, Duram 180 dias. Documentos: atestado médico, certidão de nascimento do bebê, RG, CPF, carteira de trabalho, carne INSS e comprovante de residência. Empregada empresa, setor pessoal.
- ? **Licença Amamentação:** 180 dias, com atestado médico.
- ? **Licença Paternidade:** é o direito que o pai empregado tem ao nascer seu filho. Empresa privada: 5 dias. Funcionário público: 8 dias.
- ? **Banco de Leite:** CIAM no Hospital Universitário – (48) 3721-8019 e Banco de Leite da Maternidade Camela Dutra – (48) 3251-7552.
- ? **Teste da orelhinha (HU):** 3721-9118.

E-mail: partodomiciliar\_sc@yahoo.com.br

## PARA O BEBÊ

- ? O leite materno é o melhor alimento para seu filho. Evite o uso de qualquer outro alimento (inclusive chás e água), até que seu bebê tenha pelo menos 6 meses.
- ? Não dê chupetas, bicos e mamadeiras, pois eles podem prejudicar o aleitamento materno.
- ? No coto umbilical aplique álcool a 70% a cada troca de fralda e até 3 dias após sua queda. Não coloque qualquer outro produto sobre o coto sem orientação.
- ? O banho do bebê deve ser dado desde o 1º dia de vida e diariamente, secando bem o coto umbilical. Procure usar sabonete neutro. Não use talco e/ou perfume, pois pode provocar alergias.
- ? O banho de sol é saudável, pois o sol ajuda na formação da vitamina D que fortalece os ossos do bebê prevenindo o raquitismo. Devido ao excesso de radiação solar atual, basta dar o banho de sol no bebê duas vezes por semana. O horário deve ser antes das 9 horas e depois das 16 horas e pode ficar exposto ao sol no máximo por 5 minutos. Fora desses horários não exponha o bebê ao sol. Não utilizar filtro solar antes dos 6 meses de idade.
- ? Realizar o teste do pezinho, preferencialmente entre o 3º e 5º dia no posto de saúde perto da sua casa ou se preferir em laboratório com prescrição médica.
- ? Leve seu filho ao posto de saúde com 7 ou 10 dias para iniciar o esquema de vacinação e consultar o pediatra.
- ? Não permita que pessoas doentes ou mesmo gripadas se aproximem do seu filho.
- ? Mantenha seu filho afastado de fumaça de cigarro e nunca fume perto dele.
- ? Em caso de problema com seu bebê, procure sempre um pediatra ou enfermeiro (posto de saúde ou clínicas). Evite as emergências dos hospitais, a não ser que seja imprescindível.

- ? Nunca se esqueça: você é a melhor pessoa para cuidar de seu filho.
- ? Em caso de obstrução nasal do bebê utilize gotas de soro fisiológico 0,9% morno nas narinas principalmente antes de ir mamar.
- ? Não deixe a fralda descartável ou de pano sobre o coto umbilical ele deve estar o mais arejado possível.
- ? A caderneta de saúde é a identidade do seu bebê por isso leve-a em todas as consultas de saúde dele.
- ? Realizar teste da orelhinha no Hospital Universitário – UFSC ou em clínica privada.

## OUTRAS INFORMAÇÕES

- ? Quando amamentar, trocar de fralda, dar banho no seu bebê, ou prestar-lhe outro cuidado, procure estar bem próximo, conversando, acariciando, cantando e embalando-o com carinho.
  - ? Para ter um bom desenvolvimento, seu bebê necessita de nutrição, estímulo e afeto.
  - ? Massageie carinhosamente o corpo de seu bebê. Com isso ele vai relaxar e sentir prazer.
- ### PARA A MAMÃE
- ? Durante o banho lavar as mamas usando apenas água. Não use sabonete, álcool, cremes, óleos, pomadas ou outros produtos químicos nos mamilos.
  - ? Lavar bem as mãos antes das mamadas, manter as unhas curtas e limpas.
  - ? Após cada mamada passar um pouco de leite materno na areola e no mamilo.
  - ? Deixar os mamilos secarem espontaneamente após as mamadas.
  - ? Não usar bicos protetores, fraldas ou algoão nos mamilos.

