

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC – GO
PROGRAMA STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA – PSSP
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**AS RELAÇÕES COM A PARTURIENTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
DOMICILIAR: PERSPECTIVAS TRADICIONAIS E MODERNAS**

DIEGO VIEIRA DE MATTOS

Goiânia – GO

2018

DIEGO VIEIRA DE MATTOS

**AS RELAÇÕES COM A PARTURIENTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
DOMICILIAR: PERSPECTIVAS TRADICIONAIS E MODERNAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto-sensu*, Doutorado em Psicologia pela PUC Goiás, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicopatologia Clínica e Psicologia da Saúde.

Orientador: Dr. Luc Vandenberghe

Goiânia, dezembro de 2018

M444r Mattos, Diego Vieira de

As relações com a parturiente na assistência ao parto domiciliar [recurso eletrônico] : perspectivas tradicionais e modernas / Diego Vieira de Mattos.-- 2018.

134 f.: il.

Texto em português com resumo em inglês

Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, 2018

Inclui referências, f. 116-128

1. Parto em casa - Aspectos psicológicos. 2. Humanização do parto. 3. Parto normal. 4. Parteiras. 5. Enfermagem obstétrica. I.Vandenberghe, Luc Marcel Adhemar. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 618.4(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

DIEGO VIEIRA DE MATTOS

AS RELAÇÕES COM A PARTURIENTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR: PERSPECTIVAS TRADICIONAIS E MODERNAS.

Prof. Dr. Luc Vandenberghe - Presidente da Banca/Orientador
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa Dr. Marcelo Medeiros – Membro Efetivo
Faculdade de Enfermagem - FEN/UFG.

Profa Dra. Margareth Regina Gomes Veríssimo de Faria
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Profa Dra. Cleusa Alves Martins
Faculdade de Enfermagem - FEN/UFG

Profa Dra. Maria Eliane Liégio Matão
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Profa Dra. Ana Cristina Resende – Suplente
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Profa Dra. Lenise Santana Borges – Suplente
Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Goiânia, 10 de dezembro de 2018.

*Minha fé não está firmada nas coisas que
podes fazer. Eu aprendi a Te adorar pelo que
És. Dele vêm o sim e o amém, somente Dele
e mais ninguém. A Deus seja o louvor. Se
Deus fizer, Ele é Deus. Se não fizer, Ele é
Deus. Se a porta abrir, Ele é Deus, mas se
fechar, continua sendo Deus. Se a doença
vier, Ele é Deus, se curado eu for, Ele é Deus!*

Délio Marçal

DEDICATÓRIA

Ao Deus da minha vida, que nunca me abandonou e me permitiu pisar em lugares altos, onde jamais sonhei pisar.

Aos meus pais que sempre acreditaram em mim, mesmo quando nem eu mesmo acreditava.

Ao meu pai na obstetrícia, Dr. Sebastião Fernandes Moreira, o pioneiro na humanização do parto e nascimento em Goiás.

AGRADECIMENTO

Ao Deus da minha vida que sempre cuida de mim de uma forma muito especial.

Ao Prof^o Dr. Luc Vandenberghe, meu orientador, pela nossa trajetória de trabalho desde o mestrado, que só veio a somar conhecimentos na construção desta tese, sempre muito paciente com a minha falta de tempo.

A professora Dra. Cleusa Alves Martins. Me faltam palavras para expressar o que senhora representa na minha vida pessoal e profissional. Você é minha mentora!

A professora Dra. Maria Eliane Liégio Matão pela sua contribuição na construção da minha carreira profissional e por sempre abraçar os grandes projetos em prol da formação de novos enfermeiros obstétricos juntamente comigo.

À minha Banca de Qualificação e Defesa pela disponibilidade de leitura e contribuições com meu trabalho.

Aos meus pais Jorge e Lane, que mesmo distante foram suporte para conclusão deste Doutorado, sempre me incentivando a prosseguir.

Aos meus irmãos Galdina, Galdiane e o Juninho, pelo amor incondicional, mesmo sendo eu tão falho e tão distante.

Aos meus sobrinhos Misael, Caio, Lislane e Davi, amo muito vocês.

Aos meus amigos Deusdedith e Pr. Leonardo que me fizeram conhecer Goiânia. Deusdedith me fez amar Goiânia sem nunca ter conhecido e o Pr. Leonardo me encorajou a vir morar aqui e me fez acreditar que tudo poderia ser melhor... e assim foi! Deus cumpriu a sua promessa na minha vida!!!

A Dra. Miriam Heidemann, minha eterna professora. Você foi minha inspiração. Você acreditou em mim. Você foi uma ponte para viver a minha liberdade!!!

Às minhas amigas que a enfermagem me trouxe, Maria Augusta e Adriana Knupp. Vocês fazem parte da minha vida!

À minha grande amiga e seguidora Beatriz, que me acompanhou nesta trajetória desde o Mestrado. Muito obrigado pelo seu presente!!!

À minha filha na enfermagem obstétrica, Paula Ávila Moraes. Muito obrigado por vestir comigo esta camisa do Parto Domiciliar Planejado. Minha maior alegria é ver você atuando e saber que eu vi todo seu crescimento.

Aos meus colegas de trabalho da Maternidade Nascer Cidadão que sempre me apoiaram e acompanharam toda evolução desta tese e sonharam comigo pelo fim do Doutorado!

Aos meus colegas de militância da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras de Goiás e Comissão de Saúde da Mulher do COREN Goiás.

À minha Coordenadora da Universidade Salgado de Oliveira, Prof.^a Ângela Bueno que sempre flexibilizou meus horários, para que eu cumprisse as atividades do Doutorado.

Ao meu amigão, grandão, Rafael Henrique. Cara, você é um amigo que vou levar no meu coração. Você com toda sua simplicidade soube viver a diversidade.

Aos amigos mais divertidos vida pode me dar: Pedrinho, Greicy, Tarik e Stefany. Vocês deram uma pitada de loucura na minha vida tão pacata. Com vocês eu conseguia esquecer as coisas ruins da vida e tudo era só diversão.

Às doulas Lívia e Michele que sempre acreditaram no meu trabalho e da Equipe Renascer. Com vocês passei noites maravilhosas com muita ocitocina. Amo muito vocês!!!

Às quase 100 famílias que eu tive a oportunidade de acompanhar em partos domiciliares. Muito obrigado por acreditarem no nosso trabalho e nos permitirem participar deste momento tão especial da vida de vocês.

E por fim, não menos agradecer aos parteiros em geral que disponibilizaram seu precioso tempo para contribuírem com minha pesquisa.

Meu obrigado a vocês que sempre acreditaram em mim e no meu trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	09
LISTA DE QUADROS	10
LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	22
3 CONSTRUÇÃO DO TEMA	23
3.1 História da Assistência ao Parto	23
3.2 Humanização do Parto e Nascimento	28
3.3 Da parteira de formação tradicional aos parteiros com formação acadêmica	32
3.4 O parto domiciliar	35
4 REVISÃO DE PESQUISAS ATUAIS	38
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	55
6 RESULTADOS	65
7 DISCUSSÃO	100
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	116
Apêndice A - Parecer Comitê de Ética	122
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
Apêndice C - Roteiro de Entrevista	131

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Taxa de cesárea no Brasil do ano de 1994 a 2016.	19
Figura 2. Gravura de uma parteira acompanhando um parto na Idade Média.	24
Figura 3. Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, onde foi realizado o primeiro curso de partos.	25
Figura 4. Mapa do estado de Goiás e o Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros.	57
Figura 5. Número de participantes por região.	60
Figura 6. Primeiro estágio da análise das entrevistas.	65
Figura 7. Segundo estágio da análise das entrevistas.	66
Figura 8. Modelo das categorias definitivas.	66
Figura 9. Modelo final das categorias e subcategorias.	67

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Principais estudos qualitativos publicados nos últimos 5 anos sobre parto domiciliar planejado, parto domiciliar, parteira e enfermeira obstétrica. 39
- Quadro 2.** Caracterização de acordo com a sequência das entrevistas, quanto ao código do entrevistado/Unidade de Federação - UF, idade, tipo de formação (acadêmica ou tradicional) e tempo de atuação no parto domiciliar. 61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI – Ausculta Intermitente

EO – Enfermeiro Obstetra

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

O – Obstetriz

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PD – Parto Domiciliar

PDP – Parto Domiciliar Planejado

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PNT – Parteiro na Tradição

PT – Parteiro Tradicional

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Teoria Fundamentada em Dados

RESUMO

Objetivo geral: analisar as relações na construção dos cuidados no parto domiciliar por parteiras tradicionais e parteiras formadas. **Objetivos específicos:** descrever a assistência realizada às mulheres no parto domiciliar acompanhado por parteiras tradicionais e parteiros formados; descrever as relações entre parturientes/família e as equipes de parteiras tradicionais e parteiros formados; analisar como os profissionais vivenciam o desenvolvimento desta relação no atendimento ao parto em casa acompanhado por parteiras tradicionais e parteiros formados. **Trajectoria metodológica:** este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como abordagem metodológica a Teoria Fundamentada em Dados. A coleta de dados se deu por entrevistas semiestruturadas com 19 parteiros que atendem parto domiciliar, entre eles enfermeiras obstetras, obstetrizes, parteira de formação técnica, parteira na tradição e parteiras tradicionais atuantes no Brasil. Os dados foram coletados no período entre julho de 2016 a dezembro de 2017. **Resultados:** na análise das entrevistas emergiram duas categorias temáticas: “filosofia de trabalho”, abrangendo integralidade, naturalidade e o rigor; e “o relacionamento”, abrangendo construção da identidade, o eu profissional da parteira, o contato com a mulher, a mulher enquanto pessoa, a relação pessoal com a mulher no trabalho e o relacionamento que permanece. Tanto os profissionais com formação acadêmica, quanto os com formação tradicional, percebem seu ofício muito além de uma atividade profissional, como uma prática de vida. A filosofia de trabalho da parteira está atrelada à identidade profissional dela. Sustenta um relacionamento parteira-parturiente profundamente pessoal, que segue uma via de mão dupla. A filosofia está atrelada à integralidade, naturalidade e rigor pautados num envolvimento profundo com a vivência emocional e subjetiva da parturiente. Essa visão do parto, e da mulher como personagem principal deste evento, permite garantir autonomia e empoderamento. No parto em casa ocorre uma imersão da parteira na vida e na história da gestante. Essa relação íntima permite uma entrega por parte da mulher. Diferentemente do contexto hospitalar, o relacionamento desenvolvido pelos parteiros em casa, não se encerra ao final do acompanhamento gravídico-puerperal. É uma relação para a vida, permeada de confiança. **Considerações finais:** este estudo descreve-se uma relação recíproca entre a filosofia do trabalho na assistência ao parto domiciliar e a construção do relacionamento com a parturiente. Ambos são pautados em valores de espontaneidade, envolvimento pessoal e humanização dos cuidados. A filosofia do trabalho segue na busca pela integralidade nos cuidados. As parteiras possuem uma tendência a adoção de práticas naturais. A forma com que a relação se constrói e os fatores que permeiam são norteadores na construção desta identidade. Na sua forma de se relacionar com a parturiente, a assistência ao parto domiciliar atende numa visão integral, promove empoderamento e respeito à autonomia da mulher durante o parto.

Palavras-chave: Parto Domiciliar; Parteira; Enfermeiras Obstétricas; Parto Normal; Parto; Parto Humanizado.

ABSTRACT

General objective: to analyze the relationships in the construction of the care in the home delivery by traditional midwives and trained midwives. **Specific objectives:** describe the assistance provided to women in home birth accompanied by traditional midwives and trained midwives; describe the relationships between parturients / family and the teams of traditional midwives and trained midwives; to analyze how the professionals experience the development of this relationship in the home delivery attendance accompanied by traditional midwives and trained midwives. **Methodological trajectory:** this is a qualitative study, exploratory and descriptive, with a methodological approach based on theory based on data. Data were collected through semi-structured interviews with 19 midwives attending home births, among them obstetricians, midwives, midwives, midwives in the tradition, and traditional birth attendants in Brazil. Data were collected between July 2016 and December 2017. **Results:** in the analysis of the interviews two thematic categories emerged: work philosophy, covering comprehensiveness, naturalness and rigor; and the relationship, encompassing identity construction, the midwife's professional self, the involvement with the woman, the woman as a person, the personal relationship with the woman at work and the relationship that remains. Both professionals with academic backgrounds, as well as those with traditional training, perceive their profession much more than a job, as a life practice. The midwife's work philosophy is tied to her professional identity. It supports a deeply personal midwife-parturient relationship, which follows a two-way channel. Philosophy is linked to integrality, naturalness and rigor based on a deep involvement with the emotional and subjective experience of the parturient. This vision of childbirth, and of the woman as the main character of this event, guarantees autonomy and empowerment. In the home, an immersion of the midwife in the life and history of the pregnant woman. This intimate relationship enables surrender by the woman. Unlike the hospital context, the relationship developed by midwives at home does not end at the end with the final follow-up appointment. It is a relationship for life, permeated by trust. **Final thoughts:** we describe, in this work, a reciprocal relationship between the work philosophy in the assistance to the home delivery midwifery and the construction of the relationship with the parturient. Both are based on values of spontaneity, personal involvement and humanization of care. The work philosophy continues in search for integrality in the care. Midwives tend to adopt natural practices. The way in which the relationship is built and the factors that permeate it are guiding in the construction of this identity. In the way it relates to the parturient, homebirth care assumes an integral vision, promotes empowerment and respect for the autonomy of women during childbirth.

Keywords: Home Childbirth; Midwifery; Nurse Midwives; Natural Childbirth; Parturition; Humanizing Delivery.

APRESENTAÇÃO

Nasci de parto normal, sou neto e bisneto de parteira. Durante a minha infância tive a oportunidade de ver minha mãe auxiliar vizinhas e amigas no processo de trabalho de parto e pós-parto. Cresci com a visão de que o parto era um evento natural e a melhor via de nascimento, tanto para a mulher, quanto para o bebê, mesmo minha mãe tendo parido 3 filhos de parto normal, na grande era intervencionista da obstetrícia.

Durante minha vida acadêmica na graduação, tive a oportunidade de conhecer algumas práticas de humanização do parto e nascimento no hospital de ensino, no qual eu era estagiário, na cidade de Petrópolis – RJ. Neste cenário conheci o que era o parto humanizado, mesmo que numa perspectiva bem distante do que era recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

Como enfermeiro, comecei a atuar em um Hospital Maternidade no interior do estado do Rio de Janeiro. Nessa unidade o quantitativo de profissionais médicos era insuficiente para atender a demanda das gestantes e a inclusão do enfermeiro na equipe fortalecia a assistência ao parto e nascimento. Nesta ocasião tive a oportunidade de assistir ao parto, por vezes para substituir a ausência do médico obstetra, o que certamente contribuiu para determinar minha trajetória como enfermeiro obstetra.

Em 2007, em Goiânia, comecei a atuar na supervisão de alunos de graduação em enfermagem, na disciplina de obstetrícia e neonatologia em um hospital privado e conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A demanda de partos normais era alta, porém apenas um médico obstetra para realizar toda assistência. Sendo assim, passei a assumir a assistência as mulheres, juntamente com meus alunos de estágio.

Neste cenário passei a inserir as boas práticas de parto, mesmo sem estrutura física adequada.

Após longo período de atuação na assistência ao parto, em 2011 ingressei no Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde (MCAS/PUC-GO) e na mesma ocasião assumi na condição de presidente, a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras – Seção Goiás (ABENFO-Goiás), no qual estive na gestão por dois mandatos de 3 anos cada.

No mestrado realizei pesquisa no cenário nacional com enfermeiros obstetras que acompanhavam o parto em casa. A dissertação teve por título “Desafios e exigências na atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado”. Tive a oportunidade de conhecer profissionais de todo Brasil, dentro do cenário do parto domiciliar e durante a minha pesquisa tive a oportunidade de acompanhar o primeiro parto em casa como parteiro principal.

Após minha primeira experiência como parteiro domiciliar, um novo universo se abriu e quebrou-se muitos paradigmas relacionados ao local de nascimento. Minha pesquisa de mestrado deu origem a três publicações sobre o parto em casa e passou a fazer parte da minha vida profissional. Os casais tomaram conhecimento do meu trabalho e assim surgiu a “Equipe Renascer – Parto Humanizado”.

No início do ano de 2013, assumi um concurso público de enfermeiro obstetra, em maternidade de referência nacional em parto humanizado. Nesta instituição comecei a tomar maior conhecimento da rede de assistência obstétrica, tanto pública, quanto privada e com apoio das redes sociais da internet, a Equipe Renascer se tornou conhecida em todo estado de Goiás e algumas regiões do Brasil.

Já no ano de 2016, com muito conhecimento teórico-prático do parto domiciliar planejado e compreensão da necessidade de novas pesquisas no cenário nacional e

internacional acerca do parto em casa, resolvi ingressar no doutorado. Agora com a proposta de trabalhar com as várias modalidades de parteiros envolvidos nessa assistência e poder conhecer as relações com a parturiente nesta assistência.

1 INTRODUÇÃO

O parto é uma função biológica, na qual, em termos técnicos, os produtos da concepção - feto, líquido amniótico, placenta e membranas, são deslocados e expelidos do útero de maneira fisiológica ou mecânica. É um processo natural, um momento de transição, ao qual o corpo materno é preparado fisiologicamente durante a gestação, para a expulsão do fruto da concepção (REZENDE; MONTENEGRO, 2016).

Ao longo da história da humanidade, o parto adquiriu muitos valores simbólicos. Desde os primórdios, o parto é um evento cultural, repleto de sentidos sociais e culturais. Conforme se verifica no Antigo Testamento, há relato do parto como uma purgação, quando Eva, a primeira mulher, por ter cometido o pecado, ouviu da parte de Deus que *“por meio de dores pariras teus filhos”* (BÍBLIA SAGRADA, GÊNESIS 3:16).

A assistência ao parto foi assunto exclusivamente feminino durante milênios. Mulheres experientes, em ato de solidariedade ajudavam outras a parirem. Com o passar do tempo, essas mulheres foram conquistando status social, sendo reconhecidas em algumas comunidades como parteiras, repassando a arte de partejar de geração em geração. Assim, a parteira era personagem central da sua comunidade, como um componente sagrado e autoridade moral. O serviço de apoio a mulher em situação de parto passou a ser encarado como uma ocupação no sentido de “arte” ou “ofício”, ultrapassando a dimensão familiar e local para conquistar o interesse coletivo (WARREN, 2015; MCCOURT, 2014).

Essa realidade continuou valendo no Brasil até a primeira metade do século XX. Todavia, a partir da década de 1960, o modelo tecnocrático invadiu o contexto do parto e nascimento, trazendo consigo a institucionalização do parto, o uso abusivo de

procedimentos invasivos e incorporação de grande número de intervenções, tais como toque vaginal rotineiro, amniotomia, episiotomia, administração de ocitocina sintética, manobra de “Kristeller”, parto em posição horizontal, uso do fórceps, por vezes desnecessárias. Enquanto, o modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e do bebê, respeita o processo fisiológico com uso da tecnologia de forma apropriada, caracterizada por assistência menos invasiva e acompanhamento contínuo de parturição (MARTINS; MATTOS; SANTOS, 2016).

De acordo com Potassi et al., (2017) várias medidas foram tomadas, incluindo a adoção da Humanização ao Parto de Nascimento como política pública de saúde - a inserção do enfermeiro obstetra no cenário da assistência ao parto, por volta do ano de 1990 e ainda as mudanças relacionadas ao atendimento ao parto no ano 2000, por meio do Projeto Maternidade Segura. Ainda assim, as taxas de cesárea no Brasil cresceram de forma significativa, chegando até 57% entre 2013 e 2014 (DATASUS, 2016).

O Brasil ao longo dos anos, passou por importante ascensão nas taxas de cesáreas. Segundo o inquérito “Nascer no Brasil”, a taxa de cesárea no setor privado se aproxima de 90% (TORRES et al., 2014). De acordo com o Ministério da Saúde (2017) nos anos de 2015 e 2016, após a implantação da Rede Cegonha como estratégia de trabalho no sistema público de saúde, a taxa de cesárea reduziu e houve consequente elevação do parto vaginal em torno de 45%, como mostra a Figura 1.

Em estudo sobre fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas, Camara et al., (2000) justificam a alta taxa de cesárea no setor privado, quando comparada ao serviço público, o fato que nas instituições públicas existe uma preocupação em trabalhar a gestante, levando em consideração não apenas os

fatores biológicos, mas também os demais fatores que possam influenciar esta etapa da vida feminina.

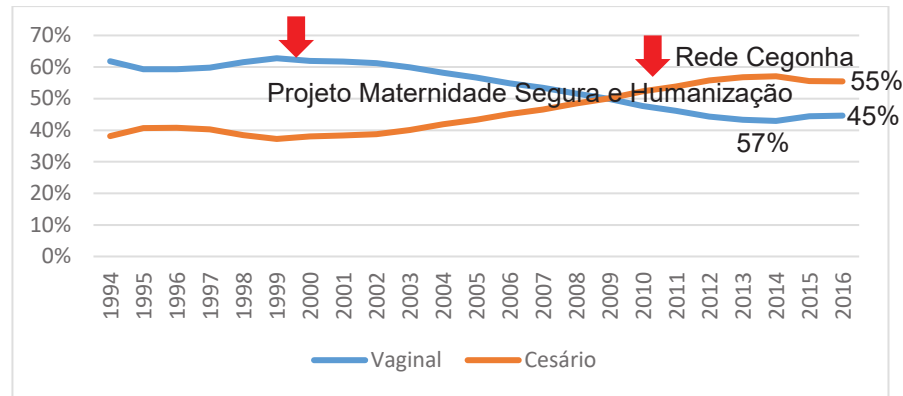


Figura 1. Taxa de cesárea no Brasil do ano de 1994 a 2016.

Fonte: <http://portalmms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-crece-no-pais>, acessado em: 10 de outubro de 2018.

A assistência ao parto avança em um movimento de mudanças culturais às práticas menos intervencionistas. São retomados valores que vão além dos aspectos científicos e tecnológicos, apontando para o resgate do modelo histórico do nascimento. Observa-se que uma parcela das mulheres gestantes brasileiras optam por parto em casa, conhecido por parto domiciliar planejado. Para essas parturientes, a residência apresenta-se como um ambiente seguro viável para darem à luz. De acordo com Nascimento et al. (2016) nesse cenário, enfermeiros obstetras, médicos e obstetras despontam na ascensão ao parto domiciliar planejado, visando a qualidade da assistência à parturiente e ao recém-nascido.

Trata-se de uma reação contra a abordagem de parto intra-hospitalar que está associada a processos intervencionistas e tecnocráticos, afastando as possibilidades de empoderamento e protagonismo da mulher. Neste cenário, a assistência é permeada por procedimentos articulados por profissionais obstétricos enquanto a parturiente se torna passiva no processo (KOETTKER, 2016).

Mulheres submetidas ao parto domiciliar planejado de risco habitual estão menos expostas a situações de morbimortalidade materna e fetal. Uma vez que o parto institucional traz uma tendência intervencionista, por vezes é usado desnecessariamente. No domicílio, o número de intervenções é restrito, reduzindo os riscos de complicações, desde que tenha ocorrido um pré-natal de risco habitual e os procedimentos sejam realizados por profissionais capacitados (JANSSEN et al., 2009).

Como forma de minimizar eventos adversos no ambiente domiciliar, o planejamento do parto inicia durante o pré-natal de gestação de risco habitual. Visa-se um parto de início espontâneo, que recebe o atendimento por uma equipe especializada e possibilita a mulher viver plenamente o nascimento da criança. A parturiente é encorajada a participar ativamente de todas as decisões, que adota a posição de sua preferência e pode caminhar, alimentar-se e até mesmo descansar. A participação da família é essencial, para manter o vínculo de segurança e confiança, o que permite que o processo parturitivo aconteça sem imposição profissional (FEYER, 2013).

Neste sentido, cabe atentar para a importância de uma relação empática por parte do profissional de saúde com a mulher e família, que tem os laços afetivos transformados com a vinda da criança. A relação da “família que nasce” se fortalece e contribui no enfrentamento das mudanças representadas pelo nascimento e na adaptação ativa da mulher à maternidade (LAGOMARSINO et al., 2013).

Em países como Vietnã, Quênia, Somália, a opção pelo parto domiciliar está associada às razões econômicas, uma vez que o sistema de saúde destes países é de difícil acesso à população, sendo o domicílio escolhido por algumas famílias, devido ao baixo custo. Mas muitas vezes, a procura pelo parto domiciliar também está

associada a uma busca da mulher pelo protagonismo no parto e redução das intervenções no nascimento. A confiança junto ao profissional, a tradição do trabalho de algumas enfermeiras e a preservação da cultura do parto domiciliar, acabam conquistando maior espaço, comparado ao parto institucional (LESSA et al., 2014).

No Brasil, a maioria dos partos acontece nos serviços de saúde. Em 2016, dos 2.849.106 nascimentos, 2.829.661 ocorreram nas maternidades, correspondendo a 99,31%. No domicílio (independentemente do planejamento) foram 19.445 partos, correspondendo a 0,68% (DATASUS, 2016). Entretanto, esses dados não retratam a realidade do parto em casa. Pois ainda, existe alta incidência de subnotificação dos partos em casa acompanhados por profissionais autônomos, impossibilitando análise correta dos dados.

