

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

LUDIMILA BRUM CAMPOS

**SER-AÍ-MULHER-QUE-VIVENCIOU-O-PARTO-DOMICILIAR-PLANEJADO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

**Juiz de Fora
2017**

LUDIMILA BRUM CAMPOS

**SER-AÍ-MULHER-QUE-VIVENCIOU-O-PARTO-DOMICILIAR-PLANEJADO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação/Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: O cotidiano do cuidar em enfermagem, linha: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu Mestrado em Enfermagem FACENF/UFJF

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Campos, Ludimila Brum.

Ser-aí-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado: contribuições para a enfermagem / Ludimila Brum Campos. – 2017. 101 p. : il.

Orientador: Anna Maria de Oliveira Salimena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Parto Domiciliar. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Saúde da Mulher. I. Salimena, Anna Maria de Oliveira , orient. II. Título.




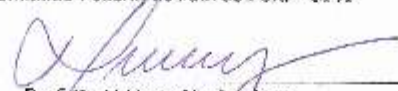
**SER-Á-MULHER-QUE-VIVENCIOU-O-PARTO-DOMICILIAR-PLANEJADO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

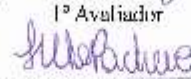
LUDIMILA BRUM CAMPOS


Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

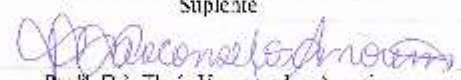
Aprovada em: 21/08/2019


Prof. Dr. Anna Maria de Oliveira Salimena (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF


Prof. Dr. Valdeyr Herdy Alves
Universidade Federal Fluminense - UFF
1º Avaliador


Prof. Dr. Zuleicy Maria Lessa Pacheco
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
2º Avaliadora


Prof. Dr. Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Universidade Federal de Viçosa - UVV
Suplente


Prof. Dr. Thaís Viscraselos Amorim
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Suplente

Dedicatória

Dedico este trabalho às mulheres e em especial, à minha irmã pelo despertar, incentivo e por sempre acreditar nas minhas possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Ao eterno e grandioso Deus por sempre me conceber bênçãos e fazer grandes milagres em minha vida que me permitiram chegar até aqui. Muito obrigada por permitir que mais uma etapa se cumpra em minha vida. Tu és maravilhoso!

À minha Mãe, minha florzinha, por ser minha maior fonte de perseverança, determinação, força e exemplo do que é cuidar, sempre sendo-conosco em meio às tribulações. Você me inspira!

Ao meu Pai, pelos ensinamentos, valores e por sempre confiar no meu potencial e sucesso. Muito obrigada!

Aos meus irmãos e em especial à minha irmã, por sempre ser-comigo naquilo que eu precisava, me aconselhando e me encorajando. Você é fundamental em minha vida.

Ao meu namorado, Kenzi por respeitar o meu momento acadêmico, compreender a minha ausência e ser paciente com os nossos planos futuros. Sua atenção, seu ouvir e apoio foram essenciais nesta caminhada. Obrigada pelo carinho de todo instante, conforto e preocupação. Com você, ser mestranda foi muito mais especial. Você é um homem incrível!

Aos meus amigos mestrandos Rafael e Raquel que também mergulharam neste desafio. Fomos uns-com-os-outros neste caminhar indo além nas nossas possibilidades do que iríamos sozinhos.

À Luiza, colega de turma do mestrado pela constante ajuda na normalização deste trabalho. Obrigada pela paciência. Sua contribuição foi tremenda!

À minha orientadora Anna Maria por aceitar a me orientar e por me acolher sem mesmo me conhecer. Sou extremamente grata pela ajuda, carinho e cuidado que teve para comigo. Seu caráter é admirável.

À professora Thais por me ajudar antes mesmo de ser mestranda. Obrigada pela disposição, sabedoria e mansidão no falar. Suas contribuições foram fundamentais para chegar até aqui.

Ao coordenador do movimento social AMMA de Juiz de Fora, Mateus Clovis, por acreditar na minha pesquisa. Sem a sua ajuda nada disso seria possível. Muito obrigada!

Às depoentes, obrigada pela confiança. Vocês são preciosas para mim e para esta dissertação.

Aos professores que aceitaram a participar da banca de defesa do projeto, qualificação e defesa final. Obrigada pela disposição, compromisso e por contribuir para a pesquisa em enfermagem.

Aos professores do Programa de Pós Graduação do Mestrado em Enfermagem da UFJF, pelas disciplinas, trabalhos desenvolvidos e crescimento propiciado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro desta pesquisa com a concessão de bolsa.

A mulher que está dando à luz sente dores, porque chegou a sua hora; mas, quando o bebê nasce, ela esquece a aflição, pelo prazer que tem de ter nascido ao mundo um homem.

João 16:21

RESUMO

Objetivou-se desvelar os sentidos da mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado. Pesquisa de natureza qualitativa, pautada na abordagem fenomenológica com o referencial teórico-filosófico e metodológico de Martin Heidegger. Participaram nove mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado. A entrevista fenomenológica foi norteada pelas seguintes questões: Como foi para você vivenciar o parto domiciliar? Como você se sentiu? O que isso significou para você? Dos depoimentos, emergiram as estruturas essenciais que constituíram as Unidades de Significação. A compreensão vaga e mediana desses significados permitiu a elaboração do fio condutor que conduziu ao segundo momento metódico, a compreensão interpretativa ou hermenêutica. O modo do ser-aí-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado é desvelado como ser-no-mundo esteve lançada na facticidade se vendo lançada na possibilidade de parir em casa que escolheu de forma autêntica o parto domiciliar planejado. De modo curioso, pesquisaram, viram documentários e constatou que o melhor a ser feito para si e para o bebê e ao repetir estas informações sem solidez, desvela-se o falatório. Do medo de ter que parir no hospital que já é uma ameaça conhecida anunciou o pavor, o terror e o horror, pois não é familiar ter que sair de um parto domiciliar e ir para o hospital. Revela ter sido presença no parto domiciliar planejado ao ser considerada e respeitada como ser de possibilidades. Mostrou-se na ambiguidade e também na impropriedade/inautenticidade ao sentir-se muito mais forte após a experiência do parto. Desvelou-se na ocupação junto aos instrumentos por não se ver segura para parir e portando perdeu-se no caráter público do impessoal desvelando a decadência. A equipe que assistiu o parto, demonstrou uma solicitude liberadora, sendo desvelada uma pré-ocupação com o ser-mulher ajudando-as para um poder-ser diante das possibilidades. Conhecer os sentidos que as mulheres atribuí ao parto domiciliar planejado permitirá uma reflexão e ação no que diz respeito à atenção ao parto e nascimento e contribuirá para a visibilidade e ressignificação deste modo de partear como uma possibilidade de local que é seguro e que possibilita o protagonismo e a humanização do parto.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Parto domiciliar. Pesquisa qualitativa. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The objective was to unveil the senses of the woman who experienced the planned home birth. Research of a qualitative nature, based on the phenomenological approach with the theoretical-philosophical and methodological reference of Martin Heidegger. Nine women participated in the planned home birth. The phenomenological interview was guided by the following questions: How was you experiencing home birth? How did you feel? What did that mean to you? From the testimonies, the essential structures that constituted the Units of Significance emerged. The vague and meditative understanding of these meanings allowed the elaboration of the guiding thread that led to the second methodical moment, the interpretative or hermeneutic understanding. The mode of being-there-woman-who-experienced-the-home-planned-planning is unveiled as being-in-the-world was thrown into the facticity if it was launched into the possibility of giving birth at home that authentically chose the planned home birth . Curiously, they have searched, seen documentaries and found that the best thing to do for you and your baby is to repeat the information without soundness. From the fear of having to give birth at the hospital that is already a known threat has announced the terror, terror and horror, as it is not familiar to have to leave a home birth and go to the hospital. It reveals having been a presence in the planned home birth when being considered and respected as being of possibilities. It was shown in ambiguity and also in impropriety / inauthenticity by feeling much stronger after the birth experience. It was unveiled in the occupation next to the instruments for not being seen safe to give birth and carrying was lost in the public character of the impersonal revealing the decadence. The team that attended the delivery demonstrated a liberating solicitude, and a pre-occupation with the being-woman was revealed, helping them to be able to be in the face of possibilities. Knowing the senses that women assign to the planned home birth will allow a reflection and action regarding the attention to childbirth and birth and will contribute to the visibility and re-signification of this way of being part of it as a possibility of a place that is safe and that makes possible the protagonism And the humanization of childbirth.

Keywords: Nursing. Obstetric Nursing. Home Childbirth. Qualitative Research. Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AMMA | Aliança de Mulheres por uma Maternidade Ativa |
| COREN-RJ | Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro |
| CPN | Centro de Parto Normal |
| CREMERJ | Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro |
| DNVs | Declarações de Nascidos Vivos |
| MBE | Medicina Baseada em Evidências |
| MS | Ministério da Saúde |
| NV | Nascidos Vivos |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PD | Parto Domiciliar |
| PDP | Parto Domiciliar Planejado |
| SINASC | Sistema de informações sobre Nascidos Vivos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNA-SUS | Universidade Aberta do SUS |
| US | Unidades de Significação |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 | O DESPERTAR PARA O TEMA | 12 |
| 1.2 | SITUAÇÃO DE ESTUDO | 15 |
| 1.3 | OBJETO | 19 |
| 1.4 | OBJETIVO | 19 |
| 2 | SOLO DE TRADIÇÃO | 20 |
| 2.1 | A ARTE DE PARTEJAR: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL | 20 |
| 2.2 | INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E OS MOVIMENTOS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL | 25 |
| 2.3 | SITUAÇÃO DO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL | 32 |
| 2.4 | PARTO DOMICILIAR E A ENFERMAGEM | 36 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO – FILOSÓFICO E METODOLÓGICO | 41 |
| 3.1 | FENOMENOLOGIA | 41 |
| 3.2 | O PENSAMENTO DE MARTIN HEIDEGGER | 43 |
| 4 | TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 46 |
| 4.1 | O CAMINHAR METODOLÓGICO | 46 |
| 4.2 | PERCURSO DA ETAPA DE CAMPO | 46 |
| 4.3 | DEPOENTES, CENÁRIO E ASPECTOS ÉTICOS | 48 |
| 4.4 | ACESSO AS PARTICIPANTES | 50 |
| 5 | ANÁLISE COMPREENSIVA | 53 |
| 5.1 | HISTORIOGRAFIA | 53 |
| 5.2 | HISTORICIDADE | 56 |
| 5.3 | UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA | 59 |
| 5.3.1 | Unidade de Significação 1 | 60 |
| 5.3.2 | Unidade de Significação 2 | 62 |
| 5.3.3 | Unidade de Significação 3 | 64 |
| 5.3.4 | Unidade de Significação 4 | 66 |
| 5.3.5 | Unidade de Significação 5 | 67 |
| 5.3.6 | Unidade de Significação 6 | 70 |
| 5.4 | FIO CONDUTOR | 71 |
| 6 | ANÁLISE INTERPRETATIVA | 73 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 81 |
| | REFERÊNCIAS | 85 |
| | APÊNDICE- ROTEIRO DE ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA | 97 |
| | ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 98 |
| | ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 101 |

1 INTRODUÇÃO

“Todo questionar é um buscar”.
Martin Heidegger

1.1 O DESPERTAR PARA O TEMA

A gravidez e o parto normal, especificamente, sempre me sensibilizaram devido à perfeição da natureza humana que permite a mulher dar à luz ao seu próprio filho de maneira autônoma, não necessitando de aparatos tecnológicos ou intervenções obstétricas para fazê-lo, exceto quando a não utilização dos mesmos oferecem riscos à saúde da mãe e do bebê, sendo necessariamente indicados.

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem (FACENF) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), tive a oportunidade de me aproximar e acompanhar mulheres no período de pré-parto, parto e pós-parto ao cursar a disciplina Saúde da Mulher ministrada no 5º período no ano de 2013 e desde então passei a me encantar com a gestação, parto e o nascimento.

No decorrer de todo este período ansiava por assistir a mulher dando a luz através do parto normal, pois esta seria a minha primeira oportunidade de presenciá-lo. Queria ver a forma como os enfermeiros realizavam a assistência junto às gestantes, parturientes e puérperas e como era para essas mulheres vivenciarem o parto e o nascimento de seu filho.

Durante o Estágio Supervisionado II realizado em um hospital de Juiz de Fora, tive a oportunidade de presenciar partos normais assistidos por enfermeiros obstetras. E durante este momento, observei como as mulheres percebiam, compreendiam e vivenciavam o parto normal dentro dessa instituição hospitalar.

Assim, atentei que muitas mulheres sentiam medo, insegurança e insatisfação por estar num ambiente hospitalar, longe do conforto de casa, de seus entes queridos e por serem submetidas às rotinas da instituição como horários pré-determinados para as refeições, banho e visitas. Ainda, em alguns casos, ficavam entristecidas por terem que escolher um acompanhante entre a doula, marido e mãe, pois a Lei Municipal nº 13.477 de 23 de dezembro de 2016 que permite a presença de doulas ainda não havia sido aprovada e de acordo com a Lei Federal, a mulher tem direito a apenas um acompanhante (BRASIL, 2005; JUIZ DE FORA, 2016).

Apesar de presenciar em certos momentos a autonomia de algumas mulheres, seus desejos e vontades sendo respeitados, na maioria das vezes o que era visto eram mulheres consideradas passivas e não ativas no próprio parto sendo reféns do modelo biomédico vigente, centrado em um paradigma mecanicista.

Por vezes, elas não eram consideradas pelos profissionais em suas singularidades e subjetividades. Não tinham voz e nem poder de decisão o que as tornavam meras expectadoras do parto ao invés de protagonistas, distanciando a assistência obstétrica prestada das reais necessidades dessas mulheres.

Diante disso, passei a refletir sobre a realização do parto em domicílio como alternativa de local para se parir e possibilidade de mudança da assistência desumanizada prestada, e assim me questionei se este estava sendo realizado e principalmente, como é significado pelas mulheres que o vivenciaram visto que o ambiente pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho do parto como um todo.

Essas reflexões se fizeram fortalecidas, por não ter presenciado parto no ambiente domiciliar durante toda a graduação e até os dias de hoje; por saber que a prática do parto domiciliar (PD), mesmo sendo legal, é ainda muito incipiente quando comparada à prática do parto hospitalar e aos altos índices de cesarianas no país e, também, por ser ocultada, na maioria das vezes, pelos meios de comunicação e pelos próprios profissionais que o assistem, seja por questões jurídicas ou por perseguições da classe ou de outros profissionais

Conversando com minha irmã sobre parto, visto que ter filhos já faz parte do seu planejamento, essa se mostrou insatisfeita com o modelo obstétrico hospitalocêntrico que desconsidera o protagonismo da mulher e a desvaloriza em sua subjetividade durante o processo de parturição. Ao mencionar que o PD é uma realidade e possibilidade e mostrar a ela vídeos deste parto, ela se mostrou admirada, encantada e desejosa por ele, pois ela não sabia que este tipo de parto era possível atualmente.

Assim, minha irmã começou a me indagar sobre como fazia pra ter o parto em casa, qual profissional era habilitado para fazê-lo, quem ela procurava, se eu conhecia alguém que o assistia ou alguma mulher que teve este tipo de parto e se tinha informação de como tinha sido para ela vivenciá-lo. Dessa maneira, esses questionamentos me fizeram refletir ainda mais sobre a obscuridade da prática do PD

e a invisibilidade que é dada às mulheres que vivenciam o parto no domicílio, o que desfavorece a prática deste tipo de parto, seu avanço, reconhecimento e valorização.

Portanto, perante todo o contexto apresentado e pelo fato do PD ser considerado uma das possibilidades da humanização do parto, de resgate da autonomia e valorização da mulher no processo de parturição e de inversão deste modelo que banaliza as subjetividades, individualidades e necessidades do sujeito (SANFELICE; SHIMO, 2015), me veio o anseio de compreender como as mulheres significam a vivência do parto domiciliar.

Em busca dessa compreensão, tornou-se necessário realizar um estudo com uma abordagem que retrate o ser que vivencia o parto domiciliar, que me permita conhecer sua singularidade e subjetividade, focado na compreensão dos seus significados e no desvelamento dos seus sentidos (GODOY, 1995), com o intuito de possibilitar dar visibilidade à mulher e ainda propiciar melhoria da atuação do enfermeiro na assistência obstétrica ao nortear sua prática para a individualidade deste ser.

No meu caminhar, tive a oportunidade de me aproximar da abordagem fenomenológica de Martin Heidegger que até então não conhecia. Ao recorrer a leituras que a retratassem, percebi que no pensamento de Heidegger iria encontrar suporte para as minhas inquietações.

Ao iniciar meus estudos, observei que esta abordagem busca a compreensão do fenômeno interrogado, não se preocupando com explicações. O pesquisador parte do mundo-vida dos sujeitos que vivenciam o fenômeno, buscando desvelá-lo (HEIDEGGER, 2015).

Heidegger busca a compreensão do ser, o sentido do ser (HEIDEGGER, 2015). E diante da minha inquietação de compreender o significado da mulher na vivência do parto domiciliar e de desvelar os sentidos velados, optei por buscar uma metodologia qualitativa à luz da fenomenologia de Martin Heidegger, na qual as facetas do ser-aí mulher pudesse compreender a realidade do parto no ambiente domiciliar.

Para que a escolha do local do parto deixe de ser unidirecional, tendo como única opção o ambiente hospitalar, o parto domiciliar precisa ser valorizado, estudado, discutido para ser re-conhecido e divulgado de modo a sustentar a necessidade de sua incorporação pelo Sistema de Único de Saúde (SUS).

1.2 A SITUAÇÃO DE ESTUDO

Entre os séculos XVI e XVIII, os partos eram realizados no ambiente domiciliar. Nos Estados Unidos, por exemplo, até o ano de 1900, 95% dos partos eram realizados em casa. Entretanto, ao longo do século XIX, com o crescimento das escolas médicas, incorporação da obstetrícia à medicina e avanços no controle das infecções hospitalares, gradativamente, a predominância de partos domiciliares por todo o mundo foi se perdendo. Em 1940 a taxa de PD nos Estados Unidos caiu para 40% e em 2000, para 0,6% (CUNHA, 2012; MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A partir do século XX, o parto hospitalar começou a se tornar uma prática comum propiciando a concretização da institucionalização e a medicalização do parto. Assim, o parto passou a ser feito predominantemente dentro de uma instituição hospitalar e, o que era fisiológico, passou a ser considerado patológico sendo refletido ao longo dos anos nos altos índices de cesarianas e na desumanização da assistência obstétrica (BRASIL, 2014a; CRIZÓSTOMO, 2007).

Segundo a *World Health Organization (WHO)*, desde 1985 a taxa recomendada de cesariana em qualquer região do mundo é de até 15% baseando-se no preceito de que essa taxa corresponde ao número de partos que realmente necessitam do procedimento cirúrgico para a manutenção da saúde materna e/ou do bebê (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Entretanto, essa determinação não é a realidade de muitos países, inclusive do Brasil. Nos últimos 20 anos, o percentual de cesariana aumentou em todo o mundo ficando entre 20% e 22% na Europa, 32,8% nos Estados Unidos e 56,7% no Brasil segundo o último indicador lançado pelo Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no qual 40% deste total corresponde ao setor público e 84,6% à saúde suplementar, o que lhe conferiu o título de campeão de cesarianas (BRASIL, 2010; 2015a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As taxas elevadas no Brasil se justificam pelo alto índice de cesarianas desnecessárias. Um estudo realizado em 2012, referente a mais de 95% do número mundial de nascimentos no ano de 2008, traz que de 18,5 milhões de cesarianas realizadas, 6,2 milhões foram realizadas desnecessariamente, sendo metade realizada na China 1.976.606 e no Brasil 960.687 (GIBBONS et al., 2012).

Pesquisas mostram que os índices de cesarianas elevados não estão relacionados à diminuição da morbimortalidade materna e neonatal, mas que o parto vaginal espontâneo quando bem assistido está relacionado a essa diminuição (GREGORY, 2012; MACDORMAN et al., 2006; MARCOLIN, 2014). Corroborando com essa informação, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), traz que o Brasil, recordista em cesarianas, em 2013 registrou 69 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV) ficando acima de países com taxas inferiores a 20 mortes a cada 100.000 NV (BRASIL, 2014b).

De acordo com a *WHO*, países que mantiveram o índice de cesáreas abaixo de 10% apresentaram menores taxas de mortalidade perinatal. Portanto, para esta organização nada justifica taxa maior que 10-15% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Sendo assim, o modelo hegemônico vigente no Brasil se distorce daquilo que é preconizado no âmbito nacional e internacional causando uma preocupação no que tange o parto e o nascimento no país (BRASIL, 2014a; DINIZ, 2005).

Se por um lado há um número alarmante de cesáreas no país em virtude do progresso tecnológico e científico da obstetrícia e do processo de institucionalização do parto, por outro há o parto de evolução fisiológica medicalizado e de risco devido ao excesso de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2015b).

Em um inquérito nacional realizado pela Fundação Oswaldo Cruz sobre parto e nascimento em 2011/2012 com 23.940 mulheres, mostrou que 56,8% eram mulheres classificadas como de risco habitual e destas, 40% fizeram uso de ocitocina, 37% receberam manobra de Kristeller, 56% sofreram episiotomia e 92% pariram na posição de litotomia retratando a dimensão da violência obstétrica no país (LEAL et al., 2014).

Dessa forma, nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural e por essa razão, a assistência ao parto e nascimento tem sido questionada. Desde 1980, iniciou-se um movimento pela humanização do parto e nascimento através de mulheres, profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos em conjunto com órgãos internacionais como a *WHO* com o objetivo de enfrentar a violência institucionalizada e o modelo tecnocrático por meio de uma atenção humanizada que re-considera o protagonismo da mulher, visualiza o parto como um evento humano e ainda se apoia em uma Medicina Baseada em Evidências (MBE) (BRASIL, 2014a).

Esse movimento foi crescendo progressivamente, inclusive, pela *internet* (ciberativismo) e aos poucos, as mulheres foram se tornando empoderadas no que diz respeito à assistência humanizada e a prática baseada em evidências fazendo com que a busca pelo parto humanizado, que valoriza a mulher, que devolve a ela o protagonismo, a autonomia, a segurança e a satisfação, aumentasse juntamente com a busca pelo PD (MARQUES, 2013; MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

O parto domiciliar planejado possibilita parir de forma respeitosa, livre, sem submissão a protocolos, a normas e rotinas institucionais. Além disso, viabiliza o resgate daquilo que é natural, dos valores, das crenças, dos direitos e a dignidade da forma de nascer e por isso vem sendo considerado como uma possível escolha para as mulheres que buscam o parto humanizado (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

A atenção ao PD vem crescendo por todo mundo. Embora seja uma prática legitimada nos países como Holanda, Canadá e Austrália, no Brasil, mesmo sendo uma prática que oportuniza a humanização do parto e nascimento, é ainda incipiente e polêmica (CUNHA, 2012; GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA, 2013; ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION, 2010; WALSH, 2015).

Estudos internacionais mostram que a assistência domiciliar planejada é segura como a hospitalar (JANSSEN, 2009; JONGE, 2009), entretanto, muitos profissionais a consideram uma prática insegura, que oferece riscos à mulher e, portanto, se posicionam de forma contrária, perseguindo aqueles que o assistem, o que de certa forma contribui para que esta prática se dê de maneira oculta, dificultando a atenção ao parto domiciliar pelos enfermeiros obstetras e a possibilidade de escolha das mulheres (SANFELICE; SHIMO, 2015).

De acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, as enfermeiras obstétricas são profissionais regulamentadas pela legislação federal para assistirem o parto normal de baixo risco (BRASIL, 1986) e, além de terem sua atuação incentivada pelo Ministério da Saúde (MS), são consideradas importantes interventoras na humanização do parto por serem capazes de oferecer um equilíbrio físico-emocional a mulher durante o parto propiciando um benefício para o binômio mãe-bebê (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Apesar de serem capazes de oferecer assistência ao parto e nascimento de qualidade e humanizada (CAMPOS et al., 2016; KOETTKER et al., 2012; MERIGHI; GUALDA, 2009; SOUZA et al., 2013), estas profissionais precisam valorizar o protagonismo da mulher durante o parto, estabelecer uma relação empática e

considerar as suas subjetividades, singularidades e as suas reais necessidades para que a assistência seja efetiva (BRASIL, 2014a).

Diante da preocupação de órgãos internacionais e nacionais com a forma de nascer no Brasil em virtude dos altos índices de cesarianas e intervenções desnecessárias, a discussão em torno do parto domiciliar se mostra crescente. Diversos estudos vêm sendo realizados para atestar cientificamente as vantagens e benefícios do PD (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER, et al., 2012; KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013; MELLER; SCHAFFER, 2011).

Nestes, questiona-se, por exemplo, a respeito da segurança, da morbimortalidade materna e do recém-nascido neste tipo de parto, o número de intervenções realizadas nas mulheres durante o parto hospitalar e domiciliar, entre outros. Assim ficam evidenciados os fatores relacionados aos riscos/benefícios associados ou não a prática do PD, mas, frequentemente, não remetem à mulher como ser existencial que vivencia o parto domiciliar.

Uma busca realizada com o intuito de conhecer a literatura nacional e internacional sobre os significados/sentidos de mulheres na vivência do parto domiciliar planejado, englobou produções de 2011-2016 situadas nas bases PUBMED, SCIELO, LILACS e BIREME nos idiomas português, inglês e espanhol no período entre setembro de 2015 a julho de 2016 e esta revelou uma amostra de 57 artigos selecionados a partir dos descritores Parto Domiciliar; Parto Domiciliar Planejado e Parto Domiciliar Planejado e Enfermagem nos respectivos idiomas. No entanto, perante critérios de exclusão como publicações duplicadas e que não contribuíam para a temática, procedeu-se a análise de 23 artigos.

Foram encontrados artigos sobre as representações sociais acerca do parto domiciliar planejado (SANFELICE; SHIMO, 2015b) sobre a percepção de mães com experiência de parto domiciliar (CHAMILCO; NERY; ALVES, 2016) e um artigo referente aos sentidos deste para as mulheres (CASTRO, 2015) e nenhum estudo que retratasse os significados da mulher nesta vivência, revelando uma lacuna sobre a referida temática.

O fato das mulheres que vivenciam o parto em casa nem sempre poderem se manifestar a pedido dos próprios profissionais que a assistem, faz com que esse tipo de experiência e todo o caráter subjetivo envolvido permaneça oculto. Nesse sentido, tornam-se necessários estudos que busquem compreender o ser mulher que vivencia o parto domiciliar.

Essa compreensão é necessária não somente para permitir um olhar atento do profissional à singularidade dessas mulheres e assim subsidiar a prática da enfermagem para uma atenção que vá ao encontro às políticas governamentais, mas também para incentivar e encorajar a atenção a este tipo de parto aos enfermeiros, enfermeiros obstetras, obstetras e ainda contribuir para a visibilidade e valorização do PD como possível local de parto e assim favorecer uma mudança da realidade obstétrica.

Portanto, este estudo se ocupa da mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado e apresenta como problema de pesquisa as singularidades e subjetividades da mulher neste parto. E para que se obtenha tal resposta é necessário investigar e interrogar quem vivencia o fenômeno do parto domiciliar. Diante disso, pauto como questões norteadoras do estudo: “Como se dá para a mulher a vivência do parto domiciliar? Como o seu movimento existencial contribui para a prática do parto domiciliar?”.

1.3 OBJETO

A partir das inquietações este estudo apresenta como objeto a vivência da mulher no parto domiciliar planejado.

1.4 OBJETIVO

Desvelar os sentidos da mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

O solo de tradição para Heidegger (2015) se apresenta como uma recuperação daquilo que já foi evidenciado cientificamente pelas ciências tradicionais sobre a temática em questão, é a posição prévia (tradição científica) sobre determinado assunto.

De certo modo e em certa medida, a presença se compreende a si mesma de imediato a partir da tradição. Essa compreensão lhe abre e regula as possibilidades de seu ser. Seu próprio passado, e isso diz sempre o passado de sua “geração”, não segue, mas precede a presença, antecipando-lhe os passos (HEIDEGGER, 2015, p.58).

Neste sentido, o caminhar do estudo foi delineado buscando apreender aspectos relevantes produzidos a respeito do parto domiciliar para que se tenha o conhecimento já produzido acerca desta temática.

2.1 A ARTE DE PARTEJAR: DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL

Atualmente existem duas vias de parto, a vaginal e a cesárea. O parto que se dá pela via vaginal é denominado parto normal sendo definido pela *WHO* num documento publicado em 1996 como aquele parto em que o nascimento se dá de forma espontânea, por mecanismos naturais fisiológicos do corpo da mulher sendo de baixo risco durante todo o tempo no qual deve existir uma justificativa para interferir neste processo que é natural (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

O parto normal existe há cerca de 200 mil anos e por isso é a forma de parto mais conhecida em todo o mundo (MONTENEGRO; FILHO, 2013). Este tipo de parto permite à mulher parir de diversas formas como: o parto preparado, parto vertical, parto na água e o parto *Leboyer*. O parto preparado criado em 1949 por Velvoski, Platonov e Nicolaiev se baseia em preparar a parturiente para o parto por meio do método psicofilático de maneira que ela participe conscientemente sem nenhuma ou pouca anestesia (ENNING, 2000; MALDONADO, 2005).

O parto vertical ocorre quando a mulher assume posições verticais como em pé, sentada, de joelhos ou cócoras facilitando as contrações uterinas, a força da gravidade e o empoderamento da mulher (SILVA et al., 2016). O parto na água, que

ganhou força no Brasil a partir de 1980, pode ser realizado dentro de piscina ou banheira e tem a função de aliviar a dor da parturiente e de reduzir o estresse do bebê (ENNING, 2000).

O parto *Leboyer*, desenvolvido pelo médico obstetra Frédérik Leboyer em 1974, tem o intuito de tornar menos traumática a experiência fora do útero materno para o bebê reduzindo o impacto entre o mundo intrauterino e o extrauterino por meio da luz difusa, silêncio, de um ambiente aquecido, afetuoso, de massagem nas costas do bebê, entre outros (ENNING, 2000; MALDONADO, 2005).

Em contrapartida, a cesariana não é considerada parto, mas uma via de parto no qual é feito uma grande cirurgia denominada de cesárea para a retirada do bebê do útero em mulheres que correm risco em fazê-lo pela via vaginal (BRASIL, 2015b). Parto por via cesariana é indicado quando há:

[...] desproporção fetopélvica; discinesias; placenta prévia; pré-eclâmpsia grave; distócias de partes mole; formas grave de diabete; antecedentes de operações ginecológicas; sofrimento fetal; prolapso; procúbitos e procedências do cordão umbilical; câncer genital; herpes; primíparas idosas e, para alguns casos de cesariana anterior (MALDONADO, 2005, p. 78).

Desse modo, neste contexto essa cirurgia foi criada com o intuito de garantir a saúde da mãe e do bebê caso o parto normal oferecesse riscos, mas, no entanto, a realidade é outra. Desde 2009 a cesariana vem predominando a forma de nascer no Brasil (BRASIL, 2014a, 2015b).

A gestação e o parto constituem em uma experiência complexa e única na vida de cada mulher, pois além de ocorrer transformações fisiológicas que são desconhecidas em primíparas, é um grande desafio. A mulher deixa de ser filha e passa a ser mãe (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014; LUZ; BERNI; SELLI, 2007).

As mudanças no organismo da mulher ocorrem durante todo o processo gravídico e elas englobam as dimensões bio-sócio-psico-espiritual, pois além das transformações sistêmicas dos órgãos genitais femininos temos as transformações psicológicas, emocionais, espirituais e sociais que envolvem todo o meio em que está inserida (FONSECA; CAVALCANTE, 2014; SANTOS; RADOVANIC; MARCON, 2010).

As mudanças ditas funcionais são imediatas, diferentemente das mudanças anatômicas que são mais vagarosas. Modificações na postura, deambulação,

metabolismo, sistema cardiovascular, sistema sanguíneo, sistema urinário, sistema respiratório, sistema digestivo, sistema endócrino, pele e fâneros se enquadram nas alterações ditas sistêmicas. E, as modificações na vulva, vagina e útero (colo, miométrio e endométrio) correspondem às alterações dos órgãos genitais femininos (MONTENEGRO; FILHO, 2013).

O tempo de duração destas alterações e a maneira como a parturiente as enfrentam está diretamente ligado à realização do planejamento prévio à gravidez, o relacionamento e o vínculo familiar existente, as questões sociais e econômicas, a cultura e a história obstétrica (SANTOS; RADOVANIC; MARCON, 2010).

A gravidez e o parto fazem parte de uma das mais significativas experiências humana, pois além de ser um sonho, uma realização pessoal, um momento especial e único para a futura mãe, pai e todos aqueles de cunho familiar e social envolvidos no processo, integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres (BRASIL, 2001).

O parto e o nascimento são considerados um evento historicamente natural e carregam ao longo dos anos, crenças, valores, comportamentos e práticas específicas de acordo com tempo vigente na época (GUSMAN et al., 2015) e mesmo sofrendo várias transformações e influências sócio-culturais, estes eventos continuam sendo considerados um grande marco na vida de quem os vivencia (BRASIL, 2001).

Durante muito tempo, ou mais precisamente até o século XVIII, o parto era assistido por mulheres chamadas de parteiras, na qual parteira é a profissão considerada como uma das mais antigas. Essas mulheres também eram conhecidas como “comadres”, “aparadeiras” ou “assistentes de parto” e era uma experiência compartilhada exclusivamente entre mulheres (ACKER et al., 2006).

O primeiro registro que se tem na história de alusão às parteiras, encontra-se na Bíblia Sagrada na passagem de Êxodo 1:1, em que o Rei do Egito por afligir a multiplicação dos filhos de Israel com receio que estes, por serem mais numerosos, conquistassem o Egito, ordenara as parteiras hebreias, Sifrá e Puá, que quando servisse de parteiras matassem o filho caso este fosse do gênero masculino com intuito de impedir a multiplicação destes homens (ALMEIDA, 1993; COSTA, 2002).

Na Grécia antiga estas mulheres eram denominadas maiêutas. A maiêutica diz respeito às atividades relacionadas ao processo de reprodução como um todo e para se tornar uma delas, era preciso ter passado pela vivência do parto, ter tido filho além de estar na menopausa, pois para os gregos as mulheres que estavam na menopausa

podiam ser independentes e este aspecto era considerado por eles relevante para se tornar uma maieuta (DINIZ, 1996).

Parteira, de acordo com Ferreira (2010, p. 566) significa mulher que assiste as parturientes e elas eram mulheres de confiança da futura mãe, amigas, vizinhas ou pessoas indicadas pela comunidade com capacidade reconhecida pela população de assistir a parturiente no trabalho de parto, parto, puerpério e na assistência imediata ao recém-nascido (MOTT, 2005).

Possuidoras de um saber empírico as parteiras ofereciam à mulher segurança, conforto e reforçavam os laços de solidariedade feminina frente à maternidade. Seus saberes sobre o parto e o corpo da mulher eram adquiridos com a experiência do dia-dia e os transmitiam oralmente de geração em geração. A maioria das parteiras não sabia ler e nem escrever. Sua prática, além de não ser remunerada e não ter uma carga horária definida era exercida com enorme satisfação pelo fato de serem reconhecidas e valorizadas (BARROSO, 2009).

No final do século XVI, a prática do parto domiciliar realizada pelas parteiras começou a entrar em crise com a invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (GARCIA et al., 2010). Este, considerado hoje uma mera curiosidade arqueológica e ainda utilizado por alguns profissionais, consiste num instrumento destinado a apreender a cabeça do feto e extraí-la através do canal do parto (DINIZ, 2005; CUNHA, 2011).

Sua criação fortaleceu a atuação médica na assistência ao parto e a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e controlada pelo homem na qual era fundamental a presença do profissional médico. Afirmavam que o parto era perigoso e possível de ser controlado (SENA et al., 2012).

No século XVII a introdução de cirurgiões na assistência ao parto provocou uma grande transformação na obstetrícia. Quando apareciam situações complicadas, as parteiras recorriam a estes profissionais que ainda não tinham boa aceitação por parte das mulheres devido aos tabus daquela época de expor seu corpo, sua genitália a homens “desconhecidos” (WOLF; MOURA, 2004).

Dessa maneira, entre o século XVI e XVIII no Brasil, tanto os partos normais quanto os com complicações eram realizados em domicílio por parteiras (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012). Com a criação das escolas médicas no país a partir do século XIX, a assistência ao parto passou a ser incorporada pelos médicos. As

parteiras foram aos poucos incorporadas ao sistema médico por meio do discurso higienista de que parir em hospital era mais seguro (ACKER et al., 2006).

Foram progressivamente retiradas do cenário público brasileiro pelo fato de os médicos defenderem que a atenção ao parto é estritamente intervencionista e cirúrgica, além de atribuírem às parteiras, a infecção puerperal devido à falta de medidas assépticas. Assim, o parto normal passa a ser, neste momento, vivido publicamente e não mais de modo privativo e íntimo da mulher (ACKER et al., 2006; BRASIL, 2001).

Os médicos eram formados para intervir, tratar doenças e impor regras. Recebiam apenas conhecimentos teóricos e não sabiam acompanhar fenômenos fisiológicos, que juntamente com a resistência por parte das mulheres em aderirem à assistência prestada por médicos homens, dificultava o aprendizado prático destes profissionais. Mesmo no ambiente hospitalar, a maioria dos partos eram realizados pelas parteiras, exceto quando este fosse com distócia ou cesáreo, que os médicos o faziam e estas apenas os auxiliavam (ACKER et al., 2006; SANFELICE et al., 2014).

A partir do século XIX, faculdades de medicina passaram a oferecer cursos de partos para as parteiras na ótica científica vigente. Em 1832, tem-se o primeiro registro legal da oferta destes cursos que conferiam certificados concedidos pelos médicos. As parteiras diplomadas passaram a ser convidadas para trabalharem nas primeiras maternidades no final do século XIX sob o controle absoluto dos médicos (SIMÕES, 2003).

A qualificação não trouxe às parteiras diplomadas a autonomia que almejavam. Mesmo sendo ainda muito requisitadas pela alta sociedade, foram perdendo progressivamente seu espaço. A legislação referente ao ensino de parteiras era subordinada a legislação do ensino de medicina no período compreendido de 1832 – 1949 (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Durante este período, a medicina fazia uso de estratégias para garantir seu domínio no mercado de trabalho e estabelecer sua hegemonia. Controlando os conteúdos ofertados durante o curso, limitavam a atuação das parteiras. Posteriormente vieram com a alegação de que estes cursos não ofereciam a base ideal para o trabalho, sendo necessário o diploma de enfermeira (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

No final do século XIX, os profissionais médicos começaram a cogitar a associação do trabalho da parteira com a enfermeira, sugerindo a formação

profissional de parteiras que fossem também enfermeiras com objetivo de restringir o espaço das parteiras na assistência ao parto e de defender seu espaço neste mercado de trabalho. Nessa lógica, os cursos de parteiras começaram a ser extintos, dando lugar aos cursos de enfermagem com a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetrix como único meio de capacitar não-médicos para assistir o parto normal (GARCIA et al., 2010; MOTT, 2005; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Com o avanço da ciência e ascensão do saber médico, as enfermeiras preferiram aliar-se aos médicos como uma possibilidade de crescimento e valorização profissional do que se unirem às parteiras tradicionais. Assim, progressivamente a institucionalização do parto foi imposta. Este que antes era realizado em ambiente domiciliar passou ser realizado dentro de uma instituição hospitalar (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Apesar de muito rudimentar até o século XIX, o parto era realizado de forma predominante no ambiente domiciliar e era capaz de conceder à mulher autonomia, liberdade e privacidade promovendo o seu protagonismo durante todo o processo que envolve o parto (MONTENEGRO; FILHO, 2013; OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Porém, com todo o avanço tecnológico, hegemonia médica e a institucionalização do parto no início do século XIX esses fatores foram se perdendo. A mulher de protagonista passou a ser coadjuvante do próprio parto tornando-o desumanizado e motivo de preocupação para a *World Health Organization*, para muitos profissionais de enfermagem e em especial, os enfermeiros obstetras (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E OS MOVIMENTOS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

Em detrimento da criação das escolas médicas no país a partir do século XIX, a prática obstétrica passou a ser incorporada pelos médicos. As parteiras passaram para segundo plano e a comunidade de mulheres e os acontecimentos que marcavam o nascimento foram marginalizados. A prática milenarmente constituída como saber feminino baseada nos conhecimentos populares e nas experiências do dia a dia foi transformada em saber masculino (WOLFF; MOURA, 2004).

Pela defesa do mercado de trabalho e do seu conhecimento, os médicos alegavam que somente eles tinham capacidade de exercerem essas práticas e de que o hospital era o ambiente mais seguro para a realização de partos em relação à morbimortalidade materna e perinatal. Este discurso culminou em construções de hospitais específicos como as maternidades no final do século XIX, favorecendo o fortalecimento da hegemonia médica presente até hoje (ACKER et al., 2006; SANFALICE et al., 2014).

A institucionalização do parto e conseqüentemente sua medicalização se concretizou no século XX sem qualquer evidência científica de que o parto hospitalar era mais seguro que o parto domiciliar (DINIZ, 2005). A hospitalização ocorreu quando o índice de partos hospitalares superou o de partos domiciliares em virtude do discurso higienista proposto pelos médicos (BRASIL, 2014a; GARCIA et al., 2010).

O modelo hospitalocêntrico e tecnocrático vigente transformaram o parto natural em ato médico, o evento fisiológico em um evento patológico, a vivência do parto domiciliar em vivência do âmbito hospitalar, o parto natural, íntimo e feminino num evento público e institucionalizado em que as tecnologias duras foram sobrevalorizadas (MERHY, 1998). A prática em saúde mercantilizada e a vida medicalizada. Estas transformações beneficiaram os “abusos excessivos” em detrimento do uso de novas tecnologias (BRASIL, 2014a; SANFELICE et al., 2014; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

A medicalização do parto resultante da sua institucionalização contribuiu para que houvesse uma inversão de valores na qual a mulher passou a ser vista como paciente, sendo mera expectadora do próprio parto e o médico obstetra passou a ser o protagonista do evento, sendo ele o responsável por ditar as regras do melhor dia, hora, posição e local para se parir. A mulher perdeu seu empoderamento, abriu mão dos seus direitos, de suas escolhas e de suas preferências tornando esse momento totalmente diferente do que era idealizado por elas (SANFELICE et al., 2014; WOLFF; MOURA, 2004).

A violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das intervenções desnecessárias (administração de ocitocina, realização de episiotomia, toques sem necessidade e rotura da bolsa) que o parto natural hospitalar está sujeito, prejudica o andamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, fazendo do nascimento uma vivência amedrontadora, com experiências de impotência e dor caracterizando a assistência desumanizada. Tal fato faz entender o possível motivo que levou as

mulheres a preferirem o parto cesáreo ao parto normal hospitalar como melhor meio de se parir (DINIZ, 2005; LESSA et al., 2014).

O fortalecimento da hegemonia médica e do discurso higienista também contribuiu para que as mulheres começassem a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, dito mais seguro, mais asséptico, mais rápido, mais científico e menos doloroso, cooperando diretamente no aumento alarmante de cesáreas realizadas no país e conseqüentemente na institucionalização do parto (BRASIL, 2001; LESSA et al., 2014).

A preferência pelo parto cesáreo vai além dos fatores socioeconômicos e culturais, pois está intimamente ligada com o fato de acreditar que a qualidade do atendimento obstétrico está diretamente ligada ao uso de tecnologia dura e a conduta intervencionista do médico. No entanto, percebe-se que os aparatos tecnológicos contribuem para a técnica, mas ao mesmo tempo, distancia a assistência das dimensões humanas, tornando-a desumana (BRASIL, 2014a).

Se, por um lado, a institucionalização do parto contribuiu para o apoderamento do saber nesta área, para o progresso do ensino médico e para a assistência à gestante e ao parto de alto risco, por outro, acometeu a humanização da assistência, não somente pelo excesso de intervenções desnecessárias, mas também pelo aumento do número de cesarianas e da medicalização a que as mulheres passaram a ser submetidas (GARCIA et al., 2010; MOTT, 2002).

A visão de que o parto hospitalar é mais “seguro”, fez com que o foco passasse a ser as questões técnicas e não mais as necessidades individuais da mulher. O cuidar se transforma em tratar no âmbito hospitalar. A imposição de normas e submissão às rotinas hospitalares acabou resultando na desvalorização do protagonismo da mulher e na generalização e desumanização da assistência ao parto (ACKER et al., 2006; BRASIL, 2014a; GARCIA et al., 2010).

Contudo, ao longo dos anos, esse modelo considerado excessivamente medicalizado e tecnocrático que dissocia corpo-mente, considera o corpo uma máquina, a mulher como um objeto alienada ao profissional médico e aos protocolos institucionais e, que prioriza a tecnologia sobre as relações humanas, passou a sofrer críticas pela própria área de obstetrícia (LUZ; GICO, 2015).

A falta de conhecimento e o desrespeito aos direitos reprodutivos resultaram numa assistência de baixa qualidade. A retirada da atenção ao parto de dentro do

domicílio para o hospital contribuiu para o avanço da tecnologia obstétrica, mas também para a desumanização da sua assistência (HIRSCH, 2015).

Desse modo, a resistência a esse modelo tecnocrático foi ganhando força e iniciou-se um movimento no final do século XX buscando consolidar um novo paradigma de atenção ao parto e nascimento baseado na humanização, o modelo humanista. Este modelo busca resgatar a subjetividade da mulher (associação corpórea), sua individualidade, seu protagonismo, sua autonomia e o parto enquanto um evento fisiológico (LUZ; GICO, 2015).

Em busca pela transição do modelo tecnocrático para o modelo humanista de atenção ao parto, surge no Brasil a partir de 1980 o movimento em prol da humanização do parto e do nascimento. No início, teve adesão por um pequeno grupo de mulheres de camadas médias e atualmente, após 36 anos do início deste movimento, profissionais da saúde, mulheres e suas respectivas famílias, instituições e órgãos governamentais fazem parte deste movimento que tem como objetivo oferecer uma assistência digna que respeite o bebê, os direitos, desejos, sentimentos e as particularidades de cada mulher (HIRSCH, 2015).