- ? Usar sutiãs com alças firmes e estes devem estar sempre limpos e secos.
- ? Retirar o excesso de leite das mamas após as mamadas, através de expressão manual.
- ? O leite ordenhado não deve permanecer em temperatura ambiente, acondicione-o em vidro com tampa plástica removendo o papel. Leve para a geladeira imediatamente por 12 horas, nunca guarde na porta, no congelador ou freezer por até 15 dias, se pasteurizado em banco de leite por 6 meses. Aquecer o leite em banho-maria.
- ? Através do leite materno, você também pode nutrir seu bebê de afeto e segurança, necessários para seu desenvolvimento emocional.
- ? Consultar o ginecologista com 30 dias após o parto para revisão. Não ter relações sexuais três semanas após o parto.
- ? Fazer higiene íntima com água e sabonete após urinar e evacuar. Não deixar úmido.
- ? Cuidados com o períneo: se você teve laceração e recebeu pontos no períneo deve evitar ficar sentado com as pernas dobradas tipo borboleta, torçando o períneo. Ao subir e descer escadas deve fazê-lo o mínimo possível, lentamente, não subir como sempre, um pé em cada degrau, coloque um pé no degrau após outro no mesmo degrau para após mudar de degrau. Sempre que urinar ou evacuar fazer higiene com água e sabonete ou usar chá de malva. Não usar papel higiênico, secar com toalha de forma suave. Caso indicado usar óleo de copaíba para impermeabilizar a lactação antes de urinar e após usar o chá de malva.

## ANEXO F – HISTÓRICO DO TRABALHO DE PARTO



**HANAMI**  
O Florescer da Vida  
Parto Domiciliar Planejado

**Histórico do Trabalho de Parto****Chegada no domicílio**

Data e Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_  
Condições da mulher: Pródromos de trabalho de parto  Trabalho de parto  Período   
expulsivo  
Pessoas presentes no domicílio: \_\_\_\_\_  
Preocupações da mulher/ companheiro/família na chegada da enf. ao domicílio: \_\_\_\_\_

**Hidratação/alimentação/eliminações**

Hidratação Hora: \_\_\_\_\_ Tipo de  
líquidos: \_\_\_\_\_  
Alimentação: Hora: \_\_\_\_\_ Tipo de  
alimento: \_\_\_\_\_  
Eliminações vesical/intestinal/vágrica: Urinou: sim  não  Evacuou: sim  não  Náuseas  Vômitos

**Exame Físico**

Condições de higiene: Boas  Regular  Péssimas   
Face: Cloasma gravídico  Sinal de Halban  edema  Mucosas: coradas  hidratadas   
Pescoço: Enfartamento ganglionar sim  não  Tireóide: normotrófica  hipertrófica

**Mamas/mamilos**

Semi-protruso  Protruso  Plano  Pseudo invertido  Invertido  Rede de Haller   
Sinal de Hunter  Tubérculos de Montgomery  Colostro  Estrias  Cirurgia redutora  silicone

**Abdômen**

ARU: \_\_\_\_\_ cm

Inspeção: Forma: Globoso  Ovíde  Pêndulo  Linha negra  Estrias  Outros: \_\_\_\_\_  
Palpação: Situação: Longitudinal  Oblíqua  Transversa  
Posição: Esquerda  Direita   
Apresentação: Cefálica  Pélvica  Córnic  Alta e móvel  Insinuada   
Foco: QSD  QID  QSE  QIE

**Perdas vaginais e exame gine-obstétrico**

Perdas vaginais: Tampão mucoso  Sangramentos  Leucorréia  Outros: \_\_\_\_\_  
Bolsa rota  Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Características do líquido: Claro  Claro com grumos  Meconia  Adoçolado   
Sanguinolento  Espesso  Fluido   
Toque: Colo: Posterior  Centralizado  Lateralizado  Fino  Médio  Grosso  Pêrvio \_\_\_\_\_ cm.  
Apresentação: Cefálica  Pélvica  Córnic  Plano De Lee: \_\_\_\_\_  
Varizes vulvares sim  não  Alterações: \_\_\_\_\_