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) pode ser atendido pelo médico obstetra, médico da família, enfermeiro obstetra, obstetrix e parteiras tradicionais. Para o atendimento em casa, é necessário que o profissional seja capacitado para atuar nas urgências e emergências obstétricas e neonatais, bem como a identificação de distócias obstétricas com posterior encaminhamento ao serviço hospitalar de referência (BRASIL, 1995).

Os cuidados às parturientes em termos de uma assistência que diz respeito à profunda intimidade, emergem algumas questões de pesquisa: Como se desenvolve a relação na construção dos cuidados com parturientes acompanhadas por equipe de parto domiciliar planejado ou parteiras tradicionais? Quais são as características desse contato tão íntimo e pessoal no parto domiciliar acompanhado por parteiros formados e parteira tradicional? Quais são os cuidados realizados nessa assistência? Como os profissionais veem o desenvolvimento dessa relação?

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar as relações na construção dos cuidados no parto domiciliar por parteiras tradicionais e parteiras formadas.

Objetivos específicos

- Descrever a assistência realizada às mulheres no parto domiciliar acompanhado por parteiras tradicionais e parteiros formados.
- Descrever as relações entre parturientes/família e as equipes de parteiras tradicionais e parteiros formados.
- Analisar como os profissionais vivenciam o desenvolvimento desta relação no atendimento ao parto em casa acompanhado por parteiras tradicionais e parteiros formados.

3 CONSTRUÇÃO DO TEMA

Este capítulo apresenta um relato histórico do parto normal, bem como aspectos conceituais da humanização do parto e nascimento e a evolução das categorias profissionais desde a parteira tradicional aos modelos contemporâneos de atenção ao parto em casa. Neste sentido, destacamos quatro períodos: história da assistência ao parto, humanização do parto e nascimento, da parteira de formação tradicional aos parteiros com formação acadêmica e o parto do domiciliar.

3. 1 História da assistência ao parto

Também, no que diz respeito a assistência ao parto, as mulheres hebreias eram respeitadas por parte de Faraó e durante o êxodo dos hebreus do Egito chamou essas mulheres e determinou: *“Quando ajudardes às mulheres hebreias a dar à luz e as virdes no assento do parto se for filho, então o tereis de entregar à morte; mas, se for filha, então terá de viver.”* Estas mulheres eram muito tementes a Deus e preservavam vivos os meninos, não transgredindo regras para manutenção da vida (BÍBLIA SAGRADA, GÊNESIS 3:16).

Na Idade Média, as parteiras viviam uma situação ambígua. Por um lado, o trabalho delas era necessário para a sociedade. Por outro lado, o conhecimento profissional delas era suspeito de ser pagão (Figura 2). Sofreram grande perseguição, atuando sob pressão do cristianismo e a “caça às bruxas”. Aquelas que eram curandeiras foram submetidas às leis da Igreja Católica, sendo muitas parteiras queimadas em praça pública. Naquele período foi determinado por lei, que estas mulheres só poderiam atuar mediante autorização episcopal. No final da Idade Média, as parteiras européias viajaram até a Holanda, para buscar certificação de obstetritz.

Autorizadas a partejarem, elas permaneciam trabalhando, obedecendo às limitações de intervenções e regras por parte do Estado e da Igreja (KITZINGER, 1988).



Figura 2. Gravura de uma parteira acompanhando um parto na Idade Média.

Fonte: <http://www.sofadasala.com/pesquisa/medicinanaidademedia.htm>, acessado em: 26 de agosto de 2018.

No Brasil, durante o período colonial, o exercício do parto era realizado pelas portuguesas e negras velhas. Eram acessíveis à classe popular, envolviam-se com as tarefas domésticas enquanto a mulher restabelecia por um mês ou mais, após o parto. Novamente, como na idade média europeia, as parteiras eram acusadas de feitiçaria, provocar abortos e infanticídio, acusações sustentadas até mesmo por crenças populares. Essas mulheres conciliavam os trabalhos domésticos do seu lar e fora dele, vivendo uma vida financeira difícil e baixa remuneração pelos serviços prestados (JORGE, 1972).

A incorporação do profissional médico à prática obstétrica estendeu-se ao Brasil, em 1808, com a inauguração da Escola de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro e Bahia. A entrada da medicina no campo da atenção ao parto acontece de

forma intervencionista, abrindo espaço para a figura masculina, em uma área de predominância feminina até então. Neste período, a profissão de parteira entra em considerável declínio, tendo início uma forte campanha médica contra as mulheres sem formação profissional, que prestavam assistência aos nascimentos nos domicílios. Esta perseguição e repressão trouxeram uma esfera de medo entre as parteiras, levando algumas a abandonarem a prática de atenção ao parto (OSAWA; RIESCO; TSUNECHITO, 2006; BRENES, 2008).

Nesta mesma época, as escolas médicas brasileiras, nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, iniciaram o processo de educação formal das parteiras. Em 1832, estas escolas passam a oferecer o Curso de Partos (Figura 3). Antes disso, não haviam parteiras diplomadas e as que se dedicavam a assistência ao parto deveriam possuir uma autorização legal para exercer a obstetrícia. A formação desta profissional era de domínio médico e a legislação de ensino estava ligada à legislação de ensino da medicina. Seguindo o proposto pelo curso de partos, impondo limites, ministrando uma formação essencialmente prática (BRENES, 2008).



Figura 3. Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, onde foi realizado o primeiro curso de partos.

Fonte: <http://www.amrigs.org.br/centromemoria/associativismo.htm>, acessado em: 18 de agosto de 2018.

As parteiras diplomadas pelas escolas médicas do Rio de Janeiro e Salvador, foram encaminhadas para trabalhar nas maternidades. Atuaram de forma limitada e subordinada à prática médica. Com a criação da primeira escola de enfermeiros no Brasil, em 1890, foi cogitado que o trabalho da parteira deveria estar associado ao trabalho da enfermagem. Passaram então a propor que as parteiras fossem enfermeiras. A proposta visava limitar o trabalho destas mulheres, subordinando hierarquicamente ao serviço de enfermagem (OSAWA; RIESCO; TSUNECHITO, 2006).

Em 1925, o Curso de Parto, coordenado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi encerrado e dois anos após, o currículo da Escola de Parteiras de São Paulo sofreu modificações e a disciplina de enfermagem passou a compor uma nova grade curricular. Em 1931, a escola passou a se chamar Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada (OSAVA, 1997). O currículo possuía características de enfermagem e foi estendido para três anos de duração. Ao final deste curso, recebiam o título de parteira e enfermeira especializada, considerada enfermeira obstétrica, passando a gerar muitas discussões por parte das escolas de enfermagem já implantadas, que questionavam o fato do título de enfermeira ser expedido por escola médica e não de enfermagem. Elas defendiam que o curso de enfermagem deveria ser pré-requisito para ingresso no curso de partos, a fim de fazer jus à formação. O curso começou a exigir o diploma de enfermeira, em 1949, transforma-se em Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, totalmente sustentado dentro das legislações da profissão (OSAVA, 1997).

As parteiras já formadas no modelo médico, não se conformavam com o fato de sua formação profissional estar ligada à formação de enfermagem, e consideravam serem áreas afins, porém distintas. Em 1952, por meio do Projeto de Lei 2640/52, o

curso de enfermagem obstétrica foi mantido, porém, na modalidade de especialização e criou-se o curso de obstetriz anexo a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O curso de obstetriz representava um modelo de formação europeu, em nível de graduação, ligada a escolas médicas, desvinculada da enfermagem, licenciada para exercer a obstetrícia, tendo amplo reconhecimento e aceitação em nível internacional. A indignação permaneceu, agora por parte das obstetrizes, que questionavam o fato das enfermeiras receberem o título de enfermeira obstétrica, por um curso de apenas oito meses, enquanto as parteiras cursavam três anos para obterem formação obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Na tentativa de conciliar esse conflito, o então Conselho Federal de Educação propôs um novo currículo e duração de três anos para o curso de obstetrícia, estabelecendo uma articulação com o curso de enfermagem, por meio de um tronco profissional comum de dois anos e o terceiro que apontava para possibilidade de complementação em enfermagem e obstetrícia para as obstetrizes e enfermeiras. Este modelo não permaneceu por muito tempo, pois em 1972, a reformulação das universidades brasileiras vetou a duplicação dos cursos. Desta forma, a formação de enfermagem obstétrica passou a ser uma habilitação, compondo o terceiro ciclo da graduação em enfermagem. Em 1971, o curso de obstetrícia da Universidade de São Paulo foi integrado a Escola de Enfermagem, sendo a obstetriz, única profissão não médica na assistência ao parto e nascimento (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

A partir da década de 1980, muitas escolas de um modo geral passaram a adotar a modalidade de especialização, deixando de lado as habilitações, na busca por maior qualificação profissional. Em 1994, o Ministério da Educação preconizou

novas diretrizes no currículo mínimo de enfermagem e as habilitações foram extintas, sendo a pós-graduação responsável pela formação do especialista em enfermagem obstétrica (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

A institucionalização do parto e a incorporação do profissional médico, apresentou mudança considerável neste cenário parturitivo, promovendo qualidade na assistência ao nascimento com a introdução da equipe multiprofissional nas práticas de atenção ao parto. Trouxe consigo uma gama de avanços tecnológicos que passaram a contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal. Contudo, essa mudança trouxe também aumento considerável no número de intervenções no nascimento, assim como o parto cesáreo. Este tipo de parto passou a ser tratado de maneira eletiva dificultando o processo de humanização no nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO 2005).

3.2 Humanização do parto e nascimento

O movimento de humanização nos cuidados à saúde considera a gravidez e o parto como eventos que integram a vida reprodutiva de homens e mulheres. É um momento singular, uma experiência especial na vida da mulher e parceiro, envolvendo a família e comunidade. A gestação, parto e puerpério, representam uma das experiências mais significativas na vida do ser humano. O parto e o nascimento constituem-se unicamente um evento biológico, acompanhado por outros fatores relacionados ao ser humano, gerando implicações psicoemocionais, culturais, sociais e econômicas (HANUM et al., 2016).

Segundo Diniz (2005, p. 631):

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação.

Na década de 1990, a humanização foi adotada como política pública de saúde, iniciando pelo ambiente hospitalar, e, posteriormente, dirigida a todos os níveis de atenção à saúde. A política ganhou força social pela humanização do parto e nascimento, que influenciou a transformação da prática de muitas enfermeiras na assistência ao parto (POTASSI et al., 2017).

No ano 2000, no contexto das mudanças relacionadas ao atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, foi criado o Projeto Maternidade Segura, com o objetivo de elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil e reduzir a morbimortalidade. O presente projeto reuniu forças de diversas instituições como: Ministério da Saúde-MS, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO, Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, Organização Panamericana de Saúde-OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a População-FNUAP (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

A inserção do modelo Maternidade Segura propõe oito passos (1) garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; (2) garantir assistência durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como planejamento familiar; (3) incentivar o parto normal e humanizado; (4) ter rotinas escritas para normatizar a assistência; (5) treinar toda equipe para implementar as rotinas; (6) possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal; (7) possuir arquivo e sistema de informação;

(8) avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-infantil (MEDEIROS et al., 2016; BRASIL, 1995).

O termo humanizar aponta para oferta de atendimento de qualidade, associado ao avanço tecnológico, valorizando a troca de saberes, inclusive entre pacientes e familiares, está ligado ao fato de que os seres humanos têm necessidades biológicas e fisiológicas, e as atitudes voltadas ao atendimento destas necessidades seriam consideradas humanizadas. Para atingir a amplitude do ser humano, não poderiam ser reconhecidas somente as necessidades biológicas e fisiológicas, mas também o enfoque às necessidades psicológicas, sendo ainda relevante considerar um ser humano universal, pois os valores são individuais e culturais (ADORNO et al., 2017).

No contexto das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, que permeiam a Humanização do Parto, uma relação empática e comunicação eficaz por parte do profissional que atende ao parto, é classificado como uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada. Sendo assim, a relação e comunicação eficaz oferecem à mulher e família subsídios para um atendimento seguro do ponto fisiológico e psicológico (BRASIL, 1995; OMS, 2018).

A relação profissional da saúde-cliente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, tenham dificuldades em participar da decisão diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais da saúde. Do ponto de vista profissional, o movimento da humanização tem como eixo norteador a melhoria da qualidade desta relação. Ou seja, poderá contribuir para melhores desfechos, um cuidado que promova o parto seguro, uma assistência não violenta, relacionada às ideias de humanismo e de direitos humanos (REBELLO; NETO, 2012; FERREIRA et al., 2013).

A qualificação da atenção é o principal foco da humanização, envolvendo duas

vertentes: respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe a assistência, e, por outro lado, qualificação dos profissionais, ampliando o domínio científico em prol de qualidade assistencial. A atenção humanizada ao parto e nascimento, envolve uma gama de conhecimentos, práticas e atitudes que visem à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (ALVES et al., 2017).

A humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, sendo eles de origem estrutural, profissional e familiar. Com a transferência do cenário de nascimento, da residência para o hospital e o início da medicalização, o parto passou por uma série de mudanças, perdendo a mulher a sua autonomia durante este processo. A mulher é abdicada do empoderamento do seu parto e este poder é conferido ao profissional, que intervém na fisiologia feminina, introduzindo intervenções, por vezes desnecessárias, com a finalidade de acelerar o processo natural do parto. Os avanços tecnológicos da medicina a favor da vida, passam a ter domínio total do ato de partear. Esse processo que deveria ser fisiológico, tendo a parturiente como protagonista, torna-se um evento intervencionista e medicalizado (MARTINS; MATTOS; SANTOS, 2016).

A assistência humanizada ao parto significa colocar a mulher no centro e na autonomia de suas ações, proporcionando a ela um sentimento de segurança durante o parto e cuidados com seu filho. É devolvido a ela a autonomia para decidir ativamente em seu próprio cuidado, adoção da posição de sua preferência, uso de métodos de alívio da dor conforme sua decisão e ainda a recusa de procedimentos desnecessários. Nesta vivência a equipe profissional atua como facilitadora de um processo natural, no qual a mulher é preparada durante toda vida (BRASIL, 2017).

O parto humanizado é aquele que respeita a fisiologia da mulher durante a gestação e parto. Vai além de uma área de conhecimento obstétrico, buscando direcionar toda atenção às necessidades da mulher e dar-lhe o controle da situação na hora do nascimento. A dor é entendida como uma função fisiológica e pode-se aliviar com métodos não farmacológicos amplamente embasados, mas a mulher pode optar pelo uso de analgesia (BRASIL, 2017; HANUM et al., 2017).

3.3 Da parteira tradicional aos parteiros com formação acadêmica

O ICM (International Confederation of Midwives) define como parteira tradicional (Traditional Birth Attendant) a pessoa que assiste a mãe durante o parto e que, inicialmente, adquiriu habilidades no atendimento solitário da parturiente ou como aprendiz de outra parteira tradicional. O seu conhecimento e formação está baseado em repasse da tradição (OPAS, 2014).

O Ministério da Saúde (2010, p.11) também define como parteira tradicional:

Aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira. Adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

No Brasil, as parteiras possuem um importante papel na cultura popular. Possuem uma função essencial em muitas comunidades, principalmente naquelas de difícil acesso aos serviços de saúde e carência de profissionais. Em regiões ribeirinhas, áreas rurais, indígenas e quilombolas o trabalho das parteiras muitas vezes é a única alternativa para as mulheres e os seus bebês (PEREIRA, 2016).

Tradicionalmente, as parteiras deveriam ser mulheres asseadas, sem vícios, idôneas, honestas, preferencialmente viúvas, possuir destreza manual, conhecimentos fisiológicos, bem como conhecer os rituais ligados ao nascimento. Geralmente, são mulheres que já tiveram filhos ou mais idosas, que possuem um perfil de liderança nas comunidades onde moram, sendo referência na saúde da mulher e da criança. São figuras presentes nos momentos de nascimento e morte (BARBOSA et al., 2013).

As parteiras possuem uma forma particular de saber e saber-fazer. Em sua atuação fazem uso de conhecimentos tradicionais, baseados em experiências repassadas oralmente de mãe para filha. Os conhecimentos são advindos de crenças, tradição, misticismo, fruto de uma prática empírica e repetida. O saber da parteira não está relacionado a educação formal, mas experiência acumuladas ao longo dos anos (SANTOS, 2016).

Em algumas regiões do País, incluindo o Norte, Nordeste e Centro Oeste, existe subnotificação do quantitativo de parteiras tradicionais. Pelo preconceito e repressão por parte de profissionais e serviços de saúde, parteiras atuam de forma encoberta e vários municípios omitem a existência de parteiras atuantes. Esta problemática dificulta o levantamento do número oficial de parteiras tradicionais no Brasil (PEREIRA, 2016).

O MS reconhece o trabalho das parteiras, porém é desconhecido o quantitativo real destas profissionais no território nacional. Visando sensibilizar as secretarias estaduais e municipais de saúde e profissionais da área a desenvolverem ações de resgate, apoio e qualificação dessas mulheres, o MS criou em março de 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (GUSMAN et al., 2015).

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais estimula a troca de saberes tradicionais e o técnico-científico. Também contribui para a produção de novos conhecimentos e tecnologias no setor da saúde. Desde o início do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, em 2000, até 2005, já foram alcançados resultados como a capacitação de aproximadamente 1.170 mulheres e 570 profissionais de saúde. Também houve aumento no reconhecimento de situações de risco pelas parteiras, com encaminhamentos oportunos para os serviços do SUS. Treze estados participam do programa: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Alagoas, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais (GUSMAN et al., 2015).

O enfermeiro obstetra, obstetrix e o médico obstetra, diferentemente tiveram seu início profissional voltado para a atenção ao parto hospitalar, visando cumprir os propósitos do Ministério da Saúde no que diz respeito a atenção a mulher e a criança. Neste sentido, o enfermeiro obstetra e a obstetrix apresentam-se como profissionais relevantes na redução da morbimortalidade materno-infantil, bem como na qualificação da assistência prestada (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; MATTOS, 2016).

Num trabalho sobre enfermeiros obstetras que trabalham com o parto domiciliar, Mattos (2012) descreveu como a prática do parto domiciliar reconecta com as práticas e valores tradicionais. Os parteiros urbanos com formação acadêmica (enfermeiros obstetras, obstetrixes e médicos obstetras) visam resgatar o conhecimento trazido ao longo dos anos pelas parteiras tradicionais, agregando-os ao conhecimento científico adquirido com a formação acadêmica. Estes profissionais possuem um raciocínio em relação ao parto que é o contrário do pensamento

medicalizado e mecanicista, priorizam o respeito à fisiologia, a não utilização de intervenções desnecessárias e valorizam o protagonismo da mulher.

Assim como a parteira tradicional em regiões rurais, os parteiros com formação acadêmica vêm se definindo como profissional autônomo no atendimento a partos domiciliares em regiões urbanas. Estes profissionais têm associado o seu trabalho ao modelo das parteiras tradicionais. A assistência efetiva é, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de planejada segundo as necessidades de instituições e profissionais (MATTOS, 2016).

3.4 O parto domiciliar

A Organização Mundial da Saúde acredita que o melhor ambiente para o parto é aquele em que a mulher se sinta segura. Este ambiente pode ser o domicílio, um Centro de Parto Normal ou um hospital maternidade. A residência é um ambiente seguro para o nascimento, desde que seja uma decisão da mulher e família (BRASIL, 1995; OMS, 2018).

Desde a história da existência humana até o século XVII, o parto era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. A medicina não tinha conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência ao parto. Médicos eram chamados ocasionalmente, somente em partos difíceis (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

A mudança de concepção quanto ao local de parto teve início com o surgimento do fórceps, cesariana e outras intervenções, no início do século XVII. Neste período, os médicos assumiram a assistência ao parto, em um modelo de atendimento institucional nas grandes cidades. O trabalho da parteira foi sendo afastado, permanecendo somente nas regiões rurais e de difícil acesso aos hospitais (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Com a institucionalização do parto, houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento, pois a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde. Com isso, grande parte das mulheres passou a permanecer internada em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas diante das regras e foram privadas da presença de uma pessoa de sua confiança para apoiá-las (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Por mais de um século, o parto em casa ficou restrito a população das regiões rurais e com difícil acesso as maternidades. Após a inserção do enfermeiro obstetra e obstetrix no cenário da assistência ao parto (1990) e a força de grandes movimentos como a Humanização do Parto e Nascimento (1990) e o Projeto Maternidade Segura (2000), associado ao movimento feministas, as mulheres começaram a retomar a prática do parto em casa nos grandes centros urbanos (LESSA, 2012; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Enfermeiros obstetras, obstetrizes e médicos obstetras tem ampliado essa prática em diversas regiões do país. São profissionais autônomos que prestam assistência à mulher desde o pré-natal, detectando possíveis riscos que possam ocorrer na gestação e no parto, e, preparam a gestante para o processo parturitivo. Livre de riscos, o parto domiciliar vem sendo realizado por estes profissionais, que

atendem a clientela de demanda espontânea, que possui interesse pessoal e familiar para que o parto aconteça no domicílio (KOETTKER, 2016).

O termo “Parto Domiciliar Planejado” (PDP) é usado para conceituar aqueles nascimentos que acontecem em domicílio, de forma intencional e programada pela mãe, juntamente com os profissionais responsáveis pela assistência que acompanharam a gestante de risco habitual durante o pré-natal. Esta modalidade de parto e nascimento permite o controle do ambiente, por parte da parturiente e familiares, envolvidos no evento do parto (MATTOS, 2012).

Este tipo de parto é planejado para que aconteça no ambiente domiciliar. O planejamento deste parto é realizado durante o pré-natal, com uma gestação de baixo risco. É um parto de início espontâneo, que recebe o atendimento por equipe profissional qualificada e possibilita a mulher viver plenamente o nascimento da criança. A mulher é estimulada a viver intensamente o momento, sendo encorajada a participar ativamente de todas as decisões, adotando a posição de sua preferência, podendo caminhar, alimentar-se e até mesmo descansar. A participação da família é essencial, para manter o vínculo de segurança e confiança e permitir que o parto aconteça sem intervenção profissional, deixando a natureza da mulher agir por si (COLLAÇO et al., 2017).

4 REVISÃO DE PESQUISAS ATUAIS

Para esta etapa foi realizada revisão integrativa da literatura, norteadas pela seguinte questão: quais estudos existentes do tipo qualitativo sobre parto domiciliar nos últimos 5 anos. O objetivo foi conhecer as publicações qualitativas no cenário nacional e internacional sobre o parto domiciliar.

Foram adotadas as seis etapas para a constituição desta revisão, sendo: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabela; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada.

Na busca por pesquisas atuais, foi traçado o recorte temporal de 2013 a 2018. Este levantamento de dados foi realizado no período de março a dezembro de 2018, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-Brasil) e acesso as bases MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e ScienceDirect.

Os descritores utilizados foram parto domiciliar planejado, parto domiciliar e parteira, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram incluídas todas as pesquisas qualitativas, em inglês e português, disponíveis em formato de artigo científico e publicada nos últimos 5 anos em ordem cronológica conforme o Quadro 1. Não foi excluído nenhum estudo.