A filosofia do movimento pela humanização do parto é resgatar aquilo que é natural, defender o parto como um processo fisiológico e incentivar a redução das intervenções médicas habituais, o protagonismo da mulher, a valorização do vínculo mãe-bebê e o comprometimento com uma medicina baseada em evidência como base fundamental para um parto dito humanizado (DINIZ, 2005; HIRSCH, 2015).

Gradativamente, esse movimento foi ganhando espaço e reconhecimento sendo inaugurado um processo mais abrangente de humanização do parto com iniciativas de mudança do modelo de assistência obstétrica no Brasil a partir da formulação de alguns programas como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) em 1993 (BRASIL, 2014a).

Cabe ressaltar que este contexto de busca pela transição do modelo tecnocrático para o humanista a partir do movimento de humanização no final do século XX, é considerado um marco na enfermagem obstétrica. As enfermeiras obstétricas foram reconhecidas e destacadas pela WHO e MS como um componente da humanização do parto. A WHO em seu guia prático elaborado em 1996 para a assistência ao parto normal, trouxe a enfermeira obstétrica como a profissional mais adequada e com melhor custo-benefício na assistência à gestação e ao parto normal,

com competência para avaliar riscos e reconhecer complicações e, o MS lançou duas portarias reconhecendo a importância desta profissional para a melhoria da qualidade da assistência no contexto da humanização do parto (BRASIL, 1998,1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

A primeira foi a portaria n^o 2.815 de 1998 que inclui o parto normal sem distócia realizado pelo Enfermeiro Obstetra na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS e a segunda, a n^o 985 de 1999 que cria o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS sob coordenação exclusiva de enfermeiras obstetras. Nessa lógica, uma outra medida do MS foi financiar os cursos de especialização em enfermagem obstétrica, pois estas profissionais começaram a ganhar espaço na assistência hospitalar ao se destacarem por prestarem uma assistência pautada no modelo humanístico preconizado (BRASIL, 1998,1999; SOUSA, 2013).

Na sequência das iniciativas de mudança do modelo de assistência obstétrica no Brasil, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento – PHPN em 2000, a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher, em 2003 e 2004 respectivamente pelo MS (BRASIL, 2002, 2004, 2013).

Houve também, a aprovação de leis estaduais e federais como a Lei Federal número 11.108 de 2005 que contribui para a livre escolha da mulher de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a publicação da resolução normativa n^o 167 de 9 de janeiro de 2007 no âmbito da saúde suplementar, que regulamenta e fornece direito à mulher de ter sua assistência ao parto normal por enfermeira obstetra e a criação da Estratégia Rede Cegonha em 2011 com a finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e assim contribuir na manutenção e atualização das ações feitas anteriormente (BRASIL, 2005; 2007a; 2014a; VERAS; MORAIS, 2011).

Essas iniciativas, além de contribuírem para a valorização e reconhecimento da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento como elemento da humanização do parto, contribuíram para humanizar a assistência obstétrica no Brasil. Mas diante do significado atribuído a humanização da assistência que de maneira geral expressa o parto como uma experiência humana na qual é necessário haver uma redefinição das relações humanas na assistência, na compreensão da condição humana e dos seus direitos, essa humanização torna-se complexa e de difícil incorporação (DINIZ, 2005; PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015).

Mesmo com o advento de políticas voltadas para este fim, a humanização da assistência ao parto ainda continua sendo um desafio. Percebe-se ainda uma desconsideração das necessidades e individualidades das mulheres em processo de parturição, das recomendações da *WHO* publicadas em 1996 sobre tecnologias adequadas ao parto em detrimento do uso indiscriminado de intervenções desnecessárias nas mulheres durante o parto e nascimento e também do órgão máximo que direciona as ações de saúde do país, o Ministério da Saúde (MS), favorecendo a perpetuação do modelo inadequado (BRASIL, 2007b; CARVALHO et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

As mulheres dentro da instituição hospitalar se tornam refém das normas, rotinas, protocolos de atendimento, infraestrutura hospitalar, da falta de capacitação e interesse da equipe. Ainda há instituições com estrutura inadequada, onde não é possível a presença de acompanhantes por falta de espaço nas salas de pré-parto e parto, protocolos de assistência generalista não direcionado à individualidade de cada mulher e locais em que a autonomia da mulher é ignorada no processo de parturição descaracterizando a humanização da assistência (CARVALHO et al., 2012; SANTOS; SHIMO, 2008; SOUZA et al., 2011).

A infraestrutura hospitalar é considerada um dificultador na concretização da humanização do nascimento e para que o parto seja humanizado, é essencial que ocorra uma adequação dos trabalhadores de saúde a este novo paradigma, sendo necessário um novo olhar aos aspectos subjetivos da mulher, uma compreensão da parturiente em sua totalidade, individualidade e valorização da sua autonomia, além de ser preciso mudanças nos órgãos formadores, melhoria nas condições de trabalho, abolição das práticas desnecessárias, humanização do ambiente e um investimento na infraestrutura hospitalar para que seja adequado às necessidades de privacidade, conforto, segurança e apoio aos familiares da mulher (CARVALHO et al., 2012; SANTOS, 2010; SOUZA et al., 2011).

Diante do que foi exposto a tradição obstétrica traz o parto hospitalar como o parto que é seguro, a cesariana como o parto que é natural e a mulher e o recém-nascido como objeto de todo o processo caracterizando o modelo obstétrico tecnocrático, medicalizado e desumanizado que vigora no Brasil. Dessa forma, a busca de mulheres por um parto mais humanizado, que re-considera o seu protagonismo, sua liberdade, valores, direitos e proporciona segurança e uma satisfação durante a vivência do parto vem crescendo e conseqüentemente, a busca

pelo parto domiciliar também, pois as mulheres estão vendo nele a possibilidade de se ter o parto dito humanizado (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

O conceito de atenção humanizada na assistência obstétrica visa à promoção do parto e do nascimento e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001; 2014b). E estudos já realizados, mostram que o parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstétricas, com protocolo assistencial, apresenta bons resultados maternos e neonatais, mesmo quando a transferência para o hospital é necessária (KOETTKER et al., 2012) e que em partos de baixo risco bem assistidos, não há diferença significativa na morbimortalidade materna e perinatal entre o parto hospitalar e o domiciliar, desmistificando a ideia de que o parto em casa não seja tão seguro quanto o hospitalar para a mãe e o bebê (KOETTKER et al., 2013).

Inclusive, no que tange a mortalidade materna e perinatal foi constatado que a cesárea quando realizada por fator não médico, aumenta o número de complicações cirúrgicas graves e conseqüentemente o índice de morbimortalidade materna e perinatal (LUMBIGANON et al., 2010; SOUZA et al., 2010) e mesmo assim continua sendo considerada na atualidade como a forma natural de dar à luz (BEHAGUE; VICTORA; BARROS, 2002; MARCOLIN, 2014; NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” foi lançada pelo Ministério da Saúde para orientar profissionais de saúde e mulheres, gestantes ou não, sobre as melhores práticas relacionadas à operação cesariana de acordo com as evidências científicas existentes com intuito de “promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança” (BRASIL, 2016, p.18).

Tal documento contribui para a redução do número de indicações desnecessária de cesariana por reforçar as situações reais para se recomendar o parto por esta via desmistificando os fatores associados à realização da cirurgia cesárea. Desse modo, evidencia não ser necessário recomendar o parto por via cesariana de rotina para mulheres obesas, com infecção ativa recorrente do vírus do Herpes simples, para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B, para realização de laqueadura tubária entre outros. Além disso, explicita que se não há indicação médica para a realização desta cirurgia, deve-se discutir os fatores que levam a preferência por esta via de parto (BRASIL, 2016).

A *WHO* informa que taxas de cesáreas que ultrapassam 10%, não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal e reafirma que o advento da tecnologia traz benefícios a aquelas que dela necessitam, mas por outro lado, oferece

riscos quando utilizada de forma desnecessária. Além disso, afirma que o parto domiciliar, quando assistido por profissionais habilitados, traz benefícios consideráveis para as mulheres que querem e podem ter este tipo de parto e, por isto, é necessário mudar o paradigma construído de que o hospital é o local ideal para o parto por possuir aparato tecnológico e que o parto domiciliar é inseguro por não possuí-lo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Sendo assim, não há evidências de que fazer cesáreas em mulheres que não necessitam dessa cirurgia traga benefícios, o que reforça e ressalta a prática do parto normal para aquelas que não possuem nenhum tipo de restrição do ponto de vista médico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Considerando que o parto natural hospitalar é cercado de entraves para a efetivação da humanização, torna-se necessário valorizar e incentivar a atenção ao parto natural domiciliar por ser avaliado como dispositivo para a produção de resistência ativa do corpo feminino contra as estratégias de medicalização e patologização da vida e por também ser um ampliador de humanização (BRASIL, 2014a).

2.3 SITUAÇÃO DO PARTO DOMICILIAR NO BRASIL

A institucionalização do parto colaborou no aumento das taxas de parto cesáreo ao longo dos anos. De acordo com o Ministério da Saúde, 98% dos partos no Brasil ocorrem em ambiente hospitalar. Sendo que em 2013, as cesáreas corresponderam a 56,7% dos partos realizados no país, o que demonstra uma discreta proporção de partos domiciliares, planejados e assistidos por profissionais habilitados em nossa sociedade atual (BRASIL, 2010).

Estudo realizado em 2014 levantou dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e constatou que dentre os 53.682.076 nascidos vivos no Brasil entre os anos 1994 e 2011, 639.155 correspondiam ao parto domiciliar, ou seja, 1,19% apenas (CARVALHO et al., 2014). Todavia, em países como Canadá, Austrália e Holanda, o parto domiciliar é tido como uma opção habitual. Na Holanda, por exemplo, os nascimentos em casa chegam a 30% (KOETTKER et al. 2012; PATAH; MALIK, 2012).

Estes países consideram o parto domiciliar uma experiência positiva para as mulheres e familiares. Uma modalidade tão segura quanto o parto hospitalar e também um serviço potencialmente menos oneroso ao Estado sendo por isto

reconhecido e estimulado pelo sistema público de saúde (SANFELICE; SHIMO, 2014).

No Brasil, a mulher que desejar ter um parto no domicílio de forma planejada terá que arcar com os custos financeiros, caso contrário, este não será possível por não ser viabilizado pelo SUS - com exceção de um Hospital de Minas Gerais que oferece parto domiciliar pelo SUS (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015) o que o torna restrito à população mais favorecida da sociedade (COLACIOPPO et al., 2010).

Pesquisa realizada em 2013 mostra que o perfil de casais que optam pelo parto domiciliar planejado têm acesso à informação e possuem alto nível de instrução acadêmica, o que lhes garante uma rentabilidade que possibilita a contratação do serviço particular na assistência ao parto domiciliar (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013).

Sendo assim, o direito de escolha do local do parto torna-se inviável, embora tenha respaldo nos preceitos ético-políticos que norteiam o atual movimento institucional do SUS. A maioria dos casais não tem condição financeira para custear um parto domiciliar planejado. Mesmo o querendo, não o tem por não poder pagar na maioria das vezes (RÊGO, 2014).

A naturalização do parto hospitalar é resultante da construção social do hospital como local do parto, de forma que parir fora dele passou a ser considerado um evento atípico em transgressão com a realidade. Por este motivo, mulheres que optam pelo parto domiciliar são “obrigadas” a fazê-lo escondido do grupo familiar ou de amigos. Se isolam no momento em que mais precisavam de apoio para preservar e garantir a sua escolha, pois do contrário serão taxadas de loucas ou como alguém que está oferecendo risco de morte para si e para o bebê (CASTRO, 2015).

No modelo atual a realização do parto em domicílio é prática cultural nas áreas rurais, principalmente nas regiões norte e nordeste onde é escasso o número de profissionais qualificados para assistirem o parto e o acesso das mulheres aos hospitais é dificultado pela distância ou pela falta de recursos econômicos da população (CARVALHO et al., 2014).

No entanto, essa realidade vem sendo modificada vagarosamente com o aumento pela procura da casa como local de escolha para o nascimento nos grandes centros urbanos. Cidades como Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília e São Paulo possuem equipes de parto domiciliar devido à crescente demanda e isso aponta mudança nos valores, comportamentos e sentimentos no que diz respeito à maneira

de dar à luz no Brasil (COLACIOPPO et al., 2010; KOETTKER et al., 2012; MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

Muitas mulheres se encontram insatisfeitas com o modelo hegemônico de assistência obstétrica vigente e com a medicalização do parto natural hospitalar e cesáreo difundida por todo o país e isso contribui pela preferência do parto domiciliar planejado mesmo que em pequenas proporções quando comparado ao número de partos hospitalares (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013).

A ascensão do parto feito em casa além de estar diretamente relacionada à cultura intervencionista do parto hospitalar, à fragmentação e à desumanização da assistência obstétrica e aos grandes índices de violência institucional (BRASIL, 2014a), está ligada também ao fato deste tipo de parto permitir o amparo à mulher por mais de uma pessoa do seu convívio social favorecendo o vínculo familiar, lhe possibilitar livre escolha das posições utilizadas no trabalho de parto e parto, liberdade de locomoção, o fim de enemas, tricotomia, indução de parto, jejum e episiotomia desnecessárias, não utilizar métodos farmacológicos além de valorizar o seu empoderamento, autonomia, crenças, valores e cultura (ANDRADE; SILVA, 2016; DINIZ et al., 2014).

Estudos internacionais demonstram que o parto domiciliar planejado quando comparado com o parto normal hospitalar, não provoca aumento nas adversidades maternas, pelo contrário, diminui as chances destas ocorrerem. Por não apresentar aumento significativo na morte intraparto e neonatal, apresenta taxas mais baixas de morbidade materna e perinatal, hemorragia pós-parto e remoção manual da placenta.

As mulheres que planejam parir em casa experimentaram menos intervenções do que aquelas que dão a luz no hospital sem alterar os resultados maternos e perinatais (BROCKLEHURST et al., 2011; JONGE et al., 2013; VAN DER KOY et al., 2011). Desse modo, fica evidenciado cientificamente que o parto domiciliar planejado não oferece mais risco às mulheres e aos recém-nascidos quanto o parto hospitalar.

A literatura nacional reforça que o parto domiciliar é seguro ao constatar reduzida taxa de transferência hospitalar entre as mulheres, desfecho favorável nos recém-nascidos e menos intervenções realizadas nas mulheres que optam por este tipo de parto por serem mais criteriosos para realizá-las (KOETTKER et al., 2012; COLACIOPPO et al., 2010). Diante dessas evidências científicas, o MS juntamente com a *WHO* reconhece o ambiente domiciliar como um local ideal e seguro para o

parto quando assistido com qualidade por profissionais habilitados caso seja esta a escolha da mulher (BRASIL, 2014a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Portanto, as mulheres vêm percebendo que o parto domiciliar planejado, quando de baixo risco assistido por profissionais capacitados, apresenta benefícios relevantes sendo por isso considerado tão seguro quanto o parto hospitalar. Assim, estes estudos que comprovam a segurança deste tipo de parto são fundamentais para o fortalecimento da credibilidade desse tipo de parto e para a transformação do modelo obstétrico existente (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

Entretanto, o que se percebe é que a sociedade ainda não compreende os reais motivos que fazem a mulher preferir o parto em casa ao parto hospitalar que está amparado por aparatos tecnológicos. O parto domiciliar ainda é considerado um ato de regresso e não de avanço frente aos aparatos tecnológicos disponíveis hoje (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Além disso, há profissionais que vão de encontro ao que é preconizado pelo MS e *WHO*, ao que é publicizado pelas evidências científicas e as leis que vigoram no país no que tange a humanização do parto e nascimento, pois violam os direitos humanos das mulheres e são ilegais por ignorarem a Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e seu decreto que a regulamenta (BRASIL, 1986,1987), os centros de parto normal e ainda por dificultarem e até mesmo tentarem proibir a prática do parto domiciliar (BRASIL, 2014a).

Em 2012, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) mencionou denunciar um professor ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo por se pronunciar a favor do parto domiciliar. Tal fato provocou reação de entidades e ativistas pela humanização do parto e em três dias foi organizado pelas redes sociais a Marcha do Parto em Casa. Esta aconteceu em 31 cidades do Brasil e uma no exterior tomando grande visibilidade nacional (GONÇALVES, 2014).

Em resposta, o CREMERJ publicou duas Resoluções: a nº 265/2012 que dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012a) e a nº 266/2012 que proíbe doulas, obstetrizes e parteiras a prestarem cuidado durante e após o parto dentro de instituições de saúde (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012b).

Diante disso, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ) entrou com uma ação na justiça e estas resoluções foram suspensas tendo

parecer favorável pelo Ministério Público Federal meses depois, garantindo que o direito de realização de partos domiciliares e de atenção por parte destes profissionais fosse assegurado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012a; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Mesmo diante de todos os entraves que dificultam a livre escolha da mulher, o direito de escolha do local onde se quer parir é defendido pela *WHO* e vem sendo amplamente discutido pelos órgãos governamentais e apoiado por políticas públicas ganhando visibilidade no Brasil por possibilitar um desfecho diferente para a forma de nascer e conseqüentemente para o atual cenário obstétrico recordista em cesariana (BRASIL, 2014a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

2.4 PARTO DOMICILIAR E A ENFERMAGEM

O ambiente domiciliar se configura em local próximo, familiar e seguro do ponto de vista físico e emocional, em que a liberdade e a autonomia dos envolvidos oferecem maiores condições de manifestação do protagonismo da mulher enfatizado na Política Nacional de Humanização. O parto domiciliar atualmente é um dispositivo de humanização da assistência por ser capaz de resgatar a valorização da subjetividade e do vínculo entre os participantes (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

O parto normal deve ser visto como uma via relevante na diminuição dos índices de cesarianas e o parto domiciliar como um caminho para a humanização do parto e uma possibilidade para a autonomia e valorização da mulher no processo de parturição. Pois, apesar de ainda ser considerado por muitos uma prática rudimentar, o parto em casa contribui na efetivação e consolidação das políticas públicas de atenção à mulher e na transição do modelo biomédico tecnocrático para o modelo de valorização dos aspectos sociais e culturais da gestação, do parto e nascimento (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

O Parto Domiciliar Planejado é entendido como a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizada por profissional qualificado e registrado em Conselho de Classe, sendo de livre escolha da mulher (KOETTKER, 2010). As mulheres que optam por este tipo de parto vêm nele a possibilidade de participarem mais ativamente do trabalho de parto e parto, de resgatar sua autonomia, privacidade, integralidade, liberdade e a

caracterização do parto como um evento fisiológico e natural do corpo feminino (BRASIL, 2014a; KOETTKER et al., 2013; MATOS et al., 2013).

Entretanto, além do parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde (BRASIL, 2017), os próprios profissionais envolvidos na atenção ao parto no domicílio dificultam a opção por este tipo de parto, pois fazem da sua assistência uma prática velada por receber pouco incentivo e/ou perseguição pelos próprios conselhos regulamentadores, profissionais médicos e profissionais da mesma classe (SANFELICE; SHIMO, 2014).

Foi evidenciado que a escolha pelo tipo de parto é diretamente influenciada pela informação. Aquelas que optam pelo parto domiciliar planejado têm como ponto de partida no processo de sua escolha o acesso à informação. Blogs, redes sociais, websites são pequenos exemplos dos diversos meios utilizados para se obter informações a respeito dos tipos de parto, seus benefícios e outros. Mas, infelizmente, poucas são as gestantes que possuem acesso a estes conhecimentos devido ao baixo nível socioeconômico e de escolaridade (LESSA et al., 2014).

Sendo assim, a possibilidade de se ter o parto em casa, sua legalidade, como é feito, quem procurar e onde procurar é de conhecimento da minoria (CASTRO, 2015) e por isso, disseminar o conhecimento e permitir o acesso à informação segura e não tendenciosa a todas as mulheres deveria ser o mínimo garantido pelos profissionais envolvidos na assistência obstétrica. Além disso, esses profissionais deveriam compreender que o acesso à informação e a disseminação do conhecimento são uma ferramenta valiosa de divulgação e credibilidade do parto domiciliar, de visibilidade da autonomia das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e de transformação do atual cenário de parto e nascimento (DINIZ, 2005).

Muitas pessoas acreditam ser ilegal o parto domiciliar embora não exista nenhuma lei que o proíba. A Constituição Federativa do Brasil coloca que podemos fazer tudo aquilo que não nos é proibido e como não há lei que proíba o parto domiciliar, sua prática é legal no sistema jurídico brasileiro (BRASIL, 1988).

Em relação aos profissionais, a atuação do enfermeiro na condução de parto vaginal em ambiente domiciliar é garantida por lei, porém a falta desse conhecimento por parte da população dificulta essa prática (BRASIL, 1986, 1987; VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

No Brasil, as parteiras podem ter o título de enfermeiras obstétricas ou obstetrizas (Parteiras da Contemporaneidade). As enfermeiras obstétricas,

obstetizes e as parteiras são as profissionais habilitadas e reconhecidas pela *WHO* para prestarem assistência ao parto fisiológico tanto em ambiente hospitalar quanto em casas de parto, centros de parto normal ou domicílio (BRASIL, 1986, 1987; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

As profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetizes ou de Enfermeiras Obstétricas, além das atividades determinadas ao enfermeiro no que tange a assistência obstétrica (assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distócia), incumbe à prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; a identificação das distócias obstétricas; tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local quando necessária (BRASIL, 1987).

Diante da Lei que regulamenta o Exercício da Enfermagem (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e seu Decreto Regulamentador (Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987) fica claro que as Enfermeiras Obstétricas e Obstetizes são aptas a assistirem ao parto normal de baixo risco e a realizarem todos os procedimentos necessários para garantir a segurança da mulher e do bebê, seja o parto no hospital, casas de parto ou domicílio (BRASIL, 1986,1987).

Além disso, há a Resolução COFEN nº 516/2016 que garante a todo enfermeiro obstetra ou obstetiz a legalidade para prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, a acompanhar a evolução do trabalho de parto, assistir à parturiente ao parto normal, realizar episiotomia, episiorrafia, aplicar anestesia local quando necessária, executar o parto sem distócia e ainda tomar providências necessárias quando identificar distócias obstétricas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Além disso, a respectiva resolução estabelece ser competência do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetiz a assistência ao parto normal de evolução fisiológica, a promoção de um ambiente favorável ao parto e de um modelo de atenção centrado na mulher, parto e nascimento no qual o protagonismo da mulher, sua autonomia, o contato pele a pele mãe-bebê e os seus valores culturais sejam valorizados e respeitados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Nesse sentido, com a existência de uma lei que regulamenta a profissão de enfermagem e de várias resoluções já mencionadas que autorizam o enfermeiro, enfermeiro obstetra ou obstetiz a realizar o parto sem distócia em locais com serviço

de obstetrícia, centro de parto normal e/ou casa de parto ou ainda outro local adequado para esta assistência, não se justifica a omissão da atenção obstétrica no domicílio por parte destes profissionais (BRASIL, 1986, 1987; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015; 2016).

A equipe mínima preconizada para atendimento ao parto domiciliar é de dois profissionais de saúde habilitados, podendo portanto ser médico obstetra, enfermeira obstétrica ou obstetriz registrados em seu respectivo conselho de classe e com o treinamento em reanimação materna e neonatal e emergências obstétricas atualizado a cada dois anos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2016).

Porém, a assistência profissional precisa ser competente e humanizada e para que a atenção ao parto domiciliar tenha esta característica, os profissionais precisam estar preparados para acolher a mulher, seu companheiro e o grupo familiar, considerar a singularidade da mulher, suas emoções e o significado do parto em si mesmo com o intuito de fortalecer o vínculo entre a equipe e a parturiente e assim ter um parto de sucesso (WOLFF; MOURA, 2004).

Segundo nota oficial nº 001 emitida pelo COFEN em 2012,

O Enfermeiro tem competência científica, técnica e legal para a condução do parto domiciliar, sem distócia, desde que o ambiente apresente condições mínimas de higiene, a gravidez seja de baixo risco e a gestante tenha realizado pré-natal e preparo psicológico (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012b).

Entretanto, para que estes profissionais consigam oferecer uma assistência de qualidade na atenção ao parto domiciliar, que atenda as reais necessidades e individualidades da mulher, eles precisam estar disponíveis ao outro, compreender o sujeito a partir do significado que o mesmo atribui à experiência vivenciada, ou seja, além da competência técnica, precisa também estar autenticamente presente (WOLFF; MOURA, 2004).

A tradição tem avançado na valorização dos aspectos subjetivos da mulher na vivência do parto e do parto domiciliar planejado. A mulher, tradicionalmente, vem sendo considerada como sujeito passivo, tornando o parto um momento desumano na maioria das vezes. E ao falar do ideário da humanização da assistência ao parto, não se pode deixar de valorizar a singularidade dessas mulheres durante a vivência

do parto, sobretudo do parto domiciliar e nem de mencionar o parto vivido no ambiente domiciliar como uma real possibilidade na mudança de nascer, pois tanto a valorização da subjetividade da mulher quanto à valorização do parto domiciliar planejado são indissociáveis para que se tenha a efetivação da humanização da assistência ao parto e do próprio parto (BRASIL, 2014a; FRANK; PELLOSO, 2013).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

O *Solo de tradição* foi constituído após buscar o objeto de estudo naquilo que já está dado pela ciência e nesse sentido, foi construído a partir do que já está publicado acerca do parto domiciliar planejado.

Voltar à *tradição* permitiu constatar o que ficou encoberto a respeito da mulher que vivencia o parto domiciliar planejado sendo, na presente investigação, as questões relacionadas à existência do ser-mulher que vivencia o parto domiciliar planejado. Pois mesmo sendo um ser existencial, um ser que é presença, não foram contempladas em seu ser-no-mundo naquilo que já está estabelecido previamente justificando a busca pelo fenômeno em estudo – vivência da mulher no parto domiciliar planejado.

Assim, se fez necessário uma investigação fenomenológica para lançar luz à lacuna do conhecimento revelado acerca do ser-mulher na vivência do parto domiciliar planejado, pois através da fenomenologia de Martin Heidegger, torna-se possível alcançar a essência dessas mulheres por meio da descrição do fenômeno que a experiência nos oferece e conseqüentemente desvelar o fenômeno que se encontra encoberto pela tradição.

Portanto, diante do propósito de desvelar os sentidos da mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado, lancei-me ao desafio de estudar a abordagem fenomenológica no pensamento de Martin Heidegger e no intuito de enriquecer a compreensão desta abordagem, cursei três disciplinas sendo elas: Ontologia e filosofia da arte cursada no Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UFJF; Questões de Filosofia e Fenomenologia da Religião III cursada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da UFJF e Métodos qualitativos de pesquisa: abordagem fenomenológica no Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

3.1 FENOMENOLOGIA

A Fenomenologia se firmou como linha de pensamento no início do século XX com o filósofo alemão Edmund Husserl num contexto em que o pensamento positivista começava a ser abalado. Husserl, considerado o verdadeiro fundador do movimento fenomenológico na Alemanha, foi influenciado pelas ideias de Platão, Descartes e

Brentano e atribuiu à fenomenologia um novo significado definindo-a como a “volta às coisas mesmas” (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Esta ciência nasceu como uma reação ao empirismo positivista, pois ao se contrapor a dicotomia existente entre a subjetividade e objetividade das construções idealistas e positivistas, o filósofo procurou uma via em que a superação desta divisão razão-experiência estivesse presente, que nos colocasse no mesmo plano da realidade, das “coisas mesmas” e encontrou na fenomenologia essa forma de pensar diferente das correntes existentes, por ela não dissociar o sujeito do objeto (MONTEIRO et al., 2006; OLIVEIRA; CUNHA, 2008).

Para Husserl a fenomenologia não é uma ciência exata, mas sim rigorosa que busca descrever, mostrar que o mundo é fenômeno, o que se mostra, embora precise ser desvelado para chegar naquilo que a coisa é. Ela assume um modo de ver a essência do mundo e de tudo que nele existe por meio do conhecimento do fenômeno e de seus significados essenciais. Explora o campo da consciência e sua relação com o objeto, distingue os fenômenos psíquicos que comportam uma intencionalidade, dos fenômenos físicos o que a coloca numa perspectiva diferente das ciências exatas e empíricas (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

A palavra “Fenomenologia” deriva de duas palavras gregas, no qual uma remonta ao termo fenômeno e a outra à *logos*. Fenômeno no seu sentido mais originário significa o que se revela, o que se mostra em si mesmo de forma que o ente se desvela por si mesmo ao sujeito que o interroga. *Logos*, por sua vez, significa deixar e fazer ver, aquilo sobre o que se discorre ou ainda no seu sentido mais puro, descobrir. Portanto, fenomenologia significa deixar e fazer por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo (HEIDEGGER, 2015).

O seu lema “volta às coisas mesmas” é uma tentativa de aproximação às coisas da maneira como ela se mostra, sem pré-conceitos ou pressupostos e por isto, Husserl define a fenomenologia como ciência dos fenômenos em que o fenômeno, sendo objeto de investigação fenomenológica, é compreendido como aquilo que é em si mesmo ou aquilo que se mostra, não sendo necessariamente coisas, mas qualquer fato de natureza psicológica ou física contemplados por uma consciência e por isso atribui a esta abordagem filosófica o papel de um método ou modo de ver a essência do mundo e de tudo que nele existe (NOVASKI, 2007).

Diante disso, a abordagem fenomenológica é concebida como um método apropriado aos estudos dos fenômenos humanos e sociais e também como uma

proposta de compreensão do humano por ir além da explicação dos fatos ao focar o significado que as pessoas dão as coisas e às suas vidas. E, justamente por ter como propósito deste estudo a compreensão do significado da mulher na vivência do parto domiciliar e o desvelar do seu sentido, que eu me aproximei da fenomenologia como referencial filosófico metodológico, pois este permite mostrar, descrever e compreender os fenômenos vividos que se expressam por si mesmos (GILES, 1989).

3.2 O PENSAMENTO DE MARTIN HEIDEGGER

Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean-Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty foram os pensadores que se apoiaram nas concepções de Husserl. Heidegger nasceu em 26 de setembro de 1889 em Messkirch, distrito de Kaden, na Alemanha e faleceu em 25 de maio de 1976 aos 87 anos. Tornou-se discípulo de Husserl ao se aproximar dele na Universidade de Freiburg em 1915 e a partir de então, dedicou-se ao estudo da fenomenologia na busca da compreensão do ser (CASANOVA, 2012). Ele se aproximou tanto da corrente fenomenológica que seu professor Husserl, após alguns anos, declarou: “A fenomenologia somos eu e Heidegger” (GILES, 1989, p.84).

O filósofo busca compreender o ser, os entes dotados do ser da presença e seu sentido de ser em sua existência (HEIDEGGER, 2009) e, portanto, desenvolveu um método próprio de análise e interpretação em sua obra principal, *Ser e tempo* (HEIDEGGER, 2015). Redigida em 1926, evidencia a distinção entre ele e Husserl acerca do entendimento de fenomenologia, apesar dos três elementos do projeto fenomenológico husseliano ainda permanecerem com Heidegger, sendo eles: a noção de intencionalidade; a noção de redução fenomenológica e o lema rumo às coisas mesmas de Husserl (CASANOVA, 2012).

Heidegger procurou superar o pensamento husseliano para atingir o ser do ente trazendo assim uma nova abertura para a filosofia (GUERRA, 2012). Neste sentido, a filosofia é ontologia e a fenomenologia uma via de acesso para a ontologia por considerá-la um método de conhecimento para compreender, interpretar e descrever fenômenos da forma como se mostra em si mesmo (HEIDEGGER, 2015).

Na concepção Heideggeriana o ser e o homem se visitam, pois ser nesta ideologia é presença, é um ser existencial, ser autêntico que se mostra como ser de possibilidades. Ser é algo autônomo e independente que se torna manifesto, compreendido e conhecido para o humano no qual é denominado por ele como “ser-

aí”, “ser-no-mundo” ou “*Dasein*”. O ser-aí (*Dasein*), então é o que nós próprios somos, é o homem e este está lançado no mundo. O nosso modo de ser, é sempre um poder ser. Ser é transcendente, ultrapassa todo ente. Ser não é ente. Mas ser, é ser de um ente (HEIDEGGER, 2015).

Na busca de compreender o ser do humano, o filósofo denominou as pessoas de “ente”. De acordo com Heidegger (2015, p.42) “chamamos de ‘ente’ muitas coisas e em sentidos diversos. Ente é tudo de que falamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos” o que difere de ser. Pois para ele “Ser está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado, no teor e recurso, no valor e validade, no existir, no ‘dá-se’” (HEIDEGGER, 2015, p.42).

O comportamento do ente na própria existencialidade nos remete ao termo “ser-aí” e o ente sendo pre-sença e estando aí, quando se relaciona com o mundo se torna *sendo* no mundo. Para Heidegger não há separação entre o homem e o mundo, é um ser-no-mundo e sendo no mundo, compreende-se como ser de possibilidades e é este ente, o ser que é pre-sença e ser-no-mundo que precisa ganhar voz para que o fenômeno seja desvelado (HEIDEGGER, 2015).

Assim, todo ente remete ao ser e através desse ente podemos ter algum acesso ao ser e por isso devemos interrogá-lo. É preciso se remeter ao ente e deixar que ele se mostre por si mesmo, sem um conhecimento prévio. E a fenomenologia, é o caminho para ir às coisas mesmas (HEIDEGGER, 2015).

Heidegger (2015, p. 75), diz que “a fenomenologia é a via de acesso e o modo de comprovação para se determinar o que deve constituir tema da ontologia”. E ainda descreve, “[...] fenomenologia é a ciência do ser dos entes - é ontologia” (HEIDEGGER, 2015, p. 77). Ela não será no sentido de determinar o quê dos objetos, mas o como dos objetos, ou seja, ela busca compreender o indivíduo na sua concretude, em sua existencialidade (CARVALHO, 2013).

A pesquisa fenomenológica além de detalhar a experiência humana, procura compreendê-la e interpretá-la (SIANI; CORREA; CASAS, 2016) e a interpretação para Heidegger é a própria ontologia. Portanto, essa abordagem pretende ter uma compreensão existencial, ontológica do ente para se chegar ao modo de ser desse ente que nós mesmos somos (HEIDEGGER, 2015). Sendo assim, a pesquisa na abordagem fenomenológica busca compreender como a pessoa vivencia certo fenômeno e como significa essa experiência (CARRARO; SEBOLD, 2013).

Para ter-se a compreensão dos significados expressos e o desvelar do sentido implícito, Heidegger propôs um método fenomenológico que se fundamenta em dois momentos metódicos: o primeiro, denominado de Análise Compreensiva, consiste na compreensão vaga e mediana com vistas a compreender os significados; e o segundo, denominado Análise Interpretativa ou Hermenêutica constitui-se por interpretar o sentido para alcançar a esfera do fenômeno (HEIDEGGER, 2015).

Ôntico e Ontológico são expressões delineadas no pensamento Heideggeriano. Ele remete a ciência ôntica como à ciência do ente e a ciência ontológica como a ciência do ser que busca a compreensão do fenômeno. O ôntico se refere à dimensão dos fatos que envolvem tanto os entes envolventes que são os objetos, as coisas, como também os entes dotados do ser da pré-sença. Representa tudo o que é percebido, entendido, conhecido de imediato; o ontológico, se refere ao ser, ser de possibilidades, ao mostrar-se do ser do humano que se manifesta como ser da pré-sença (HEIDEGGER, 2015).

Paula e colaboradores (2012, p. 985), descrevem que “a fenomenologia como método possibilita apreender, compreender e interpretar os fenômenos da realidade manifesta por si” e como corrente de pensamento, “focaliza o sentido das vivências para as pessoas, por meio do preenchimento significativo do objeto conhecido”.

Portanto, para ir além da tradição, da posição prévia que considera o ente como ser subsistente, é preciso aprofundar. É necessário lançar um olhar à dimensão existencial do ser, buscar as estruturas essências, ontológicas para alcançar a essência deste ser e o caminho para tal, é a fenomenologia.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“Tudo é possível ao que crê”.
Mc 9:23

4.1 O CAMINHAR METODOLÓGICO

Este estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e interpretativa, delineada na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger na medida em que esta possibilita compreender o ser como ser existencial, a interpretar os significados que o ser humano manifesta através do seu depoimento, gestos e até mesmo através do silêncio e por permitir mostrar, descrever e compreender os fenômenos vividos que se expõem e se expressam por si mesmos (HEIDEGGER, 2015).

Segundo Silva, Lopes e Diniz (2008) a fenomenologia ao compreender o ser em sua subjetividade, o humano como ser que é presença e que está lançado no mundo além de valorizá-lo, possibilita-nos um crescimento pessoal e profissional nos permitindo ser presença no lidar com o outro.

E por isso, o uso desta abordagem em produções científicas da enfermagem vem crescendo, pois ao buscar compreender o homem em suas diversas facetas possibilita o enfermeiro de oferecer um cuidado a partir da sua singularidade qualificando assim a sua assistência (ALMEIDA et al., 2009).

Neste sentido alcançar a mulher na vivência do parto domiciliar planejado na sua dimensão ontológica, na sua subjetividade por meio da fenomenologia Heideggeriana nesta investigação, contribuirá para a ressignificação e consequentemente para a qualidade do cuidado de enfermagem.

4.2 PERCURSO DA ETAPA DE CAMPO

O cenário inicialmente pretendido para a realização desta investigação era o Centro de Vigilância em Saúde de Juiz de Fora, pois neste local se encontram arquivadas todas as Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) da cidade de Juiz de Fora e região. Este documento padronizado pelo MS e de uso obrigatório em todo o território nacional para o registro civil da criança, de extrema relevância para a viabilização deste estudo, pois permite localizar as mulheres que tiveram o parto no domicílio por conter dados essenciais para este fim como: nome da mãe, endereço completo e o local da ocorrência do parto.

Sendo assim, foi feito contato telefônico com o setor de Doenças não Transmissíveis deste centro, uma vez que era preciso saber se este local continha as Declarações de Nascidos Vivos e se eu poderia acessá-las para então encaminhar o meu projeto em condições de aprovação para posterior desenvolvimento da etapa de campo. Ao conversar com a funcionária do referido setor tive ciência de que possuíam em seus arquivos as DNVs, mas que para ter o acesso a essas, seria necessário conversar com o enfermeiro responsável pelo Setor de Epidemiologia e assim foi feito.

O enfermeiro apontou que para ter acesso a estes documentos, seria necessário solicitar uma autorização à Chefe do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental por meio do contato eletrônico, mas adiantou que isso seria difícil por questões de sigilo. No dia seguinte, este enfermeiro alegou que ao entrar em contato com a Secretária de Saúde na tentativa de adiantar alguma posição, obteve a resposta de que prezam pelo sigilo das informações pessoais que estão sob sua responsabilidade sendo inviável essa autorização.

A vigilância em saúde não se mostrou como caminho de acesso às possíveis depoentes diante dos obstáculos apresentados, buscou-se um novo meio de acesso as potenciais participantes - mulheres que tiveram o parto no domicílio de forma planejada - para a viabilização da pesquisa. Tal fato me fez refletir acerca da invisibilidade que é dada às mulheres que tem o parto no ambiente domiciliar.

Inicialmente, como *percurso* de campo, fez-se o contato através da rede social *Facebook* com o grupo do movimento social Aliança de Mulheres por uma Maternidade Ativa (AMMA) de Juiz de Fora que luta há oito anos pela humanização do parto e nascimento e por uma maternidade ativa. Sua atuação tem se dado na disseminação de informações sobre a maternidade/paternidade ativa e no relacionamento com instituições de saúde e poder público, contribuindo para o empoderamento feminino em relação aos temas relacionados à gestação, parto, nascimento.

Por meio deste contato, descrevi o projeto de pesquisa de maneira sucinta, explicitando a necessidade de localizar as mulheres que tiveram o parto domiciliar planejado para a sua efetivação. E assim, me foi fornecido o contato do membro da coordenação da AMMA, pois por ser ativista do movimento de humanização do parto e nascimento e defender os direitos das mulheres, poderia facilitar o acesso a elas.

Ao ter um encontro presencial com um dos membros da coordenação do movimento social AMMA, este apontou ser possível a localização destas mulheres.

Sendo assim, este estudo se deu por amostra selecionada a partir da utilização da técnica de bola de neve, na qual membros do referido movimento social indicaram mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado.

4.3 DEPOENTES, CENÁRIO E ASPECTOS ÉTICOS

Foi desenvolvida com mulheres que tiveram o parto no ambiente domiciliar de forma planejada. Devido à dificuldade de acesso as participantes encontrada pela pesquisadora em Juiz de Fora, viu-se a necessidade de expandir o convite feito através do contato telefônico ou eletrônico às mulheres que residem nas cidades com raio de distância de 100 Km desse município, acrescentando ainda as capitais de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e seus municípios, com o pressuposto de aumentar a possibilidade de alcance às possíveis depoentes, mesmo estando situadas em um limite superior ao estipulado.

O convite foi realizado a 13 potenciais participantes por contato telefônico ou eletrônico prévio para integrarem a investigação. Neste contato, foi feita a apresentação nominal e explicitação do objeto e objetivo da pesquisa de maneira clara e objetiva preocupando-se com o uso da linguagem informal para que não houvesse erro de entendimento da proposta da pesquisa.

Nesse caminhar, quatro mulheres se recusaram a participar por medo de falar sobre a temática alegando ser delicada a questão do parto domiciliar na cidade. Portanto, diante da peculiaridade da temática, o movimento de busca por depoentes que aceitassem participar da investigação foi intensificado tendo a pesquisadora que viajar para dois municípios do estado do Rio de Janeiro, Três Rios e Petrópolis respectivamente, para a realização do encontro fenomenológico com duas participantes que aceitaram o convite da pesquisadora, tornado esse caminho difícil e desafiador.

Participaram da pesquisa nove mulheres e mediante o aceite das participantes, a entrevista fenomenológica (PAULA et al., 2014) foi agendada para o dia e horário determinado por cada uma delas e no local de sua preferência. Os locais escolhidos para a realização das entrevistas foram diversos: museu, praça, local de trabalho e a própria residência. Para encontrar o lugar determinado pelas mulheres na cidade de Petrópolis e Três Rios, precisei recorrer ao serviço de pesquisa e visualização de mapas *Google Maps*.

Foram critérios de inclusão para as participantes: ter idade maior que 18 anos; ser nulípara ou multípara; residir em Juiz de Fora/cidades com distância de 100 km de Juiz de Fora, incluindo as capitais Belo Horizonte e Rio de Janeiro juntamente com seus municípios; ter vivenciado o parto domiciliar planejado. E, os critérios de exclusão: Mulheres sem condições psicoemocionais para prestar o depoimento solicitado, que estavam fora da cidade na ocasião da pesquisa ou aquela que expressar desejo de interromper a participação na investigação.

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e o início do processo de coleta de depoimentos ocorreu somente após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer nº 1.701.030/2016 (ANEXO A). Foram atendidos todos os requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com a resolução 466/2012 vigente no país (BRASIL, 2012).

Durante o encontro, foi explicado às participantes de maneira prévia a pesquisa e seu objetivo e posteriormente apresentado a elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO B) que por livre escolha, foi pelas próprias depoentes. Este foi elaborado em duas vias, uma para a participante e uma para a pesquisadora e somente após o aceite e assinatura deste que foi colhido e registrado o depoimento.

Cada participante foi informada que sua participação seria voluntária e que também não receberia qualquer vantagem financeira. Foram esclarecidas sobre o estudo nos aspectos em que desejaram, estando livres para participar ou recusar. Também foram informadas que a retirada de seu consentimento ou sua interrupção na participação poderia ocorrer no momento em que desejassem e que a recusa em participar não acarretaria qualquer penalidade ou dano.

As participantes tiveram suas identidades tratadas com padrões profissionais de anonimato, sendo oferecido um pseudônimo a cada uma delas mediante um código alfanumérico representado pela letra "E" seguido do número correspondente e sequencial das entrevistas (E1, E2, E3... E9).

Conforme a Resolução 466/2012, as participantes também foram informadas que teriam assegurado o direito a ressarcimento ou indenização caso houvesse e fosse comprovado quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Esta pesquisa apresentou risco mínimo, pois somente foi colhido um depoimento acerca da vivência do parto domiciliar planejado, estando por isso sujeito à riscos emocionais e que acontecendo, a entrevista seria interrompida e retomada apenas quando a participante desejasse (BRASIL, 2012).

Cabe salientar que os depoimentos advindos dessa pesquisa por meio das entrevistas foram arquivados em mídia eletrônica e permanecerão por um período de cinco anos sob a responsabilidade da investigadora e após esse tempo, estes materiais serão destruídos em consonância com a referida resolução (BRASIL, 2012).

4.4 ACESSO AS PARTICIPANTES

A fenomenologia como referencial filosófico metodológico permite acessar o ser do humano como um ser que é existencial, a conhecer e compreender os seus significados e a desvelar os sentidos que o fenômeno vivido por ele apresenta, considerando-o na sua subjetividade. Nesse sentido, a pesquisa delineada nesta abordagem, utiliza a entrevista fenomenológica como um possível caminho metodológico de acesso aos relatos dos depoentes, pois além dela possibilitar a compreensão dos significados manifestos pelos participantes por meio do seu discurso oral, gestual e até mesmo silencioso, a entrevista fenomenológica contribui para o desvelar do fenômeno investigado ao interrogar o ser que o vivencia (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

A abordagem aos participantes na pesquisa fenomenológica se dá pelo encontro empático entre pesquisador – participante, no qual conversam entre si sobre o tema em questão de forma livre e direcionada pelas questões norteadoras. Neste estudo, a abordagem às mulheres foi feita por meio de uma entrevista fenomenológica no qual as entrevistas foram gravadas em áudio a fim de manter a fidedignidade das informações ditas e de realizar posteriormente a escuta ativa dos depoimentos. Esta etapa teve início em setembro de 2016 e término em março de 2017.

A entrevista foi orientada por questões descritas em um instrumento previamente elaborado (APENDICE), sendo elas: “Como foi para você vivenciar o parto domiciliar”; “Como você se sentiu”; “O que isso significou para você” que permitiu à investigadora direcionar a conversa para o tema em estudo.

Gil e Yamauchi (2012, p. 571) descrevem:

“a questão norteadora serve de abertura e de guia para o que se pretende investigar. Deve ser elaborada de forma tal que permita dar início ao diálogo entre pesquisador e pesquisado, garantindo ampla liberdade para que o entrevistado faça suas descrições, mas possibilitando também que sejam feitas novas formulações no transcorrer da conversa”.

A entrevista fenomenológica ocorre sob a forma de encontro existencial (PAULA et al., 2014), o qual foi marcante por ser necessário empenho e estratégias de aproximação por parte da investigadora para obtenção dos depoimentos na presente investigação. A postura inicial de familiarização da pesquisadora foi necessária para que as mulheres se sentissem seguras e livres para relatarem. A construção de um vínculo de confiança foi fundamental à obtenção das informações acerca desta temática, pois a maioria delas se mostrou bastantes receosas em falar sobre sua vivência temendo atrapalhar a equipe de parto domiciliar que atua na cidade podendo, portanto, comprometer o estudo caso não concordassem em participar.

Foi preciso reduzir os pressupostos, estabelecer uma relação empática e ter um olhar atento para o que elas falavam e modo de como falavam para captar o que era singular de cada mulher entorno da vivência do parto domiciliar e assim favorecer na compreensão do fenômeno. Por vezes foi preciso redirecionar a questão para uma melhor compreensão da participante.

Nesse sentido a relação estabelecida entre pesquisador e depoente é de extrema relevância para que o participante se revele em sua essência. A postura do pesquisador influencia na maneira de como o outro se mostra, e por isso é imprescindível no encontro fenomenológico se colocar no lugar do outro para que esse se sinta livre, à vontade em se mostrar através do depoimento, do dito e do não dito e assim compartilhar algo essencial do movimento subjetivo (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

Após cada encontro, foram registradas as observações de manifestações não verbais e paraverbais no diário de campo, descrevendo os gestos, as emoções e as expressões faciais demonstradas pelas mulheres durante o encontro.

Segundo Paegle e Silva (2005), a comunicação não verbal se dá, entre outras formas, através da forma de como a pessoa fala, a velocidade, altura da voz, as pausas, ritmos e também de como se comporta, sua postura, os gestos e as expressões do rosto. Assim, concluiu-se que a comunicação não verbal junto com a verbal permite ao pesquisador ter uma melhor compreensão dos participantes investigados.

O processo de obtenção dos depoimentos foi realizado concomitantemente com a análise. Ao terminar a entrevista, esta foi transcrita na íntegra no programa *Word for Windows*, colocando-se entre parênteses os registros de campo. Melo e

Souza (2012) colocam que durante a transcrição, o pesquisador precisa colocar em suspensão seus conhecimentos prévios, julgamentos e valores para alcançar a realidade do sujeito que está sendo investigado.

Foram necessárias sucessivas leituras de modo a buscar “as coisas mesmas” e captar o que era essencial na descrição das participantes. Pois de acordo com Garnica (1997, p.116), “o que é dito na descrição aponta para a vivência do fenômeno que se quer compreender, e a compreensão desse fenômeno fica tanto mais clara quanto maior for o esforço de perscrutá-lo, em análises”.

Durante a análise dos depoimentos procurou-se por significados e ao determinar as estruturas essenciais, foi possível construir as Unidades de Significação. Através dessas Unidades desenvolveu-se a Compreensão Vaga e Mediana, primeiro momento metódico proposto por Heidegger, a qual foi possível compreender os significados das mulheres.

Entretanto, para que ocorra o desvelamento do fenômeno, dos sentidos do ser-mulher que vivenciou o parto domiciliar, tornou-se necessário, posteriormente, a elaboração do fio condutor que ilumina a realização do segundo momento metódico, a análise interpretativa ou hermenêutica (HEIDEGGER, 2009).

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

A análise compreensiva dessa investigação é sustentada pelo primeiro momento metódico do referencial metodológico de Martin Heidegger, a compreensão vaga e mediana. E a análise interpretativa ou hermenêutica, pelo segundo momento metódico.

A compreensão vaga e mediana começa na escuta da descrição do fenômeno vivido pelas depoentes, na transcrição íntegra dos depoimentos, na valorização das manifestações não verbais e paraverbais para depois através das leituras atentas, alcançar as estruturas essenciais do modo de ser da existência a fim de compreender os significados das depoentes sobre a sua vivência (MELO; SOUZA, 2012).

Neste primeiro momento metódico, os significados contidos na essência dos depoimentos das mulheres a respeito da vivência do parto domiciliar planejado serão revelados, entretanto os sentidos que se quer buscar ainda se encontrarão velados e seu desvelar se dará na hermenêutica, após a elaboração do fio condutor que permitirá alcançar o conceito de ser por meio da junção das unidades de significação.

5.1 HISTORIOGRAFIA

Na pesquisa fenomenológica de Martin Heidegger, a caracterização dos participantes é feita pela historiografia. Heidegger, em sua obra *Ser e Tempo*, indica a historiografia como “a ciência da história da presença”, na qual deve assumir como tarefa própria a abertura do que é histórico, a “abertura do passado”, pois a presença é o passado no modo do ser do entrevistado (HEIDEGGER, 2015).

A historiografia em Heidegger se dá a partir da esfera factual, dimensionando onticamente “o quem” do depoente. Para ele, ela deve “pressupor” o ente originariamente histórico como seu possível ‘objeto’”, porém coloca que para um objeto histórico ser acessível não somente deve se dar a história (HEIDEGGER, 2015, p. 485).

Não é apenas o conhecimento historiográfico que é histórico, mas toda a abertura historiográfica da história que já está radicada na historicidade da presença. E é justamente este contexto, da natureza e estrutura ontológica do conhecimento

historiográfico, à que se refere ao falar da origem da historiografia a partir da historicidade da presença (HEIDEGGER, 2015).

De acordo com o filósofo,

a presença se assume no modo de ser do questionamento e da pesquisa dos fatos historiográficos. A história factual ou, mais precisamente, a fatualidade historiográfica só é possível como modo de ser da presença que questiona porque, no fundamento de seu ser, a presença se determina e se constitui pela historicidade (HEIDEGGER, 2015, p. 58).

Assim sendo, nesta pesquisa, a caracterização das depoentes se deu por meio da historiografia. E para que fosse possível uma abertura ao passado na dimensão dos fatos das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado e assim poder compreender o mundo que as circunda, foram feitas perguntas objetivas previamente estabelecidas (APENDICE).

Desse modo, as perguntas foram feitas antes do início da entrevista fenomenológica que é direcionada por algumas questões para o tema do estudo. E foi desta maneira que as mulheres forneceram tais informações. Assim, nessa possibilidade da historiografia revelo características das participantes do meu estudo na **Tabela 1**, com o objetivo de demonstrar aspectos pessoais e profissionais.

De acordo com a historiografia, participaram da pesquisa nove depoentes, todas do gênero feminino devido ao tema em questão. A idade variou de 23 a 48 anos. Das nove participantes, oito são casadas e apenas um ainda não possui graduação. Das oito que possuem graduação, quatro possuem graduação em enfermagem. E ainda destas oito, sete possuem pós-graduação sendo que duas possuem pós-graduação em enfermagem obstétrica.

O número de gestações entre as depoentes variou de uma a seis gestações, sendo que três das participantes tiveram aborto. Do número total de mulheres que participaram da pesquisa, quatro tiveram parto anterior fora do ambiente domiciliar, sendo todos eles parto normal. O ano em que passaram pela experiência do parto domiciliar planejado variou de 2004 a 2016.

Tabela 1: Apresentação das participantes segundo sua identificação, idade, estado civil, profissão/ ocupação, grau de escolaridade, número de gestações, parto, aborto, gestações anteriores fora do ambiente domiciliar, via(s) de parto(s) anteriores e o ano de ocorrência do parto domiciliar planejado.

| Identificação | Idade | Estado Civil | Profissão/ Ocupação | Grau de Escolaridade | Gestações | Parto | Aborto | Gestações anteriores fora do ambiente domiciliar | Via(s) de parto(s) anteriores | Ano do parto Domiciliar planejado |
|---------------|-------|--------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------|-------|--------|--|-------------------------------------|---|
| E01 | 41 | Solteira | Psicóloga | Pós-Graduação | II | II | 0 | Sim. 1. | Normal | 2004 |
| E02 | 23 | Casada | Estudante | Superior Incompleto | I | I | 0 | Não | ---- | 2014 |
| E03 | 48 | Casada | Enfermeira Obstetra | Pós-Graduação | IV | II | II | Sim. 1. | Normal | 2008 |
| E04 | 40 | Casada | Advogada/ Téc. Judiciária | Graduação | II | I | I | Não | ---- | 2013 |
| E05 | 36 | Casada | Enfermeira | Pós-Graduação | II | II | 0 | Sim. 1. | Normal | 2015 |
| E06 | 35 | Casada | Enfermeira | Pós-Graduação | I | I | 0 | Não | ---- | 2016 |
| E07 | 46 | Casada | Advogada | Pós-Graduação | VI | V | I | Sim. 4. | Normal | 2014 |
| E08 | 25 | Casada | Enfermeira Obstetra/ Professora | Pós-Graduação | I | I | 0 | Não | ---- | 2016 |
| E09 | 37 | Casada | Professora | Pós-Graduação | I | I | 0 | Não | ---- | 2008 |

Autora: Campos, L.B; Salimena, A.M.O.

5.2 HISTORICIDADE

Heidegger traz a historicidade como o registro do acontecer, do próprio dar-se, do modo de ser baseado na temporalidade e que torna possível tudo que historicamente pertence à história do mundo. Além disso, pontua a questão do ser como sendo determinada por fatos históricos e concebe a historicidade para constituir a presença (HEIDEGGER, 2015). Para ele a “presença ‘é’ o seu passado no modo de seu ser” (HEIDEGGER, 2015, p.58).

Assim, o modo de ser da presença é relacionado ao fato de ter sido presença e nesse sentido, a temporalidade possibilita a historicidade e esta, ao abrir a história que vigora por ter sido presença, permite interpretar os dados registrados pela historiografia e caracterizar o ser na dimensão ôntico-ontológica, o que possibilita o investigador a desvelar os sentidos possíveis deste ser (HEIDEGGER, 2015).

A historiografia se enraíza na historicidade e a propicia para além das informações relacionadas à facticidade. Para Heidegger (2015, p.57), a historicidade “indica a constituição de ser do ‘acontecer’, próprio da presença como tal” e pontua como uma das condições de possibilidade da historicidade a temporalidade.

Nesse sentido, a historicidade encontrada no referencial filosófico aqui adotado, permitiu revelar, no encontro existencial, o modo como aparecem ao falar de sua história estando esse “aparecer”, que é o modo de ser da presença, baseado no horizonte da temporalidade, no ter sido presença.

Assim, a historiografia e a historicidade fazem parte do movimento ôntico - ontológico de desvelamento do ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado. A historiografia revela o quem da mulher e a historicidade os modos de ser dessa mulher (HEIDEGGER, 2015).

Para a construção da historicidade das depoentes foi preciso rememorar os encontros por meio da escuta dos depoimentos e fazer uma releitura do diário de campo de forma a captar suas expressões que nem sempre são orais, mas gestuais.

E01 Fui recebida com um sorriso, antes de iniciarmos a entrevista, sentou-se em uma poltrona a minha frente com os pés entre abertos e fixou seu olhar em minha direção. Mostrou-se receosa num primeiro momento. Perguntou qual era o título da minha pesquisa, meu objetivo entre outras questões. E após todos os esclarecimentos, disse se sentir mais tranquila em dar seu depoimento e assim iniciamos a entrevista. Em alguns momentos, desviava o olhar e falava de forma

pausada, gesticulou bastante e seu tom de voz alto predominava. Algumas vezes dava risadas e ao descrever o significado do parto domiciliar, seus olhos brilhavam. Seu depoimento precisou ser interrompido, retornamos nosso encontro no dia seguinte em um restaurante. Deu continuidade ao depoimento e seu tom de voz permanecia alto. Riu e falou de forma pausada novamente em alguns momentos. Seu olhar na maior parte do tempo se dava na direção do meu. Ao despedir-se, olhou para mim e disse que esperava ter contribuído.

E02 Me recebeu com um abraço e se mostrou aberta e tranquila para a entrevista. Me levou até a sala para conhecer o seu filho que nascera de parto domiciliar. Depois seguimos para o quarto para termos mais privacidade para o encontro. Durante a entrevista, gesticulou algumas vezes, falou de forma pausada em alguns momentos, mas todo o tempo num tom de voz suave. Se emocionou ao lembrar do nascimento do filho, de quando era pequenininho. Precisamos interromper a entrevista para ela dar atenção ao filho. Retornamos, ela agradeceu e despediu sorrindo.

E03 chegou se desculpando pelo atraso. O encontro se deu no seu local de trabalho em sua sala de atendimento. Se mostrou tranquila e curiosa com a entrevista. Sentou-se em uma cadeira e me pediu para que sentasse na outra a sua frente. Durante o depoimento seus olhos brilhavam e gesticulava pouco. Se emocionou por um momento ao falar dos dois abortos e disse se sentir vitoriosa em ter conseguido ter o último filho dentro de casa. Despediu-se de forma carinhosa, desejou sucesso e pediu que a avisa-se quando fosse a apresentação final do trabalho.

E04 Apresentou-se aberta e disposta a falar de si. Ao entrar, me apresentou o seu filho e sentou-se a mesa de jantar a minha frente enquanto seu filho brincava pela sala. Seu olhar ficava dividido entre eu e o seu filho. Ao discorrer sobre o parto, seus olhos se voltaram algumas vezes para o filho e eles brilhavam. Mencionou se sentir realizada e satisfeita com o próprio parto. Ao se despedir, me acompanhou até o elevador com o filho no colo e os dois, com um sorriso na face, acenaram com a mão despedindo.

E05 antes de aceitar o convite se mostrou bastante receosa em falar sobre si. Marcou o encontro em um lugar calmo e tranquilo onde tivesse liberdade para falar. Recebeu-me gentilmente com um abraço e apresentou o marido e o filho com um sorriso no rosto. Caminhamos em direção a um banco em frente ao lago. Sentamos lado a lado, porém curvou-se para esquerda para poder ficar mais a minha frente. As

pernas ficaram entrelaçadas a maior parte do tempo. Seu olhar transcorria entre o lago, a pesquisadora e sua família. Durante o relato de violência obstétrica no parto hospitalar, por alguns instantes, seus olhos permaneceram voltados para o chão. O transcorrer do encontro se deu com alguns sorrisos, principalmente ao mencionar não sofrer violência durante esse parto. Ao desligar o gravador, contou detalhes da violência obstétrica que sofrera e de outras colegas. Despedimo-nos com um abraço e desejou-me sucesso na pesquisa.

E06 recebeu-me carinhosamente em sua casa. Apresentou-me ao seu marido e pegou o filho no colo para eu conhecer. Deixou o filho com o marido e fomos para o escritório. Sentou a minha frente e antes de iniciarmos a entrevista levantou para fechar a porta. O encontro foi permeado por risos. Gesticulava todo o tempo e ao lembrar o parto, seus olhos brilhavam. Verbalizou ter orgulho da possibilidade de experimentar a força da natureza e admirar a perfeição do corpo em ser capaz de parir em condições normais. Ao final me mostrou o álbum do parto e ela e seu marido se despediram sorrindo.

E07 ela, marido e filho estavam me aguardando para a entrevista. Recebeu-me sorridente e se disse estar muito animada com a entrevista por ser a primeira vez que fala sobre o seu parto. Sentou-se ao meu lado e girou o corpo para direita para ficar mais de frente para mim. Antes mesmo de iniciar a gravação começou a falar de si, sem pausa e de forma acelerada. Ao iniciar a gravação, continuou falando relativamente rápido. Seu olhar na maior parte das vezes se encontrava na direção dos meus e brilhavam. Gesticulava bastante e às vezes se perdia no seu raciocínio. Quando falava dos partos anteriores sua expressão mudava. Sua testa franzia. Sorriu por diversas vezes e disse se sentir vitoriosa por ter o parto domiciliar. Ao término da entrevista, despediu-se com um abraço.

E08 me recebeu abertamente em sua casa na sua cidade. Sentou-se no sofá perpendicular ao meu e seu corpo ficou voltado para minha direção. Na maior parte do tempo ficou com as pernas entrelaçadas, seu olhar se desviava dos meus em alguns momentos. Gesticulou algumas vezes e seu depoimento foi direto. Mostrou-se segura e confiante em si mesma. Após o término da entrevista, foi até o quarto e pegou sua filha no colo. Ela chegou toda sorridente e ficamos rindo todas juntas. Despedimo-nos com um abraço e me parabenizou pela pesquisa.

E09 aceitou o convite de maneira gentil. Por ser em outra cidade, precisamos marcar o encontro três vezes. Recebeu-me carinhosamente na escola em que

trabalha. Sentou-se ao meu lado na sala de reunião dos professores. Ao iniciarmos a entrevista, virou seu corpo para ficar de frente para mim, suas pernas ficaram entre abertas e seus braços ficaram sobre a mesa. Falava num tom baixinho e gesticulava pouco. Seus olhos na maior parte do tempo ficaram voltados para os meus e à medida que falava de si, seus olhos brilhavam. Ao término da entrevista, nos despedimos com um abraço.

5.3 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA

Por meio dos depoimentos das participantes foi possível destacar em cores as estruturas que foram significativas, as estruturas essenciais, e agrupá-las em Unidades de Significação (US) nos quais os *caputs* (enunciados) foram elaborados com base nas expressões utilizadas pelas mulheres. Para a mulher, ter vivenciado o parto domiciliar, significou:

US 1: Escolher o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê.

US 2: Medo de não conseguir ter o parto e ter que ir para o hospital.

US3: Ter sido maravilhoso, transformador e uma das maiores experiências de suas vidas.

US 4: Ter sentido segurança, acolhimento e serem respeitadas.

US 5: Sentir-se empoderadas e fortes, capazes de fazer qualquer coisa.

US 6: Ter confiança na equipe.

A partir da construção de seis unidades de significação sustentadas pelas estruturas essenciais, foi desenvolvido o primeiro momento metódico proposto pela fenomenologia Heideggeriana, a compreensão vaga e mediana. Esta compreensão se dá pela distinção das manifestações essenciais das consideradas ocasionais/acidentais, possibilitando a compreensão dos significados expressos pelas participantes (HEIDEGGER, 2015).

Para Heidegger (2015, p. 54) “essenciais são estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática” e assim, nesse primeiro momento metódico, foram selecionados os argumentos que mostraram a presença tal como ela é antes de tudo e na maioria das vezes em sua

cotidianidade média, extraindo dessa cotidianidade as estruturas ditas essenciais (HEIDEGGER, 2015).

Entretanto, para que fosse possível alcançar o que é essencial dos depoimentos, realizou-se a redução fenomenológica colocando em suspensão os pressupostos, isto é, os conhecimentos produzidos sobre o que trata a investigação durante a escuta e a leitura atenta dos depoimentos para que não fosse imposta nenhuma categoria ao fenômeno e o ente interrogado pudesse mostrar-se em si mesmo e por si mesmo (HEIDEGGER, 2015).

Além disso, retomou-se aos registros do diário de campo para captar o que foi significativo para a mulher. Desse modo, ao captar o que era essencial, constituíram-se as (US), revelando os significados da mulher na vivência do parto domiciliar planejado. Desse modo, as mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado significaram:

5.3.1 Unidade de Significação 1

Escolher o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê.

Já tinha vivido um parto hospitalar onde eu tinha me sentido muito invadida. E aí, quando eu engravidei pela segunda vez, a única certeza que eu tinha era que eu não queria parir no mesmo lugar por conta de todas as intervenções que eu sofri. Eu acho que o problema é a intervenção e não o local do parto. E1

A gente estudou bastante, viu documentários, pesquisas, viu relatos... acho que tudo isso foi servindo pra no final empoderar de que essa era a melhor escolha. Foi uma escolha muito responsável, nunca colocaria a vida do meu filho em risco por um capricho, mas senti que era a melhor coisa a ser feita pra ele por todos os benefícios. Dele nascer como uma coisa humana, não em uma coisa industrial como é o hospital. E2

Eu nasci em parto domiciliar. Então, isso já vem também próprio da minha alma que teve essa vivência. Eu acredito tanto no parto no domicílio, eu queria tanto que eu já tinha perdido dois fetos. Então o meu querer era tão profundo, porque pra mim que já tinha perdido (emocionada) podia ser no hospital que é considerado como muito seguro, só que pra mim naquele momento eu queria a minha casa. Pra mim a minha casa era segura. E3

Eu queria um parto normal hospitalar. E ai eu comecei a me preparar para um parto normal hospitalar. E no processo, assim...quase no final eu comecei a sentir que eu não estava satisfeita com essa escolha e que eu não iria conseguir o parto que eu queria. E ai eu decidi tentar, mas com uma cabeça muito tranquila tipo, se não rolar aqui eu vou para o hospital tudo bem e tal. E em nenhum momento eu senti vontade assim de ir para o hospital. A falta de humanização neonatal que me fizeram optar pelo...porque não adianta ser bom pra mim e não ser bom para o meu filho. Não adianta ser respeitada e não ir pra ocitocina e parir mais ou menos bem e ele ser mal tratado na primeira hora de vida e isso foi determinante pra mim optar pelo domiciliar. E4

Primeira coisa que eu tenho que falar é que foi uma escolha feita a partir da experiência anterior. Eu já tinha tido um parto hospitalar no qual eu infelizmente fui vítima de violência obstétrica, física, verbal, de várias formas com manobras desnecessárias, com briga e eu queria uma outra forma no meu segundo filho de não passar por essas coisas. Vejo o parto e o nascimento como algo normal, uma coisa que aconteceu muitas vezes na minha família com minha mãe, com minha avó. Todas elas tiveram parto normal e pra mim era uma coisa que eu queria, que eu busco. Não gostaria de sofrer uma intervenção cirúrgica para o nascimento. Então, eu acho que o que me levou a ele, o significado dele pra mim na verdade é a busca da não violência, talvez da humanização no parto. Se eu tivesse que repetir e pudesse escolher novamente, eu escolheria ter novamente o parto domiciliar. E5

A minha opção tem a ver com os outros partos. Porque hoje eu tenho plena consciência que sofri violência obstétrica, coisa que não queria que acontecesse comigo. Por eu ter sofrido essas coisas eu já não queria ter parto em hospital. E7

Pesquisei, estudei bastante na época sobre o que está acontecendo nos hospitais e eram situações que realmente dava vontade de chorar quando via a mulher, como ela era mesmo colocada como uma coisa que estava ali, que tinha que andar rápido pra acontecer aquilo. No meu caso a minha família sempre teve essa questão de ter filho muito naturalmente assim tem poucos casos de cesárea. Eu me preparei, preparei meu corpo, me preparei psicologicamente, preparei minha família. E9

Expressaram a vivência do parto anterior como fator determinante para a escolha pelo parto domiciliar. O fato de terem sofrido violência obstétrica física, verbal e intervenções desnecessárias as fizeram desejar um parto que não tivesse intervenções ou que fosse até mesmo fora do ambiente hospitalar.

Houve situações que explicitaram que o que as fizeram buscar pelo parto domiciliar foi à busca da não violência, da humanização do parto. Além disso, mencionaram que a falta de humanização neonatal que fizeram optar pelo parto domiciliar, alegando que precisa ser bom para os dois (mãe e filho), pois não adianta a mulher ser respeitada e o filho ser mal tratado na primeira hora de vida.

Por vezes, ressaltaram que a escolha pelo parto domiciliar se deu por fazerem pesquisas, estudos e verem que era a melhor coisa a ser feita por todos os benefícios que ele proporciona como permitir nascer de forma mais humana e não industrial como é no hospital, por terem assistido documentários e estudado o assunto afirmaram ter sido muito responsável a escolha pelo parto domiciliar e que nunca colocaria a vida do filho em risco por um capricho.

Outra expressou escolher o parto domiciliar, mesmo após duas vivências delicadas, por ter o domicílio como um ambiente mais seguro que o hospital para se parir e também por acreditar nesta opção de parto dizendo ter um querer muito profundo por este parto. Disseram ainda que para tê-lo se prepararam psicologicamente, prepararam seu corpo e também suas famílias e que a escolha pelo parto domiciliar esteve relacionada à tradição familiar de parto normal mencionando querer parir da mesma forma que suas avós e mães e também por terem a casa como um ambiente mais seguro que o hospital.

5.3.2 Unidade de Significação 2

Medo de não conseguir ter o parto e ter que ir para o hospital.

Tinha falado para o mundo inteiro que eu ia ter parto em casa, então o meu medo era falhar, assumir pra todo mundo que eu não tinha conseguido. Medo de não conseguir. E1

Tinha mais medo de ir parar no hospital do que ficar em casa. Eu tentei não idealizar antes porque eu sabia que poderia acontecer várias coisas diversas, inclusive não poder ser em casa. E2

Eu fiquei muito frustrada, porque caso eu não pudesse fazer o parto domiciliar a gente não tinha uma outra opção para eu parir na mesma tranquilidade. E5

Na hora do parto vinha aqueles medos... eu vou ter que ir para o hospital. Porque eu tenho síndrome do pânico, tenho medos e esses medos manifestaram. Eu tinha medo de complicar, medo do meu limite. De não aguentar passar pelo parto, no sentido de querer ir para o hospital e aí eu tinha medo da retaguarda que nós não temos. O meu medo era fazer um parto normal dentro de uma unidade hospitalar, chegar lá e ficar no soro e sentindo dor e não ter a presença do meu marido ou da doula. E6

É o medo que você sente, porque é uma dor que você não tem muita explicação pra aquilo ali. É o medo que dá na hora, uma insegurança. Mas, não o medo de estar em casa é aquela coisa, o bebê tá ali, tá pronto pra nascer, será que o parto vai acontecer realmente e tal? É o medo do parto, medo do novo. Que por mais que você tenha tido outros partos, cada um é de um jeito. Você não sabe o que vai acontecer naquele momento. E7

Porque meu medo era ir para um hospital para ter a cesariana. Claro, se eu tivesse uma cesariana, que eu sabia que era uma indicação certa, realmente é uma indicação eu não iria ficar triste por isso. E8

Tinha medo de ir para o hospital, mas em casa realmente me senti muito segura. E9

Nos seus depoimentos vários medos foram expressos, sendo o mais evidenciado o medo de não conseguir ter o parto em casa e ter que ir para uma unidade hospitalar.

Ao longo das falas relataram medo de falhar durante o parto, de não conseguir parir em casa, de ter que ir para uma instituição hospitalar e não ter opção de parir na mesma tranquilidade, medo de ir para o hospital para ter cesariana, medo de ter o parto normal dentro de uma unidade hospitalar.

Expressaram o medo de sofrer intervenções, de ficar sem a presença do marido ou da doula, de complicar no parto domiciliar, medo do seu limite, de não aguentar passar pelo parto em casa, medo da retaguarda que não tem, de precisar mentir ou de dizer que estava em um parto domiciliar por toda questão que envolve este parto na cidade.

Foi descrito também a insegurança, o medo do novo, da possibilidade do parto acontecer ou não, medo por não saber o que vai acontecer naquele momento e ainda não sentir medo por estar em casa.

5.3.3 Unidade de Significação 3

Ter sido maravilhoso, transformador e uma das maiores experiências de suas vidas.

*Foi uma experiência assim muito rica. Foi à coisa mais magnífica esse momento, contraindo muito e ele nascendo. Como se fosse uma experiência mística. Parir do jeito que eu escolhi também me possibilitou escolher e entender qual era a minha missão profissional. **E1***

*Foi maravilhoso fazer em casa assim, foi engrandecedor, deu tudo certo, foi lindo... Não sei quais palavras, mas foi mágico. Me senti muito privilegiada. **E2***

*Pra mim foi muito significativo. Eu poder estar no meu ambiente, na minha casa... não é um ambiente hospitalar, que é um ambiente que eu tenho muito mais medo. É muito bom... Eu definiria como o momento mais marcante da minha vida o parto domiciliar. **E3***

*Eu não consigo me imaginar tendo outro tipo de experiência. Foi incrível. Eu fiquei super bem e a vivência foi transformadora. É empoderador demais, é bom demais. Senti muito realizada em ter acabado de parir e estar em casa. Não estar no ambiente hospitalar. Pra mim foi um rito de passagem, incrível, iluminador, muito bom. **E4***

*Pra mim foi uma experiência boa, extremamente positiva. O meu sentimento é que é um momento forte, um momento intenso, é uma dor intensa, é uma vivência única. **E5***

*O parto domiciliar significou essa oportunidade de receber ele dessa forma amorosa e saber que ele chegou no mundo como eu gostaria que ele chegasse. Foi uma das experiências mais transformadoras da minha vida. A pessoa que existia antes e a pessoa que passa a existir depois desse parto. Coisas de transformações psicológicas, físicas, emocionais, espirituais. Eu entendo que tinha muitas coisas envolvidas nesse momento do parto que propiciaram toda essa transformação. Eu sou um ser humano muito mais pleno depois que eu passei por essa experiência. **E6***

*Nossa, foi lindo, maravilhoso, tudo de melhor que podia acontecer. Você tem controle da situação. Só de estar na minha casa foi um alívio. Foi uma vitória em todos os sentidos. É maravilhoso! Não tem nem como explicar. **E7***

O dia mesmo é totalmente diferente do que a gente estuda, do que a gente pensa, do que a gente planeja. Viver o momento é uma emoção que não tem explicação. E8

Foi uma experiência única. Eu acredito que... eu tenho certeza que foi a maior experiência que eu já tive. É um caminho libertador em todos os sentidos. O parto pra mim foi uma experiência que transcendeu a experiência física. Foi uma coisa mesmo que veio de dentro de mim. Da força, coisas que estão ligadas as minhas ancestrais que eram muito ligadas a essa coisa de parteira, as benzedeiras, estão muito ligada a esse vínculo mesmo da mulher com sua própria natureza. Eu considero uma experiência fantástica. Na minha situação tudo foi perfeito e transformador, psicologicamente é muito bom, muito forte. E9

As mulheres em seus depoimentos descreveram a vivência do parto domiciliar como um momento magnífico, lindo, engrandecedor, maravilhoso, ótimo, muito bom, tranquilo, incrível, mágico, iluminador, libertador, que possibilitou na escolha e no entendimento da missão profissional.

Segundo as participantes o parto domiciliar foi uma experiência boa, forte, intensa, empoderadora, transformadora, rica, extremamente positiva e única, sendo ainda considerada uma das maiores experiências já vivenciadas.

Significaram o parto domiciliar como uma oportunidade de receber o filho da forma que gostaria (de maneira amorosa) e como uma experiência que possibilitou sentirem-se privilegiadas e muito mais plena devido as transformações psicológicas, físicas, emocionais e espirituais que ele proporciona. Relataram também ter sido uma vitória conseguir realizá-lo

Houve situações que relataram ter sentido dor durante o parto, que o parto domiciliar é uma experiência de dor intensa, mas que viver este momento é uma emoção que não tem explicação.

Expressam a vivência do parto domiciliar como uma experiência fantástica, um rito de passagem, uma experiência mística, que transcendeu a experiência física e que está relacionada a uma força que vem de suas ancestrais que eram muito ligadas as parteiras e benzedeiras e também ao vínculo da mulher com sua própria natureza.

5.3.4 Unidade de Significação 4

Ter sentido segurança, acolhimento e serem respeitadas.

Pra mim o mais importante foi assim, ter a minha decisão respeitada, né? Essa primeira coisa do respeito que a gente teve com ele. Naquele momento ele nasceu no momento que ele queria nascer, da melhor maneira que a gente pode proporcionar. Foi um momento que eu senti muita segurança e muita certeza na escolha que eu estava fazendo. E2

Foi ótimo, tranquilo, fisiológico, sem intercorrência e sem violência. Melhor acolhimento, segurança, proteção da mãe, do bebê. Significou pra mim segurança, acolhimento, tranquilidade e felicidade principalmente. Me senti segura em casa, pra mim a minha casa era segura. E3

Me senti cuidada, amparada que era o que eu precisava do parto, era ter esse acolhimento e essa entrega. É acolhedor demais. Me senti poderosíssima e me senti muito bem cuidada, me senti amada, me senti amando. É acolhedor demais. E4

Foi bom porque aquele ali era meu espaço, ninguém colocava a mão, só colocaram a mão ali pra tirar meu filho de dentro d'água. Ninguém fez toque, ninguém precisava invadir meu corpo. Assumi a posição que me deixava melhor em cada fase. Me senti muito menos invadida, não tive questões com a violência obstétrica nem perinatal estando na minha casa, estando em domicílio. A questão de estar no domicílio torna tudo mais acolhedor. Um ambiente que você já conheci, não é como no hospital que não é um ambiente seu. Pra mim foi bastante seguro. E5

O meu parto não foi perfeito, mas senti muito respeitada, acredito que muito mais do que seria respeitada fora. E6

Porque na verdade você acha que vai ter segurança no hospital e eu senti segurança em casa. Eu sentei, fiquei na posição que eu queria, deitei, levantei, andei. Tudo isso que eu não posso fazer num hospital. Eu estava na minha cama. Continuei deitada na minha cama. Ninguém foi enfiando meu bebê debaixo d'água não. E7

É algo tão respeitoso do que o que a gente vivencia em outros lugares, a gente não acredita que pode acontecer. Eu me senti muito respeitada. A equipe que tava, elas me respeitaram a todo o momento. Acho que o principal é isso, é o respeito e respeitar também a criança. Eu não vi em momento nenhum que uma vontade minha não tinha sido respeitada. E8

Em casa realmente me senti muito segura com as pessoas que faziam parte da minha vida, com as enfermeiras que estavam me auxiliando. Em nenhum momento eu senti insegurança. É uma experiência onde eu me senti realmente dona do meu corpo, dona daquela situação que estava acontecendo. O ambiente de hospital tira um pouco essa coisa. Você não pode gritar, você não pode fazer isso, você tem que tomar remédio, toma isso, toma aquilo. E aí você tem a oportunidade de se liberar, de deixar tudo vir, de você ser você mesma. E9

As entrevistadas significaram terem sentido segurança no parto domiciliar pelo fato da casa ser um ambiente já conhecido e também por estar perto de pessoas que fazem parte de suas vidas. Disseram sentirem-se menos invadida, não terem sofrido violência obstétrica, ter assumido a posição que queria, terem andado, deitado estando no domicílio, o que não seria possível dentro do hospital e por isso afirmaram sentirem-se mais seguras em casado que em uma instituição hospitalar.

Mencionaram sentirem-se capaz, cuidada, amparada e acolhida no parto domiciliar e que estar no domicílio torna tudo mais acolhedor e que era isso que precisavam do parto, o acolhimento e essa entrega. Segundo elas, essa experiência é acolhedora demais.

Expressaram terem certeza na escolha pela qual estavam fazendo e que estavam seguras por estar assumindo um parto domiciliar. Sentirem-se amadas, amando e poderosíssimas e ainda afirmaram ter sido tudo tranquilo, fisiológico, sem intercorrência e sem violência no parto domiciliar.

Portanto, que se sentiram respeitadas e que as crianças também foram respeitadas no parto domiciliar, muito mais do que seriam fora de casa. Relataram não ter tido um momento que uma vontade sua não tivesse sido respeitada e que sentiram-se dona do próprio corpo, da situação que estava acontecendo, que tiveram a oportunidade de se libertarem e de serem elas mesmas, coisas que, não ocorrem no hospital de maneira plena.

5.3.5 Unidade de Significação 5

Sentir-se empoderadas e fortes, capazes de fazer qualquer coisa.

*Parto domiciliar tem a ver com esse empoderamento, de ver até onde você vai, até onde você assume sua responsabilidade. Foi aquela coisa, eu consegui. Tem muito maravilhamento mesmo. Fui inundada por uma coisa que era muito maior do que eu. A sensação que eu tenho é que depois que consegue parir seu filho de parto natural em casa você tem um plus. Você consegue fazer qualquer coisa na vida. Porque tem uma coisa de força mesmo, de confiar na minha própria força. Investiu na minha autoestima. **E1***

*Me mostrou que eu tinha muita força. Depois disso eu acho que eu sou capaz de fazer qualquer coisa, foi essencial pra mim essa experiência. Depois disso eu acho que eu fiquei outra pessoa. Foi empoderador. **E2***

*Então assim, é... poder imaginar que você é capaz de parir. **E3***

*É extremamente revolucionário. Você ter contato com esse bicho que vive dentro da gente que fica ali escondido e que a sociedade abafa. Você não é o mesmo. Depois que passa por isso você se sente capaz de tudo, me sinto mais forte hoje. Muito mais forte e de uma força que não pode ser abafada. **E4***

*Parir em casa me possibilitou uma autonomia, uma governança sobre o meu corpo, sobre o que eu estava sentindo. O que o hospital em si não me proporcionou de forma alguma. **E5***

*Significou a oportunidade de passar por todo esse processo de transformação. Significou a superação dos meus medos, dos meus limites e conhecer a força da natureza no meu corpo. Significou aquela coisa de experimentar que nós fazemos parte da natureza. O parto foi uma oportunidade muito grande de experimentar essa força da natureza em mim. De como nosso corpo é perfeito, capaz de parir em condições normais. Significou a oportunidade de experimentar de uma forma muito sagrada essa força da natureza em mim mesma. **E6***

*Me senti assim, com uma força. Hoje todo mundo usa a palavra empoderamento. Empoderada. Eu me senti assim. Porque, qualquer coisa que te acontece na vida parece que você usa aquilo ali. Poxa eu consegui isso, você consegue qualquer coisa. Você tem coragem para qualquer coisa. Os medos que você tem depois que você passa ali não são nada. Você se sente forte. Sabe aquela força de mulher mesmo, uma coisa instintiva. **E7***

É uma vivência que fez a gente crescer muito. Me fez crescer como mulher porque passar pela dor do parto é você perceber que você é capaz de passar por algo que você não imagina. É saber que eu sou muito forte. Realmente é um empoderamento

que a gente não imagina que a gente tem. É você ter poder sobre o seu corpo, sobre sua vida, sobre o que está acontecendo ali. Realmente é um empoderamento que o parto domiciliar dá. E8

Foi uma experiência de muito empoderamento. Depois daquilo realmente eu fui uma outra pessoa. Eu senti esse poder, essa força, essa capacidade assim de trazer outro ser a vida, mas em condições onde você que está fazendo todo o trabalho. Você que é dona mesmo do seu corpo. É muito libertador pra mulher, muito forte isso. Se sente realmente uma mulher com força para enfrentar qualquer coisa e é isso que eu senti. Agora eu posso, o mundo pode cair na minha cabeça que eu aguento. E9

Diante dos depoimentos o empoderamento e a força das mulheres durante e após a vivência do parto domiciliar foram significados, pois passar por esta experiência tem a ver com acreditar na própria força e que esta vivência mostrou que tinham muita força e uma força que não pode ser abafada.

Relataram sentir no parto domiciliar o poder e a força de trazer outro ser a vida quando se realiza de maneira própria todo o trabalho. Disseram ainda que neste parto tem o poder sobre o seu corpo, sua vida, sobre o que está acontecendo ali. Sentiram-se donas do próprio corpo aludindo ser libertador e muito forte para a mulher.

Sentiram-se empoderadas e fortes com a força instintiva de mulher ao passar pela experiência do parto domiciliar e que portanto seus medos passaram a não ser nada, foram superados. Significaram que passar pela experiência do parto fez com que se sentissem fortes, com coragem e capazes de enfrentar qualquer coisa e também que conseguir passar pelo parto domiciliar as fez crescer como mulher por perceber que são capazes de passar por algo que não imagina.

As participantes contaram não se sentirem as mesmas após vivenciar o parto domiciliar e que esta experiência permitiu ter contato com o bicho que vive dentro das delas, mas que fica ali escondido e que a sociedade abafa. Além disso, que o parto domiciliar permite imaginar que é capaz de parir, possibilita autonomia, governança sobre o seu corpo, sua vida, sobre tudo o que está acontecendo naquele momento diferentemente do hospital.

Relembrou ser extremamente revolucionário a vivência do parto domiciliar. Significaram-no como uma vivência que as fizeram experimentar a força da natureza em si, sentirem-se como parte dela e de ver como o corpo é perfeito e capaz de parir em condição normal.

5.3.6 Unidade de Significação 6

Ter confiança na equipe.

Então eu acho que o parto domiciliar com uma equipe que te respeita, te dá essa possibilidade desse poder que perpassa a gente. E1

Eu tive muita confiança na equipe que estava comigo. Tanto da obstetra que eu escolhi, tanto da enfermeira que foi a que fez o parto. Sentia confiança nela de que se alguma coisa estivesse errado, ela me diria e a gente ia para o hospital. Então assim, não teve nenhum risco, não teve nenhum perigo. Estava sendo monitorado o tempo todo o batimento cardíaco. Acho que o cuidado que eu tive naquele momento é muito maior do que tem no hospital. E2

É a confiança na profissional que você está tendo o parto. Confio nas obstetras, nas enfermeiras obstetras. Então... nasceu bem, teve uma excelente assistência, de excelente qualidade. Fui monitorada, os exames estavam todos normais. Eu estava dentro dos critérios de parto domiciliar. Já tinha todas as medicações, toda a assistência. Fui confiante e que estava dando tudo certo e deu tudo certo. Confiei nas competências das profissionais e principalmente na minha. E3

Se me sentisse segura de parir sozinha eu ia parir sozinha dentro de casa com a parteira, com a minha avó que já pariu assim e tudo mais. Porém, precisava de certa segurança técnica da equipe. A gente cercou muito de cuidado para fazer o parto desde as questões do pré-natal até as questões do parto em si. A equipe muito bem equipada. A médica ficou de sobre aviso, caso fosse necessário, houvesse alguma intercorrência e fosse necessário alguma intervenção hospitalar. Teve um aparato muito grande de segurança. Acho que auxilia bastante, uma equipe muito experiente que auxilia às vezes para a gente não criar medo. Elas cercaram desses cuidados e não precisei ter defesa, não precisei ter barreira. E5

Tem a questão do tempo que a pessoa que está acostumada a fazer o parto, uma parteira, ela sabe muito bem o momento que se precisar a pessoa vai para o hospital. Então, confiei nisso. Tinha duas parteiras experientes que fazem isso, que eu tinha confiança. É engraçado que você confia naquelas pessoas ali, coisa que não dá pra confiar em médico. É impressionante. Acho que a formação realmente é diferente. Uma coisa mais humana realmente. Acho que por isso chama parto humanizado. Você não é amarrada, não é maltratada. E7

Acho que a confiança que eu e meu marido tinha na equipe foi o que norteou tudo, porque senão também nada aconteceria. Nesse momento a gente teve a confiança delas porque realmente era o que a gente tinha desde o pré-natal, tudo que a gente vivenciou e conversou com elas. Foi a confiança na equipe. E8

Revelaram ter confiança na equipe, nas competências das profissionais tanto da obstetra, quanto da enfermeira obstetra. Confiavam nelas pelo fato de saberem que se alguma coisa estivesse errada, elas iriam dizer e saberiam o momento de encaminhá-las para o hospital e foi essa confiança que norteou todo o processo.

Significaram que precisavam de uma segurança técnica da equipe para parir, pois não se sentiam seguras para parir sozinha. Disseram ter sido monitoradas todo o tempo, que os exames estavam todos normais, que tinham todas as medicações, que a médica estava de sobre aviso caso ocorresse alguma intercorrência, que tinha um aparato tecnológico muito grande e que não tinha nenhum risco e nenhum perigo no parto domiciliar.

Relataram estarem confiante de que daria tudo certo no parto domiciliar por terem cercado de muito cuidado desde o pré-natal, o qual disseram ser muito maior do que o cuidado que é oferecido no hospital, e também por terem uma assistência de excelente qualidade.

Revelaram que uma equipe com muita experiência auxilia a não criar medo durante o parto pois sabe o momento certo de que a pessoa precisa ir para o hospital. Além disso, significaram o parto domiciliar como parto humanizado em que não foram amarradas, maltratadas e que não precisaram ter barreiras e defesa. Disseram poder confiar na enfermeira e não poder confiar no profissional médico e que a formação de ambos são diferentes, sendo a do enfermeiro uma formação mais humana.

5.4 FIO CONDUTOR

De acordo com Heidegger (2015, p.41) “A interpretação dessa compreensão mediana de ser só pode conquistar um fio condutor com a elaboração do conceito de ser” e, portanto somente após a apropriação da compreensão mediana que o fio condutor deverá ser elaborado. Sua construção permitirá alcançar, por meio da junção

das unidades de significação da análise compreensiva, o conceito de ser de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado.

Para o filósofo esse conceito de ser ilumina,

[...] o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser (HEIDEGGER, 2015, p. 41).

e nesse sentido, ele guiará à interpretação dos sentidos no segundo momento metódico, a análise interpretativa de Heidegger.

Desse modo, o conceito de ser das mulheres na vivência do parto domiciliar planejado apresenta-se como: **Escolher o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê; ter sentido medo de não conseguir ter o parto domiciliar e ter que ir para o hospital; ter sido maravilhoso, transformador e uma das maiores experiências de suas vidas; ter sentido segurança, acolhimento e serem respeitadas; sentir-se empoderadas e fortes, capazes de fazer qualquer coisa; ter tido confiança na equipe.**

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA

Por meio da compreensão vaga e mediana, foi possível compreender os significados do *ser-mulher-na-vivência-do-parto-domiciliar-planejado* e elaborar o fio condutor com a construção do conceito de ser, partindo-se, nesse movimento, da dimensão ôntica (factual) para a dimensão ontológica (fenomenal).

A partir do fio condutor inicia-se a análise interpretativa ou hermenêutica, segundo momento metódico proposto por Heidegger que é a interpretação dos sentidos do ser diante da possibilidade do desvelar desses sentidos que, por sua vez, ficaram velados pelos significados no primeiro momento metódico. Pois, na compreensão vaga e mediana, compreende-se os significados, mas os sentidos que se quer buscar permaneceram velados.

De acordo com Heidegger (2015, p.41) “a compreensão vaga e mediana de ser é um fato”, explicita o ser do ente sem interpretar- lhe o sentido e “apreender o ser dos entes e explicar o próprio ser é tarefa da ontologia” (HEIDEGGER, 2015, p.66).

A interpretação em Heidegger é, no compreender, a projeção do ser da presença para possibilidades, sendo que esse ser para possibilidades é um *poder-ser* que corresponde ao modo de ser de um ente compreendido. Para ele “interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender” (HEIDEGGER, 2015, p. 209) e nesse sentido, o compreender guarda em si a possibilidade de apropriação do que se compreende, a interpretação.

O modo de ser da presença exige que a interpretação ontológica conquiste o ser desse ente contra sua tendência própria de encobrimento e nesse sentido, buscou-se nesse segundo momento metódico, desvelar alguns sentidos do *ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado* a partir do caminho que apontaram nos depoimentos para que algumas facetas do fenômeno pudessem ser interpretadas, pois é a partir dos fatos ônticos que iremos desvelar o ontológico (HEIDEGGER, 2015).

A construção do conceito de ser das mulheres mostrou o modo de ser do ente dessas mulheres que vivenciaram o parto domiciliar e foi a partir do acesso a esse ente que se chegou à questão do seu ser, pois ser é ser de um ente. Ente para Heidegger (2015, p.42) “é tudo de que falamos dessa ou daquela maneira, ente é

também o que e como nós mesmos somos” e ser está naquilo que é e como é, no ser simplesmente dado, no ‘dá-se (HEIDEGGER, 2015).

E nesse sentido, as mulheres ao mostrarem o modo de ser do ente na sua existencialidade, permitiram *desvelar o ser-aí-mulher-na-vivência-do-parto-domiciliar-planejado*. Como *ser-aí* que está no mundo, o ser-mulher esteve lançada na facticidade da desumanização da assistência e da violência obstétrica, com intervenções desnecessárias e desrespeito ao seu corpo no parto hospitalar anteriormente vivenciado, desejando a partir disso uma forma diferente de parir buscando a humanização do parto para a próxima gestação. E dentro desse contexto, viu o parto domiciliar como a melhor escolha a ser feita.

Ao significar ter **escolhido o parto domiciliar por ter sofrido violência obstétrica no parto hospitalar e por saber que era melhor para si e para o bebê**, revelou o seu mundo próprio, o seu *Dasein* permeado por possibilidades. Ao dizer que queria para o próximo parto uma forma diferente do já vivenciado, que o parto domiciliar já era uma vontade, que desde o início já sabia que ia ser parto domiciliar e que encontrou o parto domiciliar como alternativa de não sofrer violência obstétrica, a mulher se viu lançada na possibilidade de parir, *um-poder-ser-si-mesmo* de maneira própria e ainda agiu por si mesmo por esta escolha mostrando um *ser-si-mesmo próprio*.

A opção pelo parto domiciliar foi da mulher sendo, portanto uma escolha do ser mulher que é *sendo-no-mundo* e isso nos revela que ela compreende quem ela é e se mostra na *autenticidade*.

Ao fazerem um retorno da vivência do parto anterior, algumas mulheres descrevem a violência obstétrica como um dos motivos que as fizeram optar pelo parto domiciliar planejado não sendo possível desvelar neste momento o *fatalório*, que para Heidegger (2015, p.232) “é a possibilidade de compreender tudo sem ter apropriado previamente da coisa”.

Este não se evidenciou como sentido do ser mulher ao relatar sobre a violência obstétrica, pois por ela ter sofrido, ela o refere com propriedade, tem o compreender autêntico comunicando no modo da apropriação originária. Ela não repete sem solidez e passa adiante a fala o que favorece na humanização do parto hospitalar e no reconhecimento do parto domiciliar planejado como uma possibilidade.

Por outro lado, quando a mulher revela ter escolhido o parto domiciliar por ter estudado bastante sobre o que estava acontecendo nos hospitais, por ter visto

documentários, relatos e lido também pesquisas sobre o parto domiciliar e constatar que era o melhor para si e para o bebê, o ser-mulher cai na *falação* e na *curiosidade*. De acordo com Heidegger (2015, p.237) “a falação rege os caminhos da *curiosidade*. É ela que diz o que deve ser lido e visto” (HEIDEGGER, 2015).

Para o filósofo, a *falação* não se funda tanto no que ouviu dizer, mas principalmente daquilo que se lê (HEIDEGGER, 2015). Heidegger (2015, p.232) menciona que “a compreensão mediana do leitor nunca poderá distinguir o que foi haurido e conquistado originariamente do que não passa de mera repetição” e por isto o ser-mulher aqui não tem o compreender autêntico, a compreensibilidade é mediana repetindo e passando adiante a fala sem solidez, sem uma apropriação originária da coisa.

A *curiosidade* por sua vez está relacionada com o ver, não para compreender o que se vê, mas apenas para ver. E aí, quando a mulher se baseia no que viu em documentários, relatos e em pesquisas para fundamentar sua escolha pelo parto domiciliar planejado, desvela esse sentido. Ressalta-se que o *fatalório* associado com a *curiosidade* constitui a *ambiguidade*, no entanto, neste momento, o modo ambíguo do *ser-mulher* não foi desvelado.

Ao vivenciar o parto domiciliar planejado, o ser-mulher significou o **medo de não conseguir ter o parto e ter que ir para o hospital**, e de caírem, portanto na facticidade da cesárea ou do parto normal hospitalar para o nascimento do filho. O filósofo traz em sua obra o medo como uma angústia imprópria e como um modo de disposição que pode ser considerado em três perspectivas: de que se tem medo, o ter medo e pelo o que se tem medo (HEIDEGGER, 2015).

Neste contexto, a mulher ao vivenciar o parto domiciliar planejado passa pelos momentos do fenômeno do medo, que por sua vez se aproxima do fenômeno da angústia (HEIDEGGER, 2015). Assim, aquilo de que se tem medo possui o caráter de ameaça e o ter medo libera a ameaça que em seu caráter amedrontador já o descobriu previamente. Segundo o filósofo, “é tendo medo que o medo pode ter claro para si o de que tem medo, ‘esclarecendo-o” (HEIDEGGER, 2015, p.200).

Como *ser-no-mundo* sabe-se que a *presença* é medrosa e que essa medrosidade deve ser compreendida como possibilidade existencial da disposição essencial de toda presença (HEIDEGGER, 2015). Assim, durante a vivência do parto domiciliar planejado, a mulher vivencia o medo de não conseguir ter o parto em casa e ter que evoluir para o hospital.

Heidegger traz que o referente do pavor é algo conhecido e que o pavor é a ameaça pelo o que ainda não chegou, mas que a qualquer momento poderá chegar, como expresso neste trecho retirado de *Ser e Tempo* “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim” (HEIDEGGER, 2015, p. 202).

Desse modo, ficou claro nesta investigação que a ameaça “parto hospitalar” já é algo conhecido para o *ser-mulher*, seja por já ter vivenciado, sofrido violência obstétrica neste parto ou por ter lido curiosamente a respeito. Portanto, o medo significado pela mulher durante a experiência do parto domiciliar planejado, transforma-se em pavor, pois o amedrontador é algo conhecido e que pode acontecer a qualquer momento.

Porém, o estar no parto domiciliar planejado e ter que ir para o hospital por alguma intercorrência não é uma ameaça conhecida desse *ser-mulher*, pelo contrário, é totalmente desconhecida para ela, pois nunca experienciou este momento e por isso vivenciou o horror no parto domiciliar planejado, pois para Heidegger (2015, p.202) quando a “ameaça possuir o caráter de algo totalmente não familiar, o medo transforma-se em horror” (HEIDEGGER, 2015).

Também esclarece que quando a ameaça vem ao encontro com caráter de horror e pavor de modo súbito, o medo torna-se terror e por isso a mulher além de vivenciar o pavor (ameaça conhecida), o horror (ameaça não familiar) vivenciou também o terror, pois mesmo conhecendo o amedrontador que é o parto hospitalar, tinha medo de como seria tratada no hospital por ter tentado o parto domiciliar planejado, que é o súbito.

Ao falar **ter sido maravilhoso, transformador e uma das maiores experiências de suas vidas e ter sentido segurança, acolhimento e serem respeitadas** no parto domiciliar planejado, o *ser-aí-mulher* utilizou-se de expressões que revelaram um *poder-ser* durante o parto: “*Pra mim o mais importante foi assim, ter a minha decisão respeitada, né?*”, “*me senti capaz*”, “*Assumi a posição que me deixava melhor em cada fase*”, “*Eu sentei sabe, fiquei na posição que eu queria, deitei, levantei, andei. Tudo isso que eu não posso fazer num hospital*”, “*Você tem controle da situação*”, “*significou essa oportunidade de receber ele dessa forma amorosa como eu gostaria que ele chegasse*”, “*é você poder imaginar que você é capaz de parir*”.

Dasein para Heidegger é um *poder-ser*, em que a sua existência nunca é algo já pronto diante das inúmeras possibilidades (HEIDEGGER, 2015). Dessa forma, as expressões explicitadas evidenciam que na experiência do parto domiciliar planejado,

a mulher pode ser e fazer com liberdade e autonomia o que achava que era melhor para si, sendo portanto, *presença* e reconhecida como um *ser-aí*, *Dasein* na qual foi respeitada e considerada como *ser de possibilidades*.

Ao significar sentir-se **empoderada e forte, capaz de fazer qualquer coisa** depois da vivência do parto domiciliar planejado, o modo ambíguo do ser-mulher foi desvelado. Pois ao pensar que depois da experiência deste parto, é uma pessoa diferente, um ser humano mais pleno, quando no fundo não é e que não era forte antes do parto domiciliar planejado, quando no fundo sempre foi, desvelou o sentido da ambiguidade que para Heidegger, nela, “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou então parece que não o foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2015, p.237).

Quando a mulher mencionou que passar pela experiência do parto domiciliar permitiu que se sentisse dona do próprio corpo, mais forte, capaz de fazer qualquer coisa, com coragem e com um empoderamento, retirou o seu *poder-ser* do seu ser-si-mesmo próprio e o transferiu para o agente, no caso o parto domiciliar planejado tornando seu *poder-ser* em um ser-si-mesmo impróprio, desvelando o sentido da inautenticidade/impropriedade.

Encontramos Heidegger expressando que:

Impropriedade constitui justamente um modo especial de ser-no-mundo em que é totalmente absorvido pelo “mundo” e pela co-presença dos outros no impessoal. [...] Deve-se conceber esse não ser como o modo mais próximo de ser da presença, o modo em que, na maioria das vezes, ela se mantém (HEIDEGGER, 2015, p.241).

Portanto, quando a mulher menciona no seu vivido do parto domiciliar se sentir na sua cotidianidade “modo de ser da presença” outra pessoa, uma mulher muito mais forte, capaz de aguentar qualquer coisa, fica claro que ela não acreditava que era forte e o parto domiciliar fez com que acreditasse que era forte, é nesse momento que a presença se perde na inautenticidade/ impropriedade.

Ao dizer que **teve confiança na equipe**, o modo de ser cotidiano da *ocupação* desse *ser-mulher* foi desvelado por não se ver segura para parir e precisar, portanto, de uma segurança técnica da equipe como condição de possibilidade de *ser-no-mundo* no momento do parto.

O modo fundamental do *ser-mulher* que se projetou no cotidiano do parto domiciliar planejado, possibilitou o encontro com os entes que se manifestaram junto

a ela. Assim, ocupou-se junto ao monitoramento do batimento cardíaco, aos exames, a todas as medicações e a um aparato muito grande de segurança no parto.

O ser junto ao instrumento utilizável mostra a condição de possibilidade do ser-no-mundo em que se funda o ser junto aos entes intramundanos. Como entes intramundanos, estes instrumentos não possuem o modo de ser da presença e para Heidegger “o ser simplesmente dado é o modo de ser de um ente que não possui o caráter da presença” (HEIDEGGER, 2015, p. 170). Entretanto, estes instrumentos caracterizam a sua relação com o ser dotado do ser da presença na sua manualidade, sendo algo para (HEIDEGGER, 2015).

Para Heidegger (2015, p.116),

Rigorosamente, *um* instrumento nunca ‘é’. O instrumento só pode ser o que é num todo instrumental que sempre pertence a seu ser. Em sua essência, todo instrumento é ‘algo para’ [...]. Os diversos modos de ‘ser para’ como serventia, contribuição, aplicabilidade, manuseio constituem uma totalidade instrumental. Na estrutura ‘ser para’ acha-se uma referência de algo para algo (HEIDEGGER, 2015, p. 116).

Na manualidade do parto domiciliar planejado, a mulher se ocupou destes instrumentos (ente que vem ao encontro na ocupação), os quais contribuíram na segurança do parto, de forma que ocorresse sem nenhum risco e perigo para mulher e o bebê.

A mulher estando *junto* e no mundo das ocupações constitui o caráter de perder-se no caráter público do impessoal e desse modo desvela-se na decadência. Em Heidegger, “a presença já sempre caiu de si mesma e decaiu no ‘mundo’. Assim, a mulher decai ao transferir toda a segurança e o desfecho positivo do parto aos instrumentos, velando para si suas possibilidades e mantendo-se na impropriedade.

Neste modo de ser decadente, o ser-aí-mulher mostrou-se presa aos instrumentos, ao aparato tecnológico, a técnica para que o parto não fosse de risco para si e para o filho. Para o filósofo “não ser ele mesmo é uma possibilidade positiva dos entes que se empenham essencialmente nas ocupações do mundo” (HEIDEGGER, 2015, p. 241) e esse não ser, deve ser concebido como o modo mais próximo de ser da presença (HEIDEGGER, 2015).

Entretanto, foi por meio desta ocupação que as demais presenças do mundo circundante se aproximaram, desvelando o modo *ser-com*, pois é por meio da ocupação que se abre para a *pre-ocupação* (HEIDEGGER, 2015). Assim, o modo *ser-*

aí-com-a-equipe-que-assistiu-o-parto-domiciliar também é desvelado pelo *ser-aí-mulher* por ter sido muito bem cuidada, cercada de cuidados com todo aparato tecnológico, ter sido respeitada e por de ter tido confiança na equipe.

O “com” é determinação da presença e por isto o mundo do *Dasein* ou do *ser-aí* é mundo-com. Heidegger (2015, p.175) expõe que “o mundo da presença é mundo compartilhado”, que “o ser-em é ser-com os outros” e que “o ser-em-si-intramudano desses outros é co-presença”. Os “outros” para o filósofo não são “todo o resto dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria, mas ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, não se consegue diferenciar, são aqueles entre os quais também se está” (HEIDEGGER, 2015, p.174).

O mundo da presença não libera apenas entes que se diferenciam dos instrumentos e das coisas, mas que são e está no mundo segundo ao modo de ser-no-mundo. Não é algo simplesmente dado, são como a própria presença liberadora, são co-presenças. Em Heidegger, “ser co-presente caracteriza a presença de outros na medida em que, pelo mundo da presença, libera-se a possibilidade para um ser-com” (HEIDEGGER, 2015, p.177).

Desse modo, a equipe que assistiu o parto domiciliar incluindo, portanto, as enfermeiras obstetras, mostraram-se *ser-aí-com* durante o pré-natal e principalmente durante a vivência do parto domiciliar planejado de forma que sua presença foi uma co-presença em um mundo-compartilhado. O ente em que a presença se relaciona como ser-com e que não possui o modo de ser do instrumento à mão, é presença, *Dasein*. E “desse ente não se ocupa, com ele se preocupa” (Heidegger, 2015, p. 177).

Nesse sentido, a equipe se mostrou nos modos positivos de preocupação desvelando-se a solicitude liberadora, no qual saltaram antecipadamente ao *ser-aí-mulher* na sua possibilidade existencial de ser, mas não para retirar-lhes o cuidado, e sim para devolvê-lo como tal (HEIDEGGER, 2015). O *ser-mulher* revelou ter tido confiança na equipe “*Foi a confiança na equipe*”, “*Acho que a confiança que eu e meu marido tinha na equipe foi o que norteou tudo*” e revelou também ter sido amparada, acolhida, ter tido liberdade de escolha nas posições do parto, ter se sentido empoderada, dona do próprio corpo, da situação por serem respeitadas durante o momento do parto tendo tido uma assistência de excelente qualidade conforme significou.

Assim, o cuidado pela equipe durante a vivência do parto domiciliar planejado transcendeu a dimensão dos instrumentos, a dimensão técnica atingindo a dimensão

ontológica ao ir além do que se pode ver. Ao se comportar como ser-com sem o modo-de-ser do instrumento utilizável que é prestar cuidados técnicos à mulher e ao filho, não se ocuparam desse ser-mulher, mas se pré-ocuparam.

Em Heidegger, essa preocupação (solicitude liberadora) em sua essência, “diz respeito à cura, propriamente dita, ou seja, à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela” (HEIDEGGER, 2015, p. 179). Desse modo, o cuidado da equipe se mostrou autêntico na medida em que davam voz ao ser-mulher para falar o que desejava ou precisava naquele momento do parto, descobrindo a singularidade de cada uma delas e respeitando-as. Ao olharem para as mulheres além da dimensão física, voltou-se para o ser-mulher que sendo-no-mundo vivencia o parto domiciliar de maneira própria e desta maneira, elas reconheceram na co-presença da equipe uma co-existência de ajuda que as ajudou para um poder-ser diante das possibilidades.

No pensamento heideggeriano, o cuidar positivo é aquele que entende autenticamente o que é importante para o outro (OLIVEIRA; CARRARO, 2011) e nesta investigação, a equipe e, especificamente as enfermeiras, ao terem sido ser-ai-com sem se ocupar das coisas, se mostraram preocupadas com o ser-mulher, no qual foram sensibilizadas para as suas reais necessidades proporcionando-as dessa forma o cuidado de forma positiva como dito pelo filósofo.

Para facilitar a visualização e compreensão do movimento existencial do ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado, a pesquisadora elaborou um diagrama, conforme apresentado:

Diagrama 1: Movimento existencial do ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado.



Autora: Campos, L.B.; Salimena, A.M.O.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação, pautada no referencial de Martin Heidegger, possibilitou contemplar a mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado em sua dimensão ontológica, pois o olhar se voltou para o ser-mulher ao compreender o vivido do parto domiciliar planejado e desvelar os sentidos desta no partejar.

Os resultados foram obtidos por meio da entrevista fenomenológica e a análise compreensiva (compreensão vaga e mediana) e interpretativa (hermenêutica), proporcionou alcançar a compreensão dos significados e o desvelamento dos sentidos expressos pelas mulheres.

A partir da compreensão da mulher foi construído o fio condutor emergindo o conceito de ser de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado e este conduziu a interpretação dos sentidos no momento da análise interpretativa possibilitando o desvelamento dos sentidos que o ser-mulher dá ao vivido do parto domiciliar planejado.

Utilizar o método proposto pelo filósofo proporcionou o encontro do ser-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado desvelando o ser-aí relacionado com o mundo vivencial de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado instituído de presença e possibilidades.

Neste vivido, elas significaram ter escolhido este parto por terem sofrido violência obstétrica no parto hospitalar, portanto a escolha pelo parto domiciliar foi delas a partir do vivido do parto anterior se desvelando autênticas e lançadas na possibilidade de parir, um-poder-ser-si-mesmo de maneira própria.

No movimento existencial as mulheres se mostraram curiosas com os modelos de parto no Brasil, procurando ver e estudar a respeito da temática desvelando portanto, a curiosidade. Ao verem documentários, relatos e lerem pesquisas, caíram no falatório, pois formaram suas opiniões a respeito do parto domiciliar planejado repetindo sem solidez, ser este parto a melhor coisa a ser feita para si e para o bebê.

Mulheres que escolhem o parto domiciliar planejado buscam por uma forma mais natural de parir, por menos intervenções, pela não violência, valorização da mulher e o protagonismo, pois querem ser ativa no próprio parto, participar, ter liberdade de escolha nas suas possibilidades e, desse modo o medo de não conseguir ter o parto em casa e ter que ir para o hospital foi significado pelo ser-mulher, o que

revela que a mulher não tinha medo de parir em casa, rompendo o medo do parto domiciliar frente às configurações postas pela sociedade.

Ao irem para o hospital estariam sujeitas ao modelo biomédico e tecnocrático vigente e poderiam não ter o parto conforme desejavam e, portanto, o medo em suas três perspectivas (pavor, horror e terror) foi significado no vivido do parto domiciliar planejado, em que o amedrontador “parto hospitalar”, era uma ameaça conhecida por estas mulheres por terem vivenciado parto dentro do hospital e terem sofrido violência obstétrica ou por terem lido a respeito.

Ao buscar a essência do fenômeno, foi possível apreender que as mulheres trazem como lembrança do parto domiciliar o empoderamento, a libertação, a segurança, o acolhimento, respeito e um momento que foi mágico, maravilhoso, transformador e uma das maiores experiências de suas vidas, permitindo, por um lado, desconstruir a ideia de que ele é um retrocesso na obstetrícia e por outro reforçar que o domicílio é uma possível via da humanização do parto e um lugar ideal e seguro para parir quando bem assistido, conforme posto pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

Ao longo de seus depoimentos as mulheres revelaram um poder-ser durante o parto domiciliar planejado ao ter liberdade, autonomia e serem respeitadas em suas próprias escolhas. Desse modo, a vivência deste parto por estas mulheres, possibilitou o encontro aos direitos sexuais e reprodutivos, como direito de viver a plenitude de parir sem violência e de forma natural conforme esperavam.

A confiança na equipe que assistiu o parto domiciliar, no qual inclui-se as enfermeiras obstétricas, foi significada pelas mulheres. Elas trazem que foram muito bem cuidadas durante o parto domiciliar, cercada de cuidados, com um grande aparato tecnológico e que por isso se sentiam seguras para parir em casa. Tal fato revela que mesmo buscando uma forma mais natural de parir, não abdicaram da tecnologia, dos utensílios. Relataram precisar de uma segurança técnica para parir no domicílio no qual, a mulher na manualidade do parto domiciliar se ocupa dos instrumentos utilizáveis.

Portanto, é possível inferir que ao mencionarem ter sido seguro o parto, terem se sentido mais seguras estando em casa do que no hospital, que essa segurança não está somente relacionada ao estar em casa, em um ambiente conhecido, com pessoas conhecidas, em um lugar em que se tem domínio, autonomia e liberdade. Mas, que essa segurança também está ligada aos instrumentos, ao suporte

tecnológico oferecido pelas profissionais no parto domiciliar. E é neste momento, que a mulher transfere toda a segurança e desfecho positivo do parto aos instrumentos, que o ser-aí-mulher decai, pois mostrou-se presa ao aparato tecnológico, quando não se viu capaz de parir com segurança.

Por meio da ocupação, o modo *ser-aí-com-a-equipe-que-assistiu-o-parto-domiciliar* foi desvelado. Nos depoimentos dessas mulheres, a equipe se mostrou nos modos positivos de preocupação desvelando a solicitude liberadora, em que se preocuparam com essas mulheres permitindo-lhes ser livre dentro de suas possibilidades, devolvendo as elas o cuidado.

Ao relatarem terem sido bem cuidadas, amparadas, acolhidas, respeitadas e confiarem na equipe que assistiu o parto, fica evidenciado que o cuidado oferecido foi autêntico por olharem para além da dimensão técnica e voltar-se para o ser-mulher numa solicitude liberadora as ajudando para um poder-ser no parto domiciliar diante das possibilidades. Nesse sentido, de acordo com o filósofo, o cuidado revelado se mostrou positivo, pois as profissionais entenderam e respeitaram autenticamente o que era importante para as mulheres durante o parto domiciliar planejado.

Na fenomenologia Heideggeriana foi possível contemplar a mulher, no parto domiciliar planejado, na sua dimensão existencial e nesse sentido, os resultados evidenciaram a necessidade da consideração e valorização da dimensão ontológica da mulher durante o parto para que este seja uma experiência positiva e humana.

Mulheres que escolhem pelo parto domiciliar planejado buscam a humanização do parto e compreender como que elas significam essa vivência contribui para o redirecionamento do cuidado de enfermagem para as reais necessidades e subjetividades dessas mulheres no campo do parto e nascimento domiciliar contribuindo dessa maneira para a não reprodução do modelo obstétrico vigente de desumanização e medicalização do parto, mas sim para a efetivação da humanização do parto e nascimento e para a construção de um cuidado individualizado, humano e autêntico.

Espera-se que os significados e sentidos desvelados neste estudo se configurem em possibilidades de reflexão e ação no que diz respeito à assistência prestada ao parto e nascimento, seja em ambiente domiciliar ou hospitalar, uma vez que as necessidades e individualidades das mulheres giram em torno do mesmo fenômeno, o parto normal.

Espera-se também que contribuam para a visibilidade e ressignificação do parto domiciliar planejado como uma possibilidade de local de parto que é seguro e que possibilita o protagonismo e a humanização do parto preconizado pela Política de Humanização do Parto e Nascimento, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

Sendo assim, acredita-se que este estudo, embora circunscrito à perspectiva de um grupo limitado de participantes, contribua para a pesquisa em enfermagem, o cuidado de enfermagem à mulher em processo de parturição e para a valorização do parto domiciliar planejado como uma via de humanização do parto e possibilidade de local para parir.

REFERÊNCIAS

- ACKER, J. I. B. V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.5, p. 647-51, out. 2006.
- ALMEIDA, I. S. D. et al. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Revista Eletrônica Enfermagem Internet**. v.11, n.3, p.695-99. 2009.
- ALMEIDA, J. F. D. **Bíblia Sagrada** – Trad. João Ferreira de Almeida. Barueri-SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2ªed. p. 58-59, 1993.
- ANDRADE, A. C. P. A.; SILVA, L. T. Os benefícios do parto domiciliar: resgate de uma prática naturalista. **Revista Presença**.v.1: 58-65p. 2016.
- BARROSO, I. D. C. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. **Revista Eletrônica de Humanidades da UNIFAP**.v.2, n.1, p.1-14. 2009.
- BEHAQUE, D.P; VICTORA, C.G; BARROS, F.C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**. v.324.p. 942-5. 2002.
- BRASIL. Lei Nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Congresso Nacional**. Brasília, DF, 25 jun, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 abr. 2016.
- BRASIL. Decreto Lei nº 94.406/87.Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Congresso Nacional**. Brasília, DF, 8 jun,1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>. Acesso em: 03 abr. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988).Título II Dos Direitos e Garantias Fundamentais. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF,1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em:03 abr. 2016.
- BRASIL. Portaria Nº 2.815 de 29 de maio de 1998. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjguv2P7qfVAhVMGZAKHRBkCm4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fsna.saude.gov.br%2Flegisla%2Flegisla%2Fobst%2FGM_P2.815_98obst.doc&usq=AFQjCNHDMQZhpWdYrvUtyO_epplIVsFuVQ. Acesso em: 15 julho 2017.
- BRASIL. Portaria Nº 985 de 05 de agosto de 1999. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 1999. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf>. Acesso em: 15 julho de 2017.

BRASIL. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001. 001-202p.

BRASIL. **Programa Humanização do Parto - Humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002. 001-028 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. 082 p.

BRASIL. Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Congresso Nacional**. Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 03 abr. 2016.

BRASIL. Resolução Normativa Nº 167 de 9 de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. **Agência Nacional e Saúde Suplementar**. 9 jan. 2007a. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/03/resolucaoans2007-167.pdf>>. Acesso em: 15 julho 2017.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 291p.

BRASIL. **Indicadores de Cobertura. Proporção de partos cesáreos**. 2010. IDB BRASIL 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2010/f08.def>>. Acesso em: 28 de nov. 2016.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 12 dez.2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 1ed, p.16, 2013.

BRASIL. **Caderno Humaniza SUS- Humanização do Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 467p, 2014a.

BRASIL. **Mortalidade materna cai 43% no Brasil entre 1990 e 2013**. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). 2014b. Disponível em:

<https://www.unasus.gov.br/noticia/mortalidade-materna-cai-43-no-brasil-entre-1990-e-2013>>. Acesso em: 10 set.2016.

BRASIL. **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>>. Acesso em: 15 Nov.2016.

BRASIL. **Sentidos do nascer. Percepções sobre o parto e o nascimento**. Brasília-DF: Ministério da Saúde.1ed, p.48, 2015b.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Ministério da Saúde: CONITEC, p. 106, 2016.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Ministério da Saúde: CONITEC, p. 53, 2017.

BROCKLEHURST, P. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**. Reino Unido, v.343, 23 nov. 2011.

CAMPOS, A.S; ALMEIDA, A.C.C.H; SANTOS, R.P. Crenças, Mitos e Tabus de Gestantes acerca do Parto Normal. **RevEnferm UFSM**. Santa Maria, v.4,n.2,p.332-341, mai., 2014.

CAMPOS, N. F. et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado:**Rev. Ciênc. saúde Nova Esperança**. v.14, n.1, p.47-58. 2016.

CARRARO, T. E; SEBOLD, L.F. Modos de ser enfermeiro-professor-no-ensino-do-cuidado-de-enfermagem: um olhar heideggeriano. **RevBrasEnferm**, Brasília.v.66, n.4,p.550-6,ago. 2013.

CARVALHO, V.F.D. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **RevEscEnferm USP**. São Paulo, v.46,n.1,p.30-7, fev. 2012.

CARVALHO, J. M. C. Percurso fenomenológico. **Revista Estudos Filisóficos**. São João Del Rei, n.10, p. 1-15, 2013.

CARVALHO, I.S. et al. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8, n.2, p.3847-54, out., 2014.

CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger** - 3ª Ed.Petropolis: Editora Vozes, 2012.

CASTRO, C. M. D. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 69-75. 2015.

CHAMILCO, R. A. S. I.; NERY, I. S.; ALVES, A. K. S. Percepção de mães amapaense com experiência de parto hospitalar e parto domiciliar por parteiras tradicionais. **Nursing**. São Paulo, v.19, n. 2188, p. 1351-1354. 2016.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.30, p. 514-516 . 2014.

COLACIOPPO, P.M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série, n. 2, p.81-90, dez., 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Liminar na Ação Civil Pública do Coren- RJ suspende resoluções do Cremerj**. Conselho Federal de Enfermagem. Brasil, 2012a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/liminar-na-acao-civil-publica-do-coren-rj-suspende-resolucoes-do-cremerj_9414.html>. Acesso em: 29 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Nota Oficial nº 001/2012 ASCOM. **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasil, 2012b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/nota-oficial-no-0012012ascom_15533.html>. Acesso em: 10 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. **Conselho Federal de Enfermagem**. Brasil, DF, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 22 ago. 2017

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. **Conselho Federal de Enfermagem**, Brasil, DF, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 13 set. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. **Parto normal humanizado**: direito da mulher. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/parto-normal-humanizado-direito-da-mulher_182.html>. Acesso em: 07 dez. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. Parecer técnico COREN/SC Nº 023. **Parto Domiciliar Planejado**. Santa Catarina, 2016. Disponível em: < <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>>. Acesso em: 16 de julho de 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução CREMERRJ nº 265, 2012. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. Rio de Janeiro, 2012a. **Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro** em 19 de julho de 2012, Parte V, p.10. Disponível em: <<http://old.cremerrj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=989&item=1>>. Acesso em: 29 de setembro, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução CREMERJ nº 266, 2012. Dispõe sobre a responsabilidade do Diretor Técnico em relação a assistência perinatal prestada por pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde. Rio de Janeiro, 2012b. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro** em 19 jul. 2012, Parte V, p.10. Disponível em: <<http://old.cremerrj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=992&item=1>>. Acesso em: 29 set. 2016.

COSTA, L. H. R. **Memórias de Parteiras: Entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar**. Dissertação Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/84150/187607.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 14 março 2016.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc Anna Nery. Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.11,n.1, p.98-104, mar. 2007.

CUNHA, A. D. A. Indicações do parto a fórceps. **FEMINA**. v.39, n.12, p. 549-554, dez., 2011.

CUNHA, A.A. A controvérsia do parto domiciliar. **FEMINA**. v. 40, n.5, p.1-10, out., 2012.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.30, p.140-153. 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, Universidade de São Paulo, São Paulo.1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf. Acesso em 15mar. 2016.

ENNING, C. **O parto na água: um guia para pais e parteiros** – Trad. Heinz Roland jakobi. São Paulo: Editora Manole, 2000.139p.

FERREIRA, M. B. **Aurélio- O dicionário da Língua Portuguesa**. 8.ed.Curitiba: Editora Positivo, 2010. p.856.

FEYER, I. S. S. et al. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.66, n.6, p.879-86, dez., 2013.

FEYER, I.S.S.; MONTICELLI, M.; KNOBEL, R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro. v.17,n.2, p.298-305, 2013.

FONSECA, G. R. S.; CAVALCANTE, R. D. Abordagem do processo parturitivo na consulta pré-natal:Qual o papel do enfermeiro? **J Nurs UFPE on line.** Recife. v.8, n.8, p.1441-4.Mai., 2014.

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

GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G.; GARCIA, S. A. L. O parto assistido por enfermeira obstetra:perspectivas e controvérsias. **RBPS.** Fortaleza.v. 23, n.4,p. 380-388.2010. p. 2010.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia. **Interface comum. saúde, educ.** Botucatu. v.1,n.1, p. 109-122. Ago., 1997.

GIBBONS, L. et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **Am J ObstetGynecol.** v.206, n. 4, p.331-19.2012.

GIL, A. C.; YAMAUCHI, N.I. Elaboração do projeto na pesquisa fenomenológica em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador. v. 26,n.3, p. 565-573, dez., 2012.

GILES, T. R. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: Editora EPU, 1989.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas.** São Paulo. v.35, n.2, p. 57-63, abr.,1995.

GONÇALVES, A.O. **Da internet às ruas: a marcha do parto em casa**. Dissertação do Programa de Pós Graduação em Comunicação da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014.

GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA. **Planned birth at home in South Australia 2013**. South Australian Perinatal Practice Guidelines. National Library of Australia Cataloguing-in-Publication: South Australia. Dept. of Health. 2013.

GREGORY, K.D. et al. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whosebenefits?**AmJPerinatol.** v.29, n.1, p. 7-18.Ago. 2012.

GUERRA, M. C. A fenomenologia de Heidegger e a filosofia prática de Aristóteles. **Legis Augustus**. Rio de Janeiro. v.3, n.2,p.170-188, dez., 2012.

GUSMAN, C. R. et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev Panam Saud Publica**.v.37, n.4-5,p. 365-370. 2015.

GUSMAN, C.R. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev. Panaman Salud Publica**. V.37, n.4, p.365-369. 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo** - Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback 10ª ed. Petrópolis;Vozes: 2015.

HEIDEGGER, M.**O meu caminho na fenomenologia**. Tradução Ana Falcato. Covilhã:LusoSofia: 2009.

HIRSCH, O. N. O parto "natural" e "humanizado" na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**. Porto Alegre. v.15, n.2, p. 229-249.2015.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Sofia comemora um ano de parto domiciliar**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em:<<http://www.sofiafeldman.org.br/2015/01/05/sofia-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar/>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

JANSSEN, P.A. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**.v.181, n.6-7, p. 377-83. 2009.

JONGE, A. et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. **BJOG**, v.116, n.9, p.1177-1184. 2009.

JONGE, A. et al. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: Nationwide cohort study. **BMJ**. Reino Unido, v.346, p.1-10. 2013.

JUIZ DE FORA. Lei nº 13.477, de 23 de dezembro de 2016. Dispõe que maternidades, casas de parto, e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada da cidade de Juiz de Fora permitirão a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. **Diário Oficial Eletrônico do Município de Juiz de Fora**. JF, MG, 23 dez. 2016. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=50742>. Acesso em: 03 abr. 2016.

KOETTKER, J.G. **Parto Domiciliar Planejado assistido por enfermeiras**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/93958/288108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 15 jul. 2017.

KOETTKER, J. G.; M. et. al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 46, n. 4, p. 747-750, 2012.

KOETTKER, J. G.; BRUGGEMANN, O. M.; DUFLOTH, R. M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Rev. Esc Enferm USP**. v.47, n.1, p.1 6-21. 2013.

LEAL, M.C. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.1(supl), p. 17-47. 2014.

LESSA, H. F. et al. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis. v.23, n.3, p. 665-72, set., 2014.

LUMBIGANON, P et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. **The Lancet**. v. 375, n.9713, p.490-499. 2010.

LUZ, A.N.H; BERNI, N.I.O; SELLI, L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. **Rev. Bras. Enferm**. v.60, n.16, p. 42-8, fev.2007.

LUZ, L.H; GICO, V.V. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**. São Carlos. v.23, n.3, p.475-484, 2015.

MACDORMAN, M.F, et al. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998-2001 birth cohorts. **BIRTH**, v.33, n. 3, p. 175-82.2006.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 17ª ed., São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

MARCOLIN, A.C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro. v.36, n.7, p. 283-289, jul., 2014.

MARQUES, R.A. **Ciberativismo em defesa do parto humanizado e da descriminalização do aborto: as diferenças na defesa dos direitos reprodutivos**. Dissertação Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-04092014-124720/pt-br.php>. Acesso em 14 março 2016.

MATOS, G. C. D. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: Uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE online**. v.7, n.esp, p. 870-8, mar., 2013.

- MEDEIROS, R.M.K; SANTOS, I.M.M; SILVA, L.R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro. v.12,n.4, p.765-72, dez., 2008.
- MELLER, F.O; SCHAFER, A.A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciênc, saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.16, n.9, p.3829-3835.2011.
- MELO, M. C. S.C.; SOUZA, I.E.O. Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Escola Anna Nery Rev de Enfermagem**, Rio de Janeiro. v. 16, n.1, p. 41-48. 2012.
- MENEZES, P. F. A. D.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador. v.1, n.1, p. 3-43, dez., 2012.
- MERHY, E. E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. **NESCON- Biblioteca Virtual**.1998. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001124>> Acesso em: 10 Abr.2016.
- MERIGHI, M.A.B; GUALDA, D.M.R. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para assistência ao parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.17,n.2, p. 265-270. 2009.
- MONTEIRO, C. F. D. S. et al. Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Esc Anna Nery. Rev. Enferm.** Rio de Janeiro. v.10,n.2, p. 297-300, ago., 2006.
- MONTENEGRO, C. A.B; FILHO, J.R. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA.12ª, 2013.
- MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital(1830-1960). **Proj. História**. São Paulo. v.25, p. 197-219, dez., 2002.
- MOTT, M.L. Parteiros: O outro lado da profissão. **Gênero**. Niterói.v. 6, n.1, p.117-140. 2005.
- NAKANO, A.R; BONAN, C; TEIXEIRA, L.A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**. v.25,n.3, p. 885-904. 2015.
- NOVASKI, A. Fenomenologia o método. **Pro-Posições**. v.18,n.1(52), 2007.
- OLIVEIRA, G. S. D.; CUNHA, A. M. D. O. Breves considerações a respeito da fenomenologia e do método fenomenológico. **Cadernos da FUCAMP**. v.7, n.7, p. 45-53. 2008.
- OLIVEIRA, M.F.V.; CARRARO, T.E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**. v. 64, n.2, p.376-80, 2011.

ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION. **Resource Manual for Sustaining Quality Midwifery Services in Hospitals**. OHA. 2010.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev Bras Enferm**. v.59, n.5, p. 699-702, 2006.

PADOIN, S.M.M.; TERRA, M.G.; SOUZA, I.E.O. Mundo da vida da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro. v.15,n.1, p. 13-21.mar., 2011.

PAEGLE, S.O.; SILVA, M.J.P. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomia por câncer de intestino em grupo focal. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**.v.13, n.1, p.46-51. 2005.

PATAH, L. E. M; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**.v. 45, n.1, p.185-94. 2011.

PAULA, C.C. et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.25,n.6,p. 984-9. 2012.

PAULA, C. C. et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.67, n.3, p. 468-72.

PORTO, A.A.S; COSTA, L.P; VELLOSO, N.A. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. **Rev. Ciência e Tecnologia**.v.1, n.1, p.12-19, 2015.

RÊGO, M. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto**. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-103526/pt-br.php>>. Acesso em: 18 maio de 2016.

RIESCO, M. L. G. R.; TSUNECHIRO, M. A. Formação Profissional de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**.v.10, n.2, p. 449-459. 2002.

SANFELICE, C. F. D. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**. v.15, n.2, p. 362-70. 2014.

SANFELICE, C. F. D. O.; SHIMO, A. K. K. Parto Domiciliar: Avanço ou Retrocesso? **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul.v.35, n.1, p. 157-60. 2014.

SANFELICE, C.F.D.O; SHIMO, A.K.K. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis.v. 24, n.3, p. 875-82. 2015a.

SANFELICE, C.F.D.O; SHIMO, A.K.K. Representações sociais sobre parto domiciliar. *Esc Anna Nery*. Rio de Janeiro. V. 19, n.4, p. 606-13.2015b.

SANTOS, A. D. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev. Rene*. v.11, n. esp., p.61-71. 2010.

SANTOS, J. D. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery RevEnferm*. v.12,n.4, p.645-650, dez., 2008.

SANTOS, M. L. D. Os desafios de uma filosofia para a humanização do parto e do nascimento. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. v.4, n.4, p.17-24. 2010.

SENA, C. D. D. et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev. Enferm UFSM*.v. 2, n.3, p. 523-29. 2012.

SIANI, S. R.; CORREA, D. A.; CASAS, A. L. LAS. Fenomenologia, método fenomenológico e pesquisa empírica: o instigante universo da construção de conhecimento esquadrihada na experiência de vida. *Rev. de Administração da UNIMEP*. v.14, n.1, p.193-219. 2016.

SILVA, J. M. D. O. E.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. v.61, n.2, p. 254-7. 2008.

SILVA, L.S et al. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. *Rev. Enferm UFPE on line*. Recife, v.10, n.4 (supl.), p. 3531-6.2016.

SIMÕES, S. M. F. PARTO E NASCIMENTO: uma compreensão das possibilidades de inserção da enfermeira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.56, n.3, p. 265-270, jun. 2003.

SOUZA, J.P et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bulletin of the World Health Organization*. v. 88, n.2, p. 113-9. 2010.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. D. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm*. v.32,n.3, p. 479-86. 2011.

SOUZA, C.M. et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *J.res.: fundam. Care. Online*. v.5,n.4, p.743-54.2013.

SOUZA, A.M.M. **Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte**. Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em:
<<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA->

[97BHGB/pr_ticas_obst_tricas_na_assistencia_ao_parto_e_nascimento_em_uma_maternidade_de_belo_horizonte.pdf?sequence=1](#)>. Acesso em 15 julho de 2017.

VAN DER KOOY, J. et al. Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: Intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. **ObstetGynecol.** v.118, n.5, p.1037-46. 2011.

VELHO, M.B; OLIVEIRA, M.E; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-9, ago. 2010.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia.** Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v.16, n.1, p. 95-107, 2015.

VERAS, R. M.; MORAIS, F. R. R. Práticas e significados acerca da humanização na assistência materno infantil na perspectiva dos trabalhadores da saúde. **Saúde e Transformação social.** v.2, n.2, p. 102-112. 2011.

WALSH, S. **Having a baby in the Netherlands.** Access Guide. 2015.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc. Anna Nery R. Enferm.** Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 279-85, ago., 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in Normal Birth: a practical guide.** Geneva: Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization, 1996.p.53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on Caesarean Section Rates.** Geneva: Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, 2015.p.8.

APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM****Pseudônimo:****Data:****1- Identificação e Caracterização**

Nome:

Estado civil:

Data de nascimento:

Profissão/Ocupação:

Grau de escolaridade:

Gestações:

Para:

Abortos:

Gestações anteriores fora do ambiente domiciliar? () Sim () Não Quantas?

Via(s) de parto(s) anterior(es):

Ano do parto domiciliar planejado:

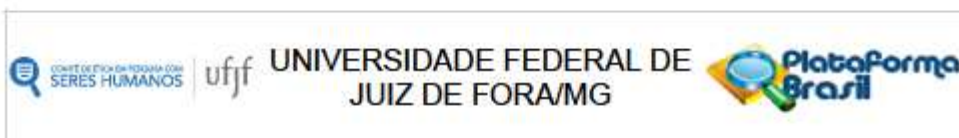
2- Questões Orientadoras da Entrevista

Como foi para você vivenciar o parto domiciliar?

Como você se sentiu?

O que isso significou para você?

ANEXO A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIGNIFICADOS DA MULHER NA VIVÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Pesquisador: Anna Maria de Oliveira Salimena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58656016.5.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.701.030

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

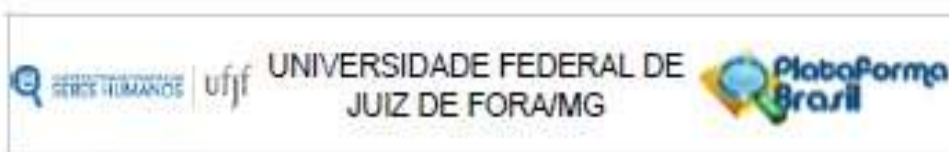
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.701.000

objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, Itens IV.6, III.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013, Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPs Item: VI - c; e com o Manual para submissão de pesquisa "Desenho".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, Itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2017.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.701.030

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_774493.pdf | 12/08/2016 09:18:14 | | Acelto |
| Folha de Rosto | FRosto.pdf | 12/08/2016 09:13:23 | Anna Maria de Oliveira Salimena | Acelto |
| Outros | instrumento.docx | 11/08/2016 23:32:30 | Anna Maria de Oliveira Salimena | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoCEP.doc | 11/08/2016 22:59:29 | Anna Maria de Oliveira Salimena | Acelto |
| TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCE.doc | 11/08/2016 22:58:13 | Anna Maria de Oliveira Salimena | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 25 de Agosto de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sr.^a está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “**SER-ÁI-MULHER-QUE-VIVENCIAU-O-PARTO-DOMICILIAR-PLANEJADO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**”. Nesta pesquisa pretendemos **desvelar os sentidos da mulher que vivenciou o parto domiciliar planejado**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa está na necessidade de dar visibilidade ao parto domiciliar e valorizá-lo como uma opção de local de parto tendo em vista ser considerado um caminho possível para a redução dos índices de cesarianas, resgate da autonomia da mulher no processo que envolve o parto e também um caminho para a humanização da assistência ao parto.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A Sr.^a fará uma entrevista e esta será gravada em áudio. Após essa etapa, as entrevistas serão transcritas na íntegra e lidas para que a pesquisadora analise os depoimentos. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos psíquicos e emocionais, pois esses podem aparecer durante a entrevista. Caso aconteça, prevê-se a interrupção da entrevista até o momento mais adequado para a senhora.

A pesquisa contribuirá para o conhecimento de enfermagem trazendo subsídios para a formação profissional, pessoal dos enfermeiros e também para a assistência prestada às mulheres que vivenciam o parto domiciliar, além de contribuir para a visibilidade e valorização deste tipo de parto.

Para participar deste estudo a Sr.^a não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sr.^a tem assegurado o direito a indenização. A Sr.^a terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sr.^a é atendida. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sr.^a não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na **Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora** e a outra será fornecida a Sr.^a. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**SER-ÁI-MULHER-QUE-VIVENCIAU-O-PARTO-DOMICILIAR-PLANEJADO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016 .

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Pesquisador Responsável: Anna Maria de Oliveira Salimena.
Programa de Pós Graduação Mestrado Faculdade de Enfermagem
Rua José Lourenço Kelmer, s/n - Campus Universitário
Bairro São Pedro - CEP:36036-900 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 21023297
E-mail:mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br