**MMSS/MMII**

Edema: MMSS sim  não  MMII sim  não  \_\_\_\_/4+ Varizes sim  não


**Percepção dolorosa/emocional**

Dor: Lombar  Supra-púbica  Lombar que irradia p/ região supra-púbica  Epigástrica  Outra: \_\_\_\_\_  
Ansiedade  Estado racional muito ativado  Outro: \_\_\_\_\_

**Rituais de Cuidados**



# ANEXO G – PARTOGRAMA



**Hanami**  
O Florescer da Vida  
Parto Domiciliar Planejado

**ANEXO F - Partograma**

INTEGRAÇÃO

INTEGRAÇÃO

INTEGRAÇÃO

**PARTOGRAMA**

DATA DO CERRAL KM: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE BASE:

hora	T	a	C	a	C
PM	morning	evening	morning	evening	morning
PA	evening	morning	evening	morning	evening
hora	T	a	C	a	C
PM	morning	evening	morning	evening	morning
PA	evening	morning	evening	morning	evening

hora: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
BCF	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
Ass.	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
BCF	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
Ass.	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
BCF	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
Ass.	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
BCF	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm
Ass.	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm	lgpm

**OBSERVAÇÕES** (Rota das membranas, Líquido Amniótico, Dips, Sangramento e outras):

Desenho em documento eletrônico para impressão em escala 1:1 (A4)

74

PLANO DA LHA

## ANEXO H - HISTÓRICO DO PARTO



**HANAMI**  
O Florescer da Vida  
Parto Domiciliar Planejado

### Histórico do Parto

#### PARTO

Data do parto: \_\_\_\_\_ Hora do parto: \_\_\_\_\_  
Atendido por: \_\_\_\_\_ Acompanhado por: \_\_\_\_\_  
Gestante encaminhada ao hospital: \_\_\_\_\_  
Devido a: \_\_\_\_\_

#### TIPO DE PARTO

Cócoras:  Horizontal  Semi-sentada  DLE  Ajoelhada  Genupeitoral  
 Água

Sem laceração: 1º grau  2º grau  3º grau  4º grau  Sutura Sim  Não   
onde: \_\_\_\_\_

P. expulsivo prolongado: Sim  Não  Circular de cordão  Sim  Não  Quantas: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_

#### DEQUITAÇÃO

Hora: \_\_\_\_\_ Mecanismo: B. Shultz  B. Duncan  Extração manual  Placenta   
íntegra

Sinais de infecção  Sinais de calcificação  Peso: \_\_\_\_\_ g Comprimento Cordão umbilical \_\_\_\_\_ cm

Inserção: Central  Paracentral  Periférica  Tempo de pulsar do cordão \_\_\_\_\_ min

Globo de segurança de Pinard: Sim  Não  Útero: Retraído  Hipotônico  Atônico

Localização útero em relação a cicatriz umbilical: Acima  Mesmo nível  Abaixo

Lóquios: Fisiológicos  Aumentados  Ocitocina IM  Horário: \_\_\_\_\_ Gelo em fundo do útero

Infusão Sangue Retal  Horário: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_ ml. Edema de períneo  Gelo perineal

#### Sinais vitais

HORA	PA	FC	FR	Temperatura

#### Recém-nascido

Recém-nascido  coloca  para mamar logo após o nascimento? Sim  Não

Porque? \_\_\_\_\_ RN Sugou? Sim  Não

Porque? \_\_\_\_\_

Tempo mamada: \_\_\_\_\_ Tipo de pega: Completa  Incompleta

---



---



---

## ANEXO I - HISTÓRICO DO RECÉM-NASCIDO

Histórico do Recém-Nascido	
<b>DADOS DO RN</b>	
Data do nascimento: _____	Hora do nascimento: _____
Hora do exame: _____	Enfermeira que examinou: _____
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	
<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS/ SINAIS VITAIS</b>	
Peso _____ g.	Estatura _____ cm.
PC _____ cm.	PT _____ cm.
PA _____ cm.	
Sinais Vitais: FC _____ BPM.	
FR _____	MRM. T _____ °C.
<b>PELE</b>	
Lesões e sinais _____	
cor: Rosada <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianose ausente <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade <input type="checkbox"/> Peribucal <input type="checkbox"/> Generalizada <input type="checkbox"/>	
<b>CABEÇA</b>	
Suturas: normais <input type="checkbox"/> cavalgadas <input type="checkbox"/> diástases <input type="checkbox"/> Fontanela anterior: X _____ Fontanela posterior: _____	
Font. Post. Não palpada: <input type="checkbox"/> Tensão das Fontanelas: normotensa <input type="checkbox"/> hipertensa <input type="checkbox"/> hipotensa <input type="checkbox"/>	
Cefalohematoma: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Local: _____	
Bossa serossanguinolenta: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Local: _____	
Fácies: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Orelhas: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Olhos: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
Boca: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Coanas: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Pescoço: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
<b>TÓRAX / APARELHO RESPIRATÓRIO / APARELHO CÁRDIO-VASCULAR</b>	
Conformação: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Clavículas: íntegras <input type="checkbox"/> Alterações _____	
Ausculta pulmonar: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Ausculta Cardíaca: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
Dificuldade resp.: Gemido <input type="checkbox"/> Bat. de asas do nariz <input type="checkbox"/> tiragem intercostal <input type="checkbox"/> retração xifoidiana <input type="checkbox"/>	
Pulsos: Femorais: Palpado <input type="checkbox"/> Não palpado <input type="checkbox"/> Radiais: Palpado <input type="checkbox"/> Não palpado <input type="checkbox"/>	
<b>ABDÔMEN / ÂNUS / GENITÁLIA / ELIMINAÇÕES</b>	
Abdome: normal <input type="checkbox"/> Escavado <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Coto Umbilical: normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Fígado: Palpado <input type="checkbox"/> Não palpado <input type="checkbox"/> Baço: Palpado <input type="checkbox"/> Não palpado <input type="checkbox"/>	
Rim D: Palpado <input type="checkbox"/> Não palpado <input type="checkbox"/> Rim E: Palpado <input type="checkbox"/> Não palpado <input type="checkbox"/>	
Massas: ausentes <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> local: _____	
Ânus: perfurado <input type="checkbox"/> aparentemente perfurado <input type="checkbox"/> imperfurado <input type="checkbox"/>	
Eliminou mecônio: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Urinou: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Genitália Externa: normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> Condutos inguinais: normais <input type="checkbox"/> anormais <input type="checkbox"/>	
<b>ÓSTEO ARTICULAR</b>	
MMSS: normais <input type="checkbox"/> Anormais <input type="checkbox"/> MMII: normais <input type="checkbox"/> anormais <input type="checkbox"/>	
Coluna: normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
Ortolani: negativo <input type="checkbox"/> positivo à _____, Duvidoso à _____	

**CAPURRO SOMÁTICO (PARA RNs MAIORES QUE 34 SEMANAS DE IG)**

<b>1) Textura da pele:</b> 0 = muito fina, gelatinosa 5 = fina e lisa 10 = algo mais grossa, discreta descamação superficial	15 = grossa, gretas superficiais, descamação de mãos e pés 20 = grossa, apergaminhada, com gretas profundas
<b>2) Pregas plantares:</b> 0 = sem prega 5 = marcas mal definidas sobre a metade anterior da planta 10 = marcas mal definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior 15 = sulcos na metade anterior da planta 20 = sulcos além da metade anterior da planta	
<b>3) Glândulas mamária:</b> 0 = não palpável 5 = menor que 5mm	10 = entre 5 e 10 mm 15 = maior que 10 mm
<b>4) Formação do mamilo:</b> 0 = apenas visível 5 = aréola pigmentada, diâmetro menor que 7,5 mm	10 = aréola pigmentada, pontiaguda, borda não levantada, diâmetro menor que 7,5 mm 15 = borda levantada, diâmetro maior que 7,5 mm
<b>5) Formato da orelha:</b> 0 = chata, uniforme, pavilhão achatado 8 = pavilhão parcialmente encurvado na borda	16 = pavilhão parcialmente encurvado em toda a parte superior 24 = pavilhão totalmente encurvado
Soma da pontuação _____ + 204 = _____ dias	C.S.: _____ sem _____ dias