Autor e Ano Título Estado/ País	Objetivo	Conteúdo Relevante
<p>FEYER et al., 2013.</p> <p>Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado.</p> <p>Santa Catarina/Brasil.</p>	<p>Compreender os rituais de cuidado realizados por famílias, durante a preparação para a vivência de parto domiciliar planejado.</p>	<p>Participaram 25 famílias, no período de setembro de 2010 a abril de 2011. As técnicas de coleta de dados foram a observação participante e a entrevista. Mediante processos de apreensão, síntese, teorização e recontextualização, emergiram duas categorias: A casa para nascer e preparando a chegada do bebê. O parto domiciliar é uma experiência construída no âmbito do casal grávido. A casa é concebida pelas famílias como um local sagrado para a vivência de uma experiência que agregue valores existenciais ao ato fisiológico do nascimento. Compreender esses rituais contribui para o oferecimento de cuidado de enfermagem culturalmente congruente.</p>
<p>FRANK; PELLOSO, 2013.</p> <p>A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado.</p> <p>Paraná/Brasil.</p>	<p>Compreender a percepção dos profissionais no acompanhamento do parto domiciliar planejado.</p>	<p>Foram entrevistados oito profissionais que atuaram em partos domiciliares. A análise revelou que o domicílio, enquanto local de assistência, possibilita o protagonismo da mulher e da família pela tranquilidade, calma e autonomia. O ambiente é seguro quando se segue requisitos como baixo risco gestacional, avaliação adequada, no decorrer da evolução do parto, presença de materiais adequados, rede transdisciplinar e local pré-definido para encaminhamentos. Os profissionais apontam, ainda, como fundamental, a participação familiar no processo. Concluiu-se que o parto domiciliar é uma excelente estratégia para transformar e melhorar a qualidade da atenção obstétrica.</p>
<p>LESSA et al., 2014.</p> <p>Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional.</p> <p>Rio de Janeiro/Brasil.</p>	<p>Revelar, a partir do cotidiano, as relações sociais que envolvem a opção da mulher pelo parto domiciliar planejado.</p>	<p>Estudo etnográfico institucional. Participaram dezessete mulheres que planejaram e efetivamente pariram no domicílio assistido por médica ou enfermeira obstétrica, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, entre outubro e dezembro de 2010. Resultados: emergiu a categoria as relações sociais e sua influência na opção pelo parto domiciliar planejado. Pensar nas relações de poder na escolha do parto domiciliar planejado é favorecer a livre escolha vivenciada pela mulher nas suas diferentes e distintas</p>

		redes de apoio. A valorização da mulher enquanto sujeito do processo de nascimento é essencial para o bem estar materno-fetal.
<p>LESSA et al., 2014.</p> <p>Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres.</p> <p>Rio de Janeiro/ Brasil.</p>	<p>Descrever o processo de opção das mulheres pelo parto domiciliar planejado.</p>	<p>Utilizou a etnografia institucional segundo Doroty Smith. Utilizou-se entrevista com 17 mulheres que pariram no domicílio entre 2008 e 2010 no Rio de Janeiro. Selecionamos uma categoria: informação - um passo para a opção pelo parto domiciliar planejado. Categoria construída a partir de seis subcategorias: conhecia pessoas que tiveram parto domiciliar; conhecia pessoas com experiências negativas; internet como fonte de informação; livros como fonte de informação, informações a partir de profissional de saúde; e troca de informações entre mulheres. A informação atua como rede de conhecimento, relatos e experiências em suas dimensões simbólicas, favorecendo a conscientização e organização social de apoio. Esses saberes e práticas são alicerces de uma compreensão social e discurso próprio da mulher na opção pelo parto domiciliar planejado.</p>
<p>DE CASTRO, 2015.</p> <p>Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo.</p> <p>São Paulo/ Brasil.</p>	<p>Compreender os sentidos da escolha da mulher para o parto domiciliar planejado.</p>	<p>Pesquisa qualitativa na qual foram entrevistadas 20 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado. A análise das entrevistas possibilitou caracterizar os sentidos da escolha pelo parto domiciliar em quatro categorias: a casa como uma alternativa ao modelo de atenção obstétrica vigente; hospital, um lugar a ser evitado; "Louca não, informada!": repercussões da escolha à margem do sistema de saúde; parto em casa como facilitador do protagonismo das mulheres.</p>
<p>SANFELICE; SHIMO, 2015.</p> <p>Representações sociais sobre o parto domiciliar.</p> <p>São Paulo/ Brasil.</p>	<p>Conhecer as representações sociais sobre o parto domiciliar de mulheres que fizeram esta opção diante da escassez de estudos que avaliem esse fenômeno sob uma perspectiva humana, histórica e social.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistadas 14 mulheres que vivenciaram ao menos uma experiência de parto domiciliar, assistido e planejado, na cidade de Campinas-SP e região entre fevereiro e março de 2014. Utilizou-se o critério de saturação teórica para definição do tamanho amostral. Os dados analisados revelaram uma representação social: meu corpo, minhas escolhas, meu</p>

		parto. As participantes mostraram-se discordantes com o modelo de atendimento institucionalizado da atualidade e buscaram o parto domiciliar como uma alternativa concreta de contemplação às suas expectativas, as quais estão fortemente alicerçadas pelo princípio da autonomia. As reflexões apresentadas servem como subsídios para o debate e reformulação das políticas de saúde obstétrica brasileira.
MORAES et al., 2016 A dor do parto: percepção de mulheres que pariram no domicílio. Goiás/ Brasil.	Analisar a representação da dor do parto para mulheres atendidas em partos domiciliares planejados.	Estudo com abordagem qualitativa, com base na Teoria Fundamentada em Dados. As participantes do estudo foram 14 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado. A produção de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando gravador de voz, na cidade de Goiânia/GO. Após a transcrição das entrevistas na íntegra, os discursos foram separados por semelhança e estruturados em códigos. Na análise da compreensão e do significado da dor do parto para mulheres que pariram em domicílio, emergiram três categorias temáticas: Fortalecimento, Superação e Confiança. O estudo concluiu que a dor do parto para mulheres que optaram por parir em domicílio foi desassociada do sofrimento, sendo atribuída a um processo de crescimento.
BYRNE et al., 2016. Community and provider perceptions of traditional and skilled birth attendants providing maternal health care for pastoralist communities in Kenya: a qualitative study. Nairobi/ Quênia.	Entender melhor as práticas e percepções de parteiras tradicionais e parteiras qualificadas que atendem as comunidades pastoris, seminômades e localizadas remotamente no Quênia.	Estudo qualitativo descritivo com coleta de dados em 2013 e 2014. Foi realizado quatro discussões de grupos focais com parteiras tradicionais, três com agentes comunitários de saúde, dez com mulheres da comunidade e três com homens da comunidade. Entrevistas em profundidade foram realizadas com sete parteiras com qualificação e oito informantes-chave. As áreas temáticas cobertas foram: práticas e percepções de parteiras tradicionais e qualificadas; recompensas e desafios; administrar complicações obstétricas. A pesquisa mostrou que as parteiras tradicionais são membros valorizados e acessíveis de suas comunidades que aderem às práticas tradicionais e fornecem apoio prático e emocional às mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto. Algumas práticas das parteiras tradicionais são potencialmente

		<p>prejudiciais para as mulheres, por exemplo, restringindo a ingestão de alimentos durante a gravidez, e os participantes reconheceram que as parteiras tradicionais são incapazes de lidar com complicações obstétricas. As parteiras qualificadas são reconhecidas como tendo habilidades e recursos técnicos valiosos que contribuem para partos seguros e limpos, especialmente no caso de complicações, mas também há uma percepção de que as parteiras qualificadas maltratam as mulheres. Ambas parteiras identificaram uma série de desafios relacionados ao seu trabalho, e exemplos de respeito mútuo e colaborações informais entre as parteiras.</p>
<p>EUSTACE et al., 2016.</p> <p>Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy.</p> <p>Queensland/ Austrália</p>	<p>Explorar experiências de parteiras de investigação de rotina, percepções de facilitadores e barreiras e estratégias sugeridas para melhorar a prática na investigação da violência pelo parceiro íntimo.</p>	<p>Foi utilizado um desenho descritivo qualitativo. Os participantes foram recrutados de um boletim de e-mail pelo Australian College of Midwives. Entrevistas por telefone em profundidade foram realizadas com 21 parteiras. Os dados foram analisados usando uma abordagem de análise temática indutiva. Três temas foram identificados: O primeiro tema; Fazer a pergunta incorporou a crença de que, embora as mulheres perguntassem sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo estivessem no papel de parteira, os participantes sentiam-se sem apoio e despreparados. O segundo tema; O grande fator de medo representou preocupações em torno de revelações positivas de violência por parceiro íntimo, incluindo um senso de responsabilidade, se preocupa em encorajar as mulheres a divulgar sem processos e recursos claros para apoiá-las. O terceiro tema; Construir um relacionamento incorporou a importância da continuidade do cuidado, confiança e construção de rapport. A continuidade do cuidado foi identificada como um facilitador positivo para a investigação de rotina. Uma falta percebida de apoio, pressões de tempo e presença de um parceiro em consultas foram todos considerados barreiras para a investigação de rotina. A investigação sobre a VPI é um papel valioso e importante na obstetrícia. As parteiras descreveram a frustração e o medo</p>

		quando as mulheres revelaram violência. O nível percebido de apoio dos serviços de saúde variou de acordo com os contextos da prática e precisa ser melhorado.
<p>KLOMP et al., 2016.</p> <p>Perceptions of labour pain management of Dutch primary care midwives: a focus group study.</p> <p>Amsterdã/ Holanda.</p>	<p>Explorar as percepções das parteiras de apoiar as mulheres a lidar com a dor durante o trabalho de parto.</p>	<p>Estudo de grupo de focal qualitativo com quatro grupos de foco, incluindo um total de 23 parteiras de 23 práticas de obstetrícia em todo o país. Amostragem intencional foi usada para selecionar as práticas. O método de comparação constante de Glaser e Straus (1967, ren. 1995) foi usado para obter uma compreensão das percepções das parteiras sobre o manejo da dor no parto. Encontramos dois temas principais. O primeiro tema dizia respeito ao experiente conflito de papéis profissionais das parteiras, que se refletiu em sua abordagem do manejo da dor do parto ao longo de um espectro de “trabalhar com dor” para uma abordagem de “alívio da dor”. O segundo tema identificou fatores situacionais, incluindo restrições de tempo; descontinuidade do cuidado; papel do parceiro; e várias influências culturais, que alteraram o contexto em que os cuidados foram prestados e como as parteiras viram seu papel profissional. As parteiras se sentiram desafiadas pela necessidade de equilibrar sua atitude profissional em relação ao parto normal e à dor do parto, o que favorece o trabalho com a dor, com a mudança na sociedade para uma aceitação mais ampla do manejo farmacológico da dor durante o trabalho de parto. Essa mudança obrigou-os a redefinir sua identidade profissional.</p>
<p>MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A., 2016</p> <p>O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado.</p> <p>Goiás/ Brasil.</p>	<p>Descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no parto domiciliar planejado e refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao parto domiciliar planejado.</p>	<p>Estudo qualitativo, utilizando Teoria Fundamentada em Dados. A produção de dados se deu a partir de 22 entrevistas com enfermeiros obstetras, em cinco regiões do Brasil. Resultados: na análise dos resultados emergiram três categorias temáticas: << Preconceito cultural >>, << Atitude profissional >> e << Falta de apoio logístico >>. Considerações finais: o parto domiciliar planejado assistido por enfermeiro atende a política de saúde. No entanto, a efetivação plena dessa prática ainda carece de resoluções específicas que garantam acesso da parturiente ao sistema público de saúde, aos serviços</p>

		privados ou conveniados ao SUS, quando necessário de encaminhamento da parturiente
<p>NASCIMENTO et al., 2016.</p> <p>O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado.</p> <p>Goiás/ Brasil.</p>	<p>Analisar fatores que influenciam as mulheres na opção pelo Parto Domiciliar Planejado.</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com base no referencial da Teoria Fundamentada em Dados. A produção de dados ocorreu em Goiânia/GO, com 14 mulheres que tiveram parto normal domiciliar planejado. As entrevistas foram realizadas utilizando gravador de voz. Após a transcrição na íntegra, os discursos foram separados por semelhança e estruturados em categorias. Com a finalidade de manter a integridade das respondentes, todas receberam pseudônimos. Resultados: na análise dos dados, emergiram duas categorias temáticas: Medo e Fuga x Empoderamento. As mulheres optam pelo Parto Domiciliar Planejado e a construção do desejo da mulher e de sua família é permeada por vários símbolos e significados que ligam a gestação a um evento natural que faz parte do ciclo da vida, onde assumem uma postura questionadora do atual modelo de atenção ao parto e nascimento.</p>
<p>SANFELICE; SHIMO, 2016.</p> <p>Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa.</p> <p>São Paulo/ Brasil.</p>	<p>Identificar as boas práticas de partos domiciliares na perspectiva de mulheres que pariram em casa.</p>	<p>Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Os dados foram colhidos por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas em 2014, audiogravadas e imediatamente transcritas. A amostra foi composta por 14 mulheres que tiveram uma experiência de parto em casa, planejado e assistido, na cidade de Campinas-SP e região. As falas foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados originaram quatro categorias emergentes: estrutura ambiental favorável; liberdade de escolhas; apoio e suporte emocional; e comprometimento da equipe de saúde. Tais achados sugerem que os profissionais que prestam assistência à parturiente, tanto no modelo de atendimento domiciliar como no hospitalar, valorizam esses aspectos buscando melhorias na qualidade da assistência. Lacunas relacionadas à satisfação das mulheres, aspectos positivos da experiência, dificuldades vivenciadas, desfechos obstétricos e</p>

		neonatais indicam possibilidades para novos estudos.
COLLAÇO et al., 2017. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. Santa Catarina/Brasil.	Conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami.	Estudo de natureza qualitativa, na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial, desenvolvida com 30 casais, no Sul do Brasil, no período de outubro de 2011 a novembro de 2012. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e observação participante. A análise compreendeu quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Foi identificado uma categoria central: O parto culturalmente respeitoso e sensível, que aponta para um cenário parturitivo esperado pelo casal, alimentado na crença de que os profissionais escolhidos para compor este momento tenham a compreensão da visão de mundo, das crenças, dos valores, dos rituais de cuidados e dos significados que lhes são atribuídos; e por três subcategorias: A concretização de um ideal, O nascimento em família e A escolha do domicílio em detrimento do hospital. O estudo concluiu que contexto ambiental do domicílio implica na totalidade de uma experiência singular que respeita as dimensões físicas, holísticoecológicas, emocionais e culturais do casal, trazendo à tona o domicílio como o local de escolha para a ocorrência do parto. 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 constitui-se num direito reprodutivo e sexual. O parto domiciliar é uma nova chance para interagir com o mundo e com pessoas que fazem parte da rede de apoio ao casal no processo de nascimento.
HENRIKSEN et al., 2017. 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence.	Obter um conhecimento profundo das experiências de parteiras com a investigação de rotina para a violência por parceiro íntimo durante o período pré-natal.	O estudo teve um desenho qualitativo. Entrevistas semi-estruturadas individuais com oito parteiras prestando cuidados pré-natais em oito Centros de Saúde Materno-Infantil (MCHC) na Noruega foram realizadas. O método de análise de conteúdo de Graneheim e Lundmans inspirou a análise. Três temas principais surgiram: as parteiras perguntam sobre a violência; Pode ser um desafio; e Fatores que facilitam a consulta. Todas as parteiras inquiriram, mas não

Oslo/ Noruega.		regularmente, sobre violência. A investigação só era possível ser implementada quando a parteira desenvolvia uma relação de intimidade com a mulher. O interesse pessoal das parteiras pelo tópico foi um fator importante que facilitou a pergunta sobre a violência. A falta de tempo, o medo de não saber como lidar com uma resposta positiva e a falta de apoio organizacional foram barreiras para perguntar às mulheres grávidas sobre suas experiências de violência. As parteiras estavam cientes das diretrizes e fizeram alguns esforços para implementá-las. No entanto, mais educação e apoio organizacional são necessários para permitir que as parteiras perguntem rotineiramente a todas as mulheres grávidas sobre violência.
OLIVEIRA et al., 2017. Percepção de gestantes e puérperas acerca do parto domiciliar planejado. Paraíba/ Brasil.	Conhecer a percepção de gestantes e puérperas acerca do parto domiciliar planejado.	Tratou-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 11 participantes, sendo seis puérperas de uma instituição privada e cinco gestantes de uma instituição pública em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados revelaram as seguintes categorias temáticas: “aspectos relacionados quanto à escolha do tipo de parto”; “desvelando as concepções acerca do parto domiciliar planejado: potencialidades x fragilidades”. O estudo concluiu que as gestantes e puérperas têm percebido que o parto domiciliar é um método eficiente na busca da humanização do parto, resgatando, cada vez mais, antigo costume.
TAYLOR; HENSHALL; KENYON, 2018 Task shifting Midwifery Support Workers as the second health worker at a home birth in the UK: A qualitative study.	Explorar a implementação de um novo modelo de cuidados domiciliários em que nascimentos de mulheres de baixo risco são atendidos por uma parteira e um assistente de obstetrícia.	O cenário do estudo foi um serviço de parto domiciliar fornecido por um grande hospital urbano do Reino Unido. A pesquisa foi realizada no período de 2014 a 2016. Participaram da pesquisa setenta e três profissionais com mais de 3 anos de experiência. Os dados qualitativos foram coletados a partir de 56 entrevistas semi-estruturadas. O modelo de parteira e assistente de obstetrícia para partos domiciliares foi implementado com sucesso na prática, com os assistentes trabalhando bem e as emergências bem

Birmingham/ United Kingdom		administradas. Houve desafios na implementação, incluindo: definir o papel dos assistentes; conteúdo e tempo de treinamento; sustentabilidade (recrutamento da assistente). O Serviço respondeu aos desafios e modificou a abordagem de recrutamento, treinamento e implantação. O modelo de trabalho de parteira e assistente para parto domiciliar mostra potencial para a transferência de tarefas para liberar a capacidade da parteira e fornecer assistência domiciliar confiável para mulheres de baixo risco. Alguns dos desafios correspondem às observações feitas na literatura sobre o redesenho de papéis. Outros que desejarem introduzir um modelo similar seriam aconselhados a definir explicitamente e comunicar o papel das assistentes, e para garantir que a equipe e as mulheres o apoiem, considere cuidadosamente o recrutamento e confirme que o modelo é custo-efetivo.
----------------------------	--	---

Quadro 1. Principais estudos qualitativos publicados nos últimos 5 anos sobre parto domiciliar planejado, parto domiciliar, parteira e enfermeira obstétrica.

Conforme o Quadro 1, identifica-se 17 publicações, entre eles, 12 eram estudos nacionais e 5 internacionais. Após a leitura dos artigos na íntegra, separamos o autor, ano da obra, título, estado/país, objetivos, método, principais resultados encontrados e conclusão (conteúdo relevante). Cabe enfatizar que no Brasil as pesquisas identificadas possuem foco no parto, no ponto de vista assistencial. Diferentemente, estudos do Quênia, Noruega, Austrália, Reino Unido e Países Baixos, apresentaram abordagem do ponto de vista profissional, com foco em parteiras que atendem o parto em casa.

No período de franco crescimento da prática do parto domiciliar planejado no território brasileiro, com o objetivo de compreender a percepção dos profissionais no acompanhamento do parto domiciliar planejado, foram entrevistados oito profissionais, entre eles três enfermeiras, uma fisioterapeuta, dois médicos obstetras

e um pediatra e uma profissional de outra área – fotógrafa. A análise revelou que o domicílio possibilita o protagonismo da mulher e da família. O ambiente é seguro quando se segue requisitos como baixo risco gestacional, avaliação adequada, recursos materiais e local pré-definido para encaminhamentos. Conclui-se que o parto domiciliar é uma excelente estratégia para transformar e melhorar a qualidade da atenção obstétrica (FRANK; PELLOSO, 2013).

Outro estudo também foi realizado na Região Sul visando compreender os rituais de cuidado realizados por famílias, durante a preparação para a vivência de parto domiciliar planejado. Neste estudo participaram 25 famílias, no período de setembro de 2010 a abril de 2011. A pesquisa mostrou que a casa é concebida pelas famílias como um local sagrado para a vivência de uma experiência que agregue valores existenciais ao ato fisiológico do nascimento. Compreender esses rituais contribui para o oferecimento de cuidado de enfermagem culturalmente congruente (FEYER et al., 2013).

Estudo etnográfico institucional realizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ, buscou revelar, a partir do cotidiano, as relações sociais que envolvem a opção da mulher pelo parto domiciliar planejado. Participaram dezessete mulheres pariram no domicílio sob assistência médica ou enfermeira obstétrica, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Os resultados mostraram as relações sociais e sua influência na opção pelo parto domiciliar planejado. Pensar nas relações de poder na escolha do parto domiciliar planejado é favorecer a livre escolha vivenciada pela mulher nas suas diferentes e distintas redes de apoio (LESSA et al., 2014).

No Rio de Janeiro-RJ, outro estudo também descreveu sobre o processo de opção das mulheres pelo parto domiciliar planejado. A abordagem usada foi a etnografia institucional segundo Doroty Smith. As entrevistas foram realizadas com 17

mulheres que pariram em casa entre 2008 e 2010. Os resultados apontaram que a informação é o primeiro passo para opção pelo parto domiciliar. A pesquisa mostrou ainda que entre as mulheres elas conheciam pessoas que tiveram parto domiciliar; conheciam pessoas com experiências negativas; tinham a internet, livros como fonte de informação, ou também adquiriram informações a partir de profissional de saúde e/ou troca de informações entre mulheres (LESSA et al, 2014).

Ainda no sentido de compreender escolha da mulher para o parto domiciliar planejado, De Castro (2015) realizou um estudo na cidade de São Paulo-SP, com 20 mulheres que tiveram parto em casa, sendo que 10 delas tinham históricos de parto hospitalar. A análise das entrevistas possibilitou caracterizar os sentidos da escolha pelo parto domiciliar em quatro categorias: a casa como uma alternativa ao modelo de atenção obstétrica vigente; hospital, um lugar a ser evitado; "Louca não, informada!": repercussões da escolha à margem do sistema de saúde; parto em casa como facilitador do protagonismo das mulheres.

Em pesquisa realizada em Campinas – SP e região, Sanfelice e Shimo (2015), buscaram conhecer as representações sociais do parto domiciliar de mulheres que fizeram esta opção diante da escassez de estudos que avaliem esse fenômeno sob uma perspectiva humana, histórica e social. Foram entrevistadas 14 mulheres que vivenciaram ao menos uma experiência de parto domiciliar. Os dados analisados revelaram uma representação social: meu corpo, minhas escolhas, meu parto. As participantes mostraram-se discordantes com o modelo de atendimento institucionalizado da atualidade e buscaram o parto domiciliar como uma alternativa concreta de contemplação às suas expectativas, as quais estão fortemente alicerçadas pelo princípio da autonomia.

Sabendo que a dor do parto normal é um dos processos mais temidos, e que existem poucas publicações com essa temática, Moraes et al., (2016) buscaram conhecer a percepção de mulheres que optaram por parir em seus domicílios com uma equipe profissional. Foi realizado estudo qualitativo e os dados foram coletados em dezembro de 2015, na cidade de Goiânia, Goiás. Participaram 14 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado na região. Na análise da compreensão e o significado da dor do parto para mulheres que pariram em domicílio emergiram três categorias temáticas: Fortalecimento, Superação e Confiança. A dor do parto para mulheres que optaram por parir em domicílio foi desassociada à sofrimento, sendo atribuída a um processo de crescimento.

No cenário internacional, o Quênia possui um estudo importante que teve o objetivo de entender melhor as práticas e percepções de parteiras tradicionais e parteiras qualificadas. Este estudo foi realizado em 2013 e 2014, por meio de grupos focais com 16 parteiras tradicionais e sete parteiras com qualificação. Os resultados evidenciaram que as parteiras tradicionais são membros valorizados em suas comunidades e fornecem apoio prático e emocional às mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto. As parteiras qualificadas são reconhecidas como tendo habilidades e recursos técnicos valiosos que contribuem para partos seguros e assépticos, especialmente no caso de complicações, mas também há uma percepção de que as parteiras qualificadas maltratam as mulheres (BYRNE et al., 2016).

Outro estudo realizado na Austrália, também explorou as experiências de parteiras de investigação de rotina da violência pelo parceiro. Foram entrevistadas 21 parteiras. A continuidade do cuidado foi identificada como um facilitador positivo para a investigação de rotina. Uma falta percebida de apoio, pressões de tempo e presença do parceiro nas consultas foram todos considerados barreiras para a investigação de

rotina. A investigação sobre a violência contra mulher é um papel valioso e importante na obstetrícia. As parteiras descreveram a frustração e o medo quando as mulheres revelaram violência (EUSTACE et al., 2016).

Um estudo holandês pesquisou as percepções das parteiras de apoiar as mulheres a lidar com a dor durante o trabalho de parto. O estudo de quatro grupos focais incluiu um total de 23 parteiras, entre junho de 2011 e julho de 2012. As parteiras se sentiram desafiadas pela necessidade de equilibrar sua atitude profissional em relação ao parto normal e à dor do parto, o que favorece o trabalho com a dor, com a mudança na sociedade para uma aceitação mais ampla do manejo farmacológico da dor durante o trabalho de parto. Essa mudança obrigou-os a redefinir sua identidade profissional (KLOMP et al., 2016).

A retomada do parto domiciliar no Brasil faz parte de uma mudança de paradigma assistencial, sendo assim Mattos et al., (2016) realizaram estudo nas 5 regiões do país com 22 enfermeiros obstetras que atendiam parto em casa. Teve como objetivo descrever os desafios e obstáculos na atuação do enfermeiro no Parto Domiciliar Planejado e refletir sobre o contexto social e profissional vivenciado pelo enfermeiro obstetra na assistência ao Parto Domiciliar Planejado. Na análise dos resultados emergiram três categorias temáticas: Preconceito cultural, Atitude profissional e Falta de apoio logístico. O resgate ao parto domiciliar é uma mudança de paradigma assistencial e isso denota romper com os estereótipos sociais, cultural e familiar e atitudes profissionais.

Com base no referencial da Teoria Fundamentada em Dados (TFD), Nascimento et al. (2016) também analisou os fatores que influenciaram as mulheres na opção pelo Parto Domiciliar Planejado, em Goiânia – Go. A pesquisa contou com 14 mulheres que tiveram parto normal domiciliar. Nos resultados e discussão ficou

evidente que as mulheres procuram o parto em casa por medo e fuga das intervenções cotidianas no ambiente hospitalar e busca pelo empoderamento no processo de parir.

No contexto das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, pesquisa Sanfelice e Shimo (2016) com 14 mulheres que tiveram parto domiciliar planejado e na cidade de Campinas-SP e região, buscou identificar as boas práticas de partos domiciliares na perspectiva de mulheres que pariram em casa. Os resultados originaram quatro categorias emergentes: estrutura ambiental favorável; liberdade de escolhas; apoio e suporte emocional; e comprometimento da equipe de saúde. Tais achados sugerem que os profissionais que prestam assistência à parturiente, tanto no modelo de atendimento domiciliar como no hospitalar, valorizam esses aspectos buscando melhorias na qualidade da assistência. Lacunas relacionadas à satisfação das mulheres, aspectos positivos da experiência, dificuldades vivenciadas, desfechos obstétricos e neonatais indicam possibilidades para novos estudos.

As pesquisas voltadas ao parto domiciliar não possuem foco somente na mulher. Na Região Sul do Brasil, foi realizado estudo com 30 casais, usando a Pesquisa Convergente-Assistencial, no período de outubro de 2011 a novembro de 2012. A pesquisa teve o objetivo de conhecer o significado atribuído pelo casal acerca da experiência do parto domiciliar planejado. O estudo concluiu que o contexto ambiental do domicílio implica na totalidade de uma experiência singular que respeita as dimensões físicas, holísticoecológicas, emocionais e culturais do casal, trazendo à tona o domicílio como o local de escolha para a ocorrência do parto. 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 constitui-se num direito reprodutivo e sexual (COLLAÇO et al., 2017).

Em alguns países as parteiras contribuem de maneira significativa na investigação da violência contra a mulher. Na Noruega foi realizada pesquisa com oito parteiras, na intenção de conhecer as experiências de parteiras na investigação de rotina para a violência por parceiro íntimo. A investigação só era possível ser implementada quando a parteira desenvolvia uma relação de intimidade com a mulher. O interesse pessoal das parteiras pelo tópico foi um fator importante que facilitou a pergunta sobre a violência. A falta de tempo, o medo de não saber como lidar com uma resposta positiva e a falta de apoio organizacional foram barreiras para perguntar às mulheres grávidas sobre suas experiências de violência (HENRIKSEN et al.,2017).

Em seu estudo Oliveira et al. (2017) se propôs a conhecer a percepção de gestantes e puérperas acerca do parto domiciliar planejado. Foi realizada pesquisa com 11 participantes, sendo seis puérperas e cinco gestantes de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal e submetidos à análise de conteúdo. Os resultados revelaram as seguintes categorias temáticas: “aspectos relacionados quanto à escolha do tipo de parto”; “desvelando as concepções acerca do parto domiciliar planejado: potencialidades x fragilidades”. O estudo concluiu que as gestantes e puérperas têm percebido que o parto domiciliar é um método eficiente na busca da humanização do parto, resgatando, cada vez mais, antigo costume.

Em estudo qualitativo longitudinal, realizado no Reino Unido nos anos de 2014 a 2016, Taylor et al., (2018) avaliaram o processo de implementação de um novo modelo de cuidados no parto domiciliar, em que nascimentos de mulheres de baixo risco são atendidos por uma parteira e um assistente de obstetrícia, contrapondo o modelo anterior, focado no atendimento ao parto em casa por duas parteiras. A

pesquisa foi realizada com setenta e três profissionais com mais de 3 anos de experiência. O modelo de parteira e assistente de obstetrícia foi implementado com sucesso e mostrou grande potencial para redução de custos e fornecer uma assistência domiciliar confiável para mulheres de baixo risco.

De forma geral, foi possível identificar que os estudos qualitativos no cenário obstétrico, especificamente relacionado ao parto domiciliar têm elevado ao longo dos anos. O quantitativo de publicações tem crescido juntamente com o aumento dos partos domiciliares nas regiões urbanas. Da mesma forma que o trabalho das parteiras em regiões rurais tem diminuído expressivamente, as publicações relacionadas ao trabalho das parteiras tradicionais têm diminuído. Nos últimos 5 anos não foi identificado nenhum trabalho relacionado a essas profissionais. Cabe ainda enfatizar a necessidade de novos estudos nacionais relacionados aos profissionais que atende ao parto em casa.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este é um estudo com abordagem metodológica da Teoria Fundamentada em Dados (TFD). A TFD ou “*Grounded Theory Analysis*” busca compreender a realidade, tendo a vivência como ponto de partida. Busca captar o significado que certo contexto ou fenômeno tem para as pessoas. Ao produzir conhecimento, não somente visa elevar o entendimento, mas também proporcionar um direcionamento significativo para a ação (DANTAS; LEITE; LIMA; STIPP, 2009).

A TFD tem o objetivo de construir teorias, conceitos e hipóteses, com base nos dados coletados, ao invés de utilizar aqueles já existentes para explicar os dados. Este método permite ao pesquisador desenvolver conceitos que descrevem como o participante vive uma certa realidade e como enfrenta os desafios nela presentes. Relacionando esses conceitos, o pesquisador busca construir um modelo conceitual que explique o fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Uma sensibilidade teórica aguçada é exigida para propiciar as nuances sutis e o significado dos dados e para identificar as conexões entre os conceitos levantados. Usar dessa sensibilidade significa ter o discernimento e a capacidade de dar sentido aos fatos e acontecimentos que os dados descrevem. Este processo torna-se possível pela forma que o pesquisador trabalha com os dados; comparando-os, elabora questões e coleta mais dados. A coleta e análise de dados ocorrem de forma alternada e integrada (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD recomenda utilizar os conceitos sensibilizadores do pesquisador, que estimulem a percepção de novas relações, perspectivas e pontos de vista, ao invés de técnicas que proporcionem mais exatidão (HENWOOD; PIDGEON, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

É baseado em um modelo em que o pesquisador se recusa a aderir uma específica escola de pensamento ou a significados estabelecidos numa teoria existente. Tal atitude, chamada de agnosticismo teórico, consiste em esperar para que as relações relevantes surjam dos dados, para posteriormente poder usar das contribuições das diversas escolas ou pesquisadores cujos conceitos ajudariam a contextualizar o modelo construído (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

5.1 Dois Cenários

O cenário da pesquisa foi a residência dos participantes nas diversas regiões do Brasil. Na primeira etapa, a pesquisa foi realizada internet com profissionais que residiam em regiões urbanas. As entrevistas foram realizadas pelos aplicativos de ligação online como Whatsapp, Facebook e Skype. Nesta etapa participaram profissionais das cidades de Brasília (DF), Florianópolis (SC), João Pessoa (PB), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP).

Na segunda etapa, as entrevistas foram realizadas com as parceiras tradicionais em regiões rurais que não possuíam acesso à internet. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador pessoalmente, com as parceiras atuantes na região centro-oeste do estado de Goiás, Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros (Figura 4).



Figura 4: Mapa do estado de Goiás e o Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros.

Fonte: <http://www.brasil-turismo.com/goias/chapada-veadeiros-mapa.htm>, acessado em: 16 de agosto de 2018.

A região da Chapada dos Veadeiros é a maior comunidade remanescente Kalunga do Brasil. A comunidade Quilombola Kalunga está localizada na região nordeste do estado de Goiás. A área do Quilombo se estende pelos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás. Os municípios ficam a uma altitude média de 800 metros do nível do mar, ultrapassando em alguns pontos os 1600 metros. É o maior quilombo do Brasil, estendido ao longo de 253.000 hectares e é constituído por 56 comunidades.

Devido à dificuldade para localização das parteiras e acesso a algumas regiões mais distantes, as entrevistas foram realizadas durante o encontro de troca de saberes, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás em parceria com o Ministério da Saúde e um projeto de extensão da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). O encontro foi realizado no período de 5 a 10 de dezembro de 2017, nas dependências de uma pousada no município de Cavalcante, Goiás.

5.2 Participantes

O convite aos participantes da pesquisa aconteceu em dois momentos. No primeiro foi realizado uma busca pelas redes sociais e sites da internet, procurando conhecer o cenário nacional acerca dos médicos obstetras, enfermeiros obstetras e obstetrizes que atendiam ao parto domiciliar nas diversas regiões do país. Assim, 95 profissionais foram identificados e outros eram indicados pelos colegas que iam sendo contactados. Neste momento buscamos conhecer o nome, região, cidade de atuação, e-mail e telefone de contato.

Foram incluídos na busca médicos obstetras, enfermeiros obstetras, obstetriz, parteira de formação técnica, parteiras tradicionais e parteira na tradição, independentemente do estado civil ou raça/cor, que estivesse atuando no atendimento ao parto em domicílio, independentemente do tempo de atuação e região do Brasil e aceitasse participar da pesquisa mediante a assinatura do TCLE (Apêndice A). Foram excluídos profissionais que atendessem somente a partos hospitalares e parteiras que não estivessem mais no ofício da parteria.

No primeiro contato realizou-se o convite para participação na pesquisa. Em seguida enviou-se os Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE) via e-mail. De acordo com que os termos retornavam assinados, as entrevistas iam sendo agendadas conforme a disponibilidade do participante.

Nesta etapa foram entrevistados oito parteiros, entre eles, cinco enfermeiros obstetras, um obstetriz, uma parteira na tradição e uma parteira com formação técnica em outro país.

No segundo momento, por meio de contato pesquisadores que desenvolvem estudos com parteiras no Centro-Oeste de Goiás, descobrimos que a região ainda possuía um grande número de parteiras tradicionais atuantes. Porém, muitas residem

em lugares sem possibilidade de acesso de carro e sem meios de contato por telefone ou correios.

A captação das parteiras tradicionais foi uma tarefa árdua, uma vez que residiam em regiões de difícil acesso e comunicação. Na primeira tentativa foi feito contato com a Associação Brasileira de Parteiras que funciona no estado de Pernambuco, onde tradicionalmente possuía o maior número de parteiras no Brasil, porém não foi identificado nenhuma atuante. De acordo com a informação fornecida pela associação, as parteiras tradicionais eram um grupo em extinção, inclusive aposentadas do ofício de partejar.

Com muito esforço e apoio da população da região da Chapada dos Veadeiros, foi feita busca das parteiras atuantes, por meio de indicação dos membros das comunidades, que iam sinalizavam o nome das parteiras e o local de residência. Ao chegar na residência das parteiras, muitas se sentiam intimidadas e quando eram questionadas, recusavam dizendo que não eram parteiras. Omitiam a prática e se identificavam somente como raizeiras. Nesta captação não foi possível realizar nenhuma entrevista.

Por meio da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, tomamos ciência da realização de um encontro de troca de saberes, onde estariam presentes grande parte das parteiras da região. No encontro foram entrevistadas 11 parteiros, entre eles 10 do sexo feminino e um do sexo masculino.

No encontro estavam presentes a Secretaria Estadual de Saúde, coordenação do Projeto de Extensão Valorização de Saberes de Parteiras Quilombolas em convênio com o Ministério da Saúde/UNEB/OPAS e a presidência da Associação Quilombo Kalunga (AQK). Durante o evento identificamos que as parteiras, que anteriormente no primeiro contato, negaram a prática e se apresentaram como

raizeiras, estavam no evento. Foi possível perceber que a omissão a prática, possui uma relação com a repressão que sofrem no seu campo de atuação. Após 2 dias de atividades, por meio de rodas de conversas elas iam relatando suas experiências e assim iam assumindo o posicionamento quanto parteiras, e assim as entrevistas iam acontecendo.

O quantitativo total de participantes foram 19 parteiros, distribuídos entre as 5 regiões do Brasil (Figura 5). Não houve número pré-determinado de participantes e a amostra foi determinada de acordo com o conteúdo e consistência dos dados que iam sendo coletados e analisados concomitantemente (STRAUSS; CORBIN, 2002).



Figura 5. Número de participantes por região.

Para manter o anonimato, os participantes foram identificados por siglas e sequência numérica de acordo com a categoria profissional, conforme iam sendo entrevistados: EO (enfermeiro obstetra), O (obstetriz), PFT (parteira de formação técnica), PT (parteira tradicional) e PNT (parteira na tradição).

Sequência das entrevistas	Código do entrevistado e UF	Idade	Sexo	Tipo de formação	Tempo de atuação
1	EO 1 (PB)	42 anos	Fem	Acadêmica	18 anos
2	PT 1 (DF)	41 anos	Fem	Tradicional	19 anos
3	EO 2 (RJ)	64 anos	Fem	Acadêmica	17 anos
4	O 1 (SP)	26 anos	Masc	Acadêmica	2 anos
5	PFT 1 (DF)	40 anos	Fem	Acadêmica	6 anos
6	EO 4 (SC)	41 anos	Fem	Acadêmica	11 anos
7	EO 3 (DF)	38 anos	Fem	Acadêmica	11 anos
8	PNT 1 (DF)	31 anos	Fem	Na tradição	5 anos
9	PT 2 (DF)	52 anos	Fem	Tradicional	20 anos
10	PT 3 (SC)	52 anos	Fem	Tradicional	30 anos
11	EO 5 (SC)	30 anos	Fem	Acadêmica	10 anos
12	PT 4 (GO)	95 anos	Fem	Tradicional	75 anos
13	PT 5 (GO)	75 anos	Fem	Tradicional	50 anos
14	PT 6 (GO)	49 anos	Masc	Tradicional	20 anos
15	PT 7 (GO)	61 anos	Fem	Tradicional	31 anos
16	PT 8 (GO)	51 anos	Fem	Tradicional	33 anos
17	PT 9 (GO)	68 anos	Fem	Tradicional	48 anos
18	PT 10 (GO)	67 anos	Fem	Tradicional	35 anos
19	PT 11 (GO)	85 anos	Fem	Tradicional	30 anos

Quadro 2. Caracterização de acordo com a sequência das entrevistas, quanto ao código do entrevistado/Unidade de Federação - UF, idade, tipo de formação (acadêmica ou tradicional) e tempo de atuação no parto domiciliar.

5.3 Aspectos Éticos

Em cumprimento às resoluções que permeiam a pesquisa no Brasil, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-Goiás, sob CAAE. 55238016.9.0000.0037 e parecer de aprovação número 1.678.986 (Apêndice B), em conformidade com a Resolução 466/12 – Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos ético-legais dos estudos científicos que envolvem seres humanos.

Todos os participantes foram submetidos a assinatura do TCLE (Apêndice A), assinado também pelo pesquisador. Aos participantes que foram entrevistados pela a distância, o TCLE foi enviado via e-mail, assinado e enviado de volta ao pesquisador. Os que foram entrevistados pessoalmente, o TCLE foi assinado no ato da entrevista e os não alfabetizados foi realizado fichamento da digital.

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu no período entre julho de 2016 a dezembro de 2017, realizada pelo próprio investigador, por meio de entrevista semiestruturada individual aberta (Apêndice C) e o informante teve todas as perspectivas possíveis de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade, que enriquece a investigação (TRIVIÑOS, 1998).

As entrevistas foram gravadas no formato eletrônico e após a gravação foram transcritas na íntegra, com autorização dos depoentes.

Entre a coleta de dados e o processo de transcrição foram elaborados memorandos. A redação do memorando é uma etapa fundamental para a análise, sendo registradas as abstrações de ideias para análise dos dados. O memorando

consiste em uma forma de registro referente a formulação da teoria, que deve ser construído durante o processo de coleta e análise de dados (CHARMAZ, 2009).

5.5 Análise dos dados

Ao invés de seguir uma teoria, o pesquisador foi norteado por seus conceitos sensibilizadores, provenientes da imersão do pesquisador na prática da assistência ao parto domiciliar. Um conceito sensibilizador importante foi: “A assistência ao parto domiciliar é uma prática pessoalmente envolvente e intensa para ambos envolvidos”.

Seguindo a tradição intelectual da Grounded Theory, a análise de dados teve início com o trabalho de codificação aberta, sendo o elo inicial entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Através da codificação definimos o que encontramos nos dados e começamos a debater as idéias (CHARMAZ, 2009). Este processo ocorreu em três etapas:

Codificação Inicial – nesta etapa estudamos rigorosamente os fragmentos dos dados coletados, sendo oferecida atenção específica as palavras, linhas, segmentos e incidentes, construindo breves descrições que captam o sentido destes em forma de um código analítico.

Codificação Focalizada – nesta etapa foi separado aquele material que podia representar os códigos iniciais mais evidentes e os testamos em contraste com dados mais amplos, com a finalidade de estruturarmos os códigos encontrados. Esta etapa ocorreu concomitante a coleta de dados.

Codificação Teórica – trata-se de um nível sofisticado de codificação, onde os códigos iniciais foram relacionados uns aos outros, enquanto hipóteses a serem integradas em uma teoria.

Na Teoria Fundamentada em Dados o modelo é construído a partir de comparações contínuas entre os códigos, entre os códigos e os dados, identificando assim similaridades e diferenças que permitem que categorias gradualmente emergem e se relacionam entre eles.

Para análise de dados, a literatura específica acerca do parto domiciliar planejado foi usada, com a finalidade de obter sensibilidade mais aguçada dos conceitos locais, que identifiquem algumas características centrais das situações a serem estudadas. Na TFD, o agnosticismo teórico permite um contato prévio com a literatura existente, mas não apoia a adesão a posições teóricas particulares. A adesão precoce a uma teoria ia prejudicar o aproveitamento das próprias sensibilidades teóricas atuais do pesquisador (HENWOOD; PIDGEON, 2010).

6 RESULTADOS

Seguindo o procedimento típico da *Grounded Theory Analysis*, os códigos foram organizados em categorias e esse processo passou por várias fases. Alguns momentos decisivos na emergência do modelo são representados abaixo.

No primeiro estágio de análise (figura 6), identifica-se que a filosofia de trabalho da parteira revela e direciona sua formação, identidade e norteia o relacionamento parteira-parturiente. As ferramentas e estratégias de trabalho vão se formando de acordo com a identidade de cada profissional, bem como o relacionamento que é gerado com cada família. E o desenvolvimento do trabalho pode ser visto como um preditor da filosofia de trabalho, que muitas vezes, vai sendo direcionada pela vivência e experiência de cada profissional.

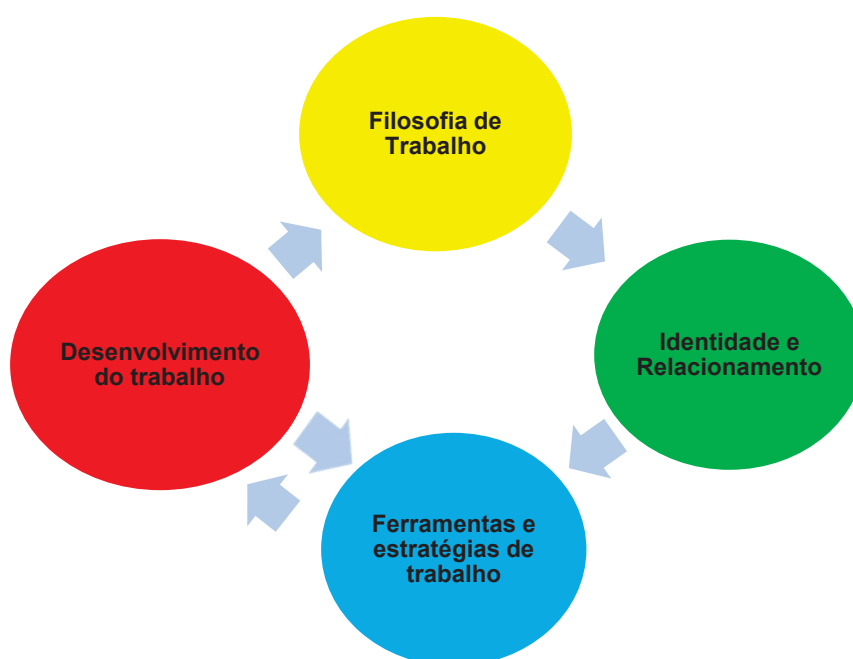


Figura 6. Primeiro estágio da análise das entrevistas.

No segundo estágio da análise (figura 7) foi possível identificar a identidade e o relacionamento parteira-parturiente como um eixo central, que presume a filosofia de trabalho. Sendo ainda um direcionador das ferramentas e estratégias de trabalho e o desenvolvimento do trabalho em si, e vice-versa.

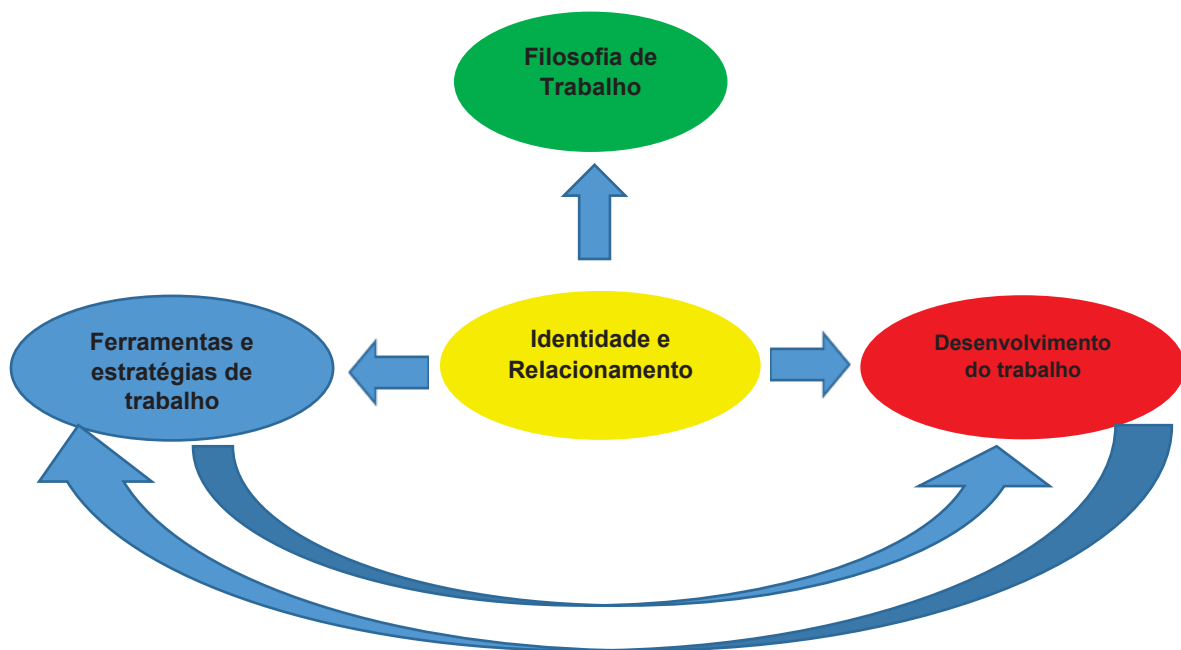


Figura 7: segundo estágio da análise

Finalmente, uma resolução de duas categorias principais (figura 8) foi desenvolvida, sendo elas: a filosofia de trabalho e o relacionamento. Nessas duas categorias principais, as ferramentas e estratégias foram desenvolvidas.

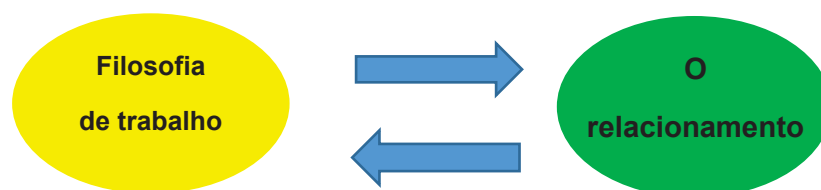


Figura 8: modelo das categorias definitivas.

As duas categorias definidas que emergiram estão divididas em subcategorias. A filosofia de trabalho da parteira traz como eixos a integralidade, naturalidade e o rigor no atendimento ao parto em casa. O relacionamento no parto domiciliar tem como subcategorias a identidade, o eu profissional da parteira, o contato com a mulher, a mulher enquanto pessoa, a relação pessoa com a mulher no trabalho e o relacionamento que permanece (figura 9).

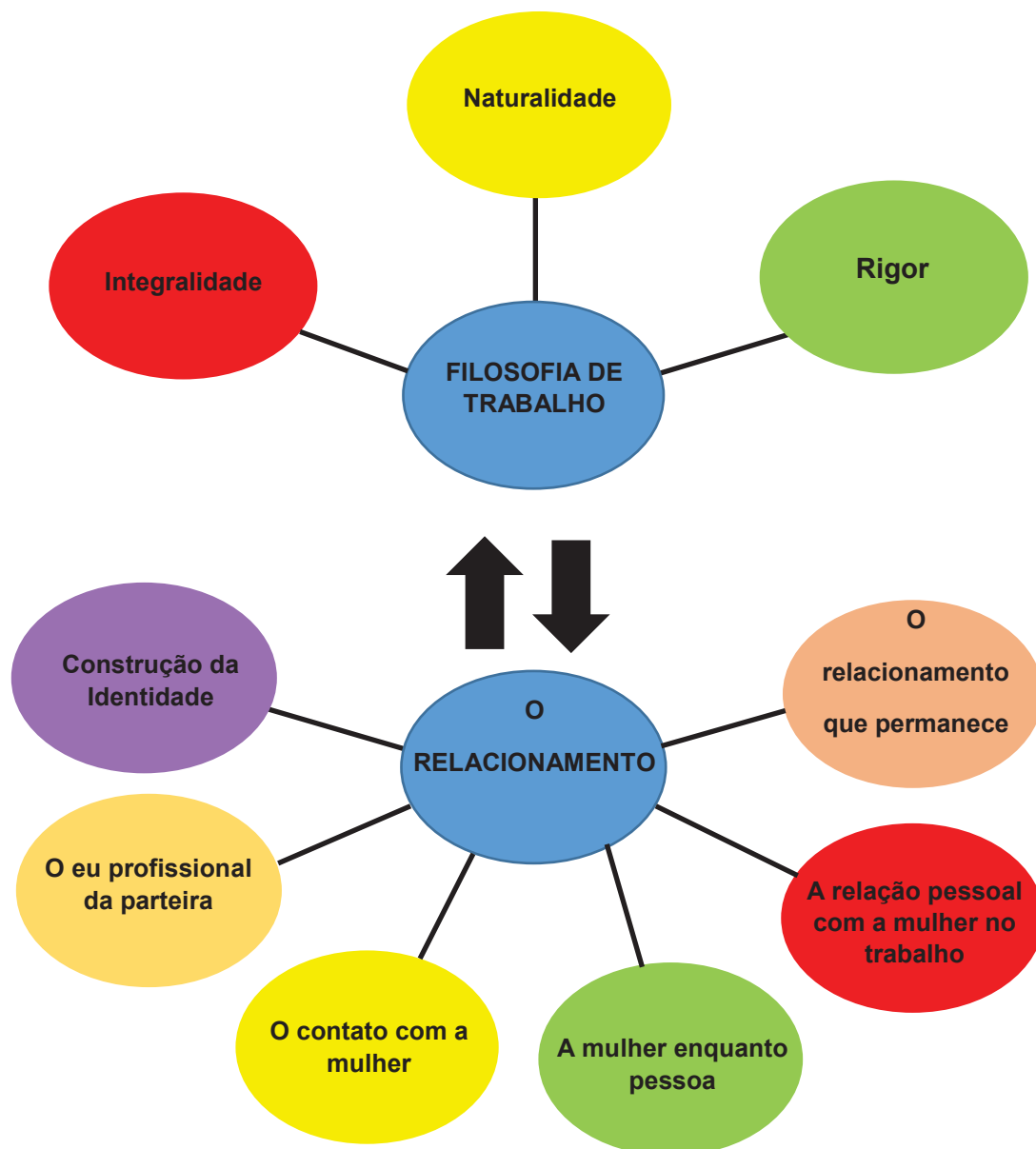


Figura 9: modelo de integração das categorias e subcategorias.

6. 1 FILOSOFIA DE TRABALHO

A categoria que descreve a filosofia de trabalho da parteira foi construída a partir de três conceitos que emergiram da interpretação dos depoimentos, sendo elas: integralidade, naturalidade e o rigor que caracterizam juntos a forma das parteiras pensar o seu trabalho.

6.1.1 Integralidade

A filosofia do trabalho que transparece nas entrevistas, prima por uma busca de cuidados integrais ou até holísticas, no sentido de incluir atenção para as dimensões emocionais, sociais e culturais da vivência do parto, bem como uma preocupação ampla com o estado geral de saúde da mulher e do feto.

Na busca por um preparo adequado para o parto, a equipe de parteiras efetua um trabalho emocional, por meio de um ritual de preparo para o parto. Elementos rituais preparam para a mudança, atendem a tensões familiares e minimizam a ansiedade da mulher na espera pelo início do trabalho de parto. Além disso, outras atividades são desenvolvidas para processar a vivência do parto iminente.

Aí a gente faz algumas coisas né, o ritual de barriga de gesso. A gente faz um ritual de despedida de barriga. A gente vai com esta mulher pra caminhar, vai à praia, a gente faz as recomendações ou vai com ela, depende da rede de apoio, porque cada uma é uma. E aí ela entra em trabalho de parto ou isso ou antes disso (EO 1).

As parteiras lançam mão de elementos de terapias integrativas para preparar a mulher para o parto, do ponto vista físico e emocional:

[...] mas também eu tenho usados umas sequências reichianas que têm me ajudado muito, porque vem desbloqueando a energia do corpo

até os últimos exercícios que a gente faz mais perto do parto trazendo energia pra pelve e isso têm tido ótimos resultados (PT 2).

Nosso pré-natal também é muito aprofundado nessa coisa do pré-natal sensível, pra ver outras questões, principalmente questões emocionais (EO 3).

Há uma tendência às atividades grupais nas diferentes fases do trabalho. O pré-natal é realizado em grupo por algumas parteiras:

Na forma como eu aprendi pré-natal, ele é feito na roda, então, é um pré-natal coletivo. A roda ela não tem tema e aí as pessoas trazem as questões que elas desejam conversar sobre aquele dia e aí a gente conversa e aí no final da roda eu atendo cada mulher individualmente, eu estando acompanhando ou não essa mulher [...] apalpo a barriga pra ver a posição do bebê, ausculto o bebê, faço a medida da barriga, aí eu vejo a oxigenação, vejo a circulação, eu vejo como que tá o ferro, a pressão também (PNT 1).

As rodas de conversas ou grupo de gestantes também são usados para preparar a mulher durante a gestação, parto e pós-parto. Ocasão em que a mulher tem oportunidade de conhecer outras mulheres que vivenciaram o parto e se fortalecer na troca de experiências:

Porque na roda a gente já vai abordar todos esses temas: gestação, trabalho de parto, a saída do bebê, preparação do corpo, preparação do períneo, o pós-parto, amamentação, esses são temas que a gente aborda, aí se a mulher não faz o grupo daí a gente trabalha isso nas consultas individuais também (EO 5).

As vezes eu decido que por exemplo, têm um grupinho de mulheres que vão pari em um período próximos e aí eu faço um grupo que vão trabalhar com parto em grupo com aquelas mulheres, aqueles homens, que é bem legal porque os homens vêm e têm uma interação, (PT 2).

As atividades grupais permitem trabalhar e aprofundar as informações já ministradas ou para preparar o que ainda será abordado nas consultas. Nestas rodas de conversas também é comum a presença de casais que pretendem ter um parto hospitalar e após conhecerem o grupo acabam mudando a opção para um parto em casa.

O acompanhamento do parto em casa é cercado de rituais que visam auxiliar a mulher para que o parto seja uma experiência positiva. Em algumas situações, o trabalho de parto é iniciado com ritual de sessão espiritual:

Então assim, ela me aciona quando estiver em trabalho de parto ativo, aí eu consigo juntar quem está no momento do parto e abrir nossas orações pedindo proteção para o parto e assim nós abrimos o trabalho espiritual e se todos ali estiverem querendo tomar o santo Daime, a gente toma, claro que numa dose bem menor do que numa reunião do santo Daime mesmo (PT 1).

Se for uma mulher que a gente entrou numa conexão íntima de ter essa intimidade para falar sobre espiritualidade, daí a gente faz orações se ela for católica, acende velas, ou enfim. Eu tento entrar no ritual da fase, ritual espiritual, se por acaso ela já tem. Faço minhas orações também e costumo mais observar assim (PNT 1).

A placenta possui uma representatividade e importância nos rituais desenvolvidos pelas parteiras. Entre algumas profissionais é comum a prática da placentofagia, onde a parteira oferece pedaços de placenta para a mulher:

Corto o cordão, se a placenta não tiver saído, eu espero a placenta sair e aí a mulher come uns pedacinhos da placenta, a gente sempre entra nesse acordo antes. E elas, quando a gente tá nas conversas pré-natais, eu falo que quem quiser depois, nesse momento também comer um pedacinho da placenta em forma de ritual, faz oração por aquilo (PNT 1).

O destino final da placenta também é uma responsabilidade da parteira. No contexto da parteria tradicional, a profissional enterra a placenta, obedecendo alguns rituais comuns a própria comunidade:

A placenta é guardada, nós guarda ela no buraco, abre um buraco e põem ela dentro, nós não joga a toa não. Agora nós leva no buraco, bota lá, leva um pouquinho de sal, salpeia lá ao redor e é tudo legalizadim (PT 4).

A placenta eu ranco ela. Pode abrir um buraco, abro um buraco e aí vem com ela e põem lá. Põem umas pitadinha de sal e aí corta o cordão lá. O cordão vem assim, aí joga a terra, bota uma lata de pedra por cima, assim que nós faz lá (PT 5).

No acompanhamento de partos domiciliares urbanos também ocorre o uso de rituais que parecem lembrar os saberes culturais da parteria tradicional. Desde os preparos espirituais aos rituais relacionados a placenta, é uma prática comum entre as parteiras tradicionais ou parteiras formadas que trabalham embasadas nos conhecimentos tradicionais.

A parteira possui uma atenção especial com o estado geral da mulher, incluindo hidratação e alimentação que devem sustentar o esforço intenso e prolongado. Isso é outro aspecto que mostra a integralidade dos cuidados. A parteira se preocupa com todas as dimensões da parturiente:

Vou cuidar bastante de saber se ela se alimentou, se precisa de alguma vitamina pra manter os níveis de energia do corpo dela vitais, pra que o parto mais prolongado não ficar desvitalizado, a questão da hidratação é bem importante também (PT 4).

Os métodos e terapias integrativas utilizados durante o trabalho de parto não possuem um protocolo específico. A parteira segue as demandas da mulher. Ela lança

mão de um repertório próprio e o usa com criatividade em interação com as especificidades de cada parto:

Se ela gosta de música, se ela gosta de cheiros, pra colocar óleos essenciais, varia muito de uma pra outra [...] mas o que eu ofereço é aromaterapia, massagem, bola, vários exercícios, aí depende de como a mulher é mais ativa ou não (O 1).

É isso de intervenção acupuntura, às vezes quando eu tenho que fazer, não com agulha, tem o mocha também, às vezes tenho que usar a mocha eu uso, uso a técnicas de rebozo e manobras, pra reajustar o bebê na barriga da mãe e tal, mudar o posicionamento do bebê (PNT 1).

Nós panha o remédio do mato que a gente sabe, folha de manga, folha de pequi e manjerição, favaca, bota lagramina, bota pra ferver e faz um panelão. Bota pra ferver e dá um banho da cintura pra baixo e aí agora faz um café sem doce, pinga uns pinguim de azeite e bota no bucho dela. Ou então um café sem doce, pode fazer e pingar uns pinguim de azeite (PT 5).

No pós-parto, o uso de técnicas alternativas também é comum. As parteiras propõem chás e banhos como mecanismo de proporcionar melhor recuperação da puérpera:

Aí com 24 horas eu faço este atendimento. Eu sempre uso umas ervas né de pós-parto, banho de assento, arnica, então eu recomendo banho de assento com barbatimão, caju roxo que é pra cuidar do períneo (PT 1).

Hora que acaba de ter nós põe aquele remédio do mato, é um manjerição, um mentrasto, essas folhinhas de caatinga. E agora nós junta tudo e faz banho e banha a mulher. É mulher que acaba o resguardo e cê não vê ela reclamar que dói a unha do dedo (PT 4).

Eu olho o corpo dela, olha a pressão dela, nós conta pra ela o quê que tá sentido, ela fala: “ eu tô bem, então não precisa não, e agora cê vai beber só o chá do algodão, é o chá, é o chá, até os sete dia não esquece do chá (PT 11).

Assim, o acompanhamento da mulher, tanto na gestação, parto e pós-parto, se faz por meio de uma visão da mulher como um todo, visando um cuidado do ponto de vista físico e emocional, atendendo as peculiaridades e necessidades indo além das demandas biológicas do parto.

6.1.2 Naturalidade

O trabalho entende respeitar o parto como um evento natural. Isto se mostra na contenção da profissional e na economia das suas intervenções. Essa atitude traz um aspecto de humanização nos cuidados e contribui para o empoderamento da mulher assistida. As parteiras apenas ajudam a providenciar as condições adequadas para o progresso do parto e o encontro tranquilo do bebê com a mãe. Ela não impõe escolhas e evita intervenções invasivas. Permite que a sequência natural dos eventos desabroche suavemente.

Durante o acompanhamento do trabalho de parto, a parteira permite que a mulher seja protagonista do processo. A parturiente possui autonomia e liberdade durante todo tempo para proceder da forma que se sentir melhor, incluindo a liberdade para adotar as posições que lhe forem mais confortáveis:

Se ela quiser usar música, dançar, aí vai depender da dinâmica do parto, se tá muito rápido ou não. Mas aí fazer técnicas de respiração, massagem e conforme a posição do bebê eu vou sugerir exercícios e conforme a dinâmica do parto a gente vai vendo as situações que se apresenta (PT 1).

No parto eu deixo a mulher à vontade com a posição de parto, eu não faço questão. Se quiser ficar de cócoras, se quiser ficar de pé, se quiser ficar no chuveiro, aí eu não faço questão nenhuma (O 1).

A mulher vai tá na posição que ela escolheu, geralmente, se eu sugerir uma posição, mas se eu ver que ela precisa mudar de posição pra tentar melhorar eu vou sugerir (PT 3).

É um atendimento com poucas intervenções, onde a parteira intervém somente com tecnologias leves, quando detecta alguma anormalidade do processo ou da evolução natural do parto:

[...]meu trabalho é muito baseado assim na parte da espiritualidade e assim com o mínimo de intervenção possível, praticamente zero (PT 1).

Então o trabalho de parto iniciado eu faço poucas interferências, eu costumo deixar as coisas acontecerem naturalmente, a gente fica na disponibilidade da mulher (PFT 1).

Eu procuro sinceramente fazer o mínimo, tento não usar nada, nem aromoterapia. Se o ambiente estiver tenso provavelmente vou ser usar uma lavanda, mas se não tiver eu vou deixar o cheiro que tiver na casa da mulher. Então tudo é muito relativo (EO 4).

Exames invasivos, do ponto de vista psicológico, como toque vaginal não são realizados de forma rotineira. A parteira usa este tipo de avaliação quando chega à residência da mulher para constatação do parto ativo. Além disso, só realiza o toque vaginal quando detecta alguma alteração ou parada de progressão do parto:

O toque eu gosto de fazer depois que eu chego, eu vejo que o trabalho de parto tá fluindo. Se é um trabalho de parto que tá demorando, que eu tô lá a sei lá, quatro horas, cinco horas e tá tudo a mesma coisa, então aí, faço o toque, geralmente costumo deixar o toque vaginal pra um momento muito essencial (PNT 1).

Não precisa nem de toque vaginal, mas às vezes até o toque vaginal eu considero que pode ser uma ferramenta boa. Às vezes, também no início do trabalho de parto, se a mulher estiver sentindo uma intensidade muito grande de parto, mas que não for muito evidente se já é parto ativo, eu também posso propor um toque pra ela (PT 3).

Logo após o nascimento, o trabalho é focado no contato da mãe com o bebê e o estabelecimento do aleitamento materno. A amamentação ocorre espontaneamente quando a profissional permite as condições adequadas prevalecer e não impõe intervenções:

Mas este ajuste, alimentação e nisso a gente vai observando. Amamentação logo após o nascimento, dependendo das condições do bebê, o estímulo espontâneo deste bebê direto na mama e deixamos a família organizada nesse primeiro momento (EO 2).

A amamentação a gente vê se tá saindo leite, se o peito se não tiver saindo quase leite tem o remédio que faz pra dar o leite, pra soltar o leite, tem remédio que passa pra tomar e tem que passa pra lavar o peito (PT 8).

E aí a gente veste o bebê e ele volta pro colo da mãe, muitas vezes ele já mamou, porque ele ficou um bom tempo com a mãe, a gente tenta auxiliar ali naquelas primeiras horas de amamentação e a maioria deles mama mesmo na primeira hora (PFT 1).

Os procedimentos rotineiros com o recém-nascido são realizados com tempo. Eles não são percebidos como urgentes, logo após o parto. Permite-se o prazo para uma evolução tranquila e natural. Na filosofia do parto em casa, o bem-estar é enfatizado e os procedimentos técnicos são realizados sem pressa nem tumulto:

Aí com este acompanhamento, está tudo bem a gente vai embora e no dia seguinte a gente retorna e nós vamos realizar os procedimentos com o bebê, pesar, medir, porque neste primeiro momento só quem manipula o bebê é a mãe, mas no dia seguinte é que a gente vai realizar os procedimentos e esses dados mais importantes para documentação (EO 2).

Eu vou medir o comprimento do bebê no dia seguinte, eu vou medir abdômen, peito, vou avaliar os reflexos vizinhos, vou fazer o que não é de tão importância no dia seguinte, pra não atrapalhar o bebê, pra não ficar atrapalhando o contato entre mãe e bebê (PT 5).

A naturalidade no acompanhamento e cuidados prestados a gestante, parturiente e puérpera é bem característico do parto em casa. No cenário do parto domiciliar, a mulher é a personagem principal e a parteira evita ao máximo interferir na evolução natural do trabalho de parto.

6.1.3 Rigor

A visão integral e natural é combinada, na filosofia das profissionais, com um rigor técnico que inclui trabalhos pré-natal e pós-parto. As parteiras tradicionais em sua maioria não acompanham a gestação da mulher. As mulheres são acompanhadas durante o pré-natal pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes urbanas começam a trabalhar mais cedo na gravidez com a mulher, sendo pré-requisito de algumas equipes o acompanhamento ao pré-natal desde o início da gestação.

O trabalho da parteira possui um olhar voltado para atenção qualificada às diferentes fases do trabalho. Neste entendimento, inicia-se o contato com a mulher e acompanhamento de pré-natal o mais precocemente possível:

Encontrar a mulher mais cedo, então quanto mais cedo eu encontrar a mulher melhor. Então têm mulheres que me procuram bem cedo mesmo, tipo seis semanas, oito semanas, mas a maioria não chega por aí, três meses às vezes quatro (PT 2).

Geralmente estas mulheres me contatam com 8 semanas, 12 semanas, então elas primeiro passam por um médico de escolha delas e aí conversam e discutem com as amigas e com as outras mulheres me contatam pra conversar sobre o parto domiciliar (EO 2).

A dinâmica das consultas de pré-natal é similar ao realizado nos serviços de saúde no Brasil. O cronograma de consulta é realizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde:

A gente costuma fazer as consultas mensal, aí depois das 30 semanas a gente faz quinzenal, da mesma forma do SUS né, e depois de 38 já faz semanal (O 1).

Então o pré-natal a gente faz mensal até 30 semanas, depois de 30 semanas a gente faz pré-natal quinzenal. Com 34 semanas a gente dá uma lista de material e começa falar sobre o parto, vê se o plano B está bem alinhavado. Aí com 36 semanas a gente faz uma visita domiciliar e esta visita é o marco que a gente vai falar quando vai chegar. E a partir daí as consultas são semanal (EO 3).

Aí a gente vai se encontrar uma vez por mês. Aí de trinta e duas semanas pra trinta e seis é quinzenal e das trinta e seis em diante a gente se encontra uma vez por semana até o bebê nascer. (PT 3).

Este preparo permite entrosamento e conhecimento da mulher por parte da parteira. Sendo assim, durante o trabalho de parto, a avaliação da parturiente é baseada numa percepção integral da mulher:

Se mulher tiver na água eu não escuto. A mãe quando está muito largada, cansada, que não reage, a gente vai dá suco com babosa, dá uma colher de mel, dá tâmara e não reage, eu já sei que aquele bebê vai nascer meio chumbado, então eu já me preparo pra receber um bebê em sofrimento. E se eu ficar ali naquele BCF, escutando e escutando, as pessoas entram em pânico (EO 2).

Desde o primeiro contato com a mulher a equipe avalia o quanto e quais informações a mulher precisa para direcionar o acompanhamento:

Na primeira consulta a gente vê como que esta mulher está de informação. Se ela está com uma doula desde o começo ela vai estar mais preparada, então as nossas consultas não são tão informativas assim, mas as nossas consultas duram no mínimo uma hora e meia a duas horas. A gente divide a consulta em módulos digamos assim (O 1).

Até mesmo as profissionais que realizam as consultas em consultório sempre fazem uma visita para preparar a logística e conhecer a residência onde será o parto:

Na consulta de 36 semanas, a gente pede pra que todo mundo que estará no parto estar nesta visita: gato, cachorro, periquito e papagaio. Esta é a visita da logística, que a gente vai dizer onde que vai colocar a piscina, se ela quiser piscina, as modificações que ela tem que fazer na casa e com todo mundo a gente faz este processo (EO 1).

Passar informação correta tem um papel importante no rigor do trabalho, mas também está diretamente ligada com a integralidade do acompanhamento onde a informação favorece as condições para que a mulher seja uma protagonista competente com autonomia no evento. O acompanhamento do pré-natal visa preparar a mulher para o parto, oferecendo o máximo de informações que possam ser necessárias. As consultas seguem um roteiro de temas a serem discutidos com o casal. As informações são ministradas em módulos pré-concebidos:

A gente divide a consulta em módulos digamos assim. O quando chamar a gente, o porquê chamar a gente, fala sobre as contrações, como funciona as contrações, como contar as contrações, preparo pro parto, a gente fala sobre métodos não farmacológicos. A gente fala pra não chegar na hora do parto e a gente fala assim, faz isso e não ser uma surpresa pra ela (O 1).

Nas outras consultas que vão seguindo, a gente tem até um roteiro no nosso acompanhamento. Ele tem alguns itens que a gente vai seguindo. Claro que não é uma coisa fechada, porque às vezes ela chega com uma dúvida que não tem nada haver com aquela que eu pretendia abordar, mas cada consulta a gente tem um ou dois temas principais para abordar (EO 4).

Aí nesta conversa eu procuro tirar todas dúvidas possíveis. Explico qual os procedimentos que eu tenho com o bebê quando nasce...o que as mães precisam fazer quando o bebê nasce né, que é registro, estas dúvidas e sempre explicando tudo sobre parto domiciliar (PT 1).

Toda informação que é repassada para a gestante e família durante as consultas permite que se sintam seguros durante a fase inicial do trabalho de parto. No cenário urbano, a parteira geralmente vai para casa da mulher somente na fase ativa do trabalho de parto:

Eu vou pra casa da mulher geralmente quando tá com o parto ativo. Claro que se a mulher estiver muito ansiosa e sentir a necessidade que eu vá lá nesse período muitas vezes eu vô. Se não, eu vou quando tá no trabalho de parto ativo, contrações regulares, uma certa intensidade (EO 5).

Vai variar um pouco de mulher pra mulher, mas assim eu explico que é possível que seja mais interessante que eu chegue quando o parto estiver na fase ativa, obviamente, eu explico pra eles o que significa a fase ativa, eles estão sabendo as fases do parto (PFT 1).

Em muitos casos, a parteira principal vai para a casa da mulher, para prestar suporte inicial de maneira imediata enquanto o restante da equipe se organiza. No caso de a mulher ter uma doula, essa normalmente chega antes da equipe e desenvolve algum tipo de trabalho integrativo enquanto o restante da equipe chega:

Geralmente a doula chega antes no trabalho de parto e aí a gente vai em geral de acordo, em geral é de acordo com a contração, mas já foi porque a mulher não estava em condição de ficar sozinha. Geralmente é quando já está com contrações já na fase ativa e vai da necessidade de cada uma (O 1).

Em equipes compostas por mais de uma parteira, as profissionais se revezam no trabalho, evitando uma sobrecarga. A primeira parteira assume os cuidados e condução dos trabalhos enquanto a segunda profissional chega. Quando a segunda parteira chega, permite que a primeira descanse, assumindo os cuidados já iniciados:

Se enfermeira está muito cansada, passou a madrugada inteira, a gente tenta revezar. Então a gente chega devagar, dá um beijo nela,

tenta fazer um pouco esse cuidado e tenta fazer com que a primeira enfermeira descanse (EO 4).

A forma de trabalhar sempre está atrelada a questão se a parteira atende sozinha ou tem outras profissionais que colaborem na equipe. Mesmo entendendo que as atribuições da doula são distintas da parteira, em muitos casos a doula oferece um suporte relevante até a chegada da parteira neste processo de trabalho em equipe. Já, no contexto das parteiras tradicionais, a doula normalmente é substituída pelos familiares e comadres.

A avaliação do batimento cardio-fetal (BCF), é utilizado pela parteira como forma de manter a segurança quanto ao bem-estar da mulher e do feto durante o acompanhamento:

O bebê eu ausculto, não tem assim regra: cada uma hora, a cada duas horas. Então se é um trabalho de parto que o bebê já apresentou algum sinal que tem alguma coisa que não tá harmônico, se é um trabalho de parto que já tá mais intenso, tem muito tempo, tem outras variáveis como bolsa rota, eu ausculto mais vezes, tipo a cada uma hora e tal (PNT 1).

Daí quando tiver em trabalho de parto eu vou auscultar o bebê de meia em meia hora, mais pro final mais perto ainda, se já tá no expulsivo eu vou avaliar na hora, a cada dez minutos, depois a cada cinco minutos, mais pro final (EO 5).

Entre algumas parteiras tradicionais é comum realizarem a avaliação da vitalidade fetal por meio da percepção dos movimentos do bebê durante o trabalho de parto, como o relato desta profissional:

Sabe, como é que sabe que o bebê tá bem? Ele mexe. Ele mexe na barriga. Quando cê põem a mão nele se ele tiver daqui ele corre pra cá (PT 8).

Como se fosse um ritual, entre as parteiras tradicionais existe uma atenção muito especial com o corte e cuidados prestados ao coto umbilical:

Quando ele nasce eu corto o imbigio, já tô com o azeitinho aí bem queimadinho, pego boto o azeite e marro um cintim, e agora eu vô mancar o azeitinho, vou molhando e dando pro menino pra lamber, vou molhando e dando pro menino pra lamber, com três dias o imbigio tá caído. Aí agora cai logo que tá sarado (PT 4).

No parto, da hora que o menino nascê corta o umbigo. Corta o umbigo e queima. Com um garfo, uma colher queima e aí agora bota azeite, marra um cordão no umbigo (PT 5).

Aí nasceu eu vou cortar o imbigio. Corta o imbigio, tem aqueles pavio de algodão que a gente faz, passa assim no dedo faz um cordãozinho, amarra no pé do imbigio, molha ele de azeite, faz aquela camisinha, corta um pedacinho (PT 7).

Logo após o nascimento, a avaliação e os procedimentos com o recém-nascido são realizados com cautela, sem prejudicar o vínculo estabelecido pelo contato da mãe com o filho e a amamentação:

E aí quando eles já estão prontos a gente faz as medições do bebê, pesa, mede, verifica os reflexos, vê como é que tá ali geral os sinais vitais daquele bebê. Então ele volta pro colo da mãe, muitas vezes ele volta a mama ou ele dorme, tem bebês que ficam tão exaustos depois de terem mamando, e a manipulação deixa eles cansadinhos e eles dormem e voltam pro colo da mãe e a última coisa que eu faço como bebê já vestido é a aplicação da vitamina K. (PFT 1).

Após o nascimento, a parteira fica atenta as peculiaridades do recém-nascido e puérpera. A avaliação é rigorosa com atenção especial com sangramento e a dequitação da placenta:

Aí eu vou ficar bem atenta, como é que tá o sangramento. Normalmente eu vou ficar na casa pelo menos umas três horas depois que sai a placenta, depois do parto. Aí sai a placenta aí eu vou colo

da mãe, mamando. Eu deixo o bebê ainda ligado no cordão, com a placenta do lado, eu vou dar uma avaliada no períneo ver se precisa de sutura, no caso eu vou fazer nesse momento que sair a placenta e aí depois a gente corta o cordão e aí depois eu vou avaliar o bebê, avaliar a mãe (EO 5).

O pós-parto imediato é um período relevante para a parteira, que investe tempo no domicílio da mulher, com atenção rigorosa, aos sinais de hemorragia e, posteriormente, ao bem-estar da mãe e bebê:

E no pós-parto eu costumo ficar 10, 12 horas na casa da mulher, dependendo da necessidade; cuidado da amamentação, vejo como o bebê está, cuida do loquiação (O 1).

Eu fico lá, geralmente, umas quatro horas. Eu fico ali pra preservar essa primeira hora, aonde vai se estabelecer a pulsação, vai se estabelecer a temperatura do bebê fica regulada, vai acontecer o nascimento da placenta e a contração uterina necessária para não ter hemorragia (PT 3).

A gente vai embora no correr do dia, mas fica andando, vai e vem, vê como é que a mulher tá, como o filho tá. Quando é perto fica triando. Quando é longe, de primeiro os donos da buchuda pegava a parteira um mês em antes, um mês em antes, pra botar em casa. Depois dos oito dias ali. Tem gente que fica em casa, tem mulher que tem o marido. Sempre eu volto. (PT 8).

O pós-parto mediato também é acompanhado pelas parteiras, por meio de visitas planejadas, na qual a profissional se faz presente durante todo resguardo da mulher:

Aí eu volto com três dias, eu volto com sete e eu volto com mais ou menos ali no meio do pós-parto, no resguardo e depende da mulher, quinze dias, vinte dias, isso depende. E aí eu volto com quarenta dias que é pra fazer o fechamento, do resguardo (PNT 1).

No pós-parto a gente volta no primeiro dia, depois a gente volta entre o terceiro e quarto dia, que é a chegada do leite. Depois a gente se vê

no consultório entre 7 e 10 dias e depois a gente se vê com 30 dias (EO 3).

Então cada mulher nos dá um ritmo diferente. A gente atende até o 10º dia em média. Então este atendimento pode ser de 3 em 3 dias ou de 2 em 2 dias, dependendo de como ela se mostra mais segura e independente. A orientação alimentar é muito importante, a gente traz o suporte familiar e este suporte familiar é planejado antes (EO 2).

A dinâmica de trabalho da parteira pode variar de acordo com o tipo de formação, quer seja tradicional ou formal, porém é evidente a seriedade e compromisso no atendimento e acompanhamento por estas profissionais no parto domiciliar, desde a gestação até o pós-parto. O trabalho segue muitos protocolos comuns aos serviços de saúde, como o cronograma das consultas de pré-natal, porém existe uma atenção especial com o pós-parto que é pouco comum em instituições de saúde.

6.2 O RELACIONAMENTO

Para compreender o relacionamento que se desenvolve entre a mulher atendida e a profissional, encontramos depoimentos que tratam da identidade da parteira e da sua visão de si, como também da maneira em que ela percebe a mulher e a sua interação com ela. A categoria principal que chamamos de “O relacionamento” emergiu da junção de cinco conceitos. Os dois primeiros (construção da identidade e o eu profissional da parteira) referem-se a quem a parteira é: sua história, sua identidade, sua personalidade e sua maneira de ser no contexto profissional. Um terceiro (a mulher enquanto pessoa) descreve a parturiente do ponto de vista da parteira. Dois outros conceitos (a relação pessoal com a mulher no

trabalho e o relacionamento que permanece) descrevem o que ocorre entre as duas pessoas. No texto a seguir descrevo os conteúdos desses cinco conceitos.

6.2.1 Construção da identidade

A forma de entrada no cenário do parto em casa não foi de igual forma para as participantes. No caso das profissionais com formação acadêmica, esta construção de identidade teve seu ponto de partida no ambiente hospitalar. Ambiente este que levou alguns profissionais a diversos questionamentos sobre as deficiências do modelo de atendimento e despertou o interesse pelo conhecimento de um modelo alternativo, mais natural e mais humano.

No contexto das parteiras de formação tradicional, as histórias são diferentes. Muitas se tornaram parteiras como uma forma de socorro, para suprir as dificuldades de acesso aos serviços de saúde nas comunidades em que residem.

O primeiro contato de algumas profissionais com o parto domiciliar aconteceu por meio de uma parteira tradicional. No exemplo abaixo, uma profissional se arriscou a atender pela primeira vez em um parto em casa, por influência de uma parteira tradicional experiente:

Meu marido na época era antropólogo e fazia viagens pra Amazônia. E num determinado momento ela veio pra minha casa fazer um tratamento de saúde, nada haver com parto [...] E neste momento que ela estava na minha casa uma amiga minha chegou na minha casa em trabalho de parto pedindo que eu tinha que ajudar ela, que ela não se via parindo no hospital, que pra ela era uma coisa muito natural e era impossível ter no hospital. E eu falei assim: olha eu não tenho como te ajudar. Eu posso ficar com você o máximo de tempo até você ir pro hospital. Até que esta parteira passou no meio da conversa e falou assim: mas ela é parteira. Se vocês conversarem com ela e resolver está tudo certo (PT 1).

Para algumas parteiras a sua entrada na área do parto em casa ocorreu a partir de sua experiência pessoal com o sistema hospitalar. Muitas vezes, tratava-se de uma experiência que expôs as inadequações do parto hospitalar, como no exemplo abaixo:

Com 21 eu já tinha meus 3 filhos e sempre tive a certeza do parto normal, né só que eu enfrentei o sistema hospitalar e com 17 anos tive que brigar com o médico pra ter meu filho normal (PT 1).

Eu tive o meu primeiro filho no hospital e foi uma das piores experiências que eu vivenciei. Quando engravidei do segundo filho eu tinha certeza que eu não queria viver aquela experiência ruim novamente e imediatamente eu pensei em um parto em casa (EO 5).

Não necessariamente, o envolvimento com o parto domiciliar tem desde o início uma característica profissional. Algumas profissionais começaram a atuar no cenário, auxiliando suas amigas no nascimento de seus filhos e assim foram despertando a aptidão e interesse para o acompanhamento:

Quando as minhas amigas começaram a engravidar [...] eu sempre estava ali auxiliando pra não deixar elas passarem pela mesma dificuldade que eu já passei. E aí que veio está busca pelo parto normal. Parto domiciliar como profissional era uma coisa muito distante, eu nem imaginava na minha mente (PT 1).

O contato com outra parteira que já atua com o parto em casa também proporcionou o primeiro contato de algumas profissionais. Ocorre que através de colegas, algumas chegaram a conhecer o cenário. Conhecendo o trabalho das outras, decidiram a se envolver nesta área. As parteiras começaram a atuar numa parceria e aos poucos foram assumindo como parteira principal:

Em 89, minha colega começou o curso de especialização e me chamou para acompanhá-la, depois que ela tomou conhecimento do conteúdo obstétrico ela ficou apreensiva e pediu que eu a acompanhasse no domicílio, então foi momento que a gente teve o maior movimento de parto domiciliar (EO 2).

A minha amiga já estava idosa na época, ela falou assim: “Eu não tô me sentindo muito bem, tô meio gripada e se você puder vir nesse

parto comigo eu acharia bom". Aí eu claro, aceitei, aí eu atendi esse primeiro parto, foi dezembro de 2009, com ela. A partir desse parto, no começo de 2010, a gente fez algumas parcerias, onde a gente atendia juntas (PFT 1).

Não é raro que a experiência que leve para o trabalho com o parto em casa seja de ordem bem pessoal. A experiência de uma participante no nascimento de sua filha, foi capaz de motivá-la para atuação no parto em casa. Esta vivência pessoal, despertou interesse pelo PD:

A decisão para trabalhar com o parto domiciliar surgiu no meu parto da minha filha, ela está com 12 anos e eu tive parto em casa, atendido por uma enfermeira obstétrica (EO 3).

Em contraste, o interesse pode surgir durante os estudos, antecedendo a vida profissional. Algumas parteiras com formação, já iniciaram sua atuação no parto domiciliar durante os estudos, ou seja, o primeiro contato com o parto em casa surgiu de forma precoce na vida da parteira:

E aí quando eu tinha uns dezoito já ia com a equipe que atendia parto domiciliar aqui em Florianópolis, que eu vim pra cá fazer faculdade e já comecei a acompanhar... Desde cedo assim, desde eu tinha dezenove anos na verdade, que eu comecei a acompanhar os partos domiciliares (EO 5).

Minha formação foi voltada exclusivamente pra partos domiciliares. Eu atendi oitenta partos domiciliares antes de me formar, porque minha formação é uma formação de base comunitária, mas ela tem uma exigência de números. Então você tem que atender primeiro uns vinte partos como assistente depois, outros vinte partos como parteira principal sob supervisão, mas até você chegar nesse nível, que você pode ser parteira principal, demora um pouco (PFT 1).

Já no contexto da parteira tradicional, o saber e o conhecimento, e até mesmo a sua primeira experiência com o parto aconteceu por um repasse de tradição. Geralmente, a parteira aprendeu a partejar com sua mãe e pai:

Minha mãe era parteira tinha aquela intimidade, sabia as coisas, sabia os remédios, sabia como é que eu colocava uma mulher pra ganhar o menino. Eu sabia porque minha avó era parteira, minha mãe era parteira e por aí foi passando (PT 7).

Com meus pais, e no mais aquela que pegava os menino meu ia passando como é que fazia. E aí do jeito que fazia comigo eu fui fazendo, fui fazendo e fui treinando, treinando e mais foi pai que me ensinou(PT 9).

Foi minha mãe, eu tava novinha, nunca tinha nem menina ainda. Ela me pegou e aí nós[...] quando tinha uma mulher com dor vinha busca era de noite ela ia, chamava eu, me levava, aí chegava lá ia acudi a mulher (PT 10).

As parteiras tradicionais entrevistadas em regiões rurais cresceram aprendendo o ofício de partejar acompanhando seus pais. Porém não raramente, o primeiro parto acompanhado ocorreu de forma emergencial. Muitas vezes, a jovem precisou suprir a ausência ou mesmo a falta de uma parteira experiente:

Eu tava com o bebê na mão, aí que ela deu dor meu cunhado foi atrás de mim, aí eu falei: ah cunhado, eu nunca fiz um parto, cê sabe que ela é ligeira pra ganhar menino. Por que o senhor não foi atrás da parteira logo. “Ah cunhada, mas é que nós não sabia que ela ia ganhar neném hoje”. Aí eu fui lá pra casa dele ficar com ela enquanto ele ia atrás da parteira. Aí quando eu cheguei lá ela já tava com a dor bem quente, aí eu fui, ela me chamou pra ajudar ela, aí eu fui (PT 8).

Eu tava de resguardo do menino meu e aí tinha uma sobrinha minha deu dor. Quando eu cheguei não tinha quem pegava o menino, a menina, e aí a mulher apertada, aí a minha sogra disse: “minha filha chega e pega esse menino”. Eu disse: não senhora. “Pega, pelo amor de Deus”. Aí eu peguei com Deus e aí enfrentei a menina, peguei a menina. Daí pra cá o povo não me largou mais não. (PT 9).

No contexto de repasse de saberes, ou até mesmo na atuação emergencial na ausência da parteira, a primeira experiência no parto foi uma missão dada pelo pai. Muitas vezes, o pai, impossibilitado de poder prestar socorro a uma parturiente da

comunidade, solicitava que a filha fosse auxiliar a mulher no parto, mesmo sem experiência:

Aí meu pai disse: “não minha filha vai, Deus te ensina. Cheguei lá sem saber, peguei o menino da mulher, arrumei tudo lá. “Arrumou, minha filha?” Arrumei pai, aí vimo embora (PT 4).

O primeiro parto foi assim: mandou chamar meu pai e minha mãe, aí eles já tavam bem velhinhos. Aí ele: “não, eu não vou não gente, tô cansado, é todo dia o povo tá chamando, vai lá menina pra mim...”. Falei: e eu vo fazê o quê, eu não sei de nada... “Mas vai, vai... chega lá, eles tá querendo que vai, chega lá alguma coisa mais difícil eles ensina pro cê”. Aí eu peguei e fui. Aí eu já tinha aquele dom (PT 7).

Diferentes caminhos, então, podem levar para a prática do parto domiciliar. O que todos têm em comum, é uma realização da importância e, em certos casos, da necessidade de poder assistir o parto em casa. Trata-se de uma missão. Experiências ou exemplos de outros profissionais podem levar a convicção que esse serviço é uma contribuição válida para a sociedade (no caso das parteiras formadas) ou uma necessidade para a comunidade local (no caso das parteiras tradicionais).

6.2.2 O eu profissional da parteira

Entre as profissionais de formação acadêmica e as de formação tradicional, existe algo muito peculiar que é uma sensibilidade ampliada e uma visão holística do processo de nascimento. Essa sensibilidade e essa visão fazem parte da sua personalidade e do seu estilo.

No exercício de sua função, o atendimento ao parto transcende a prática e o contexto profissional, se tornando uma prática de vida:

A minha madrinha dizia que era uma missão que eu tinha, porque Deus tinha colocado isso no meu caminho (PT 1).

É fazer o benefício que Deus me deu. Tem que fazer o benefício pra não deixar morrer. Eu sinto que Deus me deu aquele dom eu sou obrigada a acompanhar a lei de Deus. Se ele me deu esse dom e essa sabedoria de eu saber desmanchar todos os amarrilho que tiver no parto então só precisa de acompanhar (PT 9).

O ofício de ser parteira é percebido como uma motivação central nas suas vidas. Mesmo com tantos desafios e limitações, as profissionais sentem-se muito orgulhosas e felizes por poderem auxiliar as mulheres neste momento tão especial:

Eu sinto bem feliz porque eu salvo a vida da criança. Eu sinto prazer, eu sinto um emocionamento no corpo (PT 6).

Uai, eu sinto muito feliz, sinto muito feliz como diz o dito de ajudado a mulher e ter dado a luz, a vida uma criança (PT 8).

Eu gosto de ser parteira, gosto mesmo, quando chama eu, eu vou com prazer quando eu via pegava o menino, tratava do menininho, tratava da mulher. A mulher tava lá, rindo e o menininho tudo sadio, eu ficava[...] Eu saía num prazer (PT 10).

Dentro de sua atuação no cenário de parto, a parteira se vê com uma observadora do processo. Como se ela assumisse uma distância psicológica, e a partir dessa distância, deixa a evolução do parto acontecer naturalmente. Com essa atitude serena, ela evita uma atitude invasiva. O recuo psicológico permite que ela perceba tudo que acontece dentro do contexto mais amplo:

Ah, eu sou uma observadora atenta e sensível. Tenho várias intuições, observo os movimentos corporais. Então eu sou uma observadora e cuidadora daquele momento (EO 2).

Eu fico muito mais na observação e aí tem trabalho de parto que você fica um dia, tem trabalho de parto que você fica algumas horas, e eu não tenho essa questão com o tempo (PNT 1).

Aí quando eu chego na casa dela eu já observo ela, observo as posições espontâneas que ela adquiri, vejo a maneira que ela respira, os sons que ela emite, isso tudo eu gosto de ver, de observar (PT 3).

Ser parteira domiciliar se encaixa num estilo de vida e é parte de uma filosofia e uma visão do ser humano. Além da prática técnica, a parteira acompanha a parturiente oferecendo o melhor de si, mas também como uma observadora paciente e mediadora de um processo natural que inspira respeito e celebração tranquila.

O trabalho da parteira, tanto da formação tradicional quanto de formação acadêmica, não parece ser um trabalho fácil. Fica cercado de desafios e limites no campo de sua atuação:

Nós tivemos gestante que ela não pariu em casa, teve uma distócia funcional. Então foi pra cesárea, a cesárea infectou. Quem identificou a infecção fui eu quando ela chegou em casa. Eu mandei voltar pra maternidade e ela foi puta da vida, então ela tem ódio desta situação e agora que está caindo a ficha dela. Então ela falava muito mal. Ela dizia que a gente tinha que ter percebido que ela não ia conseguir parir. Então esta é um exemplo que não foi uma relação muito positiva (EO 1).

Entre as parteiras de formação tradicional, se sentem pouco reconhecidas profissionalmente, até mesmo pela mulher assistida, quanto pela criança que foi recebida pela parteira:

Depois é assim: delas que me dá o apoio de boa e delas que nem pra mim olha. Não é isso? Nem pra mim olha. E os filho se quer toma benção, eu falo: meus filho não faz assim. “Então me dá a benção que foi cê que me pariu”. É desse jeito, mas tudo eu relevo tudo (PT 4).

Tem vez que me dá atenção e outros não, passa por mim e faz que nem conhece desse jeito... E de futuro só um milagre de Deus mais nada. Que eu levo só. Esse tanto que eu já peguei será que não tinha um dia de chegar lá na minha porta. E nenhum vai. Nem pai e nem mãe. Tem gente que lá pertim, pertim e não vai não (PT 9).

No cotidiano dos profissionais que atuam no parto em casa, os desafios e limitações, são encaradas de forma diferenciada, de acordo com situações específicas da atuação de cada profissional. É evidente entre as parteiras tradicionais o pouco reconhecimento profissional até mesmo na comunidade em que vivem.

6.2.3 O contato com a mulher

A divulgação do trabalho da parteira depende muito da região onde a profissional exerce suas atividades. Estas peculiaridades variam do ponto de vista rural e urbano. Em regiões rurais, a experiência em outros partos é responsável pela divulgação:

Aí fui pegando, aí fui pegando, um chamava daqui outro chamava da culá. Mulher, tinha mulher que já peguei dez filho dela, todo filho que tinha era eu que pegava. Tem uma mulher, ela mora do outro lado do Paraná, ela tem dez filho tudo pegado com minhas mão (PT 10).

Que na hora que a mulher dá dor aí avisa todo mundo, aí a casa enche, um sai o outro sai: “oh, fulano... Fulano...”. Aí o trem vai distribuindo. Vai distribuindo. Hora que dois, três sabe daí agora o município tudo já fica sabendo (PT 11).

Já em regiões mais urbanas a divulgação do trabalho acontece por meio de rodas de conversas e grupos de gestantes direcionados pela parteira. As rodas e grupos permitem que o trabalho vá tomando maior conhecimento:

Do ano passado pra cá, no final de 2015 pra cá foi que nós abrimos uma roda fora do projeto de extensão da universidade. Então a roda também é um lugar onde elas vão. Só que a roda tem todo tipo de gente. Tem mulheres que parem, tem profissionais. Tem tudo! Então é mais no “boca-boca” e nessas rodas (EO 1).

Então existe uma vez por mês temos um encontro aberto, que é um encontro que as famílias vem no nosso espaço e a gente traz uma mulher que já ganhou bebê com a gente pra dar depoimento, focando um pouquinho assim de como é que foi o atendimento da equipe (EO 4).

Com o passar dos anos de atuação no cenário do parto em casa, a parteira vai ganhando maior espaço de atuação e a comunidade começa a ter mais conhecimento.

Em alguns casos, o trabalho da parteira se torna conhecido por meio de indicação:

Muitas mulheres ainda vêm no boca-boca. Uma amiga teve com a nossa equipe, uma irmã, uma conhecida. Muitas chegam pra gente e dizem que conhecem sete, oito mulheres que pariram com a gente (EO 4).

Em 2011 o volume já cresceu muito e foi crescendo só assim de indicação, amigas que indicavam para outras, familiares. Rapidamente as informações circulam e meu nome começou a ficar conhecido nesse meio, tem que dizer também que nessa época não existia muitas opções de equipe de parto domiciliar aqui (PFT 1).

O trabalho das doulas e a inserção delas nos grupos de mulheres também acabam divulgando o trabalho das parteiras, uma vez que as doulas possuem grande envolvimento nos grupos de gestantes:

Geralmente até mim chegam por causa de doulas. Não necessariamente doulas conhecidas. São doulas que falam: ah, tem vários obstetrites e é tudo elas na verdade, a maioria é delas (O 1).

Eu fui uma pessoa que trabalhei diretamente na aprovação da lei das doulas e a partir disso ai, entramos em contato com uma pessoa que tem uma roda de gestantes e ela também sempre referenciam (EO 1).

A era digital contribui para a divulgação do parto em casa. Têm sido bem comum as gestantes tomarem conhecimento do trabalho da parteira pelas redes sociais e sites da internet nos centros urbanos:

Hoje as pessoas chegam pelo site ou porque ouviram falar da nossa equipe, mas não necessariamente ouviram falar por pessoas que tiveram neném com a gente. Só ouviram falar por outros profissionais ou outras pessoas. Basicamente eu diria que as mulheres chegam pra gente pela mídia digital, facebook e o site (EO 3).

Entre as parteiras tradicionais, a divulgação está muito associada à experiência da parteira e as indicações. Em alguns casos isso também pode ser comum entre os parteiros formados de forma secular. Nos grandes centros urbanos, a internet tem se mostrado um facilitador no processo de divulgação, principalmente as redes sociais.

6.2.4 A mulher enquanto pessoa

A liberdade de opção pelo parto em sua residência é o primeiro passo de autonomia da mulher no processo parturitivo. Autonomia esta que atribui a ela o papel ativo na evolução do trabalho de parto. Já que a parturiente não assume um papel passivo, faz-se necessário que a parteira tenha uma relação aberta com ela, e entender bem suas necessidades e seus desejos

O atendimento ao parto em casa é pautado na mulher como protagonista de todo processo, o que faz necessário maior conhecimento da história de vida da gestante por parte da parteira. Para poder atender essa necessidade, o primeiro contato com a gestante é focado na história de vida da mulher:

E a gente parte da história de vida dela. Da relação dela com a mãe principalmente, como é que foi o crescimento e desenvolvimento dela, primeira infância, segunda infância, a juventude, relações sexuais, como foi a experiência sexual dela e a partir daí eu vou identificando situações que eu posso trabalhar, esclarecendo, elucidando ou trabalhando até mesmo terapeuticamente cada situação que eu identifico (EO 2).

E aí eu uso de recursos distintos, que são meios de conhecer essa história de como é que ela conviveu na infância e tal, como que é a relação com essa mãe, com a sexualidade, com o marido e tudo, com a ideia de ter filhos (PT 2).

Na profundidade das informações e no histórico de vida da mulher, o atendimento de pré-natal busca uma avaliação voltada às condições emocionais e relacionais dela, permitindo uma maior inserção da parteira no contexto de vida da gestante:

Então, primeiramente eu vou avaliar se eu tenho uma grávida de baixo risco. Depois eu avalio assim como que está o emocionalmente. Se ela está preparada pra ter o parto. Como é que está a relação dela com a família, com o marido (EO 6).

O acompanhamento é direcionado pelas necessidades da mulher. A parteira se deixa guiar pelas demandas dela no contexto do preparo para o parto e do pós-parto. Sendo assim, as consultas não seguem um roteiro e orientações. São realizadas de acordo com as necessidades da gestante:

Eu não tenho assim um roteiro de consulta de primeiro trimestre, segundo trimestre ou de terceiro trimestre, a gente tem o encontro e no encontro o problema aparece, a gente conversa sobre o dia a dia, sobre a relação com o parceiro, a relação na família. Então o que surge neste dia da consulta, é o que a gente trabalha (EO 2).

Tem consultas que eu falo só de gestação, tem consulta que eu falo só de pós-parto e as vezes eu também falo muito da demanda que a pessoa está precisando durante cada atendimento e a gente vai adaptando, porque cada pessoa é diferente (PT 1).

Este tipo de acompanhamento permite que a mulher desenvolva maior afinidade com a parteira, favorecendo uma relação para o trabalho e contribuição para melhores desfechos. Em se tratando de equipes ampliadas, a mulher tem o direito de escolher a parteira que teve mais afinidade para acompanhar o parto:

Em relação ao trabalho de parto, nas consultas de preparação parto elas já conhecem as enfermeiras da equipe. tão a gente fala que a equipe principal são quatro apoiadoras, mas se a gente precisar de suporte, a gente tem pra quem recorrer (EO 4).

O acompanhamento de pós-parto inclui ajuda na organização da vida da mulher. Percebemos como as parteiras investem tempo e atenção nesta tarefa. A mulher não é deixada sozinha após o parto. É como se a profissional ainda prestasse uma última ajuda a mulher para que ela retorne as atividades da vida:

Eu gosto de ficar prestando atenção na rotina da casa, como que mudou a rotina, porque a gente acompanhou bastante antes do pré-natal e vê a rotina como é que é. Até organização da casa, sabe, se está arrumadinha como era antes. Aí a gente vê o psicológico dela, se ela está se ambientando legal, se ela está tendo dificuldade com o bebê, de se organizar como mulher, como esposa, a organização da casa (O 1).

Então a gente avalia. Eu não deixo nenhuma mãe levantar antes de se hidratar bem, comer e dar uma descansada [...] só sai quando tá todo mundo lá pronto pra dormir mesmo. Você vê que a mãe já tá trocada, já foi feito tudo que precisava ter feito, tudo tá estável, sangramento tá estável, útero está onde tem que tá, bebê tá bem já mamou e a gente só vai sair a partir daí (PFT 1).

A pessoa da mulher no atendimento é percebida pelas parteiras como personagem central, durante a gestação, parto e pós-parto. A todo momento, a condução do acompanhamento é guiado pelas necessidades que a mulher vai apresentando até mesmo desde a gestação ao pós-parto.

6.2.5 Relação pessoal com a mulher no trabalho

A relação da mulher com a parteira deve acontecer de forma empática. Isso facilita a profissional reconhecer a evolução do parto e esta relação permita uma avaliação mais sensível e mais integral da mulher. Quando a relação pessoal for fragilizada, pode prejudicar a avaliação da mulher do ponto de vista psicoemocional. Assim, podemos dizer que a relação pessoal é uma ferramenta de diagnóstico.

O sucesso e qualidade do acompanhamento do trabalho de parto depende não só de uma boa avaliação física da gestante, mas também uma avaliação emocional e as questões subjetivas que ela traz. Na intenção de propiciar uma relação transversal, o primeiro contato com a gestante visa apresentar a parteira:

Então quando uma mulher me liga ou entra em contato comigo pela primeira vez a gente marca uma conversa, eu explico todo meu acompanhamento, quem eu sou, qual meu tipo de formação, deixo bem claro, uma das primeiras coisas que eu coloco que eu não sou nem enfermeira, nem médica, eu explico a minha formação (PFT 1).

A importância do pré-natal para avaliação dos riscos gestacionais e acompanhamento da evolução da gestação, na primeira consulta de pré-natal para um parto em casa a imersão facilita o conhecimento da realidade de vida da mulher. Nesta anamnese, a parteira tem a oportunidade de conhecer a pessoa, com suas sensibilidades e construir uma relação profunda com ela:

Então a partir daí um dos meus objetivos neste primeiro contato é o estabelecimento do vínculo. Então existe uma relação de confiança e vinculação que a gente estabelece neste primeiro momento (EO 4).

É muito mais pra mim importante conhecer a pessoa, conhecer o casal, e a partir daí estabelecer um vínculo afetivo grande, de maneira que no parto eu posso por um lado sentir a mulher, como ela tá emocionalmente e a mulher puder também se entregar e abrir pra mim, se tiver com medo, com algum receio, com alguma sensação física que tá incomodando (PT 3).

Com a evolução do acompanhamento da gestação, a parteira se insere cada vez mais no contexto de vida da gestante e família. Esta relação de intimidade produz um vínculo que gera confiança:

Eu vejo como uma relação muito íntima, são raras as mulheres que eu não tenho realmente uma intimidade, uma relação de intimidade muito grande com as famílias também, mas com a mulher muito grande de confiança (PT 2).

Ah, é uma relação de muita intimidade, porque a gente vai estabelecendo esse vínculo, né? No pré-natal, durante o parto, estabelecer esse vínculo de confiança tanto meu com a mulher, com o casal e deles comigo (EO 5).

Eu vejo que elas têm uma relação de confiança comigo muito profunda, porque de fato eu sei que eu transpareço uma tranquilidade muito grande no parto e ao longo do processo e também porque eu acho que eu tenho uma tendência de tentar e agir na verdade, e isso eu vejo que onde é pautada nossa relação (PT 4).

A oportunidade de conhecer a mulher e família, compreender medos, receios e desafios do cotidiano da gestante, estabelece intimidade profissional-cliente. Esta relação de intimidade produz confiança o que se torna importante para as fases posteriores do acompanhamento:

No trabalho de parto a gente gosta de chegar na fase ativa. A gente tem bastante intimidade e confiança da mulher pra gente chegar e dizer se não é fase ativa, se é fase latente pra gente chegar e não ficar na casa dela (EO 3).

Então uma construção, uma relação, uma construção que vai ficando cada vez mais próxima pra mim, porque no final a gente vai se encontrar toda semana e aí no parto é o ato assim dessa intimidade, então a mulher tá nesse momento de muita vulnerabilidade, aventura e força ao mesmo tempo, né? (EO 5).

A parteira entra na intimidade da parturiente e da família. Ela se envolve em questões subjetivas, compreende emoções, histórias e dificuldades. Esses aspectos não são avaliados somente de maneira objetiva e racional, mas também pelo contato pessoal. Ela se relaciona com a mulher através de sua humanidade complexa, o que torna seu envolvimento com a mulher uma ferramenta para sua atuação profissional.

6.2.6 O relacionamento que permanece

O relacionamento desenvolvido no acompanhamento do parto em casa, não se limita ao atendimento iniciado e finalizado. É um relacionamento que permanece como forma de amizade, como reflexo de uma relação intensa e profunda. Este relacionamento não se limita às questões técnicas do atendimento. A parteira desenvolve com a mulher uma relação de intimidade e cumplicidade. Relacionamento que se estende, mesmo após o encerramento do atendimento.

A profundidade na relação entre a parteira e gestante acontece de forma transversal. A parteira ser inserida no contexto de vida da mulher e a sua participação no cotidiano da família, faz com que algumas mulheres desenvolvam um relacionamento de comadre com a profissional:

E assim, eu posso dizer que algumas das mulheres que eu atendi viraram de fato minhas comadres (PFT 1).

Muitas delas me chamam de comadre, existe essa relação de intimidade mesmo [...] muitas chamam pro aniversário dos filhos e chamam pra eventos, aniversário delas, tudo. Sempre me procuram pra me dizer alguma coisa sobre a criança e conversar sobre a vida (PNT 1).

Ah duas semanas atrás eu fui na casa de uma mulher que a gente acompanhou [...]. Aí ela chamou a gente pra casa dela, pra ver como

que tava os meninos, tava com saudade, pra bater um papo. E tem outra também que chama a gente pra aniversário, então geralmente a gente cria um vínculo muito legal (O 1).

O vínculo de amizade e cumplicidade que surge no atendimento é difícil de ser quebrado, ao ponto que as mulheres não querem encerrar o atendimento para não perderem o contato com a parteira:

Não sei se com todo mundo é assim, mas a gente tem uma relação muito forte com as pessoas que a gente atende. Tanto que na consulta de encerramento é uma consulta que ninguém quer. É quando a gente corta o cordão umbilical. A gente tem uma lista de e-mail e a gente vai se comunicando (EO 3).

Em alguns casos, principalmente, entre as parteiras tradicionais, existe um vínculo materno com a criança. Especialmente pelo fato de muitas vezes viverem na mesma comunidade e a figura da parteira continuar tão presente na vida da criança:

É muito bom, demais. Sempre, graças a Deus os que eu já tenho pegado, os que eu já tenho ajudado, me trata muito bem, me trata tudo de mãe. Procura, onde me vê corre atrás: “olha lá minha mãe”, vai me dá benção. Outro: “olha lá” Os que não me chama de mãe me chama de madrinha, sempre. É desse jeito comigo (PT 8).

Essas mulheres que nós pega menino delas, delas, elas, ichi! É uma coisa com a gente, os meninos. É mãe pra qui, é mãe pra lá, toma benção. Quando vê a gente tá aqui ela vem cá toma benção. Vive de brincadeira com a gente. Sabe educa a gente demais da conta (PT 10).

Culturalmente, a figura da parteira continua sempre uma pessoa bem próxima às famílias por ela atendida. A relação desenvolvida no acompanhamento do parto é de uma profundidade, que se torna um vínculo difícil de ser quebrado e nas comunidades tradicionais, a parteira se torna uma referência para as crianças que ela ajuda a nascer.

7 DISCUSSÃO

Nas entrevistas foi possível identificar como a filosofia de trabalho da parteira está atrelada à identidade dela como profissional. A filosofia de trabalho propõe um relacionamento parteira-parturiente profundamente pessoa, que segue uma via de mão dupla. Percebe-se que o relacionamento desenvolvido fomenta a forma de trabalho que envolve integralidade, naturalidade e rigor direciona a construção de uma relação pautado na identidade profissional e no envolvimento profundo com a vivência emocional e subjetiva da mulher.

O acompanhamento ao parto pode ser compreendido como uma relação de ajuda, que tende a fluir de forma natural e espontânea. O percurso do profissional gera um amadurecimento das capacidades humanas e intelectuais que é primordial e permite a parteira ser uma referência para as mulheres que estão sob seus cuidados, o que por sua vez, favorece uma relação efetiva. O exercício dessa prática assistencial torna-se decisivo para determinar a qualidade dos serviços e vai além do aspecto clínico do parto. A prática de cuidar efetiva e presente depende basicamente de uma reformulação de propósitos baseada em modelos que enalteçam o aspecto humanitário e a visão da mulher de forma integral (GOTARDO; SILVA, 2007).

O estudo mostrou que a filosofia de trabalho da parteira pode variar de acordo com o tipo de formação e região de atuação. As parteiras com formação acadêmica atuantes nas grandes cidades acompanham o parto em casa como forma de oferecer uma alternativa de atendimento as mulheres que buscam fugir das intervenções do ambiente hospitalar. Trata-se de uma contracultura, uma atuação que busca construir uma alternativa mais humana para o parto. Já as parteiras de formação tradicional em regiões rurais atendem ao parto domiciliar, como uma única forma de atendimento nas comunidades em que residem, por falta de acesso aos serviços de saúde. Nesse

segundo caso, trata-se da continuidade ininterrompida de uma cultura tradicional interiorana.

Os nossos dados sobre este segundo grupo, confirmam o relato de Fleischer (2017): as parteiras tradicionais brasileiras comungam de um sistema de “dom”, oferecem “caridade” e, em troca, recebem agradecimentos, reverências e agrados, conforme a disponibilidade do beneficiado. Na maioria, das vezes, as parteiras com formação tradicional não têm retribuição pecuniária, nelas o que ressalta é o puro exercício da solidariedade humana. Exercem o ofício como forma de suprir às necessidades das comunidades em que residem.

Apesar das diferenças com os parteiros formados, urbanos, os dois grupos compartilham de uma filosofia muito similar. Na construção do modelo de atendimento no parto em casa, as parteiras primam por um acompanhamento, que busca a integralidade nos cuidados realizados durante a gestação, parto e pós-parto, tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. A visão e execução do cuidado integral é prática comum entre as parteiras tradicionais e também entre as parteiras nas grandes cidades. Existe uma preocupação entre as profissionais de preparar a mulher para o parto, tanto do ponto de vista físico quanto emocional para uma experiência positiva, consoante as recomendações da OMS (2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece uma "experiência positiva de parto" como um resultado transcendente para todas as mulheres em trabalho de parto. Define a experiência de parto positivo como a experiência que atende ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores da mulher. Isto inclui dar à luz a um bebê saudável em um ambiente seguro do ponto de vista clínico e psicológico e ter apoio prático e emocional contínuo, isto é, estar acompanhado no

momento do nascimento e ser assistido por uma equipe empática e com habilidades técnicas (OMS, 2018).

O acompanhamento do parto em casa é cercado de rituais que são usados desde o preparo para o parto, o parto e até o pós-parto. Estes rituais trazem uma visão do parto não só como um evento fisiológico, mas também como um evento familiar, com uma compreensão espiritual do nascimento. Os rituais realizados têm relação com saberes culturais e conhecimentos da parteria tradicional. É uma prática comum entre as parteiras tradicionais e as com formação superior. Os depoimentos ressaltam que, por parte dos enfermeiros obstetras e obstetras existe uma busca por saberes e conhecimentos tradicionais para o acompanhamento do parto em casa.

O estudo identificou um rigor e atenção especial entre as parteiras tradicionais quanto aos cuidados com o coto umbilical no parto. O rigor vai desde o comprimento para o corte e ligadura, até a forma de clampeamento e a higienização, sendo muito comum o uso do óleo de mamona nos cuidados diário. Existe uma preocupação específica quanto as questões infecciosas. Trata-se de uma prática "arcaica", remanescente de visões holísticas mais primitivas.

O nascimento em casa valoriza a ambiência e o protagonismo da mulher e da família, não apenas enfatizando algo que deveria fazer parte do ciclo de vida das famílias, mas trazendo a luz e dando importância a outras concepções ideológicas que possuem alguns significados no contexto daquela família atendida, como a valorização de rituais de cuidado, ou seja, a utilização de práticas simbólicas que têm por objetivo ajudar a mulher no enfrentamento do "novo", facilitando a passagem de uma posição ou status da mãe e do recém-nascido, durante o nascimento (FEYER et al., 2013).

Independente da formação da parteira, o uso de terapias integrativas, tanto no acompanhamento do pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto é uma prática comum entre as profissionais. As parteiras utilizam massagens, aromaterapia, exercícios e fitoterapia de acordo com seus conhecimentos tradicionais ou instrucionais, adquiridos por meio de algum tipo de formação.

Mesmo reconhecendo que os preparativos para o parto poderiam não passar de planejamento ou pressuposições, as famílias realizam rituais de cuidado, sempre norteados pela parteira, que envolvem métodos que para muitas mulheres e profissionais poderiam auxiliar o processo de parturição. Esses rituais parecem ser intensificados nos dias que antecedem o parto, pois existe a percepção que a mulher necessita de um preparo corporal e mental para o parto, a partir de pensamentos positivos, sonhos e previsões quanto ao nascimento (PRATES et al., 2018).

Para os profissionais urbanos, com formação acadêmica, o atendimento do parto em domicílio busca o protagonismo da mulher no processo. O trabalho de parto é acompanhado de forma natural e fisiológica, evitando o uso de intervenções invasivas e avaliações seriadas de exames com o toque vaginal. A visão da naturalidade e da integralidade faz parte da filosofia de trabalho das parteiras.

Pensar a assistência humanizada é pensar, sobretudo, no direito de liberdade de escolha da mulher, na integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e do seu bebê, no respeito aos direitos das usuárias, na valorização do conhecimento popular e na amplitude de modalidades terapêuticas que podem ser associadas ao modelo convencional. As PIC (Práticas Integrativas e Complementares) ressaltam também a importância de a mulher se tornar agente do seu destino, tomando consciência de suas habilidades e competência no controle da própria saúde e do corpo (SILVA et al., 2016).

O estudo mostrou que as mulheres optam pelo Parto Domiciliar Planejado e que a construção do desejo da mulher e de sua família é permeada por vários símbolos e significados que ligam a gestação a um evento natural que faz parte do ciclo da vida, onde assumem uma postura questionadora do atual modelo de atenção ao parto e nascimento (NASCIMENTO et al., 2016).

As parteiras tradicionais entrevistadas em sua maioria não realizam o pré-natal. O contato com a gestante está atrelado ao fato de residirem na mesma comunidade e já conhecerem a gestante, muitas vezes desde sua infância. Já as enfermeiras obstetras e obstetrites possuem um rigor no acompanhamento da gestação. Estas profissionais buscam começar o acompanhamento da mulher o mais precoce possível.

O MS (BRASIL, 2012) recomenda por meio dos 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade, a captação precoce da gestante até a 12^a semana de gestação. Esta recomendação visa a detecção precoce de patologias que possam comprometer a gestação sob o ponto de vista materno e fetal, favorecendo assim melhores desfechos perinatais. Esta medida contribui para melhores indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

No que se refere ao pré-natal realizado por enfermeiras obstetras e obstetrites para o parto em casa, existe rigor e um calendário proposto para realização das consultas, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde. As consultas buscam preparar a mulher e família para uma experiência positiva no parto. O preparo é pautado na oferta de informações ministradas em cada consulta. Estas informações tem a finalidade de oferecer segurança a mulher, pelo conhecimento da evolução fisiológica do parto normal.

No Brasil, o MS preconiza o número mínimo de 6 consultas de pré-natal, sendo a consulta mensal até a 28ª semana de gestação e quinzenal até a 36ª semana. A partir daí as consultas seguem semanalmente. Já a OMS publicou em 2016 as *“Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”* recomendando o número mínimo de 8 consultas para o acompanhamento de um pré-natal de qualidade (BRASIL, 2012; OMS, 2016).

A forma de trabalho de cada profissional está relacionada ao fato de acompanharem de forma individual, com outra parteira ou a presença de uma doula. Nos acompanhamentos de forma compartilhada com a doula, normalmente os cuidados são realizados de maneira colaborativa. Durante o trabalho de parto é comum a doula chegar no domicílio da mulher antes da parteira e já realize algum tipo de trabalho.

A doula é uma profissional que presta atenção individualizada às mulheres, apoio emocional a mulher e família, fornecem cuidados que correspondem diretamente às necessidades e desejos individuais da parturiente e estimula a participação ativa da mulher no processo de parturitivo por meio de informações e conselhos, bem como apoio emocional e físico. O trabalho é caracterizado pelo suporte contínuo durante todo trabalho de parto (LUNDA;MINNIE; BENADÉ, 2018).

Evidências científicas descritas por Bohren et al. (2017), pontuam que o suporte contínuo e apoio durante o trabalho de parto, pode favorecer os resultados e desfechos do parto, tanto para a mulher, quanto para o bebê. Inclui ainda, que este acompanhamento contínuo pode reduzir a duração do trabalho de parto, evitar o uso de analgesia farmacológica, favorecer melhores resultados para o recém-nascido, e satisfação para a mulher.

Do ponto de vista psicológico, o parto é um evento que produz intensa ansiedade, o que afeta em especial três componentes: físicos, emocionais e cognitivos da mulher. Estes componentes estão intrinsecamente relacionados e remete a mulher a uma esfera de medo. O suporte e apoio contínuo durante este momento pode contribuir de forma significativa para uma experiência positiva e satisfatória. Neste sentido, os profissionais atuam em conjunto, simplificando o processo e oferece a mulher e família suporte emocional e segurança (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012; LOPES et al., 2005; GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015).

De acordo com Silva (2013) a presença de pessoa significativa durante o parto, está entre os fatores susceptíveis, que influencia na experiência de parto. A vinculação ou apego com essa pessoa - pode ser um familiar ou um profissional, produz aspectos emocionais significativos. Neste momento tão intenso e permeado por medos, a necessidade de assegurar a presença de uma pessoa que ofereça proteção e segurança.

Durante o trabalho de parto, visando a segurança, as participantes do estudo mostraram rigor quanto a avaliação da vitalidade fetal, por meio de ausculta da frequência cardíaca fetal e avaliação dos movimentos fetais, sendo este segundo mais comum entre as parteiras de formação tradicional. Estas avaliações são realizadas de forma criteriosa.

No primeiro estágio do trabalho de parto, propriamente na fase ativa, é recomendado a ausculta da frequência cardíaca fetal a cada 15 - 30 minutos, enquanto que na segunda etapa (período expulsivo) é geralmente realizada a cada 5 minutos. Existem evidências que sugerem que a Ausculta Intermitente (AI) e rigorosa com sonar doppler ou estetoscópio fetal (Pinard) pode contribuir significativamente

para detecção de anormalidades que, por sua vez, podem reduzir a hipóxia neonatal (OMS, 2018).

A construção da identidade de parteira não aconteceu de igual forma entre as profissionais. As de formação acadêmica tiveram como ponto de partida o acompanhamento em partos hospitalares e foram motivadas para o parto casa, por uma insatisfação do modelo intervencionista e medicalizado existente nas maternidades. A base do conhecimento e formação é voltada para o modelo hospitalar. Apesar de continuar usando o conhecimento adquirido no mundo do parto hospitalar, os profissionais perceberam as falhas do modelo hospitalar e buscaram alternativas.

A inquietação quanto às incoerências do processo fisiológico do parto levou esse grupo para atuar no parto domiciliar. A atuação no hospital envolve um número elevado de intervenções e procedimentos invasivos, muitas vezes desnecessários na assistência ao parto. Trata-se de uma revolução contra as falhas deste modelo. Neste sentido juntam-se a exposição ao parto domiciliar durante a formação e experiências pessoais e profissionais em que a pessoa acabou conhecendo o parto domiciliar e se identificando com ele (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014; VEDAM et al., 2009).

Diferentemente, entre as parteiras tradicionais está a construção de identidade com como ponto de partida o parto em casa, sem nenhuma experiência prévia com o modelo hospitalar. Elas possuem um conhecimento baseado em saberes tradicionais, que foram repassados com os anos por pais, avós e outras parteiras das comunidades em que vivem. A sua atuação visa suprir a falta de acesso aos serviços de saúde de onde residem.

Em estudo realizado por Araújo (2015) aproximadamente 36,3% das parteiras disseram ter aprendido fazer parto com a mãe; 22,7% com outras parteiras; 18,1% disseram ter aprendido sozinhas; 4,5% com a avó; 4,5% com a tia; e 13,6% não souberam responder. Em contraste com esses dados, as parteiras tradicionais em nossa pesquisa também aprenderam a partejar com o pai e não somente com a mãe. O saber fazer foi construído com base nas ações práticas que foram sendo desenvolvidas de acordo com as necessidades e experiências exitosas e repassadas tradicionalmente.

Um fator comum entre os parteiros é a visão de si sobre o ofício do partejar. Tanto os profissionais com formação acadêmica, quanto os com formação tradicional, percebem a sua atuação no parto em casa muito além de uma prática profissional. Uma prática de vida, uma missão da parte de Deus. Esta visão de si, faz com que a parteira possua maior sensibilidade em seu acompanhamento.

A sensibilidade da parteira e sua visão do parto, e da mulher como personagem principal deste evento, permite que a mulher possua toda autonomia no trabalho de parto. Ela pode adotar as posições que lhe forem mais confortáveis, bem como usar métodos de alívio da dor que forem mais convenientes. No parto em casa, a parteira é apenas uma observadora de todo processo e a mulher a protagonista.

O empoderamento compreende a alteração radical dos processos e estruturas que reduzem a posição de subordinada das mulheres como gênero. Logo, tirar as dúvidas das mulheres fornecendo-as informações adequadas e instituindo um ciclo de confiança, têm como consequências relações mais harmoniosas e a possibilidade de fazer escolhas com mais autonomia, favorecendo o protagonismo no processo de parto. Este modelo difere-se significativamente do modelo vigente hospitalar, onde

não existe espaço para as escolhas e decisões da mulher (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

No parto hospitalar acontece a vinda da mulher para um cenário que não faz parte do seu contexto de vida. Um espaço desconhecido e de rápida passagem. Sendo assim, a mulher leva apenas os sentimentos e vivências que ela deseja expor para o parteiro. Diferentemente, no parto em casa existe uma imersão da parteira no cotidiano e no cenário de vida da gestante, onde é possível conhecer as fragilidades da mulher, ou seja, o parto em casa envolve uma grande abertura para os profissionais.

A relação pessoal da mulher com a parteira é elemento chave para o sucesso no atendimento do parto é casa. A imersão da parteira no contexto e história de vida da mulher, proporciona uma relação de intimidade e vínculo de confiança. Existe uma entrega por parte da mulher e uma abertura para uma relação empática por parte do parteiro.

Uma relação empática, com uma comunicação horizontalizada, permite maior aproximação, permite a mulher maior segurança e apoio. A comunicação humanizada mostra-se como terapêutica. Promove a integração dos comunicantes no estabelecimento de um vínculo acolhedor. Existe uma troca sensível entre os comunicantes. A comunicação está centrada no receptor em suas carências (TRINDADE, et al.,2018; LINO; DINIZ, 2015).

Cabe enfatizar que ações como a boa comunicação, apoio empático e o fornecimento de informações, são recomendações da OMS, nas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. São ações que não demandam nenhum tipo de custo e somente dependem em grande parte da sensibilidade do profissional para o bom desenvolvimento (MOTTA et al., 2016).

O compromisso e envolvimento pessoal da parteira proporcionam maior sensibilidade e proximidade com as mulheres. O conhecimento da história de vida da gestante ajuda o profissional a ser mais sensível e facilita o processo de comunicação. Uma relação de confiança com o parteiro é necessário para ajudar as mulheres a revelar questões delicadas que podem bloqueá-la psicologicamente no período parturitivo. Henriksen et al. (2017) relatam, por exemplo, que questões de traumas sexuais ou reprodutivos, só vem à tona depois de ter desenvolvido uma verdadeira relação de intimidade com a mulher.

No acompanhamento a parturiente a intimidade é fundamental. A relação de intimidade abarca questões importantes, como a confiança e a cumplicidade, o que ocorre por meio do processo de comunicação. Ser íntimo é conhecer bem o outro, as suas necessidades, os seus sentimentos. Ser íntimo significa ter abertura com o outro, sentir-se à vontade ao lado do outro, significa estar conectado com o outro, estar ligado a alguém de forma especial, sem medos, sem segredos. A intimidade é a base para o sucesso em qualquer relacionamento (VANDENBERGHE; PEREIRA, 2005; TOSTES; SEIDL, 2016).

No processo de humanização no campo da saúde, a relação de intimidade é baseada em um modelo centrado na mulher. A humanização do parto é uma condição de respeito à mulher como pessoa única, em questão de cidadania. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso. Desta forma, a humanização do nascimento é uma prática em que o profissional da saúde deve respeitar a fisiologia do parto, identificar os aspectos sociais e culturais do parto, promover apoio físico e emocional à mulher e sua família. (BARROS et al., 2018).

Diferentemente do contexto hospitalar, o relacionamento desenvolvido pelos parteiros em casa, vai muito além da gravidez, parto e pós-parto. A relação ocorre de forma transversal e não se encerra ao final do acompanhamento. É uma relação para a vida. Uma relação permeada de tanta confiança, ao ponto que a mulher procura a parteira novamente nas futuras gestações e até mesmo para algum tipo de orientação e cuidados com os filhos. Um vínculo difícil de ser quebrado, algo que permanece, numa espécie de comadre.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o parto em casa tem sido acompanhado por enfermeiros obstetras, obstetrizes, médicos obstetras, parteiras de formação técnica, parteiras tradicionais e as chamadas parteiras na tradição. Neste cenário podemos evidenciar o surgimento de dois grupos. Os parteiros com formação acadêmica e os com formação tradicional.

A figura da parteira tradicional ainda é presente e atuante na região da Chapada dos Veadeiros. A atuação é pouco significativa, tendo em vista que sofrem repressão pelos profissionais de saúde, que na iminência de uma gestante em trabalho de parto, acabam por preferir encaminhar a parturiente para maternidades que se situam a grandes distâncias, a permitir que a mulher tenha um parto em casa assistido por uma parteira. A consequência, é muitas vezes, que o parto ocorra sem assistência, durante a viagem para a maternidade.

Outro sinal da repressão incluem os relatos que indicam que ao registrar o nascimento, informam que a criança nasceu no posto de saúde, para encobrir que na realidade, nasceu em casa com os cuidados de uma parteira tradicional. Além disso, as parteiras tradicionais se sentem subjugada ao poder médico. Isso foi vivenciado na primeira tentativa de identificação da depoente como parteira, na região da Chapada dos Veadeiros. Quando abordadas, nenhuma admitiu ainda estar atuando como parteira. Já, na segunda tentativa, na mesma região, o pesquisador primeiro encontrou a mesma resistência, posteriormente, conseguiu ganhar a confiança das parteiras, que aos poucos iam admitindo a prática. Observa-se que essa realidade de repressão contradiz as prerrogativas do Ministério da Saúde, que preconiza a formação e apoio às parteiras tradicionais em áreas rurais.

Enquanto a parteira tradicional no interior permanece objeto de repressão, as equipes de parto em casa nas cidades conseguem conquistar gradualmente mais

espaço. O parto em casa tem crescido de forma acentuada nas regiões urbanas e reduzido nas regiões rurais. O parto domiciliar urbano visa oferecer uma opção de atendimento as mulheres que buscam um parto natural, distante das intervenções rotineiras no ambiente hospitalar. Já no cenário rural, o parto acontece em casa como forma de suprir a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Entre os parteiros não existe um protocolo rígido de atendimento seguido por todos. O estudo identificou que a forma de atendimento pode variar de acordo com a formação (acadêmica ou tradicional), o tempo de formação e experiência do parteiro, localidade de atuação, recursos disponíveis para o atendimento e ainda aparatos tecnológicos. Ficou ainda evidente uma busca por parte dos enfermeiros obstetras e obstetrites, por conhecimentos e saberes da parteria tradicional, para aplicação na sua prática.

No estudo identificou-se que a filosofia de trabalho dos parteiros em geral segue na busca pela integralidade nos cuidados. Um trabalho focado nas dimensões fisiológicas, psicológicas, emocionais, espirituais e culturais, sustentado no uso de métodos e terapias integrativas utilizados durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto.

No acompanhamento ao parto em casa, as parteiras possuem uma tendência a adoção de prática naturais. Percebem o parto como um acontecimento natural. Buscam uma atuação com o mínimo de intervenções possíveis e posicionam a mulher numa situação de protagonismo e autonomia e a parteira se posiciona como mera observadora do evento.

O trabalho das parteiras possui como objeto central uma atenção qualificada e rigorosa da mulher na gestação, parto e pós-parto. Neste sentido, as parteiras com formação realizam acompanhamento da gestante no pré-natal e procuram iniciar o

mais precoce possível, atendendo as recomendações da OMS e MS. Nas regiões rurais o acompanhamento da gestante é realizado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família e a parteira acompanha o parto apenas como forma de suporte a ausência de unidades hospitalares.

Entre as parteiras existe uma preocupação e rigor quanto ao preparo da mulher para o parto. O preparo é baseado na ministração de informações em módulos durante as consultas, ou até mesmo em grupos de apoio realizados por algumas equipes, e orientações com base em um roteiro específico ou de acordo com as demandas e dúvidas da gestante.

Portanto, nesta tese ficou evidente que a identidade da parteira surge de uma compreensão do parto como um processo natural na existência humana, das necessidades de auxílio as mulheres atendidas como suporte para vivenciarem este evento, de uma missão pessoal ou profissional e está diretamente ligada a maneira com que a parteira se relaciona com a mulher. A forma com que a relação se constrói e os fatores que permeiam são norteadores na construção desta identidade.

Na sua forma de se relacionar, atende numa visão integral, promove empoderamento da mulher, respeito para sua autonomia e pelas diferentes dimensões do parto, que vão muito além da dimensão técnica-biológica. Assim, a própria pessoa da parteira (a maneira que ela é, com suas convicções e sensibilidades) se torna também uma ferramenta de trabalho no atendimento à parturiente, em uma relação duradoura que permanece.

A ideia central que emergiu dessa pesquisa propõe a assistência ao parto domiciliar como uma vivência intensa e pessoal. Uma relação profunda é construída com a mulher atendida durante o acompanhamento da gestação. E durante todo o processo, a parteira lança mão do seu envolvimento pessoal, das

suas convicções e seus sentimentos como ferramentas no trabalho de assistência. Assim, a assistência ao parto domiciliar não é somente uma prática para a vida. Também é uma prática da vida. Nessa, a filosofia holística do trabalho e o envolvimento pessoal com a parturiente se alimentam mutuamente. A parteira usa a sua pessoa para desenvolver o trabalho, e dessa relação nem a parturiente, nem a parteira podem sair sem ser profundamente tocadas.

REFERÊNCIAS

ADORNO, A.M.N.G. et al. Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. **Rev. Enferm. UFPE on line**, vol. 11, n. 8, p. 3143-50, 2017. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110220/22135>. Acesso em: 03 de junho de 2018.

ALVES, Â.G. et al. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, vol. 11, n. 2, p. 691-702, 2017. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11989/14552>. Acesso em: 23 de maio de 2018.

ARAÚJO, A. S. O saber das parteiras: uma arqueologia no Alto Purus. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Strito Senso em Educação – Goiânia, 2015.

BARBOSA, C.M. et al. Mulheres e parteiras tradicionais: práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 5, n.1, p. 3206-20. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897006.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2018.

BARROS, T.C.X. et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 12, n. 2, p. 554-8, 2018. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25368/27886>. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

BYRNE, A. Community and provider perceptions of traditional and skilled birth attendants providing maternal health care for pastoralist communities in Kenya: a qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 16, n. 43, 2016. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774132/pdf/12884_2016_Article_828.pdf. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

BOHREN, M.A. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. Disponível: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/epdf/full>. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 1995.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível: <http://portalm.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>. Acesso em: 10 de outubro de 2018.

BRENES, A.C. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. **REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS-RMMG**, vol. 18, n. 2, p. 141-147, 2008. Disponível: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/524>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**/ Kathy Charmaz; tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLLAÇO, V.S. et al. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 26, n. 2, 2017. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e6030015.pdf. Acesso em 02 de setembro de 2018.

CUNHA, A. C. B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 64, n. 1, p. 139-155, 2012. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v64n1/v64n1a11.pdf>. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, vol.17, n.4, p. 573-579, 2009. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf. Acesso em: 21 de junho de 2018.

DATASUS/SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Brasil 2016 [on line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 05 de março de 2018.

DATASUS/SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Brasil 2016 [on line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 16 de outubro de 2018.

DE CASTRO, M.C. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Caderno de Saúde Coletiva**, vol. 23, n.1, p. 69-75, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, vol.10, n.3, p. 627-637, 2005. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 27 de maio de 2018.

EUSTACE, J. et al. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. **Women and Birth**, vol. 29, n. 6, p. 503–510, 2016. Disponível: [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(16\)30021-X/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(16)30021-X/fulltext). Acesso em: 05 de setembro de 2018.

FEYER, I.S.S. et al. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 66, n. 6, p. 879-86, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

FERREIRA, A.G.N. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 7, n. 5, p. 1398 - 405, 2013. Disponível: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agferreira2.pdf. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

FLEISCHER, S. Parteiras, parto domiciliar e reciprocidade numa pequena cidade amazônica. In: BRITES, J.; MOTTA, F.M. (Org.). *Etnografia, o espírito da antropologia Tecendo Linhagens Homenagem a Claudia Fonseca*. Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2017.

FRANK, T.C.; PELLOSO, S.M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol. 34, n.1, p. 22-29, 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/03.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

GIATTERA, D.G.; FAGUNDEZ, F. Aspectos psicológicos do puerpério: uma revisão. **Psicologia pt**, 2015. Disponível: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

GOTARDO, G.I.B.; SILVA, I. A. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 2, p. 245-251, 2007. Disponível: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4172/2763>. Acesso em: 05 de agosto de 2018.

GUSMAN, C.R. et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 37, n. 4/5, p. 365–70, 2015. Disponível: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/pt>. Acesso em: 02 de junho de 2018.

HANUM, S.P. et al. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. **Rev. enferm. UFPE on line**, vol. 11 (Supl. 8), p. 3303-9, 2017. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagemarticle/view/110197/22089>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

HENRIKSEN, L. et al. 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 17, n. 1, p. 165, 2017. Disponível: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1352-2>. Acesso em: 19 de agosto de 2018.

HENWOOD, K.; PIDGEON, N. **A Teoria Fundamentada**. In: Breakwell, G.M et al.(org.) Métodos de Pesquisa em Psicologia. (pp. 340-361). ARTMED, São Paulo, 2010.

JANSSEN, P.A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n. 6-7, p. 377-383, 2009. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/?tool=pubmed>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2018.

JORGE, D. R. Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetrix (parteira) no Brasil. Rio de Janeiro, 1972. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

KITZINGER, S. **The Midwife Challenge**. London: Pandora, 1988.

KLOMP, T. et al. Perceptions of labour pain management of Dutch primary care midwives: a focus group study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 16, n. 6, 2016. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715289/pdf/12884_2015_Article_795.pdf. Acesso em 08 de setembro de 2018.

KOETTKER, J.G. Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

LESSA, H.F. A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado. Tese (Doutorado). – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

LESSA, H.F. et al. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2014. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf. Acesso em: 16 de fevereiro de 2018.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Relações sociais na opção pelo parto domiciliar planejado: um estudo etnográfico institucional. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 13, n. 2, p. 239-249, 2014.. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4163>. Acesso em: 07 de setembro de 2018.

LINO, H.C.; DINIZ, S.G. "Cuide das roupinhas que do parto cuide eu" - comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. **Rev bras crescimento desenvolv hum [online]**, vol.25, n.1, pp. 117-124, 2015 . Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n1/pt_16.pdf. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

LOPES. R. C.S. et al. O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 18, n. 2, p. 247-254, 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

LUNDA, P.; MINNIE, C.S.; BENADÉ, P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 18, n.167, 2018. Disponível: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-018-1755-8>. Acesso em: 25 de julho de 2018.

MARTINS, C.A.; MATTOS, D.V.; SANTOS, H.F.L. Autonomia da mulher no processo parturitivo. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 10, n.12, p. 4509-16, 2016. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11517/13403>. Acesso em: 12 de janeiro de 2018.

MATTOS, D.V. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2012.

MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. Motivation of midwives for household childbirth plans. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 8, n. 4, p. 951-9, 2014. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9765/9894>. Acesso em 18 de agosto de 2018.

MATTOS, D.V.; VANDENBERGHE, L.; MARTINS, C.A. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 10, n. 2, p. 568-75, 2016. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10991/12343>. Acesso em 05 de junho de 2018.

MCCOURT, C. Tecnologias no parto e modelos de cuidado obstétrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 168-177, 2014. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103066>. Acesso em: 16 janeiro de 2018.

MEDEIROS, R.M.K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª edição. São Paulo: Hucitec; 2008.

MORAES, P.A. et al. A dor do parto: percepção de mulheres que pariram no domicílio.

Rev enferm UFPE on line, vol. 10, n. Supl. 5, p. 4176-81, 2016. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11161/12684>. Acesso em: 27 de dezembro de 2018.

MOTTA, S.A.M.F. et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 10, n. 2, p. 593-9, 2016. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10994/12349>. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/a_institucionalizacao_medica_do_parto_no_brasil.pdf. Acesso em: 15 de maio de 2018.

NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 4, p. 1059 - 1068, 2013. Disponível: <https://scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n4/1059-1068/pt>. Acesso em 18 de maio de 2018.

NASCIMENTO, J.P. et al. O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line**, vol. 10 (Supl. 5), p. 4182-7, 2016. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11162/12687>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira margem, 2000.

OLIVEIRA, A.V. et al. Percepção de gestantes e puérperas acerca do parto domiciliar planejado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 716-733, 2017. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/326792202_PERCEPCAO_DE_GESTANTES_E_PUERPERAS_ACERCA_DO_PARTO_DOMICILIAR_PLANEJADO. Acesso em: 08 de setembro de 2018.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas**. Montevideu: Centro Latino-americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva - CLAP/SMRCLAP/ SMR. Publicação Científica. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Disponível: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=E904D581690440262ED67E1E9A4F2A08?sequence=1>. Acesso em: 06 de julho de 2018.

_____. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Disponível: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=ADE025FC399E529C07ED3FD9358E2740?sequence=2>. Acesso em: 20 de julho de 2018.

OSAVA, R.H. A assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

OSAVA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, 2006. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a20.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2018.

PEDROSO, C.N.L.S.; LÓPEZ, L.C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1163-1184, 2017. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01163.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2018.

PEREIRA, M.S. Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 589-601, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00589.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

POSSATI, A.B. et al. Humanização do parto na ótica de enfermeiras. **Esc Anna Nery**, vol. 21, n.4, p. 1-6., 2017. Disponível: HYPERLINK "http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/" http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/ pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2018.

PRATES, L.A. et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, n. Suppl 3, p. 1247-56, 2018. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1247.pdf. Acesso em 16 de julho de 2018.

RABELLO, M.T.M.P.; NETO, J.F.R. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 36, n. 2, p. 188-197, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Rezende Obstetrícia**. 13ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2016.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista de Estudos Feministas**, vol. 10, n. 2, p. 449 – 59, 2002. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C. Obstetrix e enfermeira obstétrica: revendo sua formação. **Acta Paul Enf. São Paulo**, v. 13, número Especial, Parte II, p. 212-16, 2000.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Representações Sociais sobre o parto domiciliar. **Escola Anna Nery**, vol. 19, n. 4, p. 606-613, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0606.pdf>. Acesso em: 07 de março de 2018.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. Disponível: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31494/21363>. Acesso em: 06 de setembro de 2018.

SANTOS, L.G. "A ARTE DE PARTEJAR": Das parteiras tradicionais à medicalização do parto no Amazonas (1970-2000). Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Amazonas, 2016.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery**, vol. 19, n. 3, p. 424-431, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>. Acesso em: 21 de agosto de 2018.

SILVA, E.A.T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**, vol. 37, n. 2, p. 208-215, 2013. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013;37\(2\):208-215gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/O_Mundo_da_Saude_Sao_Paulo_2013;37(2):208-215gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf). Acesso em: 23 de outubro de 2018.

SILVA, R.M. et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 108-120, 2016. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00108.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

STRAUSS, A.L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

TAYLOR, B.; HENSHALL, C.; GOODWIN, L.; KENYON, S. Task shifting Midwifery Support Workers as the second health worker at a home birth in the UK: A qualitative study. **Midwifery**. Vol. 62, p. 109-115, 2018. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29665522>. Acesso em: 30 de novembro de 2018.

TORRES, J.A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, vol. 30, Sup, p. S220-S231, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0220.pdf>. Acesso em: 22 de dezembro de 2018.

TOSTES, N. A; SEIDL, E. M. F. Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. **Temas em Psicologia**, vol. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2018.

TRINDADE, D.F.S.; SPINIELLI, M.A.S.; MOREIRA, B. D. Modelos da comunicação no processo de humanização do parto e nascimento em uma maternidade de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, vol. 20, n. 2, p. 44-53, 2018. Disponível: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K3447L8azewJ:periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/21231/14145+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

TRIVINOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 1998.

VANDENBERGHE, L.; PEREIRA, M.B. O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. **Psicologia: Teoria e Prática**, vol. 7, n. 1, p. 127-136, 2005. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v7n1/v7n1a10.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2016.

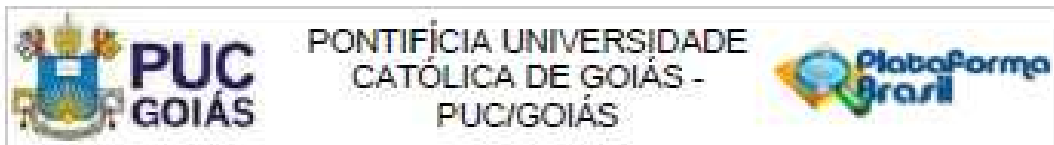
VEDAM, S. et al. Nurse-Midwives' Experiences with Planned Home Birth: Impact on Attitudes and Practice. **Birth**, vol. 36, n. 4, p. 274-82, 2009. Disponível: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1523-536X.2009.00354.x>. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, vol. 16, n. 1, p. 95-

107, 2015. Disponível: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/viewFile/1842/1731>. Acesso em: 28 de outubro de 2018.

WARREN, A. Between the foreign and the local: French midwifery, traditional practitioners, and vernacular medical knowledge about childbirth in Lima, Peru. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 1, p. 179-200, 2015. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742106>. Acesso em: 23 de janeiro de 2018.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RELAÇÃO COM A PARTURIENTE E OS CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR: PERSPECTIVAS TRADICIONAIS E MODERNOS

Pesquisador: Diego Vieira de Matos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55238016.9.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.678.386

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta a pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de resposta a pendência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta a pendência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de resposta a pendência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:**INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR APÓS APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:**

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.080
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3246-1512 Fax: (62)3246-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.673.999

sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.

2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pela Resolução CNS 466/12 e suas complementares, bem como garantir o seguimento fiel à proposta aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_659244.pdf	20/06/2016 19:07:18		Aceito
Outros	Resposta_Pendencias.pdf	20/06/2016 19:08:39	Diego Vieira de Mattos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO_DIEGO_Ajustado.pdf	20/06/2016 19:04:09	Diego Vieira de Mattos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ajustado.pdf	20/06/2016 19:02:17	Diego Vieira de Mattos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Diego.pdf	12/04/2016 15:42:52	Diego Vieira de Mattos	Aceito
Orçamento	Orcamento_de_Pesquisa_CEP.pdf	12/04/2016 15:42:34	Diego Vieira de Mattos	Aceito
Cronograma	Cronograma_Pronto.pdf	12/04/2016 15:42:06	Diego Vieira de Mattos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_Projeto_CEP.pdf	12/04/2016 15:41:37	Diego Vieira de Mattos	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	12/04/2016 15:40:11	Diego Vieira de Mattos	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0056.pdf	23/03/2016 12:59:35	Diego Vieira de Mattos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.088
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3046-1512 Fax: (62)3046-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **A RELAÇÃO COM A PARTURIENTE E OS CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR: PERSPECTIVAS TRADICIONAIS E MODERNAS**. Meu nome é Diego Vieira de Mattos, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto, Doutorando em Psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa Diego Vieira de Mattos, Fone: (62) 98290 7119, e-mail diegovmattos@hotmail.com, ou com o orientador da pesquisa Professor Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, nos telefones: (62) 3946.1116, ou através do e-mail luc.m.vandenberghe@gmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Você foi selecionado para participar deste estudo por acreditarmos que sua prática no atendimento ao parto em casa poderá contribuir de forma significativa para este estudo. A sua participação no referido estudo, será no sentido de compartilhar conosco um pouco da sua vivência no atendimento, bem como as relações e cuidados realizados durante seu atendimento às famílias que você acompanha.

Este estudo tem como objetivo geral: analisar como a equipe de parto domiciliar planejado e as parteiras tradicionais constroem a relação de cuidados com as parturientes. Objetivos específicos: descrever como se desenvolve a relação entre parturientes/família e as equipes de parteiros formados ou parteiras tradicionais; descrever os cuidados realizados às mulheres no parto domiciliar acompanhado por parteiros formados e parteira tradicional; discutir como os profissionais veem o desenvolvimento desta relação.

Faremos entrevistas com parteiros formados (médico, enfermeiros obstetras e obstetras) e parteiras tradicionais. Para os parteiros residentes em regiões urbanas, as entrevistas serão feitas por via internet, usando os programas, Skype ou Messenger. No caso das parteiras tradicionais, as entrevistas serão realizadas pessoalmente, devido à dificuldade de acesso a esta tecnologia. As entrevistas

acontecerão após agendamento de data e horário conforme a sua disponibilidade, no período entre Julho de 2016 a Dezembro de 2017. Serão gravadas em formato mp3 e transcritas na íntegra. O seu nome será mantido em sigilo e vocês serão identificados por pseudônimo (nomes falsos) a fim preservar a sua integridade.

Os possíveis riscos relacionados a este estudo estão associados à possibilidade de reações emocionais durante a coleta e análise dos dados, contudo, faz parte do meu compromisso, auxiliar você no direcionamento dos problemas encontrados, por meio da intervenção junto ao diagnóstico situacional, sempre que observado desafios exigências que possam comprometer a sua prática profissional.

Durante todo processo de entrevista, com a finalidade de prevenir possíveis riscos decorrentes da pesquisa, com base nos desafios e exigências que podem ser encontrados, você poderá recusar a responder qualquer questionamento ou deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Tal medida visa prevenir o risco que a pesquisa possa oferecer. O estudo se dará por encerrado após coletadas informações necessárias para subsidiarem a pesquisa.

Em cumprimento a Resolução 466/12, caso você venha sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral ao risco sofrido, você terá direito à indenização. Na ocorrência de qualquer dano, você será acompanhado diretamente por mim, independente da natureza de assistência que necessite, mediante qualquer dano que a pesquisa possa acarretar. Caso seja detectado qualquer tipo de risco, a pesquisa será suspensa imediatamente. Qualquer gasto que você venha ter com a pesquisa, também será ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa.

Esta pesquisa poderá beneficiar diretamente os parteiros formados e tradicionais que atuam na prática do parto domiciliar planejado, permitindo o conhecimento e divulgação desta prática.

Configura benefício da pesquisa a divulgação de novos conhecimentos da prática ao parto e nascimento seguro por parteiros formados e tradicionais, como forma de reflexão acerca da qualidade de atenção às parturientes assistidas no parto domiciliar planejado.

Os dados serão armazenados em meu computador e também gravados em DVD durante cinco anos, após esse período serão incinerados juntamente com uma testemunha que não esteja envolvida no estudo.

Informo que após sua autorização, pela assinatura do TCLE e coleta dos dados, independentemente dos resultados da pesquisa, eles serão divulgados e consecutivamente publicados em periódicos científicos, sendo mantida em sigilo a sua integridade. Você plena liberdade de recusar participação ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma bem como assegurar sobre o sigilo das informações confidenciais ao Pesquisador (a).

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, abaixo assinado, fui orientado pelo pesquisador Diego Vieira de Mattos sobre este estudo e ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, _____, _____, _____.

_____/_____/_____
Assinatura do participante Data

_____/_____/_____
Assinatura do pesquisador Data

ANEXO C

ENTREVISTA

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Grau de Instrução: _____

Parteira Tradicional () Parteiro Formado ()

Formação: _____ Tempo de Formação: _____

Quanto tempo atua no Parto Domiciliar Planejado: _____

Número aproximado de PDs atendidos: _____

Região e estado onde atua: _____

Pergunta	Transcrição	Códigos
1. Como iniciou seu contato e história com o parto domiciliar ?		
2. Me explique de que maneira as mulheres/família que você atende conhecem seu trabalho e chegam até você ?		
3. Me descreva como funciona o seu atendimento de pré-natal e preparo para o parto. Quando inicia e como é a dinâmica das consultas ?		
4. Me explique como funciona o seu acompanhamento e quais os cuidados você realiza durante o trabalho de parto, parto e pós parto:		
5. Como você percebe esta relação entre você e as mulheres que você acompanha ?		