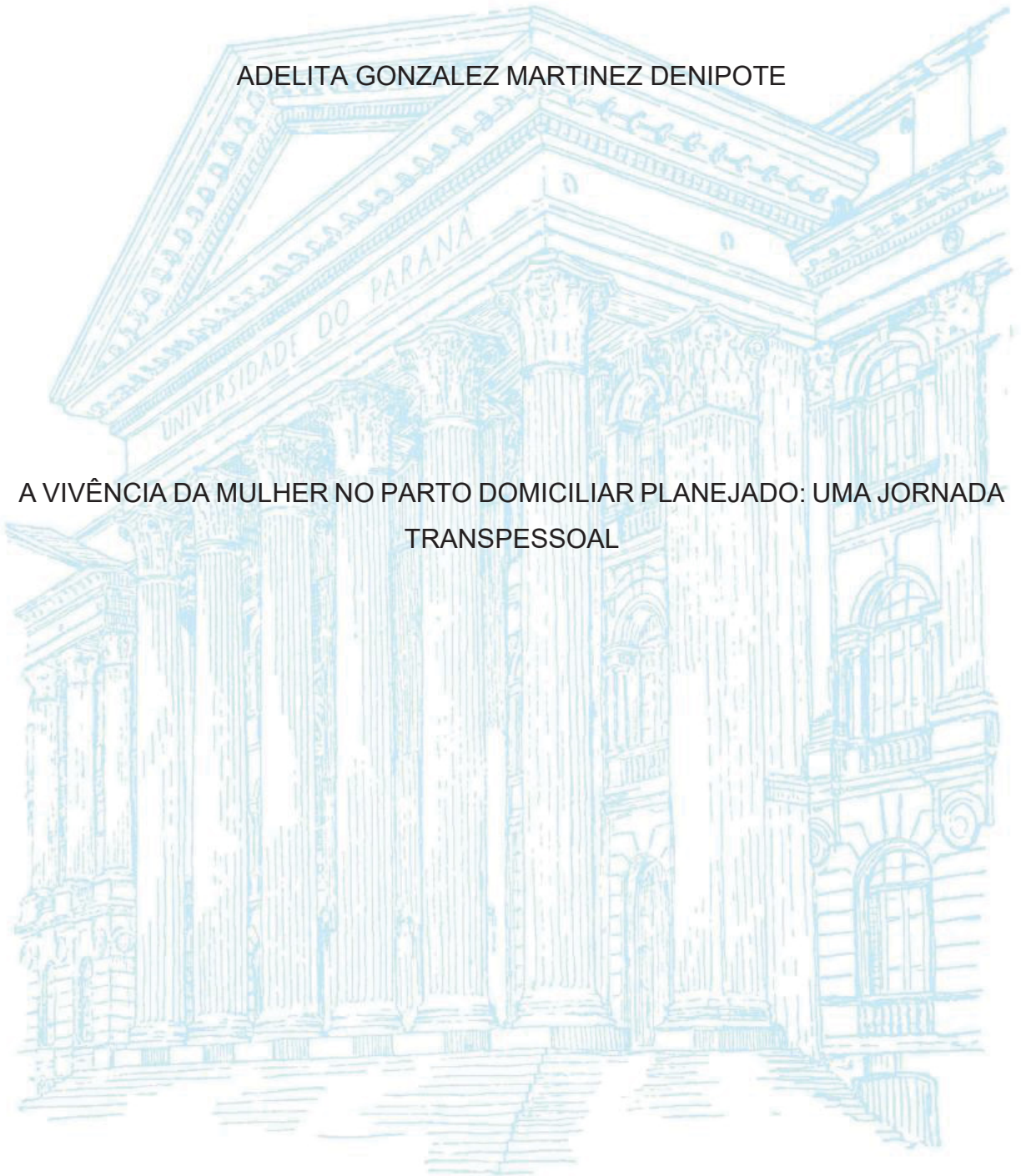


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADELITA GONZALEZ MARTINEZ DENIPOTE

A VIVÊNCIA DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA
TRANSPESSOAL



CURITIBA

2022

ADELITA GONZALEZ MARTINEZ DENIPOTE

A VIVÊNCIA DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA
TRANSPESSOAL

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Maria Ribeiro Lacerda

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Jaqueline Dias do Nascimento Seletti

CURITIBA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Denipote, Adelita Gonzalez Martinez

A vivência da mulher no parto domiciliar planejado [recurso eletrônico] : uma jornada transpessoal / Adelita Gonzalez Martinez Denipote – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Coorientador: Profa. Dra. Jaqueline Dias do Nascimento Seletti

1. Parto domiciliar. 2. Teoria fundamentada. 3. Teoria de enfermagem.
4. Cuidado perinatal. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Seletti, Jaqueline Dias do Nascimento. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.45

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ADELITA GONZALEZ MARTINEZ DENIPOTE** intitulada: **A VIVÊNCIA DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA TRANSPESSOAL**, sob orientação da Profa. Dra. **MARIA RIBEIRO LACERDA**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 15 de Dezembro de 2022.

Assinatura Eletrônica

18/12/2022 06:28:33.0

MARIA RIBEIRO LACERDA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

16/12/2022 08:54:38.0

PAULA MANUELA JORGE DIOGO

Avallador Externo (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA)

Assinatura Eletrônica

26/12/2022 11:27:48.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Avallador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

20/12/2022 10:51:27.0

PAULO ROBERTO LIMA FALCÃO DO VALE

Avallador Externo

Assinatura Eletrônica

20/12/2022 11:33:27.0

JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO SELLETI

Coorientador(a) (HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 242205

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 242205

Esta tese é dedicada aos meus pais, que me deram a vida e são minha rede incondicional de apoio, à todas as pessoas que acreditam num mundo mais pacífico, amoroso e respeitoso a partir da forma como se chega a este mundo, à todas as mulheres que tive a sagrada oportunidade de atender seus partos.

AGRADECIMENTOS

A Deus e meus mentores espirituais que me guiaram, protegeram e me fortaleceram durante toda a jornada.

Aos meus pais que me deram a vida, são minha fonte familiar de apoio incondicional e, com sacrifícios pessoais, me proporcionaram condições de aprimoramento intelectual.

À minha orientadora, Dra. Maria Ribeiro Lacerda, que sempre confiou no meu trabalho e na minha capacidade de desenvolver esta tese. Foi minha luz intelectual e me cuidou durante toda a jornada de forma transpessoal, tornando-a mais leve e inspiradora.

À minha coorientadora, Dra. Jaqueline Dias do Nascimento Seletti, que me guiou com excelência, encorajamento e sensibilidade pelos desafios científicos encontrados no percurso da jornada.

À Universidade Federal do Paraná e minhas chefias neste período, que me concederam a possibilidade de afastamento parcial para me dedicar à produção desta tese.

Às minhas amigas do grupo de pesquisa, Fernanda Rios e Luana Tonin, que me apoiaram e confortaram emocionalmente em momentos de turbulência.

Às mulheres participantes da pesquisa, que gentil e generosamente se voluntariaram para partilhar suas vivências pois acreditam na potência transformadora do Parto Domiciliar Planejado.

A todos os colegas e pesquisadores do grupo NEPECHE que, de alguma forma, contribuíram para o resultado deste estudo.

À minha colega de trabalho, Cinthia Ruriko Sakagami, secretária do PPGENF, que me acolheu em momentos de tensão durante a jornada e forneceu suporte extra ao programa, para que eu pudesse estar em afastamento parcial das minhas atividades laborais.

Aos meus familiares e amigos íntimos, pela compreensão e paciência diante a minha ausência social durante esses quatro anos, além do apoio nos momentos de ansiedade e desafios emocionais.

Não podemos saber cuidar se não o aprendermos de dentro, para nós e com os outros [...] O cuidado humano começa com o amor de si e do outro, da humanidade e de todos os seres vivos. Abrindo e acolhendo o imanente e o transcendente, as vicissitudes sutis, radiantes, de sombra e luz das experiências de viver, morrendo, crescendo, mudando, evoluindo, honrando com reverência o mistério, o milagre, os paradoxos, o desconhecido [...]

Jean Watson

RESUMO

Algumas mulheres brasileiras vêm, ao longo das últimas décadas, buscando locais e modos alternativos ao hospital de parir e nascer, buscando também a assistência de enfermeiras obstetras. O cuidado prestado por estas profissionais deve unir conhecimentos técnico-científicos e saberes que contemplem as diversas dimensões da existência humana (físicas, emocionais, psíquicas, sociais e espirituais), razão pela qual o presente estudo fundamenta-se no referencial teórico do Cuidado Transpessoal, proposto pela Ciência do Cuidado Unitário de Jean Watson. Para fomentar a reflexão sobre os impactos multidimensionais do Parto Domiciliar Planejado na individualidade e na sociedade, questionou-se “como as mulheres vivenciam seus partos domiciliares planejados?”. Da conclusão desta tese foi possível interpretar a vivência de mulheres que tiveram o Parto Domiciliar Planejado, elaborar uma teoria substantiva que explicitasse esta vivência e, por fim, propor contribuições para a prática profissional que fomentem o cuidado e vivências transpessoais no parto e nascimento. A presente tese tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo interpretativista, que utilizou como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. O estudo ocorreu entre dezembro de 2018 a dezembro 2022, sendo a coleta de dados, do grupo-piloto ao quarto grupo amostral, realizada entre outubro de 2020 a março de 2022. Por amostragem teórica, foram entrevistadas vinte e seis mulheres que tiveram seus partos em domicílio, de forma planejada, entre os anos de 2007 a 2021. Como recurso de fonte de dados, utilizaram-se entrevistas audiogravadas, a partir de roteiro semiestruturado composto por questões abertas e orientadoras, além de produções estéticas, recurso inspirado no método criativo sensível e na pesquisa baseada em artes, produzidas pelas mulheres, referentes às suas vivências. Para a análise, foi utilizada a corrente glaseriana, que envolveu codificações substantivas e teóricas, apoiadas pelo uso de memos, diagramas, e do software NVivo® para a organização dos dados. A partir da análise, elaborou-se a teoria substantiva “A vivência da mulher no Parto Domiciliar Planejado: uma jornada transpessoal”, composta por um conceito central, três conceitos, seis subconceitos e vinte e cinco unidades de sustentação, que foi validada por pesquisadores experts e mulheres com vivência em parto domiciliar planejado. A partir dessa teoria substantiva, publicaram-se dois ensaios teóricos em periódico científico, e propõe-se sua inclusão na formação profissional obstétrica fundamentada no cuidado transpessoal, bem como utilizá-la como um guia para mulheres que estão iniciando na jornada. Acredita-se que essas contribuições para a prática, quando implementadas, serão capazes de favorecer a melhoria da qualidade prestada e mudança do cuidado ao parto e nascimento, tanto no âmbito institucional como no domiciliar, impactando positivamente pessoas e sociedade por meio das transformações oportunizadas pela vivência de um parto domiciliar planejado.

Palavras-chave: parto domiciliar; teoria fundamentada; teoria de enfermagem; cuidado perinatal.

ABSTRACT

Over the last decades, some Brazilian women have been searching for places and alternative ways, rather than a hospital, to labor and delivery, also seeking for the obstetric nurses' assistance. The care provided by these professionals must join technical-scientific knowledge, as well as knowledge that contemplates the various dimensions of human existence (physical, emotional, psychological, social, and spiritual), which is why the present study is based on the theoretical framework of the Transpersonal Care, proposed in Jean Watson's Unitary Caring Science. To encourage reflection on the multidimensional impacts of Planned Homebirth on individuals and society, the question asked was "how do women experience their planned home births?". From the conclusion of this thesis, it was possible to interpret the experience of women who had Planned Homebirth, to elaborate a substantive theory that explained this experience and, finally, to propose contributions to professional practice that promote care and transpersonal experiences in labor and delivery. This thesis was an interpretive qualitative research, which used the Grounded Theory as a methodological framework. The study took place between December 2018 and December 2022, and data collection, from the pilot group to the fourth sample group, was carried out between October 2020 and March 2022. By theoretical sampling, twenty-six women were interviewed, who had planned home births between 2007 and 2021. As a data source, audio-recorded interviews were used, by means of a semi-structured questionnaire with open, guiding questions, and art productions, a resource inspired by the sensitive creative method and art-based research, performed by the women, regarding their lived experiences. For the analysis, the Glaserian approach was used, which comprised substantive and theoretical coding, supported by memos, diagrams, and the NVivo® software for data organization. Based on the analysis, the substantive theory "Women's experience in Planned Home birth: a transpersonal journey" was elaborated, entailing one core concept, three concepts, six subconcepts and twenty-five supporting units, which was validated by expert researchers and women with experience in planned home birth. Based on this substantive theory, two theoretical essays were published in a scientific journal, and its inclusion in a professional obstetric training course grounded in the transpersonal care has been proposed. Its use has also been proposed as a guide for women who are starting their labor and delivery journey. It is believed that these contributions to practice, when implemented, will be able to favor the improvement of the quality provided and change of care during labor and birth, both institutional and home settings, positively impacting on people and society through the transformations provided by the experience of a planned home birth.

Keywords: home childbirth; grounded theory; nursing theory; perinatal care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- GRUPOS AMOSTRAIS QUE COMPUSERAM A TEORIA SUBSTANTIVA.....	71
FIGURA 2- EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA.....	79
FIGURA 3- EXEMPLO DA COMPOSIÇÃO DE UM COMPONENTE EM SEU NÍVEL INICIAL.....	80
FIGURA 4- EXEMPLO DA COMPOSIÇÃO DE UMA CATEGORIA A PARTIR DO GRUPAMENTO DE SUBCATEGORIAS.....	81
FIGURA 5- EXEMPLO DE MEMO REFLEXIVO E MEMO METODOLÓGICO ELABORADOS NO DECORRER DO PROCESSO DE ANÁLISE.....	82
FIGURA 6- EXEMPLO DE DIAGRAMA ELABORADO NO DECORRER DO PROCESSO DE ANÁLISE.....	82
FIGURA 7- REPRESENTAÇÃO DAS FASES DE UM SISTEMA.....	84
FIGURA 8- SUMARIZAÇÃO DA QUANTIDADE ELEMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO.....	85
FIGURA 9- INTERFACE DE TRABALHO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS NO SOFTWARE NVIVO®.....	86
FIGURA 10- CONVITE PARA CAPTAÇÃO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	89
FIGURA 11- SUMARIZAÇÃO DOS CONCEITOS, SUBCONCEITOS, UNIDADES DE SUSTENTAÇÃO E FASES DO <i>SYSTEM PARTS</i>	94
FIGURA 12- DIAGRAMA REPRESENTATIVO DA TEORIA “A VIVÊNCIA DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA TRANSPESSOAL.....	129

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- EVOLUÇÃO DO PROCESSO <i>CARITAS</i> [®] DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO PARA A CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO.....	62
QUADRO 2- GRUPO AMOSTRAL 1.....	72
QUADRO 3- GRUPO AMOSTRAL 2.....	72
QUADRO 4- GRUPO AMOSTRAL 3.....	73
QUADRO 5- GRUPO AMOSTRAL 4.....	74
QUADRO 6- RELAÇÕES NO CÓDIGO TEÓRICO <i>SYSTEM PARTS</i> E SEUS SIGNIFICADOS.....	84
QUADRO 7- RELAÇÕES ENTRE SUBCONCEITOS DA FASE INICIAL DO CÓDIGO TEÓRICO	96
QUADRO 8- RELAÇÕES ENTRE SUBCONCEITOS DA FASE DE TRANSFORMAÇÃO DO CÓDIGO TEÓRICO.....	108
QUADRO 9- RELAÇÕES ENTRE SUBCONCEITOS DA FASE DE RESULTANTES DO CÓDIGO TEÓRICO.....	118
QUADRO 10-PROPOSTA DE PLANO DE AULA “PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA TRANSPESSOAL”	143

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- TRAJETÓRIA QUANTITATIVA DOS REGISTROS DE NASCIMENTOS EM DOMICÍLIO E OUTRAS LOCALIDADES, POR RESIDÊNCIA MATERNA, ENTRE OS ANOS 2010 E 2020, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR	68
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABENFO/PR	- Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras do Paraná
CCU	- Ciência do Cuidado Unitário
CORENPR	- Conselho Regional de Enfermagem - Paraná
CPN	- Centro de Parto Normal
CT	- Cuidado Transpessoal
EO	- Enfermeira(o) Obstetra
EUA	- Estados Unidos da América
GT	- Grounded Theory
MS	- Ministério da Saúde
NEPECHE	- Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PDP	- Parto Domiciliar Planejado
PPGENF	- Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PUCPR	- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCH	- Teoria do Cuidado Humano
TFD	- Teoria Fundamentada nos Dados
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

LISTA DE SÍMBOLOS

© - *Copyright*

@ - Arroba

® - Marca registrada

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
INICIANDO-ME NA JORNADA	22
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	31
1.1.1 Objetivo Geral	31
1.1.2 Objetivo Específico	31
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	32
2.1 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO MUNDO	32
2.2 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL.....	38
2.3 MULHER, FAMÍLIA, ENFERMEIRA E CONTEXTO DOMICILIAR	45
3 REFERENCIAL TEÓRICO	51
3.1 JEAN WATSON: HISTÓRICO PESSOAL E PROFISSIONAL	51
3.2 DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO À CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO	53
APROFUNDANDO-ME NA JORNADA	64
4 TRAVESSIA METODOLÓGICA	65
4.1 ATRAVESSANDO PELA PESQUISA COM O USO DA TFD	66
4.1.1 Local da pesquisa	66
4.1.2 Amostragem Teórica	70
4.1.3 Coleta de dados	75
4.1.4 Análise dos dados	77
4.1.5 Validação da teoria	87
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	88
RETORNANDO DA JORNADA	92
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS	93
5.1 INICIANDO-SE NA JORNADA	95
5.1.1 Elaborando a decisão pelo PDP	97
5.1.1.1 <i>Concebendo</i>	97
5.1.1.2 <i>Elegendo os profissionais</i>	98
5.1.1.3 <i>Ponderando o modelo de assistência para seu parto</i>	99
5.1.1.4 <i>Instruindo-se intelectualmente</i>	100
5.1.1.5 <i>Decidindo pelo PDP</i>	100

5.1.1.6 <i>Estruturando-se financeiramente</i>	102
5.1.1.7 <i>Confrontando a segurança de sua decisão</i>	102
5.1.2 Construindo uma relação de vínculo e confiança com a enfermeira obstetra	103
5.1.2.1 <i>Decidindo com minúcia pelas enfermeiras obstetras</i>	104
5.1.2.2 <i>Planejando seu PDP com o apoio das enfermeiras obstetras</i>	105
5.1.2.3 <i>Lidando com a morte em suas faces, concreta e simbólica</i>	106
5.1.2.4 <i>Aprofundando a relação de vínculo e confiança com as enfermeiras obstetras</i>	107
5.2 APROFUNDANDO-SE NA JORNADA	107
5.2.1 Fortalecendo-se emocionalmente	109
5.2.1.1 <i>Passando por conflitos emocionais</i>	110
5.2.1.2 <i>Emergindo Medos</i>	111
5.2.1.3 <i>Organizando-se emocionalmente</i>	111
5.2.2 Conectando-se ao sagrado e feminino	113
5.2.2.1 <i>Amparando-se no cuidado feminino</i>	114
5.2.2.2 <i>Fortalecendo sua confiança no processo de parto pela relação de vínculo, confiança e conexão estabelecida com a enfermeira</i>	114
5.2.2.3 <i>Contatando profundamente seu mundo interior</i>	115
5.2.2.4 <i>Revelando-se através da sua dimensão feminina instintiva e ancestral</i>	116
5.2.2.5 <i>Experenciando um lugar sagrado dentro de si</i>	117
5.3 RENASCENDO DA JORNADA	117
5.3.1 Subsistindo a travessia	119
5.3.1.1 <i>Tendo o espaço da sua dimensão física zelado por seus acompanhantes</i>	120
5.3.1.2 <i>Trazendo à luz</i>	121
5.3.1.3 <i>Transpondo o puerpério</i>	122
5.3.2 Empoderando-se	123
5.3.2.1 <i>Despertando seu poder interno</i>	124
5.3.2.2 <i>Trazendo à consciência aspectos sagrados, subjetivos e concretos vividos no parto</i>	125
5.3.2.3 <i>Impactando positivamente sua vida a partir de sua transformação interna</i>	126

5.4 CONCEITO CENTRAL - ATRAVESSANDO A JORNADA DO PDP	127
5.5 TEORIA SUBSTANTIVA - A VIVÊNCIA DA MULHER NO PDP: UMA JORNADA TRANSPESSOAL	128
6 APROXIMANDO A TEORIA SUBSTANTIVA DA LITERATURA.....	132
7 CONTRIBUTOS E PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA	142
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO GRUPO- PILOTO	169
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL	170
APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL	171
APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL	173
APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO QUARTO GRUPO AMOSTRAL	175
APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	176
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	180
ANEXO 2 - PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?	186
ANEXO 3 - A EVOLUÇÃO DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO PARA A CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO	187

APRESENTAÇÃO

Este estudo integra a linha de pesquisa “Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem”, voltada ao Cuidado Domiciliar (CD) e vinculada ao grupo de pesquisa Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). É parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Parto e Puerpério: vivências/experiências de mulheres, companheiros e famílias”, que está subdividido em três subprojetos: “Motivos e trajetória de mulheres e família que optam pelo parto domiciliar planejado”, “A vivência da mulher no Parto Domiciliar Planejado” e “A experiência do puerpério pelas famílias”.

O interesse e a escolha pelos temas abordados na presente tese partem da vivência dentro da minha trajetória profissional e pessoal.

Desde o início da minha graduação em enfermagem, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), sentia o chamado interno para a assistência aos partos. Porém, foi no penúltimo ano do curso que pude, de fato, me envolver com o tema, por meio de um projeto de plantões voluntários de assistência de enfermagem em obstetrícia, em pronto atendimento obstétrico, centro obstétrico e alojamento conjunto.

Já encantada com a obstetrícia, no período final da graduação (2003), fui me aproximando e participando da organização da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras do Paraná, (ABENFO/PR), na época presidida pela Dra. Kleyde Ventura de Souza.

Logo, em 2004, iniciei minha pós-graduação em obstetrícia e entrei oficialmente para a ABENFO/PR como membro da comissão de organização e divulgação.

Nessa época, ainda que minha formação obstétrica tenha sido predominantemente dentro de um modelo tecnocrático, já se ouvia e começava-se a colocar em prática condutas mais humanistas, como as recomendadas desde 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

No entanto, foi participando da ABENFO/PR e de seus eventos que recebi as primeiras sementes da humanização do parto e nascimento, que pouco a pouco foram crescendo e tomando o lugar do modelo tecnocrático que predominava em meus atendimentos.

Em 2006, já como enfermeira obstetra, mas trabalhando na unidade de terapia intensiva do Hospital de Clínicas do Paraná, solicitei e consegui transferência para o centro obstétrico da maternidade de atendimentos a gestantes de baixo risco.

Lá, o histórico era de diversas tentativas de humanização por parte das enfermeiras, sempre com muita luta, dificuldades e embates entre categorias profissionais. Comigo não foi diferente, enfrentei muitos desafios para, aos poucos, poder atuar de acordo com minhas crenças, valores, com a forma de assistência que eu acreditava ser a mais adequada, também baseada em evidências científicas.

Com o passar do tempo, junto a lutas e desafios, minha experiência prática de assistência aos partos foi aumentando, mais práticas humanizadoras eu ia oferecendo e recebendo o *feedback* positivo das mulheres que eram atendidas.

No início, eram apenas o banho de relaxamento, parto na penumbra e a música suave. Aos poucos, passei a não fazer mais fazer episiotomia, a retirar ocitocina de rotina, incentivar a participação dos acompanhantes, ofertar dieta durante o trabalho de parto, até chegar aos partos em posições verticais, em imersão na banheira e ao corte tardio do cordão.

Em 2009, tive a oportunidade de conhecer um médico obstetra, na época professor da UFPR, que entre plantões compartilhados e conversas sobre a obstetrícia, me contou que estava atendendo uma gestante, a qual desejava ter o parto em casa. Perguntou-me se eu poderia atender junto a ele. Apesar de nunca ter pensado sobre o tema do parto em domicílio, de imediato aceitei o convite.

Atendemos o primeiro, o segundo, e as mulheres da cidade ficaram sabendo da possibilidade. Gradativamente, a procura foi aumentando. Entretanto, nem todas as mulheres que buscavam o parto domiciliar se identificavam ou desejavam o atendimento feito por um médico. Algumas começaram, então, a buscar a assistência prestada somente por enfermeira obstetra.

Para atender a essa demanda e ao desejo dessas mulheres, no ano de 2010, eu, juntamente com as enfermeiras obstetras Aline Calça e Maria Rita B. Almeida formamos o Grupo Luar, primeiro grupo de Parto Domiciliar Planejado (PDP) da cidade de Curitiba, atendido exclusivamente por enfermeiras.

Entrar no domicílio das mulheres foi como atravessar um portal, o qual me levaria a entrar em contato com o que há de mais profundo no ser humano e mudaria

a minha forma de ver e entender o mundo e as relações. Mudaria minha vida pessoal e profissional.

Contatei com um lugar completamente novo, de subjetividades, profundamente íntimo, no qual fui (me) descobrindo, me individuando, compreendendo e vivendo a interrelação e a conexão, não somente entre nossas próprias dimensões (física, mental, emocional, espiritual etc.) mas entre essas e todos os seres.

Foi um verdadeiro despertar. Cada mulher, cada família, cada parto, me apresentavam novos saberes, novas perspectivas de compreensão de vida e do ser humano. Me reconheci uma buscadora... de mim mesma... na caminhada do autoconhecimento. Fiz formação complementar em psicologia transpessoal, em medicina *Ayurveda* na Índia, muitas leituras e psicoterapia.

Quanto mais eu me aprofundava em mim mesma, mais percebia conseguir auxiliar o aprofundamento das mulheres que acompanhava. O parto (físico) em si é uma oportunidade maravilhosa de se transformar, individuar, evoluir e ir ao encontro do seu *self*, da sua essência... um processo que ocorre de dentro para fora.

Em 2013, em meio a um desequilíbrio de saúde, entraram em crise também minha vida e planos pessoais e profissionais. Eu tomaria então um tempo para me reestabelecer, restaurar e me transformar.

A caminhada pelo mundo subjetivo, pelo mundo das sombras, foi tão intensa e sempre tão transformadora, que aquela assistência que eu prestava em domicílio, estando em grupo, já não me cabia mais. Meu olhar sobre o indivíduo e cada parto que atendia havia mudado. Eu queria ir mais fundo, eu queria atender mulheres que, ainda que de maneira inconsciente, se conectassem com este chamado, de mergulhar fundo em si mesmas.

Em 2014, passei então a atender os partos “sozinha”, apenas algumas mulheres, demanda limitada, para que eu pudesse, de maneira personalizada, me entregar inteiramente ao processo de gestar e parir com cada uma delas.

Todos os meus anos de assistência somam mais de 1000 partos acompanhados, entre atendimentos hospitalares e domiciliares. Aliado a este número, a maneira como eu fui construindo minhas crenças e valores e observando a subjetividade de cada ser, comecei a entender que o parto do corpo físico, aquele que efetivamente vemos com contrações, dores físicas e bebê saindo pela vagina, é o

último processo que ocorrerá (talvez a “cereja” do bolo). O processo de parto começa muito antes (meses, semanas) e em outras dimensões.