**RN CLASSIFICADO COMO:** AIG 0                      FIG 0                      GIG 0

SINAIS	ESCALA DE APGAR					
	0	1	2	1'	5'	10'
Freq. Cardíac	Ausente	< 100 bpm	> 100 bpm			
Esforço resp.	Ausente	Lento, irregular, choro fraco	Choro forte			
Tônus muscular	Flácido	Alguma flexão das	Movimentos ativos			
Atividade	Ausente	Careta	Choro			
Cor	cianose/palide	Extremidades cianosadas	Rosado			
			TOTAL			

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ANEXO J - ACOMPANHAMENTO PÓS-PARTO



**HANAMI**  
O Florescer da Vida  
Parto Domiciliar Planejado

## Acompanhamento Pós-Parto

Nome puérpera: \_\_\_\_\_ Nome pai: \_\_\_\_\_ Nome RN: \_\_\_\_\_

## Visita 1º dia

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiras: \_\_\_\_\_

Principais Queixas: \_\_\_\_\_

Estado Geral da Mãe: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_ AFU: \_\_\_\_\_

Lóquios: \_\_\_\_\_ Períneo: \_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_

Amamentação: \_\_\_\_\_

Estado Geral do RN: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Icterícia: \_\_\_\_\_

Coto Umbilical: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

## Visita 3º dia

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiras: \_\_\_\_\_

Principais Queixas: \_\_\_\_\_

Estado Geral da Mãe: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ AFU: \_\_\_\_\_

Lóquios: \_\_\_\_\_ Períneo: \_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_

Amamentação: \_\_\_\_\_

Estado Geral do RN: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Icterícia: \_\_\_\_\_

Coto Umbilical: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

**Visita 4º dia**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiras: \_\_\_\_\_

Principais Queixas: \_\_\_\_\_

Estado Geral da Mãe: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ AFU: \_\_\_\_\_

Lóquios: \_\_\_\_\_ Períneo: \_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_

Amamentação: \_\_\_\_\_

Estado Geral do RN: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Icterícia: \_\_\_\_\_

Coto Umbilical: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

**Visita 10º dia**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiras: \_\_\_\_\_

Principais Queixas: \_\_\_\_\_

Estado Geral da Mãe: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ AFU: \_\_\_\_\_

Lóquios: \_\_\_\_\_ Períneo: \_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_

Amamentação: \_\_\_\_\_

Estado Geral do RN: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Icterícia: \_\_\_\_\_

Coto Umbilical: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Fechamento: \_\_\_\_\_

**Visita Extra - \_\_\_\_º dia**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiras: \_\_\_\_\_

Principais Queixas: \_\_\_\_\_

Estado Geral da Mãe: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temp.: \_\_\_\_\_ AFU: \_\_\_\_\_

Lóquios: \_\_\_\_\_ Períneo: \_\_\_\_\_

Mamas: \_\_\_\_\_

Amamentação: \_\_\_\_\_

Estado Geral do RN: \_\_\_\_\_

Temp.: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Icterícia: \_\_\_\_\_

Coto Umbilical: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** nº 1199

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instruído pela PORTARIA N.º 0381/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o comitê 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: 1199      PR: 391627

TÍTULO: PAIRK E NASCER NUM NOVO TEMPO: PAIKTO DOMICIAR PLANEJADO

AUTOR: Françoise Kazuko Akerman dos Santos, VANIA SOBRGAYTO COLLAÇO DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011

\_\_\_\_\_  
 Coordenador do CEPSH/UFSC

[https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id\\_pesquisa=1199](https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id_pesquisa=1199)

09/10/2011