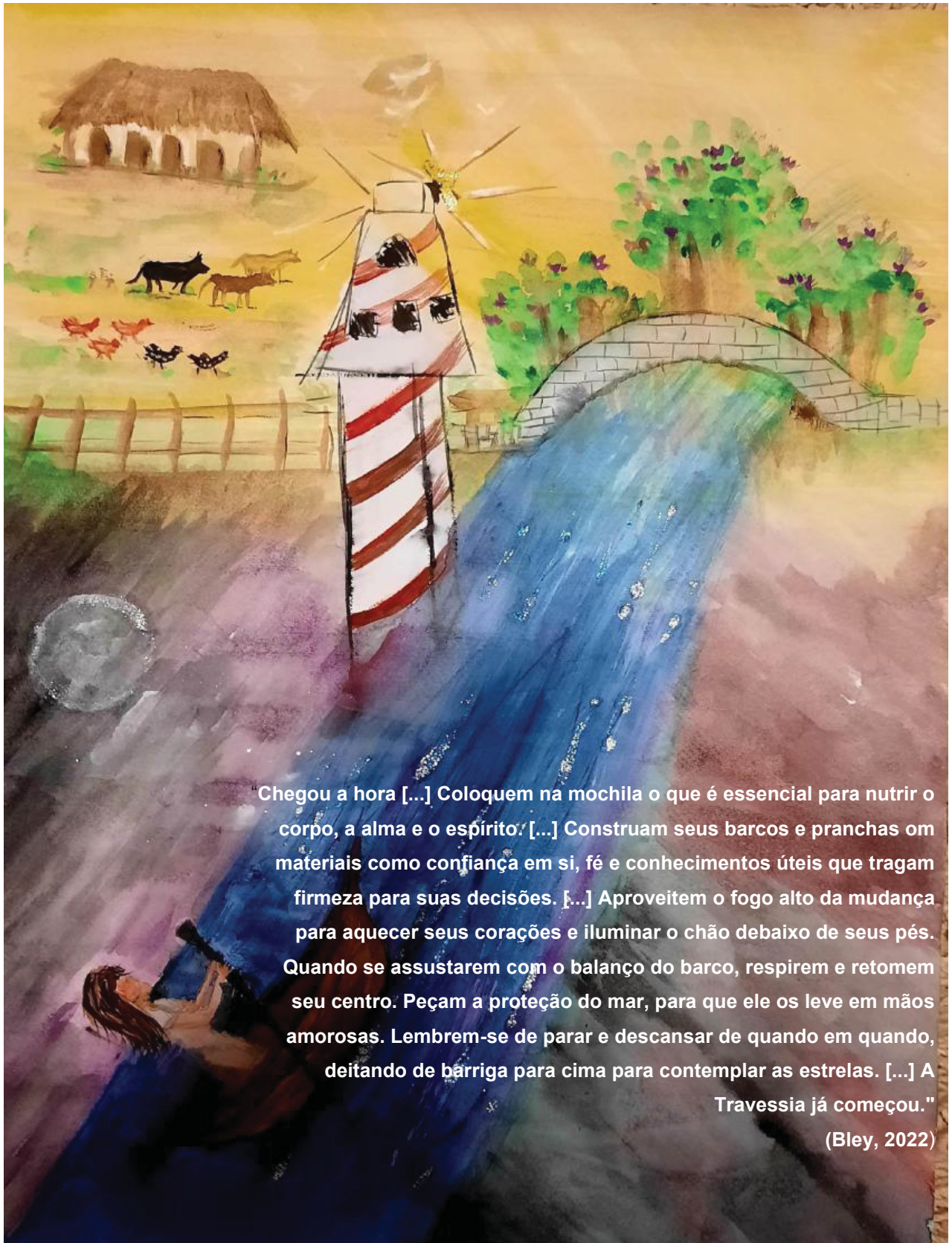
Trata-se das dimensões mentais, emocionais, energéticas e espirituais. Ou seja, para que a mulher que deseja passar por um parto natural, equilibrado, fluído, sem obstruções ou entraves durante o trabalho de parto e parto propriamente ditos, é necessário “parir” os outros corpos (dimensões).

A partir desta compreensão comecei a trabalhar com as mulheres sob essa perspectiva, conduzindo minha assistência e facilitando o processo de parto, das dimensões mais sutis para as físicas e concretas, o que parece tornar a vivência do parir um evento profundamente transformador, não somente para a mulher, mas também para os que estão profundamente envolvidos e conectados no processo.

Em 2015, já mais recuperada de saúde, voltei às minhas atividades como servidora da UFPR, não mais na assistência direta às mulheres, mas viveria uma nova experiência: trabalhar na área administrativa da PPGENF/UFPR. Foi ali que retomei o contato com o mundo da ciência. Havia concluído meu mestrado em 2009 e, apesar de ser professora da PUC-PR, tinha pouquíssimo contato com o universo da pesquisa.

Ali, no PPGENF, tomei conhecimento do trabalho desenvolvido pela Dra. Maria Ribeiro Lacerda, que pesquisava o cuidado domiciliar e transpessoal, temas do meu interesse. Em 2017, num encontro que tivemos, conversamos brevemente sobre o tema e ela me convidou a conhecer e participar das reuniões que coordenava dentro do NEPECHE. Em dezembro de 2018, iniciei meu doutorado sob sua orientação.

A presente tese trata-se de uma jornada particular de aprofundamento científico, da experiência prática e empírica à abstração teórica, relacionando o cuidado domiciliar, aqui representado pelo PDP, à Ciência do Cuidado Unitário de Jean Watson.



“Chegou a hora [...] Coloquem na mochila o que é essencial para nutrir o corpo, a alma e o espírito. [...] Construam seus barcos e pranchas com materiais como confiança em si, fé e conhecimentos úteis que tragam firmeza para suas decisões. [...] Aproveitem o fogo alto da mudança para aquecer seus corações e iluminar o chão debaixo de seus pés. Quando se assustarem com o balanço do barco, respirem e retomem seu centro. Peçam a proteção do mar, para que ele os leve em mãos amorosas. Lembrem-se de parar e descansar de quando em quando, deitando de barriga para cima para contemplar as estrelas. [...] A Travessia já começou.”

(Bley, 2022)

FONTE: A AUTORA (2021).

INICIANDO-ME NA JORNADA

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período da vida da mulher marcado por adaptações e modificações físicas, emocionais, fisiológicas e familiares. Durante o mesmo, seu corpo e o do bebê vão naturalmente se preparando para o nascimento pela via vaginal ou, como será nominado no presente estudo, pelo parto normal. Trata-se de um processo que, por meio de ação hormonal, contrações da musculatura uterina e movimentação materna e fetal, o bebê, a placenta e membranas nascem (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

No entanto, algumas condições de saúde materna ou fetal, durante a gestação ou até mesmo durante o trabalho de parto, podem indicar a necessidade do nascimento pela via cirúrgica, chamada de cirurgia cesariana (SILVA et al., 2020).

Importante destacar que a via cirúrgica é uma prática contemporânea, intensificada a partir do século XIX, principalmente pelo surgimento dos hospitais e pela presença de médicos neste ambiente (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Dos primórdios da humanidade até meados do século XX, os nascimentos ocorriam majoritariamente pela via vaginal, nas casas das mulheres e assistidos por parteiras, que embora não possuíssem estudos acadêmicos, eram dotadas de conhecimentos práticos do corpo feminino. A gestação e o parto eram considerados eventos naturais, fisiológicos e femininos (BARBOZA; MOTA, 2016; CAMPOS, 2017).

No Brasil, a migração dos nascimentos domiciliares para as instituições hospitalares assentou-se na ideia de que os hospitais eram lugares mais higiênicos, haveria a redução dos infanticídios e os médicos seriam os profissionais adequados para atender ao parto, considerado por eles, um evento potencialmente perigoso. Além disso, os iniciantes poderiam aprender e praticar a assistência obstétrica (CAMPOS, 2017; LESSA et al., 2018; SOUSA et al., 2018).

Assim, paulatinamente o parto foi sendo institucionalizado e ganhando a confiança da população. Normalizou-se a ideia de tratar-se de um evento de risco e, por essa razão, necessitaria ser atendido por um profissional médico, amparado por toda a tecnologia disponível e por meio de intervenções médicas rotineiras. Hoje, muitas delas, ainda praticadas de maneira abusiva e sem qualquer fundamentação científica, são consideradas práticas violentas, desnecessárias (não recomendadas

ou restritas a poucas situações) e prejudiciais à mulher e ao bebê (SOUSA et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Exemplo emblemático para o Brasil, por ocupar os primeiros lugares do mundo, é o número de cesarianas cujas taxas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), devem ficar entre 10% e 15% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no ano de 2018, 1.647.505 nascimentos foram pela via cirúrgica, o que representou 56% do total de nascidos vivos no país (BRASIL, 2020).

A proporção é maior na rede privada, representando cerca de 88% dos nascimentos, de acordo com o amplo inquérito nacional realizado pela Escola de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, entre os anos 2011 e 2012 (FIOCRUZ, 2012).

Apesar desses elevados índices, justificados muitas vezes pela segurança no parto e nascimento, o Brasil não tem demonstrado redução de morbimortalidade materna e perinatal, corroborando informações da OMS, as quais apontam que taxas maiores do que 10% não estão associadas à redução de mortalidade (AUGUSTO et al., 2014; BARBOZA; MOTA, 2016; LESSA et al., 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Este tema tem sido umas das preocupações das Nações Unidas, estando contemplado na agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável no mundo, com o intuito de reduzir os índices de mortalidade materna para menos de 70 para cada cem mil nascidos vivos, bem como reduzir acabar com as causas de morte preveníveis em recém-nascidos (UNITED NATIONS, 2015).

Também é importante destacar que em 2018, considerando o perfil epidemiológico do Brasil e suas demandas, e que a pesquisa científica é considerada indispensável para a promoção e recuperação da saúde da população, o Ministério da Saúde estabeleceu uma agenda de prioridades em investigação, incluindo um eixo específico para a saúde materno-infantil no qual prioriza-se aspectos relacionados a mortalidade materna, aprimoramento em enfermagem obstétrica e análise de indicadores de assistência em Centros de Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Além da cesariana, estão no rol de intervenções não recomendadas ou restritas a contextos específicos e utilizadas de maneira rotineira e abusiva, a posição de

litotomia para o parto normal, o uso da manobra de Kristeler, a episiotomia, o jejum durante o trabalho de parto, uso de oxitocina intravenosa e amniotomia (rompimento artificial das membranas amnióticas) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

Há décadas, essas e outras intervenções vêm sendo praticadas de maneira impositiva, sem o consentimento esclarecido e informado das mulheres, como uma maneira de acelerar e controlar o processo de parto e nascimento. Elas caracterizam, assim, uma assistência obstétrica tecnocrática, medicalizada e centrada em decisões médicas, em detrimento à fisiologia do corpo feminino e autonomia da mulher (DAVIS-FLOYD, 2018; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Somam-se a essas práticas, agressões e danos de ordem física, moral e emocional, por vezes subestimados, naturalizados e geradores de sofrimento e fragilidades. Dessa forma, o corpo feminino está sob o domínio e controle do profissional, a autonomia do sujeito (mulher) é alienada e o parto torna-se um evento despersonalizado, permeado pela violência de gênero/obstétrica (BARBOZA; MOTA, 2016; LANSKY et al., 2019; REIS et al., 2017).

Diante desse cenário, da insatisfação com a assistência ao parto e nascimento oferecida nos hospitais, do medo da violência praticada, do desejo pela autonomia sobre suas decisões e corpos e da popularização do acesso às informações em saúde, é que, nos últimos 20 anos, mulheres brasileiras intensificaram suas buscas por formas mais humanizadas de atendimento. Assim, aliadas a alguns profissionais da saúde, também descontentes com o modelo de assistência obstétrica hegemônico, têm buscado, discutido e refletido formas seguras e alternativas de parto e nascimento (DAVIS-FLOYD, 2018; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; LESSA et al., 2014, 2018).

A assistência humanizada ao parto e nascimento é aquela na qual gestação e parto são compreendidos como eventos naturais e fisiológicos, as práticas em saúde são centradas na mulher e sua família e fundamentadas em evidências científicas com os melhores resultados maternos e neonatais. Além disso, envolve a atenção multiprofissional que deve fortalecer a autonomia por meio da participação das mulheres nas decisões no planejamento do seu cuidado, informando sobre riscos e benefícios das opções disponíveis, inclusive sobre os locais de parto (BRASIL, 2014).

São considerados locais para a realização do parto: a maternidade (instituição hospitalar); os Centros de Parto Normal (CPN) – extra, peri ou intra hospitalar e; o domicílio. Embora nem todas essas modalidades estejam amplamente disponíveis

como opções no Brasil ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) em 2017, nas “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, destaca a necessidade de informá-las às mulheres (BRASIL, 2017).

Nesse movimento de busca, informação e exercício de autonomia é que algumas mulheres têm optado por terem seus partos em domicílio. Assim, por ter como objeto deste estudo o domicílio como local de parto e as mulheres que optam por ele, a partir deste ponto e deste cenário de nascimento será tratado o parto domiciliar, mais especificamente o Parto Domiciliar Planejado (PDP).

Para fins conceituais, diferencia-se aqui o parto domiciliar (acidental ou eventual) do PDP. O primeiro refere-se ao parto que ocorreu sem assistência profissional (qualificada) e normalmente relacionado à velocidade do trabalho de parto e falta de tempo hábil entre saída da casa e chegada ao serviço de saúde.

O segundo, trata-se de uma opção feita pela mulher e construída de maneira consciente, a partir de informações, saberes empíricos e científicos, desejo e empoderamento. É assistido por profissionais qualificados: médico, enfermeira obstetra (EO) ou obstetrix, que prestam a assistência completa ao parto e nascimento, dispõem de recursos materiais, documentação e planejamento de logística em caso de transferência para unidade hospitalar (KOETTKER et al., 2018; LESSA et al., 2014; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

Aqui, para fins do presente estudo, o termo PDP refere-se a um conceito amplo, que envolve desde o preparo pré-natal, passando pelo dia do parto (propriamente dito) ao puerpério, permeado pelos aspectos físicos, emocionais, psicológicos e espirituais da mulher, além do seu contexto domiciliar.

O PDP vem ocorrendo como um resgate de uma prática ancestral, porém, unindo tradição e ciência, retomando práticas, valores e crenças e a visão do parto como um evento natural, essencialmente feminino e familiar (COLLAÇO et al., 2017, 2016; DENIPOTE, 2018).

No Brasil, no entanto, essa é uma prática ainda pouco conhecida e envolta por mitos, controvérsias e questionamentos, mulheres e profissionais envolvidos nessa escolha são frequentemente contestados (BRASIL, 2014; DAHLEN, 2019; KOETTKER, 2016; KOETTKER et al., 2018; MCLAUGHLIN; CASTRODALE, 2020; SANFELICE, 2016).

Os nascimentos em domicílio no Brasil representam menos de 1 (um)% do total de nascidos vivos e os dados fornecidos pelo SINASC não diferenciam os acidentais dos planejados (BRASIL, 2022).

Além disso, por não estar disponível no SUS - a exceção da cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais) no Hospital Sofia Feldman, que desde o final do ano 2013 oferta o PDP 100% pelo SUS (SANFELICE; SHIMO, 2015b) - esta é uma modalidade que deve ser custeada pelas próprias mulheres. E, embora algumas possuam plano de saúde privado, as operadoras não realizam este tipo de cobertura, salvo em situações nas quais o contrato prevê reembolso (BRASIL, 1998, 2016a).

Provavelmente por esta razão, a maior concentração de PDP esteja nas regiões economicamente mais ricas, segundo dados de um estudo brasileiro (KOETTKER et al., 2018) que investigou prospectivamente 667 mulheres que optaram pelo PDP. Este estudo evidenciou que 83,2% possuíam ensino superior completo (com ou sem pós-graduação) e a maior parte delas (66%) eram residentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Ou seja, um perfil altamente escolarizado das regiões consideradas as mais ricas do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE), 2020).

Isso nos leva a deduzir que mulheres com melhor acesso à informação e melhores condições financeiras seriam as beneficiárias dessa incipiente modalidade em nosso país.

Embora aqui o acesso seja relativamente limitado, em países desenvolvidos como Canadá e Holanda, que possuem os serviços de saúde melhores integrados e tradição nessa modalidade de local de nascimento, os custos com PDP são financiados pelo sistema público (COMEAU et al., 2018).

O incentivo a essa modalidade nesses países justifica-se, dentre outras razões, pelos resultados da qualidade da assistência prestada, com despendimento de menores gastos, resultado do cuidado continuado liderado por enfermeiras obstetras/obstetizas, que reduz a incidência de nascimentos prematuros, cesarianas, episiotomias e outras intervenções (ATTANASIO; ALARID-ESCUADERO; KOZHIMANNIL, 2019; COMEAU et al., 2018; SANDALL et al., 2016).

O cuidado prestado por enfermeiras obstetras de forma continuada durante a gestação, parto e pós-parto é, também, demonstradamente mais benéfico, por

evidenciar maior satisfação das mulheres na vivência do parto (SANDALL et al., 2016; SOUZA et al., 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

De fato, mulheres que tiveram PDP assistido por EO, relatam uma assistência baseada nas boas práticas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a), por terem tido liberdade de movimento, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença de acompanhantes, corte tardio do cordão, contato pele-a-pele com o bebê, dentre outras (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

No entanto, é possível perceber nos discursos de diversas mulheres, que o desejo por um PDP ultrapassa os aspectos técnicos, práticos e objetivos, mas envolve a busca por profissionais que além de respeitarem seu estilo de vida, crenças e valores, ofereçam medidas de apoio psicoemocional e que valorizem e deem maior significado à experiência subjetiva e singular de parto e nascimento (COLLAÇO et al., 2017; DIB et al., 2019; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; SILVA et al., 2018).

Salviano et al. (2016), refletindo sobre a epistemologia do cuidado de enfermagem, destacam exatamente a importância e a necessidade de o profissional pensar no cuidado ao ser humano, com suas dimensões e singularidades, considerando além do contexto socioeconômico e cultural, sua história de vida e espiritualidade. Declaram ainda que o cuidado prestado pelo enfermeiro deve ultrapassar a compreensão do que é explícito, alterações físicas por exemplo, deve ser decodificado, com amor e atenção, enaltecendo potencialidades e atendendo aos desejos, demandas e necessidades de cada ser.

Sob a perspectiva do cuidado de enfermagem em domicílio, especificamente da assistência da EO ao PDP, desenvolvido de maneira organizada e sistematizada, unindo conhecimentos técnico-científicos e saberes que contemplam as diversas dimensões da existência humana, pode-se inferir que assistir a uma mulher em seu processo de gestar e parir, transcende a finalidade de atender a um nascimento, mas revela-se um momento no qual almas se encontram e surge a oportunidade de vivenciar uma jornada transformadora (COLLAÇO et al., 2017; DENIPOTE, 2018; RODRIGUES et al., 2016; WATSON, 2007).

Assim, para compreender a profundidade, a subjetividade e a singularidade que envolve a vivência de uma mulher num PDP em as suas dimensões existenciais, deve-se estar alicerçado em bases teóricas que as contemplem e validem. Traz-se na presente tese perspectivas de diversos autores sobre as diferentes dimensões

existenciais humanas. Ainda que de certa forma indissociáveis e interdependentes, especialmente para o gestar e parir, aqui foi notória a relevância das dimensões intelectual, social, emocional, psíquica e espiritual.

Por este motivo, aliado à experiência prática da autora, é que utilizou como referencial teórico, na fundamentação da presente tese, o Cuidado Transpessoal (CT), proposto na Teoria do Cuidado Humano (TCH), hoje Ciência do Cuidado Unitário (CCU), de Jean Watson (TONIN et al., 2020).

Em 1979, a enfermeira Jean Watson publicou seu livro intitulado “Enfermagem: a filosofia e a ciência do cuidado”, no qual descreveu a TCH em enfermagem, reformulada em 1985 sob a abordagem transpessoal (TONIN et al., 2020).

É sob esta perspectiva que Jean Watson vem ao longo das três últimas décadas aprimorando sua teoria e propondo elementos que considera essenciais para a prática do cuidado humano em enfermagem e que, segundo a teórica, sem os quais, o cuidado torna-se predominantemente técnico e curativo (WATSON, 2007).

Esses elementos, atualmente chamados *Caritas-Veritas*, envolvem aspectos fenomenológicos mais profundos, espirituais e metafísicos, bem como arte e ética. Adicionalmente, denotam a intencionalidade na busca de um modelo de enfermagem baseado na subjetividade dos indivíduos, no amor e cuidado verdadeiros (TONIN et al., 2020; WATSON, 2018a).

O cuidado transpessoal exige do enfermeiro compromisso, entrega e confiança, em si próprio e no outro, no sentido de ter ou buscar ter a consciência da complexidade do ser humano, abrindo-se as profundas e transformadoras experiências espirituais e existenciais (MENDONÇA et al., 2018; TONIN et al., 2017).

A partir desta visão, considerando o PDP uma oportunidade de experiência transcendental, única e transformadora, a necessidade e a importância de conferir credibilidade e solidez científica ao tema é que surge a intenção de investigar e aprofundar a temática. Assim, com o intuito de confirmar a lacuna científica referente a este conhecimento, realizou-se uma busca sistemática por teses e dissertações no Brasil entre os anos 2014 e 2019.

A busca foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2019 nas bases de dados do catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Foram utilizados os

descritores combinados “parto domiciliar” e “enfermagem obstétrica”. Foram encontradas 6.498 publicações, que após aplicados critérios de inclusão (publicações na área de enfermagem) e exclusão (trabalhos que não tivessem relação com o PDP e a assistência de enfermagem) resultaram em 07 dissertações e 02 teses.

Seis trabalhos utilizaram a abordagem qualitativa, um a quantitativa, um o método misto e outro foi do tipo metodológico. Como referencial teórico metodológico, encontrou-se estudo de casos múltiplos, *Grounded Theory* e, fenomenologia de Heidegger. Apenas 04 estudos referiram ter utilizado algum referencial teórico, destes, somente 01 estudo era uma tese. Os referenciais teóricos utilizados foram Humanização e direitos reprodutivos, Interacionismo simbólico, Fenomenologia segundo Heidegger e a Teoria das representações sociais.

Em relação aos principais resultados encontrados, foi possível identificar as motivações e a caracterização de mulheres e profissionais que buscam/atendem o PDP, as práticas obstétricas utilizadas no PDP e que, apesar de as enfermeiras atenderem as mulheres de maneira individualizada, a assistência ainda é focada nos aspectos biológicos, demonstrando uma carência de atenção às dimensões emocionais e humanística (COLOSSI, 2017; KOETTKER, 2016; PEPPE, 2017).

Evidenciou-se, então, a lacuna referente ao conhecimento da vivência das mulheres no PDP com a utilização do referencial teórico da CCU. Assim, para conferir cientificidade e aprofundamento ao tema e, acreditando que dar voz às mulheres que optam por esta vivência é fomentar a reflexão sob seus impactos na individualidade e na sociedade, o presente estudo buscou compreender “como as mulheres vivenciam seus partos domiciliares planejados?”.

A tese defendida e confirmada foi de que “O Parto Domiciliar Planejado ocorre num contexto de vivências que envolvem os campos energéticos, fenomenológicos e subjetivos entre mulher, acompanhante (s) e profissional (s) envolvido (s), abrangendo suas dimensões físicas, psicológicas, emocionais e espirituais. Ainda, quando essas vivências ocorrem de forma consciente, com intencionalidade, verdade genuína e inteireza de cada ser, profundas transformações acontecem”.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar uma teoria substantiva que explicita a vivência de mulheres que tiveram o PDP.

1.1.2 Objetivo Específico

Interpretar a vivência de mulheres que tiveram o PDP;

Propor contribuições para a prática de enfermagem obstétrica no PDP que fomentem vivências, as quais contemplem as dimensões existenciais do ser humano.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para compreensão da temática investigada e por entender que, pelo PDP estar disponível em diversas regiões do mundo, conhecer outras experiências é relevante e fundamental para melhor compreensão e norteamento da nossa própria realidade (e prática profissional). Portanto, buscou-se na literatura informações sobre o PDP, suas particularidades (das estatísticas, políticas públicas à assistência de enfermagem) bem como o que já se tem evidenciado sobre a vivência das mulheres neste ambiente de parto e o contexto domiciliar. Os achados foram divididos em três subcapítulos: o PDP no mundo, o PDP no Brasil e Mulher, Família, Enfermeira e Contexto Domiciliar.

2.1 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO MUNDO

Considerado uma forma alternativa de cuidado, o PDP assistido por enfermeiras obstetras têm sido praticado em diversas regiões do mundo como uma das maneiras de se evitar, principalmente, as consequências negativas advindas das intervenções obstétricas rotineiramente praticadas nos hospitais. Ainda assim, possui desafios que vão desde sua pouca compreensão por parte da comunidade médica à falta de um sistema de saúde bem integrado e que o inclua, proporcionando uma continuidade do cuidado que seja confiável, para casos de transferência materna ou neonatal do domicílio ao hospital, quando necessário (DE JONGE et al., 2015; DUNHAM, 2016).

Nos Estados Unidos da América (EUA) os números de nascimentos planejados em domicílio vêm crescendo nas últimas décadas. Entre os anos 2004 e 2008, o crescimento foi de 20%, comparado aos nascimentos hospitalares, e entre os anos 2008 e 2012 o aumento foi de 60% (SNOWDEN et al., 2015).

No Alaska, maior e menos povoado estado dos EUA, embora a grande parcela dos partos ainda ocorra nos hospitais, os registros de nascimentos não institucionais (em casa ou casas de parto) também têm aumentado, passaram de 0,4% no ano de 2004 para 1,6% em 2017. Entre os anos 2013 e 2018, 1,4% dos nascimentos ocorreram de maneira planejada em domicílio (MCLAUGHLIN; CASTRODALE, 2020).

Na Espanha, as mulheres não possuem opções, oferecidas pelo sistema nacional de saúde, em relação ao local de parto e, uma vez que dispõem somente de unidades obstétricas hospitalares, não há registros oficiais de partos domiciliares. Contudo, por meio da *Asociación Española de Matronas*, estima-se que sejam em média 800 PDP/ano (LEON-LARIOS et al., 2019).

Um estudo realizado no estado de New South Wales, na Austrália, demonstrou que apenas 0,2 % dos nascimentos ocorrem de maneira planejada em domicílio, 2,2% ocorrem em centros de parto e 96,6% em hospitais (SCARF et al., 2020).

Já em países onde o sistema de saúde materna está bem integrado e contempla o PDP em sua assistência, como a Holanda, os partos domiciliares planejados representam 20% dos nascimentos. (DE JONGE et al., 2015; ZIELINSKI; ACKERSON; LOW, 2015).

Em 2018, um estudo realizado por pesquisadores do Canadá identificou países com prática de PDP com melhor integração com o sistema público de saúde (COMEAU et al., 2018).

Nesse estudo, um grupo de *experts* elaboraram um quadro com 12 questões que serviriam de critérios para determinar a melhor ou pior integração. Dentre as questões, estavam se os profissionais eram reconhecidos por meio de legislação e regulamentações, se recebiam treinamento formal, se tinha facilidade de transporte em caso de transferência hospitalar e poderiam continuar oferecendo os cuidados à mulher, se portavam equipamentos e medicações de emergência, e ainda se possuíam políticas, regulamentações para critérios de elegibilidade, guias e/ou protocolos de assistência (COMEAU et al., 2018).

Os locais com serviços de saúde melhor integrados ao parto domiciliar, com base nesses critérios, estão na Columbia Britânica (Canadá), Inglaterra, Islândia, Países Baixos (Holanda), Nova Zelândia, Ontário (Canadá) e Washington (Estados Unidos da América) (COMEAU et al., 2018).

Na Islândia, de acordo com as diretrizes nacionais, as mulheres têm o direito de optar pelo PDP. Em 2014, havia no país 20 enfermeiras obstetras independentes oferecendo assistência ao parto domiciliar. Para os cidadãos que possuem o seguro saúde pago, tanto o PDP assistido por EO como a assistência ao pós-parto para as mulheres que tiveram o parto hospitalar estão contemplados (LINDGREN et al., 2014).

Embora na Dinamarca, Noruega e Islândia o PDP seja pago pelo sistema nacional de saúde, somente na Dinamarca o acesso à assistência da EO está disponível em todas as regiões. Para a cobertura dos custos na Dinamarca, por exemplo, é necessário que cada uma das cinco regionais de saúde apresentem um plano de assistência e cuidado durante a gestação, parto e pós-parto, inclusive demonstrando como o atendimento obstétrico ao PDP está organizado e como as mulheres podem acessá-lo (LINDGREN et al., 2014).

O sistema nacional de saúde dinamarquês recomenda que seja realizada uma visita domiciliar antes do parto para averiguar se o ambiente está apropriado ao parto, bem como para orientar a mulher sobre como contatar a EO ao iniciar o trabalho de parto. Neste caso, a mesma deve estar disponível para o atendimento e permanecer no local do parto de 2 a 3 horas após o nascimento (LINDGREN et al., 2014).

Na Suécia, a exceção de Estocolmo, não há diretrizes que refiram o PDP como uma possibilidade disponível e, além de as mulheres terem que buscar a EO para o atendimento, o financiamento é privado (LINDGREN et al., 2014).

Em New South Wales, Austrália, as mulheres têm três opções de local de nascimento, embora não disponíveis em todas as localidades do estado: domicílio, centro de parto e hospital. É possível ter um PDP financiado pelo sistema público de saúde quando este está vinculado a um hospital público ou por financiamento próprio, contratando a assistência de uma EO privativamente (SCARF et al., 2020).

Um estudo australiano que avaliou e comparou os custos referentes ao parto domiciliar, centro de parto e hospital demonstrou que há pouca diferença entre eles, apresentando o PDP os maiores custos, principalmente relacionados ao tempo dedicado à assistência obstétrica pela EO. No entanto, os custos relacionados às intervenções e despesas gerais são maiores nos centros de parto e hospitais (SCARF et al., 2020).

O Japão possui um sistema de seguro de saúde universal, que além de permitir que as mulheres optem pelo PDP, também cobre totalmente as despesas do parto (KATAOKA; ETO; IIDA, 2013).

Nos EUA, em 2017, apenas 8,6% dos PDP foram pagos pelo *Medicaid* (programa de saúde social do governo para famílias de baixa renda) (MACDORMAN; DECLERCQ, 2019).

Na Dinamarca, por exemplo, toda mulher tem o direito de ser atendida por uma EO em seu PDP e, em países como Austrália, Canadá, Holanda, Nova Zelândia e Reino Unido há também diretrizes, regionais ou nacionais, que norteiam a assistência dessas profissionais nessa modalidade de atendimento (COOK; AVERY; FRISVOLD, 2014; LINDGREN et al., 2014).

Os partos em domicílio são geralmente atendidos por profissionais qualificadas, enfermeiras obstetras ou obstetrizes. Em Ontário, no Canadá, cerca de 10% dos nascimentos são atendidos por enfermeiras obstetras/obstetrizes e destes, 20% são partos domiciliares planejados. Para se ter melhor ideia de números, uma pesquisa de coorte, publicada em 2016, analisou 11.493 atendimentos a PDP entre os anos 2006-2009, o que denota a expressiva demanda de atendimento realizada por essas profissionais (HUTTON et al., 2016).

Em relação às práticas mais invasivas de assistência obstétrica, é possível perceber peculiaridades distintas de acordo com cada país e suas diretrizes locais. Na Dinamarca, é permitido que as EOs prescrevam algumas medicações para uso em PDP, como as uterotônicas, de analgesia local e vitamina K. Já na Noruega e Suécia, as EOs não possuem acesso a determinados equipamentos, como instrumentais de sutura e medicações (LINDGREN et al., 2014).

No Japão, as EOs independentes estabelecem seus próprios centros de partos ou atendem ao PDP e, a elas é permitido, estando em situação de emergência, a realização de episiotomia, sutura e uso de medicação uterotônica (KATAOKA; ETO; IIDA, 2013).

Assim como a possibilidade de acesso e uso de determinados materiais, medicações e equipamentos, conferem ao profissional autonomia e mais segurança ao PDP, outros tipos de condutas também reforçam a legitimidade da assistência profissional de uma EO.

No pré-natal e na avaliação de elegibilidade das mulheres para o PDP, em Ontário (Canadá), as EOs conduzem a triagem, recomendando, quando necessário ou na presença de complicações, que o parto se realize no hospital (DARLING et al., 2019).

O aumento dos casos de PDP parece ter razões muito semelhantes em todo mundo. Em países mais desenvolvidos economicamente, entre os motivos para as mulheres optarem pelo parto domiciliar estão, além de preferências individuais e pelo

próprio ambiente visto como mais confortável, o fato de que elas desejam evitar a medicina convencional e as intervenções médicas e desejam estar no controle desse ambiente e das decisões relativas ao parto (DESCIEUX et al., 2017).

No Canadá, um estudo demonstrou que as mulheres que optam pelo PDP desejam ter mais controle sobre sua experiência de parto. No domicílio, sentem-se mais à vontade e podem contar com a presença, sem restrições, de familiares e amigos (MURRAY-DAVIS et al., 2012).

Embora haja forte ideologia cultural e profissional ligada ao PDP, no Reino Unido, poucas mulheres optam por esta modalidade que, normalmente está relacionada a valores individuais, à busca por um ambiente familiar, à certeza de assistência por um profissional de sua confiança e que irá garantir uma vivência tal qual a desejada. Além disso, elas considerarem o domicílio como um local que remete à segurança emocional, psicológica e física, ou a um santuário, sendo capaz de propiciar uma experiência única (MEREDITH; HUGILL, 2017).

Meredith; Hugill (2017) identificaram, no Reino Unido, três categorias de fatores relacionadas à escolha da mulher por determinado local de parto: a Pessoal, relacionada a crenças, expectativas sobre maternidade e nascimento, experiências prévias, desejo de segurança emocional e à questão de como o risco e segurança são encarados; a Interpessoal, que envolve opiniões de outras pessoas, desejo de um cuidado continuado em todas as etapas, controle sobre suas decisões e fuga de intervenções obstétricas; e a Externa, relacionada ao contexto político, às opções de local de parto disponíveis e à organização dos serviços.

Em uma *peer-review*, que envolveu 18 estudos originados de países economicamente desenvolvidos (EUA, Suécia, Holanda, Finlândia, Canadá e Bélgica), os autores também identificaram três principais razões que levavam as mulheres a optarem pelo PDP: as intrínsecas (desejo por autonomia, empoderamento e confiança no processo); as que evitavam a medicina convencional (intervenções médicas, experiências prévias negativas); as relacionadas ao ambiente de parto (conforto, segurança) (DESCIEUX et al., 2017).

Na Espanha, os motivos que levam as mulheres a optarem pelo PDP parecem similares: medo de intervenções médicas de rotina, experiências prévias negativas e a busca por resignificá-las, não respeito à sua autonomia no ambiente hospitalar, o

desejo de uma vivência empoderadora e uma assistência personalizada (LEON-LARIOS et al., 2019).

Em relação ao perfil das mulheres que planejam um parto domiciliar, um estudo realizado no Canadá demonstrou que as participantes da pesquisa viviam predominantemente em áreas urbanas, eram caucasianas, tinham entre 25 e 40 anos e a maioria possuía nível superior de educação, várias com mestrado e doutorado (MURRAY-DAVIS et al., 2012).

MACDORMAN; DECLERCQ (2019) realizaram um estudo documental em 2017 para, dentre outros objetivos, caracterizarem as ocorrências de partos fora do ambiente hospitalar nos diferentes estados dos EUA. Dos 38.343 nascimentos domiciliares, 85% foram planejados, 23,5% foram de mulheres acima de 35 anos, 36,3% possuíam nível educacional de bacharel ou mais e 17,7% eram primíparas.

Outro estudo que revisou publicações sobre o PDP em países desenvolvidos (EUA, Suécia, Holanda, Finlândia, Canadá e Bélgica) identificou similaridades na caracterização das mulheres que optavam por essa modalidade, evidenciando que 85% a 100% delas eram brancas e casadas, 59% a 65% possuíam nível superior completo ou mais e 50% a 54% possuíam mais de 30 anos de idade (DESCIEUX et al., 2017).

Num estudo de coorte, realizado nos Países Baixos com 466.112 mulheres que tiveram seus partos em casa de maneira planejada, evidenciou-se que estas possuíam maior nível socioeconômico em comparação às que planejaram terem seus partos em hospitais (DE JONGE et al., 2015).

Em relação aos resultados da vivência do PDP, um estudo realizado com 28.125 mulheres, da Irlanda e Reino Unido, que tiveram parto domiciliar e hospitalar, comparando a amamentação em ambos os casos, demonstrou que o sucesso na amamentação é duas vezes mais prováveis para aquelas mulheres que tiveram PDP (QUIGLEY et al., 2016).

Na Austrália, foram avaliados dados de 1521 mulheres que tiveram o parto em domicílio, provenientes dos 12 programas de PDP com financiamento público existentes no país. Os resultados evidenciaram baixos índices de hemorragia pós-parto, de lacerações perineais de terceiro grau e de morte neonatal precoce (CATLING-PAULL et al., 2013).

Na Noruega, as mulheres que optam pelo PDP, possuem fé interna e profunda confiança no parto como um processo fisiológico e, por esta razão, serão melhor cuidadas em casa. Embora recebam reações contrárias por parte de amigos e familiares, sentem-se impulsionadas a prepararem-se melhor mental e psicologicamente, fortalecendo a confiança em relação a suas escolhas (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

Um estudo fenomenológico, conduzido no sul da Espanha, mostrou que as mulheres que optavam pelo PDP não eram informadas sobre possibilidades de local de parto pelos profissionais do pré-natal, assim, acabavam se informando por meio de outras mulheres, pela internet ou organizações. Essas mesmas mulheres também não recebiam apoio de familiares ou amigos. Entretanto, ter o apoio do companheiro é fundamental na decisão pelo PDP, cuja vivência foi relatada como algo positivo em suas memórias, repetindo a opção nas gestações subsequentes (LEON-LARIOS et al., 2019).

FALCH; BACHE-GABRIELSEN; AUNE (2020) conduziram um estudo qualitativo na Noruega com nulíparas acerca de suas experiências com o PDP. As mulheres relataram que por terem tido uma experiência positiva de parto, sentiram-se mais seguras em relação à maternidade e em outros aspectos de suas vidas. Além disso, deram importante destaque à relação estabelecida com a enfermeira obstetra que acompanhou a gestação e o parto, uma vez que esta conhecia suas necessidades e desejos durante o processo e foi uma fonte de segurança e confiança.

Na pesquisa conduzida por LEON-LARIOS et al. (2019) no sul da Espanha, mulheres que tiveram PDP consideraram as enfermeiras obstetras como as profissionais mais adequadas para a assistência ao parto e declararam que buscavam nelas características como empatia, compaixão, dignidade e amigabilidade.

2.2 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL

No Brasil, a prática do PDP vem paulatinamente crescendo nos centros urbanos, mas ainda representando menos de 1% dos nascimentos brasileiros. Em 2018, os registros de nascimentos domiciliares ficaram na casa dos 0,6% do total de nascidos vivos no país. No entanto, como não é possível diferenciar os partos

domiciliares planejados dos acidentais, acredita-se que os números referentes ao PDP seriam ainda menores (BRASIL, 2020).

Falta de intimidade e acolhimento, impessoalidade, interferências externas no processo de parto, separação dos familiares, separação do bebê ao nascer e falta de autonomia são algumas das características da assistência obstétrica prestada no hospital citadas por mulheres que, desejando evitá-las, optam pelo PDP. Outras mulheres, no entanto, optam pelo PDP após terem vivenciado experiências hospitalares negativas em seus partos anteriores (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013; SANFELICE; SHIMO, 2015a).

Assim, insatisfeitas com o modo de atenção obstétrica predominante nos hospitais, por medo de intervenções desnecessárias e suas consequências, pelo desejo de vivenciarem de maneira familiar, satisfatória, plena e autônoma a experiência de um parto é que, nas últimas duas décadas, algumas mulheres têm buscado outros cenários e formas de atendimento ao parto, da assistência humanizada, local de nascimento (casas de parto e seus próprios domicílios) à assistência de enfermeiras obstetras (COLLAÇO et al., 2017, 2016; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; LESSA et al., 2018; MEREDITH; HUGILL, 2017).

Lessa et al. (2018) em pesquisa qualitativa, realizada no Rio de Janeiro, sobre a opção pelo PDP, puderam traçar a trajetória das mulheres participantes até a decisão por esta modalidade. Nesse estudo, as mulheres, por reconhecerem os malefícios da cesariana, objetivavam num primeiro momento o parto natural. Porém, ao buscarem informações, reconheceram e rejeitaram a cascata de intervenções obstétricas praticadas nos hospitais e decidiram, então, pelo PDP.

A opção pelo PDP, além de não configurar uma escolha baseada em moda, desinformação ou rebeldia, demonstra elevado nível de conhecimento, postura crítica e reflexiva por parte das mulheres, que buscam informações baseadas em evidências científicas e se apropriam destes saberes, conferindo a elas uma posição não mais passiva, mas ativa na sua assistência (LESSA et al., 2018; SANFELICE; SHIMO, 2015a).

A modalidade é circundada de mitos, controversas e questionamentos em relação à sua segurança e, tanto mulheres como profissionais envolvidos nesta escolha, são criticados (BRASIL, 2014; DAHLEN, 2019; KOETTKER, 2016; KOETTKER et al., 2018; MCLAUGHLIN; CASTRODALE, 2020; SANFELICE, 2016)

As mulheres buscam ser acompanhadas por profissionais que de fato acreditem na sua capacidade de parir e são favoráveis à vivência do parto fisiológico, além de respeitarem sua autonomia e a tomada de decisão compartilhada (SANFELICE; SHIMO, 2015a).

No ambiente domiciliar, a mulher pode sentir-se empoderada e exercer com autonomia os cuidados e processos com seu corpo, pode escolher os profissionais e familiares que estarão com ela, vivenciando seu parto de maneira íntima, acolhedora e segura (COLLAÇO et al., 2017).

Em relação ao perfil de mulheres que optam pelo PDP, um estudo realizado em Florianópolis/Santa Catarina em 2013 identificou mulheres na faixa etária entre 19 e 38 anos, a maioria com nível de instrução superior, exercendo profissões que incluíam advocacia, odontologia, medicina, psicologia, artes e administração (FEYER; MONTICELLI; KNOBEL, 2013).

Um estudo mais recente, que envolveu 667 mulheres residentes nas regiões Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste do Brasil, mostrou que a maioria possuía em média 30 anos de idade, ensino superior completo ou mais e eram residentes das regiões Sul e Sudeste (KOETTKER et al., 2018).

De acordo com os relatos de mulheres que vivenciaram o PDP, é possível compreender que se trata de uma modalidade que além de atender às suas necessidades psicológicas, emocionais e sociais, envolve o processo de tomada de decisão por esse local que desenvolve o protagonismo e a autonomia. É considerada, ainda, uma experiência pessoal intensa e transformadora, conferindo a sensação de empoderamento frente à vida (KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; ROCHA; LIMA; SILVA, 2018).

O domicílio é também compreendido pelas mulheres que fazem esta opção para o parto como um ambiente familiar, no qual a fisiologia do processo, seus conhecimentos e seu corpo são valorizados e respeitados, resultando em motivação e fortalecimento de sua autoestima (ÁVILA et al., 2017).

O PDP permitiu às mulheres que o vivenciaram receber e acolher seu bebê de uma maneira tranquila e harmoniosa, concretizando positivamente a experiência como um ideal, coerente com seus estilos de vida (COLLAÇO et al., 2017).

É uma modalidade que possibilita à mulher e sua família vivenciarem suas crenças e valores em relação à sua saúde ou sua espiritualidade. Um exemplo seria

os cuidados e rituais próprios utilizando a placenta, na crença de suas propriedades terapêuticas, utilizando-a para conservação ou ingestão (FEYER et al., 2013; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017).

No entanto, essa modalidade, essa vivência respeitosa, humanizada e tão positiva não é uma realidade para todas as mulheres e famílias no Brasil, uma vez que o PDP não é ofertado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (COLLAÇO et al., 2017).

Embora o SUS não contemple o PDP em suas estratégias, é possível observar a crescente visibilidade e ações políticas no que tange ao tema da assistência obstétrica. Com o intuito de promover um parto seguro, reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, melhorar a qualidade da assistência prestada, garantir direitos sexuais e reprodutivos, melhorar a satisfação das mulheres durante o período gravídico-puerperal, bem como garantir o direito de autonomia sobre suas decisões, o Ministério da Saúde (MS) tem criado programas e políticas públicas baseadas em recomendações de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2011, 2017; LEAL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a).

Em 2003, com o objetivo de qualificar o cuidado, a forma de gerir o SUS e gerar mudanças nas práticas em saúde, o MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH), a partir da qual foram sendo criadas estratégias para a humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2014).

Assim, com o propósito de implementar um novo modelo de atenção à mulher, do parto ao nascimento e da criança até os 24 meses de vida, reduzir as mortes maternas e infantil, além de garantir acesso, acolhimento e resolutividade o MS, em 2011, lançou a portaria nº1.459 e instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

No ano de 2017, o MS publicou a Portaria nº 353 que aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. As diretrizes nasceram com o intuito primordial de qualificar o modo de nascer no Brasil, a partir da união de esforços entre MS, sociedades e associações profissionais (médicas e de enfermagem) e mulheres. Essas foram elaboradas pelo Grupo Elaborador das Diretrizes, formado por médicos (obstetras, de família, neonatologistas, anesthesiologistas) e enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2017).

Dentre os objetivos das diretrizes estão promover, proteger e incentivar o parto normal, difundir práticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas e reduzir as intervenções desnecessárias no parto e seus agravos (BRASIL, 2017).

Assim, pela primeira vez, o parto domiciliar é mencionado como uma possibilidade enquanto local de nascimento. De acordo com a diretriz, as mulheres devem ser orientadas que, no âmbito do SUS, essa modalidade não está disponível e, por essa razão, o PDP não pode ser recomendado (BRASIL, 2017).

Contudo, a mulher que fizer essa opção não deverá ser desencorajada, considerando que o local de parto deve ser de escolha da mulher, fundamentada em seu desejo e sensação de segurança e em suas condições de saúde. Deverá, ainda, ser assegurado a ela acesso competente e oportuno a uma maternidade, caso haja necessidade de transferência (BRASIL, 2017; OLSEN; CLAUSEN, 2012).

Embora seja relevante a menção ao PDP numa publicação do MS, este posicionamento nos leva ao questionamento das possíveis razões para que, considerando todos os benefícios desta modalidade, o mesmo não seja amplamente ofertado pelo SUS. É possível que haja relação com questões financeiras, tanto sobre o aspecto de prioridades dos gestores em sustentar o que já é ofertado, como também poderíamos aqui estar lidando no âmbito da manutenção da hegemonia do poder (financeiro inclusive) médico (DENIPOTE et al., 2020).

Assim, além de ser uma modalidade altamente criticada e de não existirem políticas públicas que de fato contemplem, apoiem e/ou financiem a prática, o PDP configura-se uma opção de difícil acesso e elitizada.

São inexistentes, também, estudos brasileiros que demonstrem os custos de um parto domiciliar planejado. Entretanto, segundo fontes de informação como blogs, jornais, revistas e consultando as próprias equipes de atendimento, estima-se, em média, que os custos referentes a essa assistência girem em torno de R\$4.000,00 a R\$10.000,00, ou mais, a depender do estado, dos tipos de serviços ofertados e da composição da equipe (MORI, 2017).

Apesar de o MS deixar claro em suas diretrizes que o atendimento ao PDP não é ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a exceção encontra-se na cidade de Belo Horizonte - Minas Gerais (BH-MG).

Ao contrário de todos os casos de PDP que devem ser custeados pela própria gestante que opta por esta modalidade, o Hospital Sofia Feldman em BH-MG desde o final do ano 2013, iniciou a oferta do PDP 100% custeado pelo SUS (SANFELICE; SHIMO, 2015b).

No âmbito da saúde suplementar, essa também não é uma possibilidade de cobertura obrigatória (BRASIL, 1998). Contudo, algumas mulheres conseguem reembolso parcial e até mesmo total a depender do contrato estabelecido com a operadora de seu plano de saúde.

Também não há protocolos ou diretrizes nacionais para o atendimento ao PPD. As enfermeiras que se dispõem a esta modalidade de atendimento costumam basear suas condutas técnicas em evidências científicas e protocolos de países com tradição nesta modalidade, como alguns países da Europa, Estados Unidos da América e Canadá, além de seguirem suas próprias legislações profissionais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016, 2019).

Assim, as práticas obstétricas utilizadas no PDP no Brasil demonstram estar em consonância com as evidências científicas, demonstrando elevados índices de parto normal, clampeamento tardio do cordão umbilical, baixas taxas de laceração perineal, amamentação precoce, além de poucas taxas de transferência e cesariana. Revelam, ainda, que os resultados positivos são reflexo de uma assistência de enfermagem obstétrica cautelosa e segura, que contribui para seu reconhecimento profissional crescente no cenário nacional (e internacional) do parto (BOCHNIA et al., 2019; KOETTKER et al., 2018; SANTOS et al., 2018; SOUZA et al., 2019).

A visibilidade e legitimidade da EO tem sido sustentada também pelo apoio e trabalho conjunto com os órgãos de classe, como os conselhos regionais de enfermagem, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (ABENFO).

Em 2016, o COFEN publicou a resolução de nº 524, a qual, a partir de inúmeras considerações, normatizou a atuação e a responsabilidade de enfermeiros obstetras na assistência à gestante, parturiente e puérpera, nos seus diversos locais de atuação, como centros de parto normal, casas de parto e domicílio (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Em 2019, o COFEN em resposta à ação civil pública ajuizada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que objetivava proibir a atuação de

enfermeiras obstetras no PDP, publicou o parecer técnico nº 003/2019. O parecer, fortemente fundamentado em evidências científicas e em bases jurídicas, conclui que o enfermeiro obstetra é um profissional livre, regulamentado por lei e pode exercer com autonomia e protagonismo os procedimentos relacionados à assistência obstétrica ao parto normal de baixo risco em domicílio (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2019).

Por razões semelhantes às das mulheres que buscam o PDP, enfermeiras obstetras estão migrando seu ambiente de trabalho para o domicílio destas famílias, local onde podem praticar com mais autonomia sua profissão utilizando um modelo de cuidado mais humanístico e diferente do imposto pelas instituições hospitalares. É no domicílio que a enfermagem pode exercer, de maneira plena, a essência de seu ofício, o cuidado humano (DENIPOTE, 2018; LACERDA, 1996; SANFELICE et al., 2014).

Assim, enfermeiras obstetras que atuam no PDP consideram este campo de atuação uma experiência gratificante e capaz de proporcionar maior autonomia profissional, embora tenham que lidar com constantes desafios, inseguranças e conflitos interprofissionais (BOCHNIA et al., 2019).

Além disso, no PDP, estabelecem um vínculo de confiança e segurança com a mulher, tornam-se cúmplices da vivência, a tal ponto que são capazes de acessar o campo emocional e mental desta mulher. Essas profissionais, acreditam que a assistência ao PDP transcende os aspectos técnicos e científicos e, por meio de práticas holísticas, prestam um cuidado diferenciado (BOCHNIA et al., 2019; KRUNO; SILVA; TRINDADE, 2017; LESSA et al., 2018).

Por essa visão, as consultas costumam abordar, além dos aspectos físicos da gestação, preparo para o parto, amamentação e puerpério, aspectos de ordem mental, emocional, espiritual, história de vida, crenças e valores (BOCHNIA et al., 2019; KOETTKER et al., 2018; SOUZA et al., 2019).

Na assistência ao PDP, o processo de cuidar se desenvolve de maneira organizada e sistematizada, unindo os conhecimentos técnico-científicos da enfermagem obstétrica aos saberes que contemplam as outras dimensões da existência humana. Cuidar em domicílio, prestando assistência a um parto, transcende a finalidade de atender a um nascimento, trata-se de um momento no qual almas se

encontram e surge a oportunidade de vivenciar profundas transformações (COLLAÇO et al., 2017; DENIPOTE, 2018).

Embora o PDP no Brasil venha conquistando espaço, as dificuldades e desafios enfrentados por mulheres e profissionais são constantes e diversos. Para o atendimento ao parto propriamente dito, as equipes de PDP costumam dispor de equipamentos e medicamentos de uso emergencial, normalmente adquiridos com certa dificuldade, contando com o apoio de médicos favoráveis à modalidade, ou de profissionais que trabalham em instituições e possuem acesso facilitado a estes (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

No caso de necessidade de transferência do domicílio para uma unidade hospitalar, geralmente as equipes não contam com apoio médico de retaguarda e as mulheres acabam muitas vezes sofrendo violência institucional. Por medo e com a finalidade de evitarem esta situação, as equipes acabam postergando a indicação de uma transferência ou ainda há a omissão por parte das mulheres de que se encontravam em um PDP. Essa situação acaba por agregar maiores riscos à prática do PDP (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

Entre outros desafios está a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que embora esteja previsto na lei 12.662/2012 que esta deverá ser emitida pelo profissional de saúde, devidamente registrado em seu conselho profissional e que tenha acompanhado a gestação, parto ou o recém-nascido, as enfermeiras obstetras de maneira geral no Brasil, vêm encontrando dificuldades de acesso a esta documentação, gerando desgastes tanto a estas profissionais como para a família que precisa registrar seu filho (BRASIL, 2012a; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2016).

2.3 MULHER, FAMÍLIA, ENFERMEIRA E CONTEXTO DOMICILIAR

Para mulheres que optam pelo PDP, a casa é referenciada como um local de autonomia para sua expressão corporal e de prazer. A casa, lar ou domicílio de uma pessoa transcende a estrutura ou espaço físico, propriamente ditos, reflete as características de quem ali habita, bem como as experiências acumuladas ao longo da vida (CASTRO; AZEVEDO, 2018; LACERDA, 2000).

É nesse espaço, sagrado e privado, que a mulher é capaz de expressar-se genuinamente, permitindo que venha à tona faces do seu profundo e subjetivo EU. Nesse local, suas próprias regras, costumes e ritos podem ser manifestos.

Um parto em casa permite que a mulher viva seu processo em plenitude e evidencia-se também pelo seu aspecto biossocial, chegando a ser considerado um evento poético, traduzido na interação e movimento dos familiares presentes. Assim, tanto o protagonismo da mulher, como sua individualidade, crenças e cultura devem ser respeitadas e consideradas (NOAL; FRÓES, 2015; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

Para uma mulher, parir de forma natural está entre uma das experiências mais intensas, e quando vivenciada de forma positiva, pode reverberar de maneira significativa e duradoura por toda a sua vida (e a do bebê) (FREITAS, 2019).

Fato é que, mulheres que relatam vivências negativas (dor, solidão, medo, sofrimento) em seus partos, inclusive com influência para cesariana, mostram que ou o assunto não era falado em seu meio familiar e social ou era imbuído de negatividade. A sua própria história de nascimento demonstra ter influência na sua vivência de parto (ÁVILA et al., 2017; PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013).

As expectativas em relação à via de nascimento perpassam por aspectos culturais, como coragem ou medo, necessidade ou não de vivenciar a dor, risco e segurança (PRATES et al., 2020).

Portanto, fatores socioculturais, além de aspectos físicos, emocionais, afetivos e sexuais podem influenciar tanto a escolha da mulher pela via e local de nascimento, como sua vivência de parto, positiva ou negativa (CRUZ et al., 2017; DECARLI, 2019).

Dessa forma, para algumas mulheres, gestação, parto e pós-parto, são compreendidos como um fenômeno que ultrapassa a função reprodutiva, sendo constituído pelas dimensões emocional, psicossocial, econômica, cultural, biológica, educativa e humanista (CARNEIRO et al., 2013; SILVA et al., 2018).

O parto envolve a socialização da mulher, ou seja, a comunidade e cultura na qual está inserida, sua rede de apoio (ou a falta de uma), sua sexualidade, seus direitos sexuais e reprodutivos (DECARLI, 2019).

Assim, fica claro que não é possível tratar de mulher em sua gestação, parto e pós-parto, desconsiderando ou isoladamente àquilo que também dá sentido à sua

vivência, isto é, suas dimensões sociais e culturais, permeadas pelo seu contexto familiar e cultural (PRATES et al., 2020).

Mulheres que vivenciam um PDP, por exemplo, relatam que, além de tratar-se de um local que promove sensação de aconchego, tranquilidade, conforto e segurança, configura-se um ambiente marcadamente familiar, já que há a efetiva participação de outros membros da família no processo (MOCHEUTI et al., 2020).

A família, então, em especial a figura materna, assim como pessoas do seu círculo social próximo, demonstra ter grande influência na escolha das mulheres pela via de nascimento, bem como a forma como a vivenciam. Mulheres que optam pelo parto normal geralmente relatam que ouviram de familiares ou pessoas próximas relatos positivos em relação à sua naturalidade e praticidade. Ou seja, questões intergeracionais, como a transmissão de conhecimentos, revelam que a cultura influencia no processo de parturição (PIMENTA; RESSEL; STUMM, 2013; PRATES et al., 2020).

Em relação à escolha pelo PDP, por exemplo, embora ocorra às margens das políticas públicas e do SUS (como já visto em subcapítulo anterior), esta não costuma ocorrer de forma solitária, mas também é influenciada por amigos (ou conhecidos), familiares e por seus companheiros(as) (CASTRO; AZEVEDO, 2018).

A presença da figura paterna (ou companheiro/a) no processo de gestação, parto e pós-parto, diferente de como ocorria em décadas passadas, vem aumentando de forma gradual, tanto por um desejo de experienciar o processo junto à mulher, como também por uma necessidade desta de compartilhar o momento vivido (BACELAR; CARVALHO, 2017).

Quando o(a) companheiro(a) se envolve em todo o processo e participa do parto, além das repercussões obstétricas positivas, gera também sentimentos de segurança e força para a mulher (QUITETE; MONTEIRO, 2018).

Assim, evidenciando-se a influência que a família exerce sobre o processo da gestação ao pós-parto, de forma direta ou indireta, positiva ou negativa, ela precisa ser considerada e incluída no cuidado a mulher, sendo valorizadas suas crenças, valores, tradições e visões de mundo, as quais podem direcionar os profissionais de saúde em suas práticas de cuidados (PRATES et al., 2020).

Parte do cuidado prestado, no caso de um PDP, deve transcender o foco no pré-natal em si e envolver a inserção de familiares, amigos e outras pessoas que

estarão presentes no momento do parto (e pós-parto). A enfermeira pode, ainda, por meio de uma relação de proximidade e assistência acolhedora, criar e fortalecer significativamente seu vínculo com a mulher e seus familiares, gerando e/ou aumentando a sensação de segurança e confiança (LIMA et al., 2020a).

Portanto, a relação entre mulher, família e enfermeira obstetra (em todo ciclo gravídico-puerperal) deve estar embasada em diálogo, sensibilidade e afetividade, almejando o bem-estar e buscando atender às necessidades advindas de todas as suas dimensões. As interpretações e intervenções neste ciclo devem ainda ser permeadas pelo relativismo cultural, evitando posturas etnocêntricas por parte dos profissionais (PRATES et al., 2020; RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006).

A enfermeira pode então, com ética, competência, autonomia, responsabilidade e habilidade em comunicação e relacionamento interpessoal, ao inserir-se no local de cuidado, buscar ou desenvolver estratégias para interagir neste contexto, solucionar questões ou demandas de ordem física, psicoafetiva, socioeconômica, cultural e/ou espiritual e empreender o cuidado de saúde. Assim, é possível perceber que o cuidado em domicílio transcende a dimensão biológica e situa-se na vivência dos sujeitos que ali vivem (FAVERO, 2013; LACERDA, 2000, 2010; TONIN, 2018).

A atuação de enfermeiras obstetras, refletida como uma ciência do cuidado, concebe a assistência prestada a partir de uma dimensão holística, que valoriza os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Esta forma (humana) que costuma caracterizar o atendimento a um PDP, considerando as decisões e individualidade dos envolvidos no cuidado, reforça a compreensão sobre respeito e autonomia conferida e assumida pela mulher (MOCHEUTI et al., 2020; MONTEIRO; HOLANDA; MELO, 2017).

Ao considerar um ser humano de maneira integral, a enfermeira, junto com aquele que é cuidado, objetivando seu bem-estar no mundo, é capaz de estabelecer um processo conjunto de reconstituição da saúde. Assim, outro aspecto importante, que auxiliará na efetividade e eficácia do cuidado e que deve caracterizar a atuação da enfermeira em domicílio, é sua habilidade em ser uma boa observadora das relações e do contexto domiciliar (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014; NASCIMENTO, 2018).

É importante também, para a enfermeira, ao considerar o contexto domiciliar, reconhecer a existência de redes sociais e o apoio social que elas ofertam e recorrer a estas como um recurso em favor da saúde daquele que é cuidado, principalmente considerando os potenciais benefícios sobre as dimensões supracitadas (GOMES et al., 2016).

O contexto domiciliar, então, em conjunto com o cliente, sua família e equipe de saúde, trata-se de uma das bases fundamentais para o cuidado em domicílio, como já mencionado, no qual o domicílio como um *locus* de moradia, é considerado privado e íntimo, um lugar de relações e significado de vida para as pessoas que ali convivem (LACERDA, 2015).

O termo contexto refere-se a um conjunto de elementos, entidades (coisas ou eventos) ou até mesmo pressupostos que, correlacionados, irão conferir amplo significado a um determinado enunciado, neste caso, o cuidado domiciliar (ABBAGNANO, 2007).

Segundo Lacerda (2015), a acepção de contexto domiciliar deve ser percebida de forma ampla como sendo “[...] um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados, e que interferem entre si de forma mútua e simultânea.”

Assim, considerando o cuidado domiciliar, o contexto domiciliar aqui trazido não se refere unicamente ao espaço físico (*locus*), mas tudo que, de maneira (co)relacional, irá interferir, de alguma forma, no cuidado prestado ou autogerido. De acordo com Sugiura et al. (2018), “o contexto domiciliar possui características únicas que influenciam o desenvolvimento do cuidado neste ambiente”. Neste sentido, a atuação da enfermeira deverá ser distinta em cada ambiente de cuidado, tanto no que se refere a domicílio e instituição (hospital), como a cada cliente em seu domicílio (HERMANN; NASCIMENTO; LACERDA, 2014).

Dessa forma, recursos físicos e humanos, questões sociais, econômicas, culturais, emocionais e relacionais fazem parte do contexto domiciliar (familiar) e, somados à própria casa e aos integrantes, com seus hábitos, valores e crenças, devem ser observados e valorizados pela enfermeira que se propõe ao cuidado em domicílio, para que este possa ocorrer de forma exitosa (LACERDA, 2000, 2010).

Pode-se considerar, assim, que o cuidado, em todas as suas dimensões, dentro de um contexto domiciliar, centrado no cliente, na família e no contexto (propriamente dito), é algo concedido e consentido por meio de uma relação de direitos, deveres,

ações ou atitudes fomentadoras de autonomia para os sujeitos envolvidos (FAVERO, 2013; LACERDA, 2015; PRATES et al., 2020).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O uso de uma teoria de enfermagem em trabalhos de pesquisa, na área, contribui para a edificação sólida do conhecimento, ao organizar o mundo dos fenômenos em relação a metaparadigmas, pois uma teoria carrega em si valores, visões de mundo, descrições, explicações e prescrições que refletem a cultura, o tempo e as pessoas que as produziram (BRANDÃO et al., 2019).

Além disso, segundo (SEVERINO, 2017), a ciência se faz a partir da articulação entre o teórico e o empírico, uma vez que é a teoria que irá caracterizar como científico os dados empíricos, embora isoladamente esta não gere ciência.

Feitas essas considerações, os próximos subcapítulos estão dedicados a explicitarem o referencial teórico que será utilizado no presente estudo, a Ciência do Cuidado Unitário (CCU), uma evolução da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. De um breve histórico da trajetória da teórica, passando pela teoria (dos primórdios à atualidade), seus aspectos cosmológicos e ontológicos ao cuidado transpessoal.

3.1 JEAN WATSON: HISTÓRICO PESSOAL E PROFISSIONAL

Jean Watson, nasceu no estado de *West Virginia* nos Estados Unidos da América, graduou-se em enfermagem em 1961 e cursou mestrado e doutorado na área de psicologia. Em 2013, foi reconhecida como lenda viva pelo Academia Americana de Enfermagem e recebeu 15 títulos como doutora honorária, sendo 12 deles internacionais. Aposentada, desde 2012, da Universidade do Colorado, Denver, onde foi professora ilustre e reitora emérita, hoje mantém-se como fundadora e diretora do *Watson Caring Science Institute* (WATSON, 2018a, 2020a).

Seu primeiro livro publicado foi "*Nursing: the Philosophy and Science of Caring*", em 1979, a partir do qual iniciou-se na carreira acadêmica. Esta obra emergiu da busca da teórica em levar um novo significado e dignidade ao trabalho da enfermagem e ao cuidado do paciente. Os conceitos teóricos apresentados no livro são originados de suas experiências pessoais e profissionais, filosóficas, intelectuais e éticas, fundamentadas a partir da prática. Além disso, é neste livro que Jean Watson apresenta o núcleo e as estruturas originais da Teoria do Cuidado Humano e os dez

fatores caritativos, que serão melhor explicados no próximo subcapítulo (WATSON, 2008).

Desde a obra primordial, reeditada recentemente em 2019 por data comemorativa de seus 40 anos, sua teoria tem expandido e evoluído, gerando diversas publicações como autora e coautora, as quais já totalizam mais de 30 livros. Destacam-se as seguintes obras: *“Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing”* de 1985, republicada em 1988 e 1999 (WATSON, 1999a); *“Postmodern Nursing and Beyond”* de 1999, traduzido para o idioma português em 2002 (WATSON, 1999b); *“Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science”* de 2002, reeditado em 2008 (WATSON, 2009); *“Caring Science as Sacred Science”* de 2005 (WATSON, 2005); *“Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing”* de 2018 (WATSON, 2018a).

A teoria de enfermagem proposta por Jean Watson pretende contribuir para uma nova ou diferente visão sobre os fenômenos de saúde ou doença, da resolução de problemas empíricos na enfermagem às ciências humanas em geral. No entanto, a teórica ressalta que, ao optar por uma ou outra teoria, o enfermeiro deve considerar aspectos como estar seguro de suas inclinações particulares, a diversidade de abordagens possíveis para seu desenvolvimento e ainda, que esta seja compatível com suas crenças e valores individuais (WATSON, 1999a).

A partir dessa perspectiva, a enfermagem é chamada para um novo olhar sobre sua ciência, sua beleza, arte e humanidade, buscando novas formas de observar seus fenômenos, explicar e compreender o cuidar do homem pelo homem. Distancia-se, assim, do pensamento hegemônico (paradigmas cartesiano e positivista) e de ideias enraizadas, dos quais derivam os aspectos anômalos à ciência de enfermagem, o objetivismo, cientificismo e o tecnicismo, que configuram um modelo de ciência (tradicional) impessoal e objetivo, frente às experiências únicas de um indivíduo (WATSON, 1999a, 2005).

É sob esse paradigma, que domina por seu arquétipo médico-masculino e patriarcal, que as práticas de cuidar e curar de enfermagem, imbuídas de energia feminina, foram, ao longo das décadas, postas à margem. “A enfermagem, como uma metáfora, simboliza esta energia profunda, feminina, que precisa ser expressa neste nível” (WATSON, 1999b).

A enfermagem como disciplina ainda é nova e sujeita a seguir as regras de ciências mais antigas, não questionando aspectos filosóficos, científicos ou epistemológicos importantes para a reflexão de si própria e de seu fenômeno (WATSON, 1999a). Porém, ao ser estudada a partir do contexto de uma ciência humana, aspectos importantes devem ser considerados: a compreensão da saúde como um processo, no qual enfermeiro e pessoa são coparticipantes; o cuidado, essência da enfermagem, é demonstrado e praticado de maneira interpessoal; os seres humanos são vistos como sujeitos vivenciados; assim como o amor, o cuidado é a força cósmica mais universal e misteriosa; a mudança é contínua e Homem e Mundo evoluem de maneira interligada (TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018; WATSON, 1999a).

Assim, o desafio da enfermagem é (ainda em 2020) romper com o velho paradigma, aquele que a mantém focada em procedimentos, padrões rígidos e racionalismo exacerbado. A enfermagem é uma arte e uma ciência humana e, como tal, deve desenvolver outros caminhos (alternativos) voltados à experiência humana na saúde-doença e no cuidado (WATSON, 1999a, 2018a).

Estamos entrando numa era quântica e, se quisermos sobreviver, é necessário ouvir o chamado para o despertar da humanidade. Um chamado para o cuidar-cuidado-*healing*¹ em saúde, que requer especial atenção e foco ao ativismo sagrado pela humanidade e pelo planeta Terra. Um dever da enfermagem enquanto disciplina, dar voz a essa nova visão de ciência, a outras maneiras de cuidar e restaurar em saúde, conectando-se ao amor universal (WATSON, 2018a).

Portanto, para melhor compreensão desse chamado científico que Jean Watson faz - a enfermagem por meio da constante evolução de sua teoria, apresenta-se a seguir sua teoria e seu desenvolvimento pelo cuidado transpessoal.

3.2 DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO À CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO

A Teoria do Cuidado Humano (TCH) ou Ciência do Cuidado, não se configura como uma ciência meramente objetiva e objetivável, rígida, na qual a realidade está ligada a números e fatos, mas uma ciência “arte”, que visa o cuidado terapêutico, indo

1 A palavra *healing* não será traduzida para o idioma português (“cura”), para que não altere o verdadeiro sentido proposto pela teórica Jean Watson, uma vez que este não se refere ao sentido contido em dicionário e que reflete um modo de assistência tecnocrático e biologicista. *Healing*, então, significa um cuidado compassivo e reconstituidor em todas as dimensões existenciais do indivíduo (família, universo).

além do padrão hegemônico (biologicista e tecnocrático). Uma ciência que na inter-relação de conceitos desvela a busca pela descoberta, pela beleza, pela criatividade e pelo elevado senso de estar-no-mundo, por meio da qual possibilite a enfermagem valorizar mais a busca por verdades ocultas, significados e inter-relações, além da necessidade humana pela fé, pela inspiração e pela totalidade, indo além da experiência físico-material (FAVERO et al., 2009; WATSON, 1999a, 2005).

Trata-se de um sistema filosófico alicerçado numa perspectiva moral, ética, ontológica e epistemológica e, por meio da multiplicidade de componentes destinados a categorizar e clarificar a profissão e sua profundidade, tanto em nível pessoal como global, conduz à compreensão de como a enfermagem com suas diversas atividades e domínios se encaixa no universo (qual é seu “lugar” no mundo) (SITZMAN; EICHELBERGER, 2011).

A teoria, além de estar centrada no cuidado humano, fundamenta-se em pressupostos fenomenológicos existenciais, que buscam restabelecer a natureza profunda do cuidado-*healing*, capazes de contribuir com ética e humanidade à autonomia dos envolvidos e trazer de volta os valores, a identidade e a natureza do amor (genuíno) para os cuidados de saúde. Trazendo ainda um olhar para além do físico, a TCH dá abertura ao cuidado da alma, relevando os mistérios espirituais e as diversas dimensões existenciais da vida e morte (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013; SAVIETO; LEÃO, 2016a; WATSON, 2007).

Os pressupostos da TCH, assim como a própria teoria, vêm evoluindo ao longo dos anos, desde sua primeira publicação em 1979 até sua atualização em 2018, quando passou a ser Ciência do Cuidado Unitário (FAVERO, 2013; NASCIMENTO, 2018; WATSON, 1985, 2002, 2018b). São pressupostos da teoria:

- A ciência do cuidado e sua prática é a essência da enfermagem, que de maneira autógena e complementar à ciência curativa, é capaz de gerar e promover saúde (*healthogenic*);
- A prática (práxis²) do cuidado, central para a enfermagem, por meio do compromisso profissional com os valores, ética e ideais da ciência do cuidado, tem contribuição social, moral e científica, na teoria, na prática e na pesquisa;

2 Para fins conceituais da pesquisa e para a autora do referencial teórico utilizado, a palavra práxis não se refere ao conceito marxista que designa o conjunto de relações de produção e trabalho (de uma estrutura social). Aqui, a terminologia conota uma prática reflexiva fundamentada em valores disciplinares, éticos-filosóficos e teorias, bem como, em significados, contextos, relações e práticas de *healing* cuidados e que honrem profundamente as dimensões de um indivíduo.

- O cuidado humano (e o amor), misteriosa força cósmica universal que compreende a energia psíquica primária de sobrevivência, é melhor demonstrado e praticado por relações interpessoais, sendo influenciado pelo contexto do ambiente, pelas necessidades humanas, sociais e institucionais, ainda que possa transcender o tempo, espaço e a fisicalidade;
- A intersubjetividade humana nas relações (de cuidado) propicia a manutenção do senso comum de humanidade, uma vez que resulta na identificação com o outro;
- Uma relação de cuidado efetivo, na presença e na inteireza do ser, promove o *healing*, envolve consciência e paz interior, traz integridade e perdão, satisfaz necessidades e oferece o crescimento e desenvolvimento do potencial humano (indivíduo, família, humanidade), permitindo-o liberdade de escolha;
- Para nutrição, evolução e sobrevivência da humanidade, rumando a uma civilização moral e mais amorosa, é necessário cultivar o cuidado conosco e com os outros;
- Considerando a capacidade da enfermagem em sustentar seus ideais de ética, filosofia e cuidado profissionais, ela é capaz de afetar o desenvolvimento humano da civilização e de determinar sua contribuição para a sociedade;
- O momento de cuidado transpessoal é onde o Processo *Caritas*[®] (será explicado melhor adiante) é vivenciado, considerando que por possuir campo único transcende a própria ocasião e os envolvidos, compondo um padrão complexo de vida maior e mais profundo.

Esses pressupostos, permeados de empatia e de uma visão humanística do ser humano (profissional ou paciente), favorecem e fortalecem o respeito mútuo, a autonomia e a coparticipação no cuidado sensível e acolhedor. Ao serem incorporados na prática profissional, auxiliam na compreensão da condição humana, no significado que um determinado indivíduo encontra na vida, contribuindo para que a enfermeira tenha uma presença transformadora frente às experiências desafiadoras da vida desta pessoa (FAVERO, 2013; SAVIETO; LEÃO, 2016a).

Segundo Sitzman e Eichelberger (2011), os três grandes componentes da TCH, em constante evolução, são: as relações de cuidado transpessoais; os momentos de cuidado e; o Processo *Clinical Caritas*[®].

As relações de cuidado transpessoais, dentro da TCH, são as bases do trabalho da enfermagem. O cuidado transpessoal envolve a busca pela conexão do espírito ou alma entre a enfermeira e o indivíduo (família). Para tal, a profissional deve estar plenamente presente no momento do cuidado, concentrando-se de maneira consciente na sua singularidade e na do outro. Trata-se de um cuidado que exige autorreflexão e capacidade de centrar-se com intencionalidade no propósito do cuidado propriamente dito, na integridade e no *healing* (SITZMAN; EICHELBERGER, 2011).

Assim, fundamentado nos pressupostos fenomenológicos existenciais filosóficos e nos princípios metafísicos de Nightingale, o aspecto central da TCH é o cuidado transpessoal, que para acontecer necessita intencionalidade, estar centrado no amor, na compaixão, na presença genuína, interconectando quem cuida com quem é cuidado, gerando e potencializando bem-estar, harmonia e *healing* (WATSON, 2012).

A intencionalidade no cuidar transpessoal está relacionada à consciência direcionada a algo ou a algum conteúdo do campo mental (crença, atenção, expectativa) e não a simplesmente ter a “intenção de” (boas intenções). É através dela que cocriamos realidades (WATSON, 1999b).

Dessa forma, para a enfermeira que pretende estabelecer uma relação intencional de cuidado transpessoal, é importante que se tenha consciência e compreensão que a interrelação e as conexões com o outro podem ocorrer em diversos níveis, transcendendo a dimensão física para dimensões mais profundas e intersubjetivas, emocionais, psicológicas, espirituais, sociais e de troca de energia (SITZMAN; EICHELBERGER, 2011).

Ocorre que, neste novo milênio, há um “chamado” para um (re)despertar para um novo paradigma, essencialmente feminino (arquétipo inconsciente da enfermagem), um retorno ao que há de sagrado no ser humano e em sua relação com a natureza e com o universo, um convite para rever fundamentos e ideologias acerca da ciência, do cuidar e do curar, um convite para que o mistério permeie novamente nossas vidas e trabalho. Uma mudança ontológica que convida e conduz a enfermagem a um caminho de reconhecimento e cultivo das múltiplas dimensões existenciais, do Eu profundo e transpessoal (WATSON, 1999b, 2005).

Assim, numa relação de cuidar transpessoal entre o enfermeiro e outro ser, onde há uma profunda ligação entre mente-corpo-alma, uma oportunidade de transcendência de tempo, espaço e mundo físico, na qual o enfermeiro toca a alma de outro ser em uníssono, na totalidade deste, que é capaz de libertar e expressar sentimentos, revela-se a subjetividade humana, a existência de um inconsciente coletivo, de experiências místicas e fenômenos parapsicológicos (WATSON, 1999a, 1999b, 2005).

O cuidado (ideal moral e não uma técnica) transpessoal é científico e profissional e, por meio de vias mentais, físicas, espirituais ou combinadas, permite o contato entre os mundos subjetivos (intersubjetividade) das pessoas que o estão experienciando. Então, no momento do cuidado, a cada um é possibilitado partilhar e trazer para o presente o seu mundo (Eu) interior, que através de práticas ou recursos como meditação, imaginação ativa, sonhos e/ou processos de supraconsciência podem transcender passado, presente e futuro, alcançando dimensões mais elevadas da alma ou Eu espiritual. (WATSON, 1999a).

O momento de cuidado (transpessoal) começa quando o enfermeiro entra no espaço de vida (fenomenológico) de uma pessoa e consegue identificar, sentir e responder a alma desta, ou seja, conectar-se profundamente com este outro ser. Em contrapartida, este outro libera pensamentos, sentimentos e emoções profundas, fazendo fluir o fluxo intersubjetivo desta relação. Para que esta relação ocorra, é importante que o enfermeiro leve em conta aspectos necessários como: sua capacidade de identificar e compreender verdadeiramente os sentimentos do outro, seja por meio de palavras, linguagem corporal, ações ou intuição; sua capacidade de perceber e unir-se ao outro, validando ambas subjetividades (dele e do outro); e finalmente, reconhecer que sua própria história de vida, e a oportunidade de ter vivenciado (profundamente) seus próprios sentimentos, obtendo autoconhecimento, por meio de psicoterapia, meditação ou experiências com outras culturas, por exemplo, contribuem para sua sensibilidade, maturidade e crescimento, que reverberará na relação com o outro (WATSON, 1999a).

No momento de união, cliente e enfermeira têm a oportunidade de decidirem como irão participar da relação de cuidado e, ao se tratar de um momento transpessoal, ambos sentir-se-ão interconectados espiritualmente. Assim, quando duas pessoas se encontram num momento de cuidado transpessoal, cada uma com

sua história de vida, seu campo fenomenológico, sua frequência energética, por meio da intencionalidade e da consciência de cuidar, é possível chegar a profundas curas interiores (da alma), saindo transformados desta relação (encontro/momento) (SITZMAN; EICHELBERGER, 2011; WATSON, 1999b, 2003, 2018a).

Para tornar explícita sua TCH e o cuidado transpessoal fornecer uma linguagem própria, científica e profissional para a enfermagem, permitindo sua aplicabilidade na prática, bem como para tornar explícitos seus valores, conhecimento e práticas de cuidado voltados para o *healing* interno e subjetivo, Jean Watson criou o Processo *Clinical Caritas*[®] (inicialmente, em 1979, “fatores caritativos”, (WATSON, 1985)) (SITZMAN; EICHELBERGER, 2011; SITZMAN; MULLER, 2018).

A palavra ***Caritas***, utilizada pela teórica, é explicada por meio da intencionalidade de seu significado, de origem latina, que significa cuidar, dar atenção especial e representa a caridade, compaixão e generosidade do espírito, ou seja, segundo Jean Watson “algo precioso que precisa ser cultivado e sustentado” (WATSON, 2008, 2018b).

O Processo *Clinical Caritas*[®], já validado em diversos países, trata-se de uma estrutura composta por 10 elementos (demonstrados adiante), considerados universais, que nomeiam e descrevem a linguagem do cuidado humano. Segundo Jean Watson, esses elementos aliados à TCH podem contribuir para o avanço da enfermagem na prática e como disciplina (WATSON, 2018b, 2018a).

Com o objetivo de orientar a aplicação destes 10 elementos, foi publicado no ano de 2017, em periódico científico da área e em parceria com outras pesquisadoras do NEPECHE, um guia para profissionais que desejam aplicá-los em seu cuidado (transpessoal) (TONIN et al., 2017).

Segundo Watson (2018a), o Processo *Clinical Caritas*[®] serve como *Práxis* de cuidado, ou seja, uma prática moral, orientada ontológica e eticamente, capaz de transmitir o “Saber/ Ser/ Fazer/Tornar-se *Caritas*”, indo além das tarefas e habilidades tracionais baseadas em técnicas. A ética aqui refere-se àquela na qual as relações de cuidado são reconhecidas como de “pertencimento” (*belonging*), ou seja, de conexão com o campo universal infinito de consciência do espírito e de energia (ROSA; ESTES; WATSON, 2017; WATSON, 2018b).

Assim, a partir de suas evoluções pessoais e profissionais, no ano de 2018, Watson (2018b) nos apresenta uma nova perspectiva transformadora de visão de

mundo, a qual ancora a ciência do cuidado, a evolui e a torna, a partir de então, a Ciência do Cuidado Unitário (CCU).

Essa nova visão da ciência contribui para a evolução e maturidade da enfermagem enquanto disciplina, uma vez que contempla teorias de enfermagem, ética, filosofia, ontologia e epistemologias, servindo como um guia para a educação, prática, pesquisa, administração e políticas diretivas de saúde (WATSON, 2018a).

É fundamental para a CCU que sejam estudados os valores, a filosofia do ideal moral, o comprometimento e a ética. Pelo menos três ramos da filosofia são relevantes para a CCU e para a *práxis* do cuidado-*healing*: a metafísica (cosmologia e ontologia), a ética e a epistemologia (WATSON, 2018a, 2020b).

Nesse contexto, a metafísica relaciona-se tanto à visão de mundo como à descrição do que transcende o físico, ou seja, a origem da realidade, a imortalidade da alma, a existência de um ser supremo. Para a CCU é relevante, pois traz uma nova explicação para os modelos de *healing* não físicos, incorporando conceitos de não-localidade, *healing* espiritual ou a distância e oração, por exemplo (WATSON, 2018a).

Cosmologia nos traz à filosofia da natureza do universo, que na CCU honra o universo como a primeira manifestação sagrada do Divino e da existência. Ontologia trata da natureza do ser, do tornar-se e da existência, é um guia moral para práticas de cuidado-*healing* (*práxis*), a partir do qual *Caritas* se torna manifestação da disciplina específica da CCU (WATSON, 2018a, 2018b).

Outro ramo da filosofia que sustenta a CCU é a ética, que envolve o estudo dos valores e da moralidade, bem como já mencionada, a ética do pertencimento, do conceito trazido pelo filósofo Emanuel Levinas, que compreende todos os humanos como pertencentes ao campo cósmico da energia universal (WATSON, 2018a; WATSON et al., 2018).

Por fim, a epistemologia, que se dedica a estudar a natureza e o processo do conhecimento, suas formas e como o sabemos, que também guiará a visão ontológica na CCU, honrando e valorizando os conhecimentos intuitivos, espirituais, estéticos e outras formas não convencionais (WATSON, 2018a).

Em termos epistemológicos, a CCU transpõe os métodos objetivistas empíricos dominantes para formas de investigação mais emancipatórias e em expansão, propondo que a prática de enfermagem passe das formas meramente técnicas e industriais para a *Práxis*, refletindo uma disciplina guiada por valores e com

conhecimento. Esta mudança então, transcende o cuidado físico focado em técnica e padrões de prática para o cuidado “face a face”, “coração a coração” e torna a ciência do cuidado uma teoria para ser abordada, estudada e praticada como uma filosofia e uma ética (WATSON, 2018b).

De acordo com Watson (2020), a CCU traz uma visão quântica de ciência, mundial e em “Unidade” com todos, pertencentes ao amor cósmico universal, transcendendo a fisicalidade para o mundo interior, não físico, espiritual, metafísico e subjetivo, da vida humana e Mãe Terra como organismos vivos.

Dessa forma, a CCU chega para despertar humanos e ciência a uma visão de mundo evoluída, unitária, de uma só Humanidade, um só Coração, um só Mundo, um Planeta Terra onde todos somos habitantes nele. Todos conectados ao campo cósmico de energia de vida (ROSA et al., 2019; WATSON, 2018a).

Trata-se de uma nova história, por nossa existência e sobrevivência, uma ciência que além de incorporar em seus fundamentos a metafísica, acredita na ambiguidade, na ancestralidade, na arte e em anjos. Uma história que remonta a uma velha história de ciência, que ainda perdura, a ciência tribal dos indígenas. Sua visão de mundo, unitária, é baseada na unidade e totalidade, ligada aos círculos e ciclos, bem como aos valores de harmonia, não exploração, honra e respeito à natureza e à relação com a Mãe-Terra. A Ciência Nativa se mescla com a CCU e nos convida a nos inspirarmos e encantarmos novamente por nossas relações com a natureza (WATSON, 2018a, 2020b).

A CCU traz à enfermagem mais maturidade e evolução enquanto disciplina, traz uma visão unitária transformadora de seus fenômenos, bem como a âncora no paradigma pós-moderno do pensamento unitário, não físico, metafísico e transcendente e evolui a consciência global para a consciência quântica unitária (WATSON, 2018a, 2020b; WATSON et al., 2018).

Nesse contexto, o cuidado transpessoal continua a evoluir e fica ainda mais evidente sua posição no campo da ciência unitária. Uma vez que a teoria é guiada por uma visão de mundo a partir da consciência unitária, na qual o Amor é o mais elevado grau de consciência. O cuidado transpessoal compreende ainda o dar e receber vida, conectando Cuidado, *Caritas* e Amor, transcendendo o ego no “eterno agora” (WATSON, 2018a).

Assim, os dez elementos do Processo *Caritas*[®] continuam a proporcionar aos enfermeiros uma linguagem universal de ver e viver o conceito *Caritas* no mundo. Entretanto, com a evolução de sua teoria para a CCU, Watson (2018b) traz uma nova visão, que acrescenta ao Processo *Caritas*[®] o termo *Veritas*, configurado agora *Caritas-Veritas* (WATSON, 2018a).

Veritas, uma palavra latina que traz a ideia de verdade, justiça, beleza, amor e bondade. *Caritas-Veritas* retoma à enfermagem a pureza e o propósito primordial da bondade, demonstrando o que a enfermagem sempre carregou e representou e que por meio da *práxis* da CCU é possível trazer uma nova luz, uma nova história, que reverberará da enfermagem para o mundo (WATSON, 2018a; WEI; WATSON, 2019).

A consciência *Caritas-Veritas* se torna uma visão de mundo evoluída, uma forma de literacia humana, a qual é capaz de manifestar o mais elevado nível de frequência vibratória, uma vez que envolve a energia do cuidado e do amor (WATSON, 2018a).

A ideia de Literacia *Caritas-Veritas*, como uma ontologia unitária traz à enfermagem consciência, intencionalidade e inteligência centrada na saúde-coração. Ao honrar a humanidade, ela ajuda a evitar que a enfermagem reduza o outro a mero objeto. Ao ser e viver a Literacia *Caritas-Veritas*, o indivíduo torna-se aquele que abençoa os outros e a si mesmo, tornando-se evoluído e desperto (WATSON, 2018a; WEI; WATSON, 2019).

Watson (2018b) sugere algumas ações que servem como um guia da Literacia *Caritas-Veritas* para a *práxis* da CCU, dentre elas:

- Cultivar uma consciência pessoal de cuidado e intencionalidade como um ponto de partida;
- Honrar cada pessoa como um ser único e diverso em talentos e contribuições;
- Falar e ouvir com compaixão, coração aberto, sem interrupção e sem julgamentos (porém, com discernimento);
- Cultivar a reflexão, o silêncio e a contemplação;
- Fazer uma pausa antes de entrar no ambiente do paciente;
- “Ler” o campo energético ao adentrar num espaço;
- Cultivar a habilidade em estar autenticamente presente;

- Ter acurácia em detectar os sentimentos dos outros;
- Praticar o toque amoroso intencional (toque de *healing*);
- Incorporar ao cuidado modalidades avançadas e integrativas de *healing*.

A partir dessa perspectiva evolutiva, de consciência unitária, Watson (2018b) em 2018 amplia e, ao mesmo tempo, simplifica os elementos do Processo *Caritas*[®].

Assim, considerando a necessidade de revisitar a trajetória evolutiva da TCH e dos elementos do Processo *Caritas*[®] e atualizar os conhecimentos a respeito da teoria, numa colaboração com outras pesquisadoras do grupo de pesquisa NEPECHE, elaborou-se um ensaio teórico reflexivo (TONIN et al., 2020), a partir do qual apresenta-se abaixo a evolução dos 10 elementos do Processo *Caritas*[®] ao longo dos anos (QUADRO 1).

QUADRO 1 - EVOLUÇÃO DO PROCESSO CARITAS[®] DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO PARA A CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO.

Fatores Caritativos de cuidado (WATSON, 1985)	Processo <i>Caritas</i> [®] (WATSON, 2008, 2012)	<i>Caritas-Veritas</i> (WATSON, 2018a)
1. Formação de um sistema de valores humanista-altruísta.	1. Praticar e Cultivar o amor-gentileza e equanimidade, no contexto da consciência do cuidado.	1. Acolher (Amor-Gentileza) – convida ao transcendente, ao transpessoal, permitindo uma consciência evolutiva, aberta a tocar o infinito e o amor cósmico-divino.
2. A promoção da fé-esperança.	2. Ser autenticamente presente, fortalecendo, sustentando, honrando o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado.	2. Inspirar (Fé-Esperança) – padrão de apreciação; autêntica presença sagrada.
3. O cultivo da sensibilidade do próprio “eu” e o das demais pessoas.	3. Cultivar práticas espirituais próprias e do eu transpessoal e ir além do próprio ego.	3. Acreditar (Eu Transpessoal) – Eu interior/amor-próprio; Eu superior/formas de experenciar o amor divino; espírito; alcançar o infinito amor cósmico; movimento ao ponto Ômega.
4. O desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança.	4. Desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda confiança.	4. Nutrir (Relações) – conexões unitárias vibrantes centradas no coração; conexão via coração espírito-a-espírito.
5. A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.	5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como uma conexão profunda com o próprio espírito e o da pessoa cuidada.	5. Perdoar (Tudo) – aceitar sem julgar; estar no espaço sagrado; em sintonia com o fluxo dinâmico, a graça.
6. O uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão.	6. Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar, engajar-se em práticas artísticas de cuidado reconstituição (<i>healing</i>).	6. Aprofundar (Eu Criativo) – permitir a emergência criativa; lendo o campo <i>Caritas</i> ; tornando-se o campo <i>Caritas</i> ; confiando na intuição.

7. A promoção do ensino–aprendizagem interpessoal.	7. Engajar-se de forma genuína em experiências de ensino aprendizagem que atendam a pessoa inteira, seus significados, tentando permanecer dentro do referencial do outro.	7. Equilibrar (Aprendendo) – padrão de apreciação; escutar e aprender com o mundo interior; sabedoria.
8. A promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sociocultural e espiritual.	8. Criar um ambiente de reconstituição (<i>healing</i>) em todos os níveis (físico e não físico), ambiente sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz sejam potencializados	8. CoCriar (Campo <i>Caritas</i>) – padrão de apreciação; irradiar presença energética do coração; ser o campo <i>Caritas</i> .
9. Assistência com gratificação das necessidades humanas.	9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado	9. Servir (Humanidade) – serviço sagrado; manifestando intenções; imanente-transcendente; corpo-espírito são um.
10. A existência de fatores existenciais e fenomenológicos-espirituais.	10. Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da alma do ser cuidado.	10. Abrir (Infinito) – experienciando o infinito; transpessoal; pandimensional; transcendente; esotérico; em êxtase; <i>healing</i> distante; pertencente.

FONTE: Adaptado de (TONIN et al., 2020; WATSON, 1985, 2008, 2012, 2018a).

Seguindo sob a perspectiva teórica do presente estudo, aprofundando a pesquisa a partir de sua parte mais prática, os próximos capítulos abordarão a trajetória metodológica, do referencial utilizado à operacionalização propriamente dita da pesquisa.



“É hora de mudar. Deixar a casca apertada para trás. [...] Para caber mais vida dentro. [...] Morrer para o velho e nascer para o novo. [...] A vida pulsante quer amadurecer. Por dentro e por fora da pele. Apesar de todo medo que dá. Resisto a tudo isso, porque estou viva. Apesar do medo de desintegrar. Medo de sentir do. De não sobreviver à desolação. De colapsar no meio do caminho. [...] E se o que vem depois for pior? [...] Navego confiante porque me habito. [...] Toda vez que caio para fora de mim me busco no exílio e me trago de volta pra casa. Cada transformação é mais uma chance de viver de um jeito mais parecido comigo. Onde a essência e a forma convergem. Renascer em vida, que grande milagre! A vida em mim cria e recria a si mesma [...] Serei eu própria, ampliada, a me esperar na outra margem”
(Bley, 2022)

FONTE: A autora (2021).

APROFUNDANDO-ME NA JORNADA

4 TRAVESSIA METODOLÓGICA

Para responder à questão norteadora deste estudo: “como as mulheres vivenciam seus partos domiciliares planejados?”, utilizou-se uma abordagem qualitativa, do tipo interpretativa, por meio do referencial metodológico *Grounded Theory* (GT) ou, como doravante será citado (na língua vernácula), Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A opção por esse referencial metodológico se fez assentada na compreensão de que ele conduziria à profundidade e rigor científico necessários ao desenvolvimento do tema pesquisado, bem como levaria ao alcance dos objetivos propostos.

A pesquisa qualitativa transcende técnicas e procedimentos e, por se tratar de uma área com componentes emocionais e éticos, é adequada aos que buscam compreender as subjetividades dos sujeitos a partir de seus contextos (CUESTA-BENJUMEA; ARREDONDO-GONZÁLEZ, 2015; SALVADOR et al., 2020).

Na área da saúde, em específico, permite a compreensão de variados fenômenos (sistema, qualidade dos serviços, representações sobre saúde, etc) a partir da visão dos usuários e profissionais, além do aprofundamento da visão da realidade de um contexto ao buscar a essência dos fenômenos e promoção do conhecimento crítico, emancipador e comprometido com a transformação social. Assim, a qualidade desta abordagem está relacionada à produção de um conhecimento socialmente significativo (EGY, 2020; MINAYO; GUERRIERO, 2014).

A pesquisa qualitativa, enquanto interpretativa, interessa-se mais pelo processo e significados dos fenômenos do que pelo resultado destes, propriamente ditos. Especificidade essa que permite ir além do mensurável, previsível e informativo. Frequentemente utilizada na TFD, trata-se de uma análise mais conceitual do fenômeno e analítica dos dados que, por meio do raciocínio indutivo-dedutivo, requer do pesquisador uma imersão nos dados e criatividade conceitual (GHORBANI; MATOURYPOUR, 2020; SOARES; FONSECA, 2019).

Portanto, pode-se dizer que a TFD se diferencia de outros métodos qualitativos, apenas descritivos e configura-se a partir de uma perspectiva conceitual e científica (GLASER, 2016).

4.1 ATRAVESSANDO PELA PESQUISA COM O USO DA TFD

4.1.1 Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido na cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, pertencente à região Sul do Brasil. A cidade foi fundada oficialmente no ano de 1693 e já foi premiada internacionalmente pela gestão urbana, meio ambiente e transporte coletivo. Segundo estimativa do IBGE para o ano de 2021, conta com 1.963.726 habitantes. Dados atualizados até o ano de 2019, demonstram que o município ocupa o 5º lugar do ranking brasileiro no valor do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Belo Horizonte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2022; PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2022).

Curitiba conta com 10 distritos sanitários, dos quais fazem parte 111 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo uma delas considerada um centro de especialidade em saúde materna - Unidade de Saúde Mãe Curitibana (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Segundo os registros do mês de agosto de 2022 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Curitiba tem disponível 319 leitos obstétricos, entre leitos clínicos e cirúrgicos, dos quais 173 são do SUS (134 cirúrgicos e 39 clínicos) (BRASIL, 2022a).

De acordo com o “Manual de conceitos e nomenclaturas de leitos hospitalares” da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBESERH, 2016), entende-se por leito obstétrico aquele destinado a atender gestantes ou puérperas para atendimento clínico ou cirúrgico. Considera-se leito obstétrico clínico aquele para o tratamento das diversas complicações relacionadas à gestação (de risco habitual ou alto risco), bem como a assistência ao parto normal sem distócias. Leitos obstétricos cirúrgicos são aqueles destinados a nascimentos por cesariana, procedimentos invasivos decorrentes de complicações do parto normal ou cesariana (ex. redução de inversão uterina, sutura de trajeto pélvico, histerectomia puerperal, curetagem), tratamento cirúrgico para gestação ectópica, dentre outros.

Em relação ao número de enfermeiros obstetras registrados como especialistas, com inscrições ativas ou remidas, o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN-PR) conta com 392 profissionais³.

O CORENPR vem ao longo dos anos trabalhando, dentre diversas atividades e com o apoio da sua Comissão da Saúde da Mulher, em ações que visem à garantia do cumprimento da autonomia na atuação de enfermeiras obstetras em partos domiciliares e institucionais. A comissão foi instituída para o desenvolvimento dos profissionais e para atuar acompanhando as políticas de saúde direcionadas às mulheres, garantindo respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ, 2020).

No ano de 2016, o CORENPR publicou o parecer técnico de nº01, que trata da atuação de enfermeiras obstetras no PDP, bem como dos critérios para seus cadastramentos para fins de emissão de Declaração de Nascido Vivo (DNV). Um documento que, fundamentado em evidências legais e científicas, reforça e respalda a autonomia da enfermeira obstetra na assistência ao pré-natal, parto normal e puerpério de risco habitual, em domicílio (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ, 2016).

Embora não se tenha registros oficiais sobre o Parto Domiciliar Planejado em Curitiba, devido ao fato de a pesquisadora trabalhar diretamente com esta modalidade de atendimento e fazer parte ativa de grupos virtuais com outras profissionais enfermeiras, que também atendem na cidade e no estado do Paraná, sabe-se que desde o ano de 2010 esse serviço, assistido exclusivamente por enfermeiras obstetras, vem sendo ofertado às mulheres de Curitiba e região metropolitana.

Por meio de iniciativa empreendedora individual, inicialmente havia apenas um grupo de enfermeiras obstetras, formado no ano de 2010 por 03 (três) profissionais. Com o passar dos anos e com o aumento da procura por essa modalidade de atendimento, outros grupos foram sendo formados.

Hoje, a cidade conta com, conhecidamente, 04 (quatro) equipes de atendimento, formadas por duas (02) ou mais EO cada e 01 (uma) EO, pesquisadora deste estudo, atuando de maneira independente e sem composição de equipe.

O atendimento ao parto domiciliar realizado pelas enfermeiras em Curitiba costuma ser iniciado por volta da 35^a ou 36^a semana gestacional, normalmente após

³ Informação obtida por solicitação direta ao gabinete da diretoria do COREN-PR.

prévio contato no início da gestação, mas não se trata de uma regra. Algumas equipes podem aceitar o acompanhamento de uma mulher já acima da 38ª semana, por exemplo.

O acompanhamento envolve consultas obstétricas semanais, para o acompanhamento físico da gestação, preparo instrucional e logístico da mulher e seus acompanhantes para o parto, levantamento das dúvidas, medos, expectativas e necessidades da mulher. No dia do parto, são prestados a assistência e cuidados pertinentes às competências legais da especialidade, acompanhamento técnico do trabalho de parto e parto, e assistência ao recém-nascido. As enfermeiras costumam portar equipamentos e medicações de emergência, como oxigênio e ocitocina, material para punção venosa e solução fisiológica para reposição de volume, bem como material para anestesia local e sutura.

No puerpério imediato e até os primeiros quarenta dias, a mulher e seu bebê são atendidos em média em três consultas domiciliares, com o objetivo de acompanhar a saúde do binômio, ofertar orientações aos familiares, auxílio à amamentação, realização do teste de triagem neonatal, emissão da declaração de nascido vivo, e atendimento às demais demandas e necessidades pertinentes a esta fase.

Em mais de uma década de trajetória, é possível verificar o aumento médio de mais de 100% no número de nascimentos em domicílio na cidade de Curitiba (TABELA 1), ainda que o sistema não faça diferenciação entre PDP e partos domiciliares eventuais (sem planejamento e/ou assistência qualificada) (BRASIL, 2022b).

TABELA 1: TRAJETÓRIA QUANTITATIVA DOS REGISTROS DE NASCIMENTOS EM DOMICÍLIO E OUTRAS LOCALIDADES, POR RESIDÊNCIA MATERNA, ENTRE OS ANOS 2010 E 2020, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR.

Ano	Total de nascidos vivos	Local da ocorrência: domicílio		Local da ocorrência: hospital		Local da ocorrência: outros estabelecimentos, aldeia indígena, ignorado	
	(n) (100%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
2010	25.345	54	0,2	25.253	99,7	38	0,1
2011	25.249	51	0,2	25.158	99,7	40	0,1
2012	25.079	65	0,3	24.981	99,6	33	0,1
2013	24.932	79	0,3	24.815	99,5	38	0,2
2014	24.815	127	0,5	24.660	99,3	28	0,2
2015	24.506	81	0,3	24.374	99,4	51	0,3

2016	23.217	92	0,4	23.068	99,3	57	0,2
2017	22.745	81	0,4	22.580	99,2	84	0,4
2018	22.112	102	0,5	21.962	99,3	48	0,2
2019	31.702	95	0,3	31.518	99,4	89	0,3
2020	29.724	118	0,4	29.535	99,4	71	0,2

FONTE: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2022

Ao olharmos as porcentagens da ocorrência de nascimentos em domicílio em Curitiba, podemos perceber relativa pouca variação. No entanto, ao considerarmos os números (n), é possível notar o aumento considerável na década em questão. Podemos destacar os anos de 2014 (n=127) e 2020 (n=118), possível reflexo de marcos na área do movimento pela humanização do parto e na sociedade, respectivamente.

Em 2014, o aumento dos partos domiciliares pode ser associado ao efeito causado nas mulheres e seus companheiros após assistirem o filme “O renascimento do parto”, lançado em 2013. O filme documental teve a 2ª maior bilheteria do país, com mais de 30.000 expectadores, e tratou “com sabedoria e delicadeza os resultados da cultura da cesárea e a urgente necessidade de alteração deste quadro alarmante”⁴.

Tamanho foi o impacto e a relevância deste documentário que, ainda em 2014, a médica e pós-doutora Carmen Simone Grilo Diniz, uma das profissionais brasileiras referência em direitos sexuais e reprodutivos, violência obstétrica e humanização do parto, publica na revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, a nota breve “O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso” (DINIZ, 2014).

O filme ainda hoje serve de referência e inspiração para as mulheres refletirem as formas de parir e nascer, bem como as apoiam na tomada de decisão, haja vista que durante as entrevistas realizadas para o desenvolvimento desta tese, este ainda é citado por algumas participantes como fator despertador para a escolha do parto domiciliar planejado, como umas das maneiras de fugir da violência obstétrica praticada por profissionais dentro das instituições.

Já no ano de 2020, o mundo vive sob as consequências da pandemia pela COVID-19. A necessidade de isolamento, o medo do contágio e da morte, aliados à insegurança e incertezas sobre a situação, além da suscetibilidade de gestantes e dos recém-nascidos, também levaram algumas mulheres, que já tinham optado por um parto hospitalar, reverem sua escolha e terem seu parto em domicílio.

⁴Dados obtidos através do site HYPERLINK "<https://benfeitoria.com/projeto/orp2>" <https://benfeitoria.com/projeto/orp2> criado para a captação de fundos para a produção da sequência do documentário.

4.1.2 Amostragem Teórica

Entendendo o processo de amostragem e saturação teóricas, compreende-se que não é possível mensurar antecipadamente a quantidade, as características dos participantes ou diversos grupos amostrais que participarão do estudo. Podendo, inclusive, o pesquisador retornar a coletar dados em grupos já entrevistados previamente (CORBIN; STRAUSS, 2015; GLASER; STRAUSS, 1967; LESSA et al., 2019).

Assim, optou-se inicialmente por realizar um grupo-piloto com a escolha intencional do perfil das participantes para que, através delas, o primeiro grupo amostral pudesse ser melhor definido.

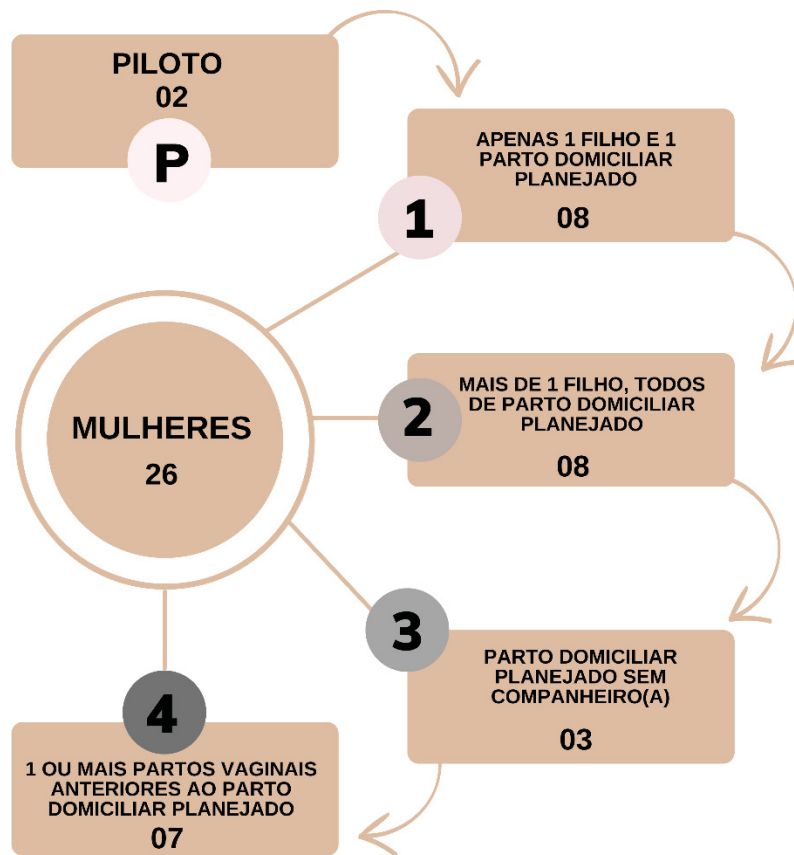
O grupo-piloto também teve o intuito de lapidar o roteiro inicial de perguntas, as formas de abordagem às participantes e postura da pesquisadora, e testar recursos de aprofundamento da coleta. Além disso, tratou-se de importante etapa para familiarização e contato inicial com o processo de codificação substantiva e uso do software de apoio na organização dos dados (QRS NVivo 10), especialmente para uma pesquisadora novíça.

Levou-se em consideração, para a escolha das participantes-piloto, o perfil obstétrico que melhor poderia responder à pergunta da pesquisa: Como as mulheres vivenciam o Parto Domiciliar Planejado? Desta forma, compuseram o grupo duas mulheres que tiveram exclusivamente seus filhos em domicílio, sendo a primeira apenas um filho, e a segunda dois filhos ambos em domicílio.

Após este período de teste, iniciaram-se as coletas e análises concomitantes, considerando os aspectos peculiares da TFD como circularidade de dados, comparação constante, sensibilidade teórica e pensamento dedutivo-indutivo, que foram direcionando a amostragem teórica.

A amostra teórica desta tese foi composta por 26 mulheres, divididas em quatro grupos amostrais, conforme a figura 1. Para todos os grupos, considerou-se como critério de inclusão mínimo, mulheres que tiveram pelo menos a última vivência de PDP nos últimos 10 (dez) anos. Foram excluídas mulheres que, por razão de urgência ou emergência materna, fetal e/ou neonatal, não completaram o acompanhamento em domicílio e necessitaram de transferência hospitalar.

FIGURA 1- GRUPOS AMOSTRAIS QUE COMPUSERAM A TEORIA SUBSTANTIVA.



FONTE: A autora (2022).

A partir das mulheres entrevistadas no grupo-piloto, o primeiro grupo amostral (QUADRO 2) foi formado por 08 (oito) participantes. Foram incluídas mulheres que tiveram apenas 1 filho e este em domicílio de forma planejada. Como critérios de exclusão, teve-se aquelas que tiveram seu parto fora da cidade de Curitiba, passaram por alguma situação de urgência e/ou emergência durante o parto e necessitaram de transferência, ou que não haviam sido atendidas por enfermeiras obstetras.

Para esse primeiro grupo, considerou-se a hipótese de que a mulher que teve apenas 1 filho e em domicílio, assistida por enfermeiras obstetras, poderia fornecer importantes informações sobre essa vivência, suscitar reflexões, novos questionamentos e hipóteses para o aprofundamento da compreensão do objeto de estudo.

QUADRO 2 - GRUPO AMOSTRAL 1

Entrevista	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Raça	Religião	Ano do PDP
1 ^a	32	casada	superior completo	branca	Não	2020
2 ^a	36	solteira	superior completo	branca	Católica	2016
3 ^a	37	casada	superior incompleto	branca	Cristã	2020
4 ^a	35	casada	pós-graduação	branca	Católica	2019
5 ^a	41	solteira	superior completo	branca	Energias	2016
6 ^a	30	solteira	pós-graduação	branca	Deus	2017
7 ^a	25	casada	superior completo	branca	Não	2020
8 ^a	32	casada	superior completo	branca	Umbanda	2020

FONTE: A autora (2022).

Conforme as mulheres foram sendo ouvidas e os dados analisados, novas hipóteses foram surgindo e necessitando de novos grupos amostrais para que a compreensão da vivência estudada pudesse ser aprofundada. Quando se vive a primeira vez um parto vaginal, sendo este em domicílio, a jornada percorrida é completamente nova, estando presentes novas buscas e descobertas, medos e inseguranças, além de sentimentos e sensações únicos.

Assim, considerou-se a hipótese de que embora cada vivência de parto e nascimento sejam únicas, a mulher que passou unicamente e mais de uma vez pelo PDP pode ser capaz de perceber nuances diferenciadas e aprofundadas sobre suas vivências, uma vez que esta já não tem mais a obscuridade total da jornada como da sua primeira vez.

Com essa hipótese, o segundo grupo amostral foi composto por 08 (oito) mulheres que tiveram mais de um filho e todos de PDP (QUADRO 3).

QUADRO 3 - GRUPO AMOSTRAL 2

Entrevista	Idade	Estado civil	Escolaridade	Raça	Religião	Nº PDP	Ano do PDP
1 ^a	44	casada	mestrado	branca	não	2	2015; 2019
2 ^a	47	união estavel	mestrado	branca	não	2	2007; 2016
3 ^a	34	união estavel	pós-graduação	branca	católica/ espírita	2	2018; 2021
4 ^a	36	casada	mestrado	branca	umbanda	2	2016; 2020
5 ^a	27	solteira	mestrado	branca	não	3	2015; 2019; 2020

6ª	34	casada	pós-graduação	branca	umbanda	2	2014; 2017
7ª	35	casada	superior completo	branca	não/cristã	2	2019; 2021
8ª	30	casada	superior completo	branca	não	3	2015; 2017; 2019

FONTE: A autora (2022).

Avançando pela coleta e análise dos dados, percebe-se que as mulheres demonstraram grande relevância na presença dos seus companheiros, desde o apoio na tomada de decisão até, e principalmente, no dia do parto. Seus companheiros, enquanto familiares, foram as figuras que deram o suporte logístico e organizacional da casa, bem como a sustentação física e segurança emocional quando necessárias ou solicitadas.

Dessa forma, surgiu a hipótese de que a mulher que teve seu PDP sem a presença de um companheiro(a) poderia revelar aspectos externos de sua vivência, relativos ao apoio logístico, ambientação, suporte físico e emocional, e que influenciaram no seu processo de parto, desde a sua dimensão subjetiva, emocional à física.

Para verificar essa hipótese, formou-se o 3º (terceiro) grupo amostral (QUADRO 4), com 03 (três) mulheres que tiveram uma ou mais vivências de parto normal em domicílio de forma planejada, sem a presença de um companheiro, podendo ter tido outro(s) parto(s) em ambiente hospitalar. Por se tratar de um perfil divergente do padrão encontrado na literatura para mulheres que têm o PDP, para este grupo foram incluídas mulheres que tiveram seus partos em outras localidades do país.

QUADRO 4 - GRUPO AMOSTRAL 3

Entrevista	Idade	Estado civil	Escolaridade	Raça	Religião	Nº Gestação	Ano do PDP	Local
1ª	32	solteira	mestrado	negra	espírita	1	2015	Vitória-ES
2ª	45	solteira	superior completo	amarela	espiritualista	1	2013	Curitiba-PR
3ª	29	solteira	superior completo	branca	xamanismo	1	2019	Concórdia-SC

FONTE: A autora (2022).

Considerando o ponto de saturação teórica das coletas e análises dos dados, sensibilidade teórica da pesquisadora frente à percepção da necessidade e da

possibilidade de aprofundamento na compreensão da vivência, percebeu-se a potencialidade ao buscar mulheres que, além do parto domiciliar planejado, também tivessem experienciado outros locais de parto como casa de parto e/ou hospital ou maternidade.

Assim, com base na hipótese de que a mulher que teve a (s) vivência(s) de parto hospitalar antes do seu PDP poderia apresentar novos aspectos, mais abrangentes, uma vez que, ao passar anteriormente por outros ambientes de parto, de alguma forma fomentou o desejo ou a busca pelo PDP, fato que agregará aspectos vividos no PDP ainda não encontrados nos grupos anteriores.

O quarto grupo amostral foi composto por 07 (sete) mulheres (QUADRO 5). Foram incluídas as que tiveram uma primeira ou mais vivências de parto normal em ambiente hospitalar e posteriormente em domicílio.

QUADRO 5 - GRUPO AMOSTRAL 4

Entrevista	Idade	Estado civil	Escolaridade	Raça	Religião	Nº gestação	Nº PNH	Nº PDP	Ano do 1º PDP
1ª	37	casada	superior completo	branca	não	3	1	1	2020
2ª	39	casada	superior completo	branca	cristã	2	1	1	2019
3ª	36	casada	superior completo	branca	energia	2	1	1	2021
4ª	40	casada	superior completo	mestiça	não	2	1	1	2013
5ª	41	casada	superior completo	parda	não	4	2	1	2017
6ª	38	separada	superior completo	branca	católica	2	1	1	2014
7ª	42	casada	superior completo	negra	católica	2	1	1	2017

FONTE: A autora (2022).

Como já explicado em supra-oportunidade, as características peculiares de uma TFD envolvem a concomitância do desenvolvimento dos seus processos. No entanto, para efeitos didáticos, separam-se suas principais etapas. Assim, os próximos subcapítulos são dedicados à apresentação da coleta e análise dos dados.

4.1.3 Coleta de dados

Esta etapa do estudo é a que confere uma das principais características diferenciadoras da TFD a outros métodos e é de fundamental importância para a qualidade dos resultados, pois a partir da coleta de dados, de maneira concomitante, são desenvolvidos os demais processos analíticos, como amostragem teórica, análise comparativa constante, circularidade de dados etc. É ela que irá fundamentar as bases para o surgimento da teoria substantiva, por meio da elaboração de memos e diagramas (LESSA et al., 2019).

Os dados desta tese foram coletados no período de outubro de 2020 a março de 2022, iniciando com o grupo-piloto. O primeiro grupo amostral aconteceu entre janeiro e maio de 2021. Os dados do segundo grupo foram coletados de agosto a novembro de 2021. Em dezembro de 2021, foram coletados os dados do terceiro grupo. E por fim, de fevereiro a março de 2022, os do quarto.

O período de coleta de dados abrangeu o momento de pandemia pela COVID-19, com a necessidade de distanciamento social, uso de álcool a 70% e máscaras. Cuidados estes que foram garantidos durante os encontros, bem como a realização da desinfecção do material de uso permanente, como prancheta, canetas, frascos de tintas e lápis de cor.

Ressalte-se que foi optado por não nominar para as mulheres a técnica de coleta de dados como 'entrevista', mas de um encontro para ouvir sua história de parto domiciliar, uma vez que se pretendia criar um ambiente acolhedor, com proximidade afetiva entre pesquisadora e participante, no qual a mulher pudesse se sentir segura e à vontade para expressar seus sentimentos, emoções e intimidades.

Do primeiro ao último encontro (entrevista), a duração média foi de 3 (três) horas, variando com o mínimo de 2 (duas) horas ao máximo de 6 (seis) horas. Foi explicitada a disponibilidade e interesse genuíno da pesquisadora em ouvir cada história, que também guiada por um roteiro de perguntas norteadoras, favoreceu a espontaneidade para que cada mulher trouxesse à tona o que sentisse necessário compartilhar.

Considerando o referencial metodológico utilizado, totalizaram 22 (vinte e dois) roteiros diferentes. Optou-se por apresentar aqui 1 exemplar de cada grupo amostral (Apêndices 1, 2, 3, 4 e 5), incluindo o grupo-piloto. Entre grupo-piloto e os quatro

grupos amostrais, totalizaram 85 horas de duração das entrevistas e 51 horas de conteúdo transcritos.

Inicialmente, as primeiras entrevistas costumam ser conversas mais abertas, sem imposição de limite ou controle de tempo por parte do pesquisador. Porém, ao avançar da pesquisa, pelo processo de amostragem teórica, poderão ser incluídas perguntas mais direcionadas à teoria (GLASER; STRAUSS, 1967).

Em cada encontro, após o esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de iniciar a escuta sobre sua história de parto domiciliar, à mulher era proposto contar sua vivência de parto através de um desenho ou pintura, uma produção estética. Nesse momento, foi oferecido papel próprio tamanho A3 ou A4 com gramatura 300g/m², tintas, giz de cera e lápis coloridos.

Considera-se que essa foi uma etapa de extrema relevância durante a coleta pois, de uma maneira delicada e sutil, aproximou participante e pesquisadora. Notou-se que algumas mulheres durante a execução da produção estética se emocionavam e espontaneamente começavam a narrar suas vivências.

Algumas mulheres relataram, inclusive, que estavam expondo sentimentos e acontecimentos muito íntimos, pouco ou não visitados anteriormente, porém suscitados pela própria oportunidade de autorreflexão proporcionada pelo encontro.

Ao declararem o término da atividade proposta, a pesquisadora pedia para que então ela contasse verbalmente, através do que havia produzido, sua vivência de PDP. Para as que já haviam começado a narrativa, a pesquisadora deu continuidade na escuta e esclarecendo pontos de destaque através das perguntas norteadoras.

Assim, além das entrevistas, utilizou-se também como fonte de dados complementar, fundamentais no processo de análise desta pesquisa, produções estéticas feitas pelas participantes.

Expressões artísticas, como o desenho e a pintura, são capazes de representar determinada vivência, emoções e sentimentos. A ideia de utilização desse recurso foi inspirada no método criativo sensível (CABRAL; NEVES, 2016) e na Pesquisa Baseada em Artes (LEAVY, 2019).

Além disso, o uso de práticas artísticas em pesquisas de abordagem qualitativa, especialmente as que tratam de temas sensíveis, são recursos relativamente novos e emergentes, que podem ser utilizados em qualquer etapa de um trabalho (coleta,

análise ou apresentação dos dados por exemplo), sendo consideradas vias de acesso à dialogicidade das experiências humanas, produtoras de insights e descobertas, capazes de fomentar provocações, evocações, consciência crítica e cultivar empatia (CABRAL; NEVES, 2016; LEAVY, 2019).

4.1.4 Análise dos dados

Para a elaboração da teoria substantiva na presente tese, optou-se por utilizar a corrente Glaseriana como fonte condutora nesta etapa de análise dos dados.

O complexo e laborioso processo de análise dos dados em TFD, que deve ser compreendido em seus conteúdos informacionais (o que estão revelando), está intimamente relacionado a outros processos, específicos da metodologia, como a coleta e análise de dados concomitantes, a amostragem teórica, sensibilidade teórica, comparação constante e circularidade dos dados.

Desde a primeira coleta, os dados já começam a ser analisados e seu objetivo é que sejam ampliadas as oportunidades de desenvolvimento e identificação da relação entre os conceitos gerados. Além de conferir à pesquisa o constante direcionamento, propósito e confiança nas categorias que vão surgindo a partir dos dados, confirma sua especificidade indutiva-dedutiva e sensibilidade teórica ao pesquisador (GLASER, 1978; GLASER; STRAUSS, 1967).

A análise estabelece uma relação entre os dados coletados e o surgimento da teoria, por meio do processo de **codificação** e geração de conceitos. De central importância para a elaboração de uma teoria, a codificação refere-se à nominação para o que está acontecendo num fragmento específico de dados e desprende a pesquisa do nível empírico pois, à medida que vão sendo fragmentados e agrupados em códigos, vão se tornando a teoria, ou seja, de um modo teoricamente sensível, o pesquisador explica conceitualmente os dados transcendendo sua natureza experiencial (GLASER, 1978; LOCKE, 2003).

Há basicamente dois tipos de códigos, os substantivos e os teóricos. Os códigos substantivos estão relacionados à conceitualização da área substantiva pesquisada. A partir da relação entre os códigos substantivos é que são gerados os códigos teóricos. Pode-se dizer que o objetivo final de todo o processo de codificação,

que envolve a codificação substantiva e a teórica, é gerar uma lista de categorias ou conceitos que, com suas propriedades, irá compor a teoria (GLASER, 1978).

A **codificação substantiva** trata-se da primeira etapa do processo de codificação e análise dos dados. Dela, fazem parte a **codificação aberta** e a **codificação seletiva**. (GLASER, 1978; SOUSA et al., 2019)

Aqui, ainda não se faz necessário dedicar-se à relação entre os códigos, mas a partir da fragmentação dos dados, compreender seus significados explícitos e implícitos (LACERDA et al., 2019b).

Nesse processo, que envolve simultaneamente coleta, codificação, análise e categorização dos dados, o pesquisador está envolvido com quatro níveis de comparação constante: códigos com códigos; códigos com categorias; categorias, uma com as outras e, no final, a teoria é comparada com a literatura (GLASER; HOLTON, 2004; HOLTON, 2010; KENNY; FOURIE, 2015).

No início, há mais volume de dados coletados do que codificações e análise. A própria codificação inicial, contendo códigos mais próximos aos dados brutos (conceitos “*in vivo*”), quanto mais próximo ao surgimento da teoria o pesquisador estiver, maior será a abstração do seu conteúdo (GLASER; STRAUSS, 1967; LACERDA et al., 2019a; TUCKER, 2016).

A **codificação aberta**, como o próprio nome diz, significa abrir os dados, ou seja, ao estar de posse dos dados, o pesquisador deve analisá-los linha a linha, examinando e questionando-os, para então “abri-los” ou fragmentá-los em partes menores e identificar os primeiros conceitos (POLACSEK; BOARDMAN; MCCANN, 2018).

Assim, para cada entrevista transcrita neste estudo, a pesquisadora, após leitura global, procedeu a leitura minuciosa de cada frase e/ou trecho de ideia trazida pela participante. A partir da qual, foi elaborado um código inicial ou aberto, correspondente com a interpretação da pesquisadora e sua sensibilidade teórica, porém sempre se preocupando em honrar a veracidade do sentido contido.

É possível que na codificação substantiva, especialmente no início das análises, a partir de um trecho de entrevista, de um raciocínio que esteja sendo elaborado pela participante referente a um tema específico, sejam estabelecidos mais de um código. A figura 2 representa um exemplo de codificação aberta realizada nesta tese.

FIGURA 2 - EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA.

Entrevista Transcrita	Codificação Aberta
<p>Grupo amostral 1 - Entrevista 2:</p> <p>Entrevistada: não sei, <u>tenho a impressão de que tudo rodava</u> (1), muito louco. <u>Tenho uma imagem de um círculo</u> (2), sabe? Durante muito tempo, não sei, quando penso no meu parto penso numa coisa assim... Parecia que eu estava assim, sabe aquelas coisas <u>como se você fosse entrar dentro de um portal</u> (3)? Mas não que ficasse assim. Era só uma sensação.</p> <p>Pesquisadora: E como foi sentir isso, conta um pouquinho.</p> <p>Entrevistada: Nossa <u>eu achei que, eu falei assim “nossa se eu não morrer hoje gente, se eu não for, eu não vou nunca mais”</u>. Foi uma <u>sensação</u> (4) assim, sabia?</p>	<p>(1) Tendo a impressão de que tudo rodava a sua volta.</p> <p>(2) Tendo a imagem de estar dentro de um círculo.</p> <p>(3) Parecendo que entraria por um portal.</p> <p>(4) Sentindo que morreria.</p>

FONTE: A autora (2022)

Segundo Sousa et al. (2019), sobre a corrente Glaseriana, a codificação aberta se propõe à “[...] verificação, correção, e saturação dos dados, pois à medida que o pesquisador tem domínio sobre os dados, pode reorganizá-los e se tornarem indicadores de alguma categoria de análise.”.

Para que esta etapa ocorra de maneira adequada e tenha sucesso, algumas regras devem ser respeitadas: fazer perguntas sobre os dados (ex. O que são estes dados? A qual categoria este incidente se refere? O que de fato está acontecendo nestes dados?); analisar os dados linha por linha, codificar cada sentença/incidente (criando uma lista de códigos, que irá facilitar e agilizar o processo); manter-se dentro da área substantiva do estudo; não utilizar dados da ficha de identificação (idade, sexo, classe social, etc) até que eles surjam como relevantes (GLASER, 2005; MELLO et al., 2019).

Nessa etapa, os dados (brutos) são codificados em seus aspectos mais amplos, pode-se usar uma, duas ou mais palavras-chaves e os incidentes são comparados entre si, por suas semelhanças e diferenças; categorias mais densas e complexas vão paulatinamente surgindo, suas inter-relações vão se tornando mais aparentes, até o surgimento de uma categoria central (variável principal) e seus conceitos relacionados (GLASER, 1978; HOLTON, 2010; KENNY; FOURIE, 2015; SOUSA et al., 2019).

Conforme os códigos abertos foram sendo estabelecidos, a partir das primeiras entrevistas, foi possível perceber regularidades e afinidades entre eles e, desta forma,

organizá-los em componentes, avançando paulatinamente na abstração das informações contidas nos dados brutos ou empíricos.

A figura 3 apresenta um exemplo do grupamento de códigos em um determinado componente.

FIGURA 3 - EXEMPLO DA COMPOSIÇÃO DE UM COMPONENTE EM SEU NÍVEL INICIAL.

Códigos Abertos	Componente
1. Cogitando parcelar em mil vezes o pagamento do PDP caso não tivesse ganhado da equipe. 2. Considerando gastos financeiros para decidir-se pelo PDP. 3. Escolhendo entre comer e ajeitar a casa física para receber o bebe enquanto o restante daria um jeito. 4. Limitando os profissionais contratados para o parto devido à questão financeira. 5. Ponderando a questão financeira para decidir pelo PDP, pois sairia mais acessível que o parto hospitalar. 6. Questionando-se ao receber o resultado positivo de gestação se teria dinheiro para pagar o parto em casa.	Pensando alternativas para o pagamento do PDP.

FONTE: A autora (2022).

Após cessar a codificação aberta, o pesquisador pode iniciar a **codificação seletiva**, na qual delimitam-se às variáveis relacionadas a uma categoria principal, que se torna um guia para a coleta de dados adicionais e para a amostragem teórica. Neste momento, a análise se torna mais direcionada e as categorias vão se adensando e saturando (GLASER, 1978).

Com a evolução do processo de coleta e análise dos dados, o surgimento e a densificação de categorias diversas, com sensibilidade teórica, movimento de comparação constante e uso de memos e diagramas, estas foram sendo agrupadas objetivando a abstração ainda maior dos dados, formando novas categorias. Nesse momento, na presente tese, as categorias preliminares passaram a ser denominadas subcategorias, conforme exemplificado pela figura 4.

FIGURA 4 - EXEMPLO DA COMPOSIÇÃO DE UMA CATEGORIA A PARTIR DO GRUPAMENTO DE SUBCATEGORIAS.

Subcategorias	Categoria
1. Buscando informações sobre parto. 2. Participando de grupos de apoio a gestação e preparo para o parto. 3. Informando-se para passar pelo parto. 4. Preparando-se para o parto nas consultas com a doula durante a gestação.	Instruindo-se intelectualmente

FONTE: A autora (2022).

É possível que, nesta etapa da análise, a provável categoria ou conceito central vá aparecendo. No entanto, encontrar a categoria central leva tempo e “testa” as habilidades e “dons intelectuais” do pesquisador, que deve procurá-la conscientemente enquanto realiza as comparações constantes e codificações, além de estar atento àquelas que são centrais (GLASER, 1978).

O conceito central da teoria substantiva aqui elaborada, por exemplo, só se tornou evidente na fase final da análise, da codificação teórica, ao estabelecer as relações entre os conceitos, subconceitos e unidades de sustentação, que serão explicadas adiante em outro capítulo.

Assim, alguns critérios possíveis de serem utilizados para esta escolha são: ser central (está o mais relacionada possível a outras categorias e propriedades); ser frequentemente recorrente nos dados; levar mais tempo para saturar (uma vez que possui mais relações e é mais recorrente); relacionar-se significativamente e facilmente a outras categorias (sem forçar); ser completamente variável ou prontamente modificável (em grau, dimensão, tipo); dentre outras (GLASER, 1978).

Nesta etapa de codificação, a especificidade aumenta, a abstração dos dados segue aumentando progressivamente, os conceitos vão se delimitando. Categorias que condensam dados vão emergindo, atribuindo complexidade ao fenômeno (menos concreto, mas, ainda, real), relacionando-se à categoria central e iniciando a integração teórica. (LACERDA et al., 2019b; MELLO et al., 2019).

Na fase final da codificação seletiva, a amostragem teórica, o uso dos memos teóricos e diagramas apoiam o pesquisador na saturação teórica das categorias e suas propriedades, que serão utilizadas para a construção da teoria (GLASER, 1978, 2005; GLASER; STRAUSS, 1967).

Durante todo o processo de coleta e análise dos dados, memos foram sendo registrados, do tipo reflexivo e metodológico por exemplo. A figura 5 apresenta um exemplo de cada, dentre os diversos elaborados.

FIGURA 5 - EXEMPLO DE MEMO REFLEXIVO E MEMO METODOLÓGICO ELABORADOS NO DECORRER DO PROCESSO DE ANÁLISE.

Memo Reflexivo	Memo Metodológico
<p>Data 10/12/2021 - Sobre os desenhos de espiral.</p> <p>Desde o início, as mulheres relatam e desenham elementos espirais. Para poder entender de que maneira o símbolo 'espiral' (se) relaciona às categorias ou dentro do próprio fenômeno, preciso entender o que de fato é uma espiral.</p> <p>Matematicamente, uma espiral é uma linha que cresce continuamente na direção de seu próprio centro ou para fora de si mesmo. O poder simbólico da espiral está na evocação de uma jornada arquetípica de crescimento. Ela evoca uma transformação, uma viagem psicológica ou, até mesmo, uma viagem espiritual. Segundo Jung, é o caminho da individuação, ou seja, o processo de transcender o ego e chegar em seu self, em quem se é de verdade, a essência.</p>	<p>Data 24/11/2021 - Sobre a categoria preliminar "Tendo seu companheiro como principal acompanhante, zelador externo do seu processo de parto".</p> <p>Neste momento, me surgem dois pensamentos. O primeiro seria: poderia esta categoria ou suas subcategorias preliminares comporem a categoria "estabelecendo um estado de segurança sustentado por confiança, ..."? (esta está relacionada à forte ligação das mulheres no parto). Se entrasse para esta categoria teríamos uma 'nova perspectiva'. Sigo em dúvida. O segundo ponto é: esta categoria preliminar. refere-se somente às mulheres com companheiros, e aquelas que não o tiveram (existem casos)? Deveria ser um grupo amostral? Poderia ser apenas algumas para 'validação' desta relação ou não?</p>

FONTE: A autora (2022)

Além dos memos, outro recurso de apoio à análise dos dados foi a elaboração de diagramas, que foram elaborados de forma manuscrita e, após, diagramados graficamente. Abaixo, figura 6, apresenta-se um exemplo de um dos diagramas construídos, ainda na fase de codificação substantiva.

FIGURA 6 - EXEMPLO DE DIAGRAMA ELABORADO NO DECORRER DO PROCESSO DE ANÁLISE.



FONTE: A autora (2022).

Subsequentemente, inicia-se a **codificação teórica**, processo de clarificar mais as hipóteses, integrar/organizar os conceitos que emergem dos dados e identificar as relações entre duas ou mais categorias, de maneira mais abstrata e específica, conferindo à teoria maior veracidade, relevância e destaque. O código teórico gerado, de maneira implícita, conceitualiza como os códigos substantivos se relacionam entre si (GLASER, 2005, 2016; HERNANDEZ, 2009).

À medida que o processo de codificação evolui, variados códigos teóricos podem ser evidenciados. Entretanto, o último código teórico que irá integrar a teoria substantiva é provável que tenha surgido ainda na fase de codificação seletiva, após a categoria central. Ou seja, o código teórico final é aquele que irá integrar todas as categorias substantivas com a categoria central, compondo uma teoria substantiva (HERNANDEZ, 2009).

Para melhor integração da teoria durante a ordenação das categorias e códigos teóricos, evitando o foco em apenas um código, em "*Theoretical sensitivity: advances in the methodology of Grounded Theory*", Glaser (1978) propõe o uso de famílias de códigos teóricos ou paradigmas. Nesta obra, ele apresenta 18 modelos diferentes de famílias, a exemplo "6C's", "Processo", "Família Interativa" e "Família Cultural".

No ano de 1998, Glaser acrescenta mais nove famílias de códigos e, em 2005, apresenta mais 23 códigos teóricos, como "Família causal", "Família temporal", "Arenas sociais" e o "*System Parts*" (GLASER, 2005).

Na presente tese, a partir da tecitura das relações estabelecidas entre unidades de sustentação, subconceitos e conceitos, o código teórico que se apresentou foi o *System Parts*.

Camargo (2018) traduz esquematicamente esse código teórico através do conceito de sistema advindo de estruturas organizacionais, no qual este pode ser compreendido como um processo que possui uma força de entrada (inicial) propulsora para o funcionamento do sistema, a qual ao passar por um período de processamento ou transformações é convertida em saída (resultantes). Este processo pode ser reiniciado de uma nova perspectiva a partir de sua retroalimentação. Na presente tese, essas fases serão denominadas **inicial**, **transformação** e **resultantes**, respectivamente. A figura 7 demonstra os comportamentos deste sistema e foi inspirada nos diagramas explicativos de Camargo (2018).

FIGURA 7- REPRESENTAÇÃO DAS FASES DE UM SISTEMA.



FONTE: A autora (2022).

O *System Parts* é uma evolução do “Família Interativa” (GLASER, 1978), e trata-se de um código no qual evidencia-se a interação entre as partes de um dado sistema, sem estabelecer relevância a ordem com que se iniciam ou terminam, tanto suas partes como subpartes se relacionam entre si para que o todo possa funcionar.

As partes de um sistema são consideradas necessárias, mas não suficientes por si só, ou seja, é a relação de interdependência, reciprocidade, mutualidade ou de autonomia funcional entre si que irá determinar a existência do todo da teoria substantiva (GLASER, 2005).

Nesta tese foram utilizadas: interdependência, reciprocidade, covariância e interação de efeito. Para melhor compreensão dessas relações foi necessário buscar seus significados. O quadro 6 apresenta estas relações e seus significados, e foi elaborado utilizando como referência Camargo (2018) e Dicionário *Priberam* da Língua Portuguesa (2021).

QUADRO 6 - RELAÇÕES NO CÓDIGO TEÓRICO *SYSTEM PARTS* E SEUS SIGNIFICADOS.

Relação	Significado
Interdependência	Dependência mútua entre variáveis. Uma variável depende da outra para acontecer.
Reciprocidade (Interação mútua)	Associação de troca, que é mútua.
Covariância	Correlação entre a variação simultânea de variáveis. Relação de interdependência entre variáveis ao sofrerem alterações.
Interação de Efeito	Quando as variáveis e suas relações causam como resultado ou conseqüente algum efeito.

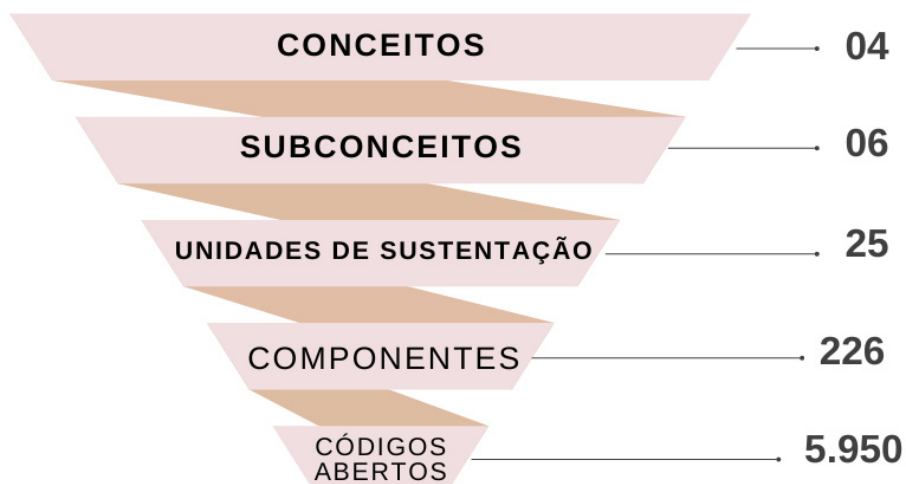
FONTE: A autora baseada em Camargo (2018); Dicionário *Priberam* da Língua Portuguesa (2021).

Como será detalhado no próximo capítulo – apresentação da teoria substantiva - É importante destacar que os termos aqui utilizados para nominar as fases do código teórico, bem como o termo “jornada”, emergiram do referencial teórico utilizado, da

análise minuciosa das narrativas das mulheres entrevistadas, memos e produções estéticas durante todo o processo metodológico. Refletem também uma digressão a partir do conceito “monomito” (jornada do herói), isto é, uma metáfora ou representação simbólica do desenvolvimento psíquico humano, trazido por Joseph Campbell (CAMPBELL, 1949).

O termo “unidade de sustentação” refere-se a cada grupamento de componentes e códigos abertos, onde cada “unidade” envolve situações que, combinadas e inter-relacionadas, dão coesão e sustentam subconceitos e conceitos. O processo de análise envolveu uma grande quantidade de dados, códigos e informações, do empírico ao mais abstrato (FIGURA 8).

FIGURA 8 - SUMARIZAÇÃO DA QUANTIDADE ELEMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO.



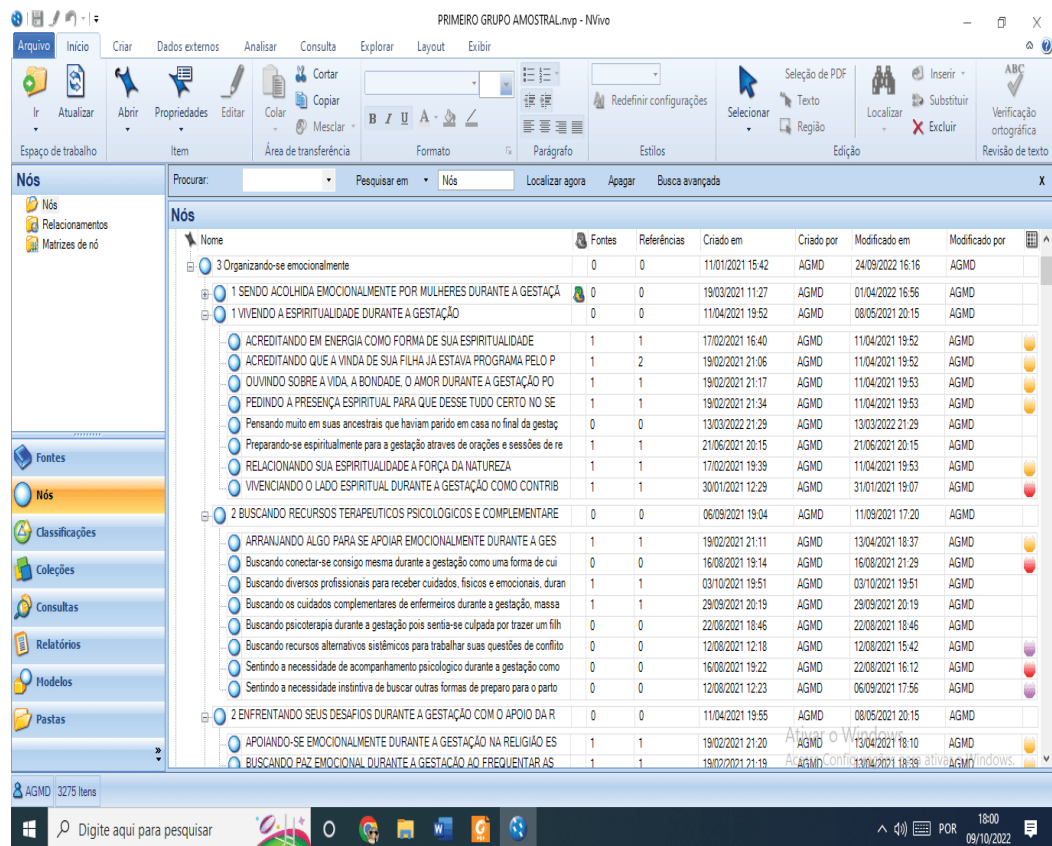
FONTE: A autora (2022).

Lidar com esta demanda, com a necessidade de circularidade dos dados e a comparação constante, pode ser confuso e dispendido demasiado tempo do pesquisador, especialmente quando novíço. Assim, apoiar-se em algum recurso tecnológico que otimizasse a organização deste processo foi considerado fundamental para a boa qualidade dos resultados desta pesquisa.

Embora Glaser (2005) sugira que o processo de codificação seja realizado de maneira manual, atualmente, para facilitá-lo, o pesquisador pode lançar mão de recursos computacionais, que não substituem sua parte analítica, como exemplo NVivo® ou MaxQDA® (ELLIOTT, 2018).

O *NVivo*[®] é um software para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, produzido e vendido pela *QSR* internacional e possui interface da *Microsoft*[®] (Figura 9), o que facilita seu manuseio para os pesquisadores ambientados a este sistema. Permite a importação de arquivos no formato *word*, *pdf*, imagens, áudio, vídeos, informações diretas de redes sociais, de outros softwares como *IBM SPSS*[®], transcrição automática de áudios; permite ainda, codificação de dados, geração de diagramas, memos, nuvem de palavras, dentre outras funções (KLOCK et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2016; QSR INTERNATIONAL, 2020).

FIGURA 9 - INTERFACE DE TRABALHO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS NO SOFTWARE *NVIVO*[®].



FONTE: A autora (2022).

Embora tenha se consolidado com este nome no ano de 2002, na versão *NVivo*[®] 2, o software vem sendo desenvolvido e atualizado em seus recursos, desde o *QSR NUD*IST* na década de 80 (RICHARDS, 2002).

Suas últimas versões são *NVivo*[®]10, *NVivo*[®]11 e *NVivo*[®] 12 de 2018. Hoje, conta com sua versão mais recente, uma atualização do *NVivo*[®] 12, lançada em março de 2020 (QSR INTERNATIONAL, 2020).

A escolha por um determinado software de apoio para a análise de dados deve levar em conta, além de seus recursos operacionais, as características do referencial metodológico que se irá utilizar. Considerando toda a complexidade e profundidade de análise exigidas na TFD, por meio dos processos de análise comparativa constante e circularidade de dados, além da enorme quantidade de dados e códigos gerados, o uso de um software auxilia o pesquisador em toda a ordenação e organização do processo, otimizando seu tempo para a dedicação exigida do processo de análise (KLOCK et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2016).

Assim, optou-se pelo uso do software *NVivo*[®] no presente estudo pelas razões metodológicas supracitadas, objetivando a dedicação do tempo voltado às análises exigidas, além de o grupo de pesquisa, que a pesquisadora faz parte, já possuir a licença vitalícia para seu uso.

4.1.5 Validação da teoria

A validação em TDF não objetiva testar a teoria substantiva em si. Trata-se de uma estratégia metodológica para verificar a verossimilidade da abstração teórica realizada pelo pesquisador a partir dos dados brutos, bem como se não há incompletudes da vivência estudada no resultado apresentado (PEITER et al., 2020; VOLKMER et al., 2019).

É fundamental que a teoria elaborada represente com coerência e consistência o fenômeno estudado, e seja capaz de reverberar em ações para a prática. Validá-la então, é obter a confirmação de sua aplicabilidade a partir vivência dos participantes interpretada e generalizada pelo pesquisador (LACERDA et al., 2019b).

Assim, após a elaboração da teoria substantiva e do seu diagrama representativo final, buscou-se a validação através de mestres e doutores experts em Teoria Fundamentada nos Dados e com mulheres que vivenciaram o PDP.

A validação foi realizada em dois momentos. O primeiro, envolveu o grupo de experts, aos quais, num encontro virtual composto por 04 (quatro) doutoras e 03 (três) mestres, foi apresentada a teoria substantiva e seu diagrama.

Os experts concerniram sobre aspectos gráficos dos diagramas e suas relações com a metodologia utilizada. Após consideradas as sugestões feitas por este

grupo de validadores, passou-se para o segundo momento, a validação com as mulheres.

A validação com o grupo de mulheres que vivenciaram o PDP, foi realizada de forma presencial, no formato de grupo de encontro, com a presença de 3 mulheres que foram participantes de cada um dos grupos amostrais e outras quatro que não fizeram parte da amostragem teórica desta pesquisa.

O encontro teve a duração de três horas, durante o qual foi realizada uma exposição dialogada da teoria e do diagrama representativo. A cada fase da jornada explicada, as participantes iam reafirmando os significados e sentido da teoria através do compartilhar de suas próprias histórias de parto. Ao final, todas reconheceram como legítima a representação de suas vivências pela teoria substantiva apresentada.

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por envolver seres humanos, esta pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos contemplados nas Resoluções nº466/2012 (BRASIL, 2012b) e nº510/2016 (BRASIL, 2016b) do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob parecer consubstanciado de número 3.740.913 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 21208719.0.0000.0102 (Anexo 1).

Para o recrutamento das participantes, prevendo que poderia haver a necessidade de perfis diversos de mulheres que passaram pela vivência do PDP e com o intuito de otimizar a busca futura pelas possíveis voluntárias, pensou-se em criar um “banco de contatos”, interessadas em contribuir com a pesquisa.

Para tal, foi elaborado um convite (FIGURA 10) para amplo compartilhamento, que foi divulgado publicamente na rede social profissional *Instagram* da pesquisadora, a qual conta com 2272 seguidores, além de grupos de *WhatsApp* de enfermeiras obstetras.

FIGURA 10 - CONVITE PARA CAPTAÇÃO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA.



Eu, **Adelita Gonzalez**, te convido **Mulher**, que teve **Parto Domiciliar Planejado** em Curitiba, a participar da minha tese de doutorado, compartilhando o **relato da sua vivência**.

SE VOCÊ, ASSIM COMO EU, QUER CONTRIBUIR PARA O FORTALECIMENTO DESTA MODALIDADE DE PARTO NO BRASIL, AJUDANDO OUTRAS MULHERES E PROFISSIONAIS A ENTENDEREM MELHOR O QUE OCORRE NUM PARTO DOMICILIAR, ENTRE EM CONTATO QUE TE EXPLICO MELHOR!!

Quer conversar comigo?

e-mail: adenurse@gmail.com

Instagram: adelitagonzalez_pdp

Celular: (41) 984093501

FONTE: A autora (2022).

A publicação deste convite em 19 de outubro de 2020 teve 682 visualizações, e gerou um interesse direto e voluntário de 50 mulheres. Para cada mulher, foi explicado do que se tratava a pesquisa, método que seria utilizado, que o convite naquele momento se tratava de um banco de contato futuro para possíveis participantes e que, a depender do desenvolvimento dos grupos amostrais poderia ou não ser contatada novamente para participação.

Todas as mulheres demonstraram interesse e disponibilidade em contribuir com a pesquisa e, após receberem essa orientação, foram registrados seus dados de contato, histórico gestacional e de parto domiciliar. No entanto, frente à amostragem teórica e ao perfil obstétrico dessas mulheres, somente dez foram incluídas, as demais participantes foram advindas de indicação de enfermeiras obstetras.

No mês de novembro de 2021, diante da necessidade da composição do terceiro grupo amostral, com mulheres que vivenciaram o PDP sem companheiros, novo convite público foi realizado, através da mesma rede social da pesquisadora. A publicação teve altos valores de engajamento, alcançando 1.211 contatos de outras pessoas e 32 compartilhamentos espontâneos. No entanto, por se tratar de um perfil de caracterização que diverge do padrão, apenas 3 mulheres entraram em contato com interesse em participar.

Por se tratar de um grupo restrito e peculiar, como descrito anteriormente, considerou-se a inclusão de participantes de outras cidades, e as entrevistas foram realizadas de forma virtual através da plataforma *Teams*.

Cada participante recebeu o contato prévio da pesquisadora via *e-mail*, explicando novamente do que se tratava o estudo, bem como o método utilizado, tempo médio estimado para o encontro e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice 6) - para leitura prévia e possíveis esclarecimentos necessários.

Às mulheres, foi dada como opções de local de encontro sua própria casa, um ambiente público e até mesmo a casa da pesquisadora, que recebeu quatro delas. Das demais mulheres, com exceção as dos encontros virtuais, uma optou por local público, e as outras pelas suas próprias casas.

No momento da entrevista, embora o TCLE já tivesse sido enviado antecipadamente, a pesquisadora o explicou detalhadamente, de forma oral e presencialmente às participantes, para que quaisquer dúvidas sobressalentes fossem dirimidas.

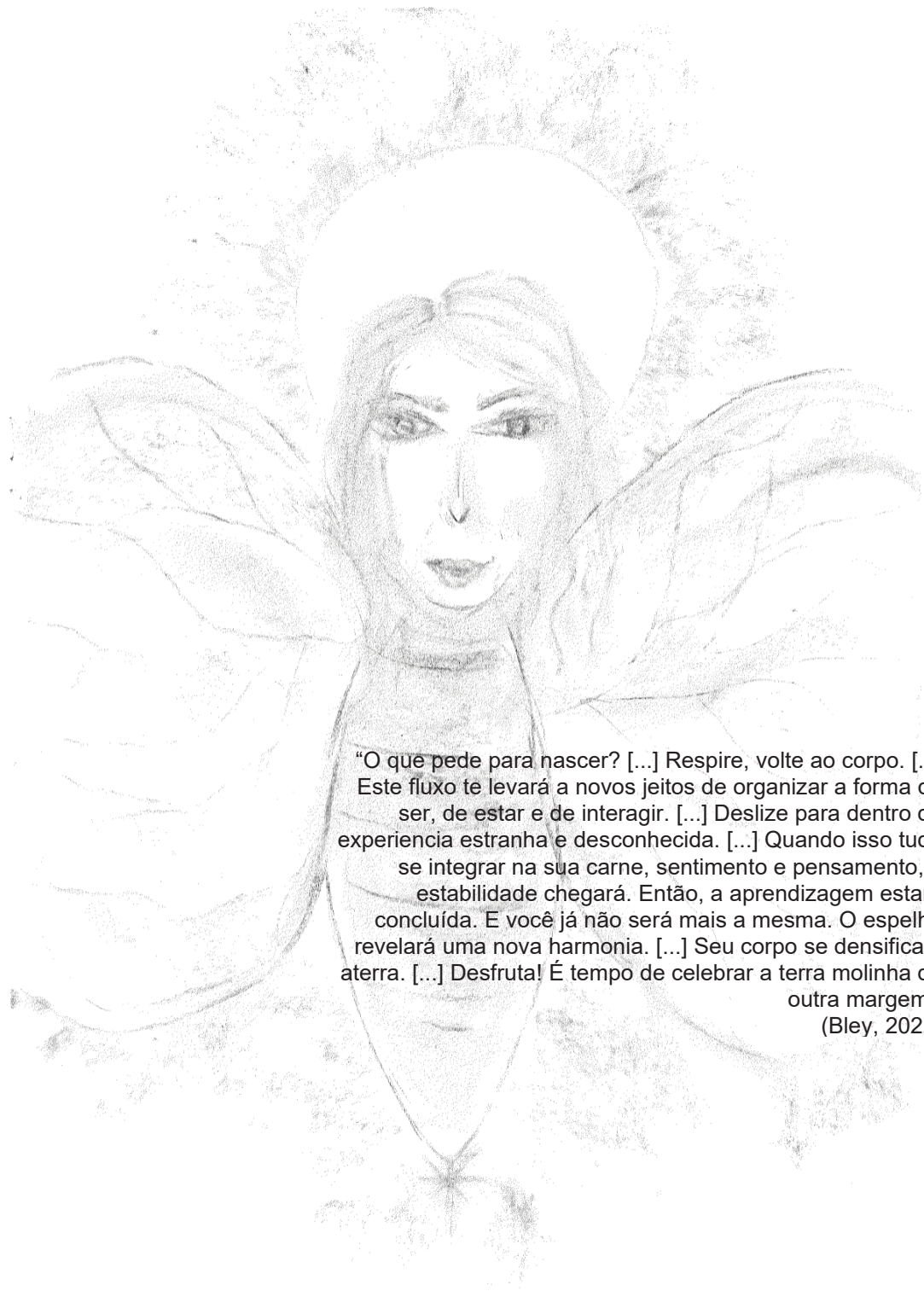
As entrevistas foram audiogravadas e transcritas com o auxílio de uma acadêmica de enfermagem, que para esta atividade não utilizou nenhum software de apoio, apenas escutava e transcrevia o conteúdo das gravações.

A cada participante foi oferecida a transcrição, como uma forma de registro de sua história vivida e no sentido de dar ciência e validar o conteúdo que seria analisado. Também foi ofertada a possibilidade de retirarem ou acrescentarem novas informações ou lembranças, surgidas após a entrevista.

Após a codificação aberta dos dados, estes foram enviados para quatro participantes que demonstraram interesse em recebê-los, para que validassem a interpretação e a fidedignidade dos significados atribuídos pela pesquisadora. Duas participantes sugeriram alterações nos códigos, no sentido de melhor adequação entre o significado de sua fala transcrita e a interpretação feita pela pesquisadora.

Honrando as participantes e suas histórias, e considerando a importância do rigor científico, conforme supracitado, a teoria passou pela etapa de validação com pesquisadoras experts e com mulheres que fizeram parte ou não dos grupos amostrais.

Por fim, às participantes do estudo foi informado que, a partir da conclusão da tese, lhes é garantido que solicitem acesso às informações, integrais ou parciais, as quais poderão ser enviadas por correio físico ou eletrônico, por conveniência da participante. Também receberam convite para o ato de defesa pública.



“O que pede para nascer? [...] Respire, volte ao corpo. [...] Este fluxo te levará a novos jeitos de organizar a forma de ser, de estar e de interagir. [...] Deslize para dentro da experiência estranha e desconhecida. [...] Quando isso tudo se integrar na sua carne, sentimento e pensamento, a estabilidade chegará. Então, a aprendizagem estará concluída. E você já não será mais a mesma. O espelho revelará uma nova harmonia. [...] Seu corpo se densifica e aterra. [...] Desfruta! É tempo de celebrar a terra molinha da outra margem.”
(Bley, 2022)

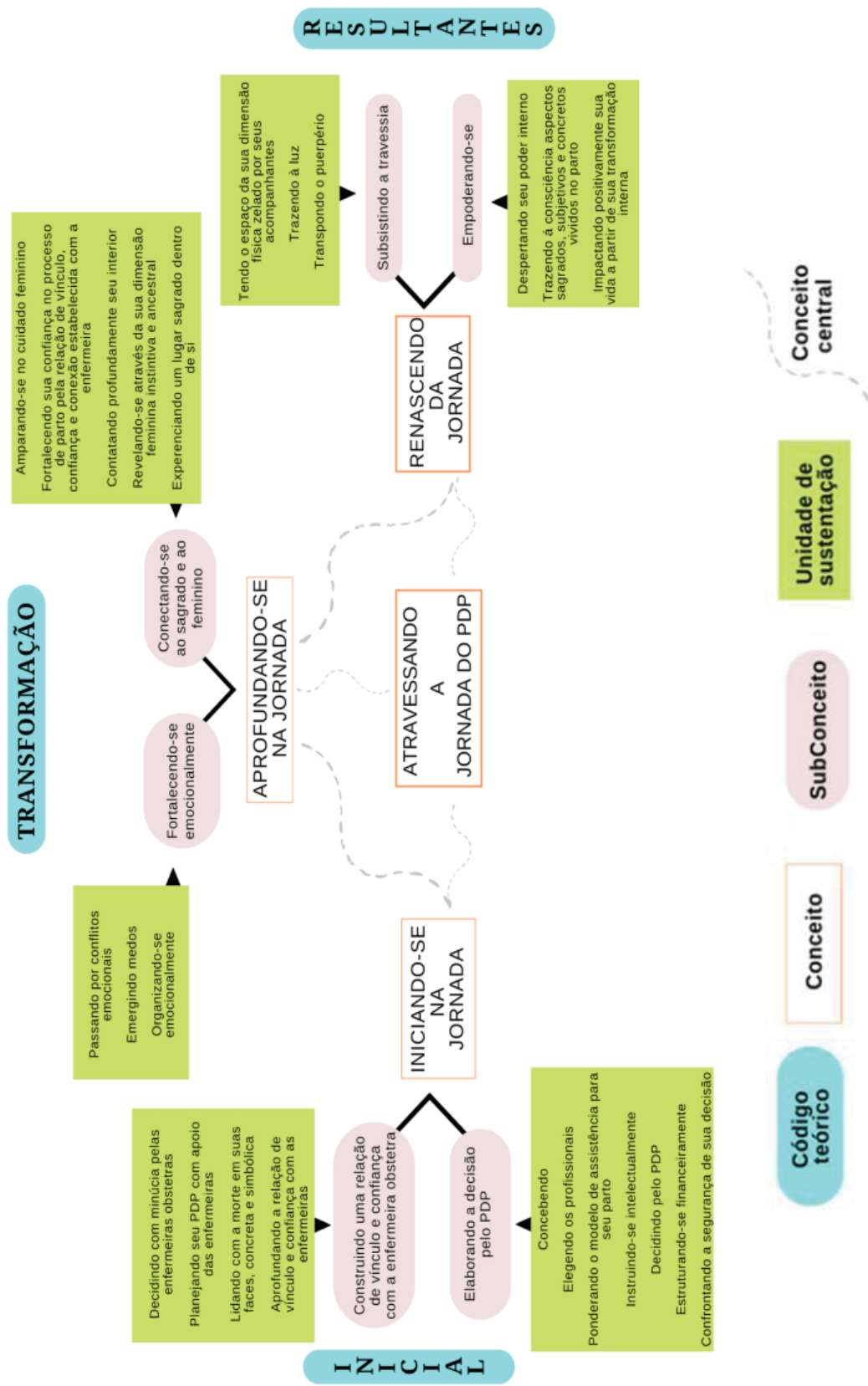
FONTE: A autora (2021).

RETORNANDO DA JORNADA

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A teoria substantiva intitulada “A vivência da mulher no Parto Domiciliar Planejado: uma jornada transpessoal” é resultado do processo de análise de entrevistas, memos, diagramas e produções estéticas feitas pelas participantes. Ela é composta por 1 (um) conceito central “Atravessando a Jornada do PDP”, que perpassa por 03 (três) conceitos, “Iniciando-se na Jornada”, “Aprofundando-se na Jornada”, e “Renascendo da Jornada”, 06 (seis) subconceitos e 25 (vinte e cinco) unidades de sustentação (FIGURA 11).

FIGURA 11 - SUMARIZAÇÃO DOS CONCEITOS, SUBCONCEITOS, UNIDADES DE SUSTENTAÇÃO E FASES DO SYSTEM PARTS.



FONTE: A autora (2022).

Conceito central, conceitos, subconceitos e unidades de sustentação estão organizados pelas três fases do código teórico *System Parts*. Já as relações entre conceitos, subconceitos e unidades de sustentação pelo código “família interativa”, serão melhor detalhadas adiante.

A fase inicial do código teórico, é representada pelo conceito INICIANDO-SE NA JORNADA, seus 2 subconceitos “**Elaborando a decisão pelo PDP**” e “**Construindo uma relação de vínculo e confiança com a enfermeira obstetra**”, e 11 (onze) *unidades de sustentação*.

A fase de transformação é composta pelo conceito APROFUNDANDO-SE NA JORNADA, 02 (dois) subconceitos “**Fortalecendo-se emocionalmente**” e “**Conectando-se ao sagrado e feminino**”, e 08 (oito) *unidades de sustentação*.

Como fase de resultantes tem-se em sua composição o conceito RENASCENDO DA JORNADA, com 02 (dois) subconceitos “**Subsistindo a travessia**” e “**Empoderando-se**”, e 06 (seis) *unidades de sustentação*.

Por fim, o conceito central ATRAVESSANDO A JORNADA DO PDP que perpassa tecendo a relação entre os demais três conceitos anteriores.

5.1 INICIANDO-SE NA JORNADA

Iniciando-se na jornada é o começo da travessia do PDP, momento em que a mulher parte de seu mundo habitual rumo ao nascimento de seu filho e de seu próprio renascimento, ainda que o destino mais subjetivo não esteja plenamente consciente. Dessa forma, este conceito relaciona-se numa interação de efeito, covariância e interdependência aos demais (QUADRO 7). As decisões e escolhas feitas nesta fase irão repercutir ao longo de todas as fases subsequentes.

QUADRO 7 - RELAÇÕES ENTRE SUBCONCEITOS DA FASE INICIAL DO CÓDIGO TEÓRICO.

Código Teórico (Fases do Sistema)	Conceitos	SubConceitos	Relações	Unidades de Sustentação
Inicial	INICIANDO-SE NA JORNADA	1. Elaborando a decisão pelo PDP	↑↓ (covariância) ↓ (Interação de efeito) ↔ (interdependência)	1.1 <i>Concebendo</i> 1.2 <i>Elegendo os profissionais</i> 1.3 <i>Ponderando o modelo de assistência para seu parto</i> 1.4 <i>Instruindo-se intelectualmente</i> 1.5 <i>Decidindo pelo PDP</i> 1.6 <i>Estruturando-se financeiramente</i> 1.7 <i>Confrontando a segurança de sua decisão</i>
		2. Construindo uma relação de vínculo e confiança com a enfermeira obstetra		2.1 <i>Decidindo com minúcia pelas enfermeiras obstetras</i> 2.2 <i>Planejando seu PDP com o apoio das enfermeiras</i> 2.3 <i>Lidando com a morte em suas faces, concreta e simbólica</i> 2.4 <i>Aprofundando a relação de vínculo e confiança com as enfermeiras</i>

FONTE: A autora (2022).

A jornada se inicia elaborando sua decisão pelo PDP, ao estar concebendo (-se), a mulher passa a buscar as melhores formas de parto e nascimento, de acordo com suas crenças e valores, sustentadas em aquisição de informações sobre o tema e, conseqüentemente, em sua instrução intelectual. O modo de assistência e cuidado buscados são alinhados às suas expectativas e desejos, bem como ao perfil de profissionais escolhidos para seu acompanhamento nessa jornada.

A escolha da enfermeira obstetra (ou enfermeiras) que irá lhe acompanhar, bem como a confiança e a criação de vínculo almejados, se faz de forma progressiva. Neste caso, ao ir planejando-se para seu parto, abordando e lidando com temas sensíveis e subjetivos como a morte, pode também aprofundar sua relação com a profissional minuciosamente escolhida.

5.1.1 Elaborando a decisão pelo PDP

A decisão pelo Parto Domiciliar Planejado é o início da jornada, se faz de modo processual e trata-se de uma construção autônoma e consciente da mulher. É elaborada através de sete unidades de sustentação que, amalgamadas e interagindo entre si, fundam este subconceito. Pode ter início como um vislumbre ainda antes da gestação, quando esta já está em curso, e ainda ser reafirmada quando já se passou uma ou mais vezes por esta vivência.

À medida que a mulher vai *concebendo* sua gestação e parto, seja em nível das ideias ou concretamente, como consequência, vai *elegendo os profissionais* que irão acompanhá-la no pré-natal e em seu parto.

A minúcia com que os elege, envolve ser respeitada e cuidada dentro de um espaço sagrado de relações de confiança, que se conectam com suas crenças e valores, no qual pode expressar-se e ser vista de forma integral, tendo suas necessidades atendidas. Ocorre na mesma proporção em que *se instruindo intelectualmente*, segue *ponderando o modelo de assistência* que deseja para seu parto e nascimento de seu filho.

Ao ir *decidindo-se pelo PDP*, vai *estruturando-se financeiramente*, numa relação de interdependência, para que ocorra a viabilização de sua escolha. Já com a sua decisão tomada, é diante de críticas recebidas e de suas próprias inseguranças que, *confrontando a segurança de sua decisão*, conclui-se esta fase inicial da jornada.

5.1.1.1 *Concebendo*

Embora a opção pelo PDP possa ser concebida antes da gestação propriamente dita, é quando ela de fato se inicia, de forma planejada ou não, que a elaboração da decisão passa a acontecer.

Ao estar gestante, a mulher se vê diante da necessidade de diversas tomadas de decisões que a levam a refletir e conceber, desde como será o nascimento do seu filho até sua responsabilidade enquanto mãe de gerar, parir e criar frente às adversidades da sociedade atual.

Como efeito ou consequência inicial da descoberta de sua gestação, a mulher busca acompanhamento médico obstétrico, começando então o processo de

elaboração da decisão pelo PDP, através das relações de covariância entre as unidades de sustentação.

5.1.1.2 *Elegendo os profissionais*

O acompanhamento pré-natal se inicia e, com ele, a busca criteriosa e progressiva por profissionais que apoiem suas decisões e o desejo pelo parto normal, que ofertem o que julgam boa qualidade do atendimento clínico, atenção, e a direcionem com informações e suporte de segurança na elaboração da tomada de decisão sobre seu parto. Envolve também sentir-se respeitada sobre suas crenças e valores, poder expressar-se dentro de um espaço sagrado de relações de confiança, sendo cuidada e vista de forma integral, tendo suas necessidades atendidas.

Nessa busca, algumas mulheres, mesmo sendo usuárias do serviço privado de saúde, por não encontrarem neste o apoio ou a qualidade almejada, optam por seguirem com o acompanhamento de pré-natal no serviço público, no qual percebem suas necessidades serem melhor atendidas.

Por outro lado, outras mulheres, ao iniciarem o acompanhamento no serviço público, não têm suas expectativas atendidas, não são acolhidas ou apoiadas, e concomitantemente, recorrem também a um médico privado, geralmente referenciado como profissional humanizado, figura na qual buscam encontrar boa qualidade de atendimento, apoio e acolhimento.

A busca e eleição de profissionais para o acompanhamento de sua gestação e parto pode perdurar toda a gestação, até o momento que se sinta segura, apoiada e/ou satisfeita.

Quando se deseja um parto normal, dentro dos modos de atendimento humanizado, a doula também costuma ser uma das primeiras profissionais a serem eleitas, normalmente por referência ao seu trabalho de boa qualidade e, principalmente, por afinidade pessoal. É ela que, durante a gestação, servirá como fonte de informações e de preparo para o parto, também fornecendo alguns caminhos a serem seguidos para se conseguir um parto normal e encontrar outros profissionais humanizados, especialmente quando está se concebendo a ideia de ter um parto normal pela primeira vez.

Para mulheres que vivenciaram anteriormente um PDP, esta unidade de sustentação pode ser reiniciada caso não tenha ficado satisfeita com a experiência

prévia ou alguma condição no seu contexto tenha sido alterada, como a financeira por exemplo. No entanto, a escolha pelos profissionais pode ser reafirmada a cada vivência considerada positiva e pelos vínculos de afinidade, segurança e confiança estabelecidos.

De forma recíproca e covariante á eleição dos profissionais, as mulheres começam a contatar com as diversas possibilidades de modelos de atendimento ao parto e nascimento, passando então a refletir e ponderá-las.

5.1.1.3 *Ponderando o modelo de assistência para seu parto*

Inicialmente, há o desejo por um parto normal, principalmente quando foram inspiradas por relatos positivos de mulheres que já o vivenciaram. No entanto, ao adentrar o universo do parto, como costumam nominar o conjunto de informações, relações e escolhas que envolvem o desejo e a busca por um parto normal, percebem, de forma negativa, os modos convencionais disponíveis de parto e nascimento.

Ao compreender as implicações danosas das intervenções, práticas comuns e rotineiras realizadas nos hospitais, a mulher passa a desejar não somente um parto pela via vaginal e preparar-se fisicamente para tal, mas um parto que envolva um cuidado humanizado e seguro, para si e para seu bebê, que respeite sua autonomia, liberdade e privacidade, que lhes proporcione um ambiente sagrado de paz e tranquilidade.

Quando se está ponderando e decidindo o modelo de assistência para seu parto natural e domiciliar planejado, é fundamental que a gestação esteja saudável, e a mulher passa a conhecer e cultivar as condições físicas necessárias para seu êxito e favorecimento. Cuidar da sua saúde física envolve desde a preocupação com relação à realização de exames clínicos e acompanhamento médico, até cuidados nutricionais e atividades físicas para manutenção e condicionamento do seu corpo para o parto.

Nesta unidade de sustentação, reflexões sobre as novas descobertas e a necessidade de fazer escolhas conscientes, costumam ser partilhadas com o companheiro, especialmente quando se depara com a possibilidade de um parto em casa ou precisa reiterar a escolha para uma nova vivência, no caso de mulheres que já passaram pelo PDP anteriormente.

A tomada de decisão pelo PDP é uma elaboração que acontece ao longo da gestação, podendo também ser concebida antes mesmo, mas é em seu curso que de fato ocorre. Covariando com sua instrução intelectual é, ao nutrir-se de informação, que de forma recíproca vai refletindo e ponderando os modelos de assistência disponíveis.

5.1.1.4 *Instruindo-se intelectualmente*

À medida que a mulher busca informação sobre os modos de parir e nascer, vai instruindo-se intelectualmente para o parto, sobre seus aspectos físicos e fisiológicos, e as melhores formas de vivenciá-lo.

Trata-se de uma verdadeira imersão no preparo intelectual, principalmente quando se vivencia essa jornada pela primeira vez. Participa de grupos de apoio, de forma física ou virtual, nos quais pode ouvir experiências de outras mulheres e compartilhar as suas. Recebe orientações privadas de profissionais especialistas, quando os contrata, mas também busca instrução em redes sociais.

Nesse processo de instrução para o parto, também compreende possíveis caminhos a serem seguidos para consegui-lo com êxito, favorecendo sua fisiologia, quais profissionais poderão apoiá-la e o que esperar de cada um.

É de forma covariante e recíproca a esta unidade de sustentação que, ao compreender a fisiologia do parto, seus aspectos potencializadores e seus benefícios são relacionados à escolha pelo modelo de assistência, bem como o melhor local para esta vivência, a partir de seu conhecimento intelectual, crenças, valores, necessidades objetivas e subjetivas.

5.1.1.5 *Decidindo pelo PDP*

Como dito anteriormente, a decisão pelo PDP é uma elaboração da mulher que envolve a relação recíproca e covariante entre as unidades que sustentam este conceito. Assim, embora o conceito que a presente unidade sustente seja a própria elaboração desta decisão, existe um momento específico em que a mulher se encontra com a possibilidade de um PDP e passa a dedicar-se a entendê-lo melhor.

Carregada de mitos ou de ausência de conhecimento sobre a existência da realização de um parto em casa na contemporaneidade, ao adentrar no universo do

parto e instruir-se intelectualmente, a mulher se depara com a possibilidade de um PDP.

Considerando fundamental a busca por informações de boa qualidade e fontes, passa a estudar o tema, percebendo que este se alinha melhor a suas crenças, valores, desejos e necessidades, especialmente a razões ligadas aos cuidados que envolvem a segurança e proteção do seu bebê, a ideia de um ambiente hospitalar começa a deixar de fazer sentido como um local de primeira escolha para seu parto.

Para a tomada de decisão, a mulher que possui um companheiro costuma compartilhar e envolvê-lo em suas buscas e aquisições de informação e conhecimento, considerando fundamental e decisivo para sua escolha ter seu apoio.

Nesta unidade de tomada de decisão, a mulher questiona-se se de fato estará preparada para responsabilizar-se por sua escolha, preocupa-se com a segurança da assistência e pelos riscos assumidos de forma consciente e autônoma, ou ainda se sob aspectos emocionais dará conta de parir.

No entanto, durante a elaboração de sua decisão, ao vivenciarem as unidades de sustentação anteriores, elegendo os profissionais, ponderando o modelo de assistência e instruindo-se, vão contatando com a vivência de outras mulheres, desconhecidas, amigas, familiares, mas também com as suas próprias, no caso de já terem tido outras gestações, e assim vão construindo o momento do PDP ao longo da gestação.

As vivências que inspiram e sustentam a decisão pelo PDP podem ser positivas ou negativas. As positivas impulsionam a mulher e fortalecem a segurança de sua decisão. Para as que já vivenciaram anteriormente a jornada de um PDP, é a certeza do desejo de repeti-la, às vezes com alguns aspectos diferentes, mas passando novamente por toda a jornada.

Já as vivências negativas, suas ou de outras mulheres, e que estão relacionadas a partos desrespeitosos, uso abusivo de intervenções e práticas médicas violentas, contribuem especialmente quando se está ponderando o modelo de assistência que deseja para seu parto, reforçando seu desejo ou tendência a optar pelo PDP.

A mulher que decide ou está elaborando sua decisão pelo PDP, conhece as condições físicas e de saúde exigidas para tal. Dessa forma, preocupa-se em manter-se elegível e viável para receber sua assistência domiciliar.

Esta unidade de sustentação acontece de forma interdependente e balanceada com os aspectos financeiros que envolvem esta opção, uma vez que, ao menos parte da assistência será contratada de forma privada.

5.1.1.6 *Estruturando-se financeiramente*

Sabendo que para seu PDP ocorrer, é preciso dispor financeiramente de recursos para contratação minimamente da equipe de assistência direta ao parto, a mulher começa a estruturar-se financeiramente para tal, especialmente as que não contam com os valores necessários disponíveis e sobressalentes em suas reservas.

Assim, pensando em alternativas para o aporte financeiro, busca estratégias de captação ou negociação dos custos do PDP. Algumas equipes possibilitam o parcelamento dos valores, ainda assim, algumas mulheres fazem empréstimos, recebem doações de amigos e familiares, e ainda decidem priorizar suas necessidades de compra e gastos durante a gestação, em detrimento ao pagamento do parto.

Há mulheres que se utilizam das possibilidades e recursos citados acima, continuam trabalhando fora de casa, poupando dinheiro, e por ter se organizado financeiramente, utilizam também suas reservas já predestinadas antes da gestação ou desde seu início a esta finalidade.

Fato é que esta unidade de sustentação possui uma relação de interdependência com a própria decisão pelo PDP, uma vez que ao decidir-se por este local de parto, a mulher precisará estruturar-se financeiramente.

5.1.1.7 *Confrontando a segurança de sua decisão*

Já com sua decisão pelo PDP tomada de forma consciente, resultado dessa elaboração minuciosa, por vezes a mulher ainda é confrontada e criticada ao longo desta iniciação, principalmente ao compartilhar suas buscas e planos com amigos e familiares.

Mesmo tendo a certeza de sua decisão, a influência de pessoas próximas, carregadas de medos e mitos sobre o PDP, as fazem, de alguma forma, rever e questionar a segurança de sua escolha.

No entanto, por estar sustentada em processos de aquisição de informações de boas referências, no apoio dos profissionais escolhidos, assumem sua escolha com autonomia e responsabilidade, o que as permite seguir pela jornada.

Esta é uma unidade que possui uma relação de efeito com as demais, uma vez que é por conta da elaboração de suas escolhas que acaba sendo questionada e, de certa maneira, testada no que diz respeito à segurança sobre sua decisão.

5.1.2 Construindo uma relação de vínculo e confiança com a enfermeira obstetra

A partir da elaboração da decisão pelo PDP, a mulher precisa escolher a equipe de enfermeiras ou reafirmar sua escolha, no caso de vivências prévias, por aquelas que irão lhe acompanhar no pré-natal, parto e pós-parto. Assim, quando uma mulher está *decidindo com minúcia pelas enfermeiras obstetras*, embora trate-se de uma unidade de sustentação que possua autonomia funcional sobre as demais deste subconceito, trata-se de uma unidade da jornada que se relaciona, de maneira interdependente, ao conceito anterior – Elaborando a decisão pelo PDP.

Ao iniciar a procura por atendimento de enfermagem obstétrica, recebem a indicação por parte de outras pessoas, amigas ou médicos, e passam a conhecer as possibilidades disponíveis, através de encontros marcados ou eventos para gestantes.

A escolha e contratação da enfermeira obstetra, ou de uma equipe, costuma ser refinada e vai além de considerar aspectos da competência técnica. Envolve a percepção de confiança, disponibilidade, postura humanizada, alinhamento de afinidades, sensibilidade, e saber lidar com aspectos emocionais.

Ao iniciar o pré-natal domiciliar, *planejando seu PDP com o apoio das enfermeiras obstetras*, a mulher é incentivada a expressar-se em relação às suas expectativas, a elaborar medos, desejos, compreender logísticas e atribuições dos acompanhantes presentes no dia do parto. Ela também se informa e se planeja em relação às fases fisiológicas do trabalho de parto e como lidar com elas. Seu plano de parto abarca não somente a ocorrência domiciliar mas, tendo ciência dos riscos e da possibilidade de transferência hospitalar, os procedimentos ou cuidados desejados ou aceitos nesta situação.

Embora o medo de complicações no parto ou da morte, sua ou de seu bebê possa permear seu campo mental e emocional ao longo da gestação, é ao chegar a esta unidade durante o planejamento do seu PDP que a mulher vai *lidando*, de fato, *com a morte em suas faces, concreta e simbólica*. Da concretude diante da possibilidade da morte, tem seus sentimentos, pensamentos e dúvidas validados, organizando-se internamente de alguma maneira que se torna um tema consciente e melhor resolvido.

A morte simbólica, consciente ou não, ocorre num campo subjetivo ao ter que morrer-se o que se é até o determinado momento da gestação, para o que tornar-se-á após o parto e nascimento de seu filho.

Conforme esses encontros de preparo e planejamento para o PDP vão ocorrendo e as temáticas aprofundando, numa interação covariante e de efeito, a mulher também vai *aprofundando a relação de vínculo e confiança com as enfermeiras obstetras*.

Assim, permeando os momentos de planejamento, começa a se estabelecer uma reciprocidade entre as partes, a partir da busca e da disponibilidade da mulher em fortalecer os laços de vínculo, ultrapassando as barreiras estritamente profissionais e emocionalmente distantes, às vezes existentes, e abrindo-se em suas diversas dimensões para deixar-se ser conhecida pelas enfermeiras.

5.1.2.1 *Decidindo com minúcia pelas enfermeiras obstetras*

A escolha pelo atendimento de enfermeiras obstetras, assim como a decisão pelo PDP, podem ocorrer antes mesmo da gestação ou ser revalidada, no caso de a mulher já conhecer a enfermeira previamente.

No entanto, essa é uma decisão que se inicia pela busca dessas profissionais, podendo ser através de indicações, seja por parte do seu médico de confiança ou de amigas e pessoas conhecidas com uma experiência positiva da relação de atendimento.

De posse das indicações ou possíveis eleitas, a mulher vai ao encontro dessa profissional ou equipe de enfermeiras obstetras, com o intuito de conhecê-las. A escolha e contratação da disponibilidade é minuciosa, seguindo critérios particulares, definidos a partir de suas expectativas e desejos para a assistência do seu PDP.

A mulher costuma buscar por qualidades que ultrapassam a competência

técnica e profissional da enfermeira, embora não as negligencie para a necessidade de segurança exigida. Dessa forma, a mulher considera, como aspectos de eleição e de decisão, disponibilidade de atenção, desejo de uma relação mais próxima, sensibilidade para lidar com aspectos emocionais, além de alinhamento de afinidades.

5.1.2.2 *Planejando seu PDP com o apoio das enfermeiras obstetras*

A partir da decisão minuciosa pelas enfermeiras obstetras, e ao iniciarem os encontros semanais de pré-natal domiciliar, segue-se planejando seu PDP em conjunto e com o apoio das profissionais contratadas.

Os encontros domiciliares propiciam a expressão de suas expectativas e idealizações sobre seu parto. As expectativas positivas envolvem a confiança de que seu parto acontecerá da forma como o planejado, de forma natural e em casa, num ambiente familiar, receberá uma assistência respeitosa e cuidados não farmacológicos como a massagem, entre outros, o ambiente será preparado para que se sinta relaxada e em privacidade. Será um dia de realização e estará apoiada por seu companheiro.

Sua busca por privacidade e intimidade no momento do parto pode ser verbalizada ou sentida como um desejo de parir sozinha, ficando esta, no entanto, no seu campo imaginário.

A dor do parto é de certa maneira um tema que permeia suas expectativas, esperando que esta se apresente de forma intensa, mas também acreditando que saberá lidar com ela. Assim como a dor, o processo de parto e seus comportamentos durante este também fazem parte de seu imaginário, passando pelas posições que assumiria na hora do nascimento, o local da casa onde pariria até o tempo de duração das fases do processo.

Nesta unidade de sustentação de planejamento, pensar e escolher seus acompanhantes é um aspecto peculiar do PDP, e munida de informações e preparo intelectual, conhecendo os fatores potencializadores e dificultadores da fisiologia do parto, a mulher rejeita a presença daquelas pessoas que julga serem influências negativas para seu campo emocional, tendo a predileção e elegendo aquelas em que sente força positiva e confiança, podendo ser seu companheiro, filhos menores, amiga

ou a mãe, em alguns casos.

Sob os aspectos práticos, logísticos e obstétricos que envolvem o planejamento do PDP, estes também costumam ser documentados de forma escrita em um “plano de parto”. Após receber informações e orientações sobre riscos e condutas a serem tomadas diante de urgências e emergências durante o processo de parto, a mulher consente com autonomia sobre estes, segura pela sua decisão e equipe escolhida.

Nesse sentido, a mulher também planeja seu parto em uma instituição hospitalar em caso de transferência, desde para qual irá, quem irá atendê-la, até suas expectativas, desejos e concordâncias. Este plano de parto costuma ser encaminhado previamente para seu médico ou instituição que a atenderá ou será apresentado na ocorrência propriamente dita.

5.1.2.3 *Lidando com a morte em suas faces, concreta e simbólica*

A possibilidade de ocorrência de uma morte durante o processo de parto e nascimento é um tema por vezes evitado de ser abordado ou até mesmo expressado verbalmente, podendo permanecer no campo dos sentimentos e pensamentos da mulher durante a gestação.

No entanto, ao aproximar-se do seu PDP, normalmente durante os encontros com as enfermeiras, nos momentos de planejamento e nas oportunidades de expressar-se genuinamente, a mulher vai contatando a possibilidade concreta da morte como um risco.

Ao trazer para a consciência, a partir primeiramente de uma elaboração racional, esclarecendo dúvidas e pensando o que fazer ao estar diante da morte, vai de certa forma elaborando, organizando e pacificando seus sentimentos. Embora não seja (obviamente) desejada, a morte (concreta) passa a ser compreendida como uma possibilidade natural na presença da vida.

Para além da concretude da morte como uma possibilidade, a mulher também pode ter que encarar e lidar, de maneira consciente ou não, com a morte sob seu aspecto subjetivo e simbólico. Ao aproximar-se do parto e nascimento propriamente ditos, há a necessidade de abandonar quem se é, para tornar-se o que será. É a percepção de morrer em solidão, entregar-se ao desconhecido e passar pelo portal do parto, abrindo-se pela primeira, segunda, terceira ou mais vezes, vivendo um PDP.

5.1.2.4 Aprofundando a relação de vínculo e confiança com as enfermeiras obstetras

O aprofundamento da relação de vínculo e confiança com as enfermeiras obstetras passa a acontecer de forma covariante e como um efeito dos encontros semanais de pré-natal nos quais instrui-se, prepara-se, planeja-se para o parto com o apoio destas e lida com temas profundos como a morte.

A mulher anseia por fortalecer o vínculo emocional com as enfermeiras, e o considera fundamental para seu processo de parto. Para tal, costuma recebê-las à mesa com uma farta refeição e, nesse sentido, sente falta de mais encontros. Também ao receber o acompanhamento, permite-se ser conhecida pelas profissionais, confiando a estas seus sentimentos, medos, inseguranças, intimidades, conflitos emocionais e relacionais.

Embora possa haver momentos de conflitos, desconfortos e rompimentos entre mulher e profissionais, a relação costuma se reestabelecer, ao menos até a conclusão do atendimento, ou elege-se uma enfermeira para vinculação em detrimento de outras.

A relação de vínculo e de confiança se estabelece com a profissional com quem a mulher mais se sente identificada por afinidades, e por ser vista e cuidada de forma integral e holística. A sensação de intimidade e conexão estão presentes nessa relação, atitudes honestas e transparentes são valorizadas, além de sentir-se acolhida, valorizada e segura.

O campo fenomenológico e de segurança construídos são expressos nessa relação também ao poder confiar aspectos de seu mundo subjetivo, sendo seu Eu verdadeiro, a partir de uma atitude de presença plena e genuína da enfermeira, especialmente daquela que tem habilidade para ler e interpretar as sutilezas do que é ou não manifestado, numa disposição de vivenciar a jornada de forma mútua.

5.2 APROFUNDANDO-SE NA JORNADA

Ao ir transpondo a fase de iniciação, passa-se ao aprofundamento na jornada e em si mesma. O quadro 8 apresenta os conceitos, subconceitos, unidades e relações que sustentam esta fase do sistema.

QUADRO 8 - RELAÇÕES ENTRE SUBCONCEITOS DA FASE DE TRANSFORMAÇÃO DO CÓDIGO TEÓRICO.

Código Teórico (Fases do Sistema)	Conceitos	SubConceitos	Relações	Unidades de Sustentação
Transformação	APROFUNDANDO-SE NA JORNADA	3. Fortalecendo-se emocionalmente	↑↓ (covariância) ↓ (Interação de efeito)	3.1 <i>Passando por conflitos emocionais</i> 3.2 <i>Emergindo medos</i> 3.3 <i>Organizando-se emocionalmente</i>
		4. Conectando-se ao sagrado e feminino		4.1 <i>Amparando-se no cuidado feminino</i> 4.2 <i>Fortalecendo sua confiança no processo de parto pela relação de vínculo, confiança e conexão estabelecida com a enfermeira</i> 4.3 <i>Contatando profundamente seu interior</i> 4.4 <i>Revelando-se através da sua dimensão feminina instintiva e ancestral</i> 4.5 <i>Experenciando um lugar sagrado dentro de si</i>

FONTE: A autora (2022).

O contato com seu mundo interior se faz, inicialmente, perante a existência de conflitos emocionais, medos, desafios e dissonâncias em suas relações familiares afetivas. Tais situações tornam-se demandas emocionais a serem valorizadas e enfrentadas, trazidas à sua dimensão consciente, elaboradas e restituídas através da sua conexão com a espiritualidade, da expressão de seus sentimentos, apoiada por profissionais acolhedores, respeitosos e por recursos integrativos e complementares à saúde, promovendo o apaziguamento e sua organização emocional.

Aprofunda-se mais nesta fase da jornada ao entrar em trabalho de parto e amparar-se no cuidado feminino ofertado pelas mulheres presentes, profissionais ou

familiares. Na presença de dúvidas e inseguranças diante de sua travessia neste momento, busca, na relação de vínculo e conexão estabelecidos com a enfermeira obstetra, segurança em seu processo de parto.

Sentindo-se acolhida, segura, livre para abrir-se e expressar-se, segue sua jornada, aprofundando-se ainda mais em seu mundo interior. Em um movimento interno comparado a um transe, a mulher vai se desconectando do ambiente externo e de seu mundo racional, através da introspecção e da conexão consigo mesma, acessa uma outra dimensão de sua existência, contatada somente nesta oportunidade vivida. Um lugar abstrato e subjetivo, livre das limitações de tempo e espaço, onde a mulher é capaz de revelar seus aspectos femininos, instintivos e ancestrais, abrindo-se para parir (-se), concreta e simbolicamente.

É neste lugar onde encontra e enfrenta seus desafios internos, mas também é onde reside sua essência enquanto ser e enquanto mulher, é onde depara-se com o mistério e com a força da natureza e, conectando-se ao divino e ao sagrado em si mesma, encontra sua potencialidade e poder, refletidos na sensação de plenitude e fé na vida.

5.2.1 Fortalecendo-se emocionalmente

Embora possa se considerar emocionalmente bem e estável, antes ou ainda no início da gestação, ao longo desta que pode durar até 41 ou 42 semanas, algumas situações, como a própria gestação ou determinados aspectos do campo emocional ou relacional, podem se manifestar, gerar conflitos, sentimentos e sensações deste seu mundo subjetivo e que precisarão serem percebidos, valorizados, aceitos sem julgamentos e integrados à vida da mulher para o parto.

Situações como falta de apoio, instabilidade e rompimentos na relação conjugal, assim como seu próprio estado de sensibilidade emocional, dúvidas e dificuldade sobre seu novo papel ao tornar-se mãe, faz com que a mulher vá *passando por conflitos emocionais*. Também podem ir *emergindo medos* com potencial influenciador no PDP, expressados como medo do parto, da maternidade, de não conseguir entregar-se ao processo de parto ou ainda necessitar de intervenções médico-hospitalares.

É diante das adversidades, conflitos emocionais e da consciência do possível impacto destes no momento do parto, que buscando paz, tranquilidade interna, autoconhecimento, apoio e equilíbrio emocional, sentido e significado para o momento que está vivendo, fortalece também suas emoções se avigorando por meio da espiritualidade.

Através do vínculo e da escuta acolhedora de outras mulheres, especialmente da enfermeira obstetra, buscando e fazendo uso de diversos recursos terapêuticos complementares e psicoterápicos, que a mulher pode entrar em contato com suas emoções profundas e subjetivas, com sua sexualidade e aspectos do seu feminino, e assim, ir *organizando-se emocionalmente*.

Dessa forma, é em uma relação de interdependência, ao passar por conflitos emocionais e pela emersão de seus medos que, como efeito, possibilita organizar-se emocionalmente, configurando um conjunto de unidades de sustentação covariantes, a partir das quais a mulher segue o curso de sua jornada *fortalecendo-se emocionalmente*.

5.2.1.1 *Passando por conflitos emocionais*

A mulher durante a gestação sente-se sensibilizada, algumas vezes instável e fragilizada emocionalmente, normalmente externalizando por meio do choro e sentimentos como a raiva, culpa e arrependimentos, uma mistura de emoções que a fazem sentir-se abalada, piorando ao sofrer interferências externas e críticas de pessoas que a circundam.

As brigas e conflitos conjugais com o companheiro, quando ocorrem, assim como a percepção de sua falta de apoio durante a gestação, causam desconforto emocional e são gatilhos para potencializar emoções e sentimentos que a fragilizam ainda mais, levando, em alguns casos, até ao rompimento da relação.

Outro aspecto de relevante influência sobre seus conflitos internos e emocionais, mas também um propulsor para a resolução destes, é a relação com sua mãe. Há a percepção de uma dificuldade relacional, que expressa sua dificuldade em transcender seu papel ou status de filha, tornar-se mulher e mãe. Esta é uma percepção subjetiva da mulher, presente e percebida especialmente após a vivência da jornada, um trabalho terapêutico e/ou pelo seu amadurecimento psíquico.

5.2.1.2 *Emergindo Medos*

O surgimento de medos durante a gestação possui uma relação covariante e interdependente com os conflitos emocionais, uma vez que na ocorrência primeira de um ou outro, ambos estarão presentes.

No entanto, para a mulher que está vivenciando esta jornada, seus medos perpassam pelo âmbito do parto e da maternidade propriamente ditos, especialmente quando estes ainda são experiências desconhecidas.

O medo de passar pelo processo de parto costuma estar relacionado à dor, à sua possível demora, a passar pelo período expulsivo e o risco de laceração, à necessidade de transferência ou de uma assistência médico-hospitalar, ou ainda de não conseguir entregar-se a esse momento e permanecer em seu estado racional que, de alguma forma, poderá interferir na fisiologia do parto.

Algumas mulheres demonstram ter a consciência de que seus medos e conflitos emocionais podem se manifestar de alguma forma durante o processo de parto e interferir negativamente neste momento. É diante desta preocupação que irão buscar e fazer uso de diversos recursos terapêuticos, como um preparo emocional.

Além disso, a mulher que apresenta medos e tem a possibilidade de expressá-los, ao trazê-los à sua consciência, pode buscar apoio a recursos de ajuda e preparo. A expressão de sentimentos costuma ocorrer num ambiente de acolhimento, vínculo e segurança, proporcionado principalmente pela enfermeira obstetra que a acompanha, em alguns casos, pela sua doula ou alguma amiga.

5.2.1.3 *Organizando-se emocionalmente*

Organizar-se emocionalmente é uma unidade de sustentação covariante e estabelecida como uma interação de efeito a partir da presença de medos e conflitos durante a gestação.

O apoio e acolhimento emocional recebido a partir da expressão dos seus sentimentos é feito por outras mulheres, sendo estas suas amigas, mãe, doula e/ou principalmente pela enfermeira obstetra eleita para o acompanhamento do seu PDP. No entanto, é possível que os desafios emocionais sejam enfrentados por meio da espiritualidade, seja porque esta já era vivida ou passa a ser buscada como um recurso de fortalecimento.

Nesse contexto, a espiritualidade não se relaciona necessariamente à religiosidade, embora possa estar presente, mas à fé na vida, nos desígnios, presença e influência de Deus, de seres espirituais e de sua própria ancestralidade.

Sua busca por, e a utilização de recursos terapêuticos para equilíbrio e fortalecimento emocional, como uma das formas de preparo para o parto, envolvem as práticas integrativas e complementares de saúde, como massagem, aromaterapia, homeopatia, constelação familiar sistêmica e regressão, oferecidas por enfermeiras ou outros profissionais, além da psicoterapia.

No entanto, é especialmente durante as consultas de pré-natal com a enfermeira obstetra que a mulher é oportunizada a fazer contato com suas emoções mais profundas e subjetivas, um espaço no qual pode expressar-se e ser escutada. Aspectos emocionais que envolvem seus medos e questões relacionais com o companheiro, mãe e/ou consigo mesma, são trazidas à tona, percebidas, trabalhadas, e ressignificadas ou liberadas.

No que tange à sua relação consigo mesma durante a gestação, questões envolvendo aspectos do seu lado feminino e sua sexualidade se apresentam. A necessidade de refletir sobre seu ser mulher, permitir que seu feminino aflore e se faça presente para o fluir do parto, além de experimentações e descobertas sobre sua sexualidade e prazer, também se fazem presentes e tornam-se conteúdo para sua organização e fortalecimento emocional.

Assim, ao contatar de forma genuína suas emoções e sentimentos, ser acolhida ao expressar-se, ser ouvida e apoiar-se em recursos terapêuticos, a mulher vai se ordenando subjetiva e internamente.

Às vésperas do seu parto, como últimos preparativos, vai se ambientando interna e externamente para a chegada do seu bebê, seja ritualizando o final da gestação em encontro de celebração entre mulheres amigas e familiares para receber suas bênçãos, realizando atividades relaxantes e exercícios de afirmações positivas, ou ainda preparando a casa, o enxoval e os materiais necessários para o dia do parto.

São nesses momentos finais da gestação de organização emocional, margeando os dias que antecedem ao parto, que suas relações afetivas entram em harmonia. Para a mulher que ainda se sentia desconectada ou em desarmonia com o companheiro, a relação de amor, apoio e harmonia também se reestabelece.

5.2.2 Conectando-se ao sagrado e feminino

O momento do parto chega e a travessia de corpo e alma para deixar de ser quem se é, estando gestante, em direção a uma nova versão de si mesma, começa a se concretizar. *Amparando-se no cuidado feminino* ofertado pelas pessoas presentes, sejam estas doula, enfermeiras, familiares ou amiga, na forma de atos de serviço, palavras de incentivo ou toques de afeto, a mulher sente-se segura e apoiada, física e emocionalmente.

Embora tenha se preparado emocional e intelectualmente, momentos de incertezas e sensação de insegurança podem se manifestar. Então, é recebendo cuidados, conectando-se e sentindo-se acolhida, que a mulher segue sua travessia, *fortalecendo sua confiança no processo de parto pela relação de vínculo, confiança e conexão estabelecida com a enfermeira*. Relação esta covariante e recíproca ao ser construída ainda na fase inicial de sua jornada.

Ao sentir-se confiante e segura, dentro de um ambiente íntimo, familiar e acolhedor, numa interação de efeito, a mulher vai *contatando profundamente seu mundo interior* a partir de um movimento de concentração e interiorização, ao desconectar-se do seu controle mental e racional, manifestado pela percepção do ambiente externo. É neste local subjetivo que a mulher adentra e transcende seu estado de consciência, atravessando, metaforicamente, pelo portal da morte simbólica e renascendo.

De forma covariante, a sua passagem por esse portal vai *revelando-se através da sua dimensão feminina instintiva e ancestral*, primeiramente podendo irritar-se com estímulos do ambiente externo e recusar contato físico, expressando com liberdade e sem pudores, seu corpo, sua sexualidade e, em alguns casos, as dores da sua alma. Neste momento, pode buscar fortalecer-se, conectando-se com sua ancestralidade feminina através dos campos energético e espiritual.

Para além dos desafios da sua dimensão física e corporal, podem surgir desafios internos de aspectos emocionais, manifestados através do choro, sentimentos desconfortáveis de medo e vulnerabilidade, por exemplo. Estes desafios precisam ser enfrentados para que a travessia ocorra, então a mulher percebe que, embora esteja recebendo cuidado, apoio e segurança externos, parir depende somente de si. Ao dar-se conta disso, passa a contatar internamente sua essência,

espaço subjetivo onde reside sua fonte de poder. Dessa maneira, encontrando força em si mesma, segue *experenciando um lugar sagrado dentro de si*.

A experiência nesse lugar sagrado acontece a partir do momento em que a mulher deseja e abre-se à conexão com essa dimensão subjetiva e divina da sua existência e, como em um estado de redenção e entrega, é capaz de sentir-se em plenitude a fé na vida.

5.2.2.1 *Amparando-se no cuidado feminino*

Ao estar diante de seus desafios internos no momento do parto, a mulher busca apoiar-se especialmente na(s) figura(s) feminina a qual mais se conecta por meio da confiança e vínculo. Para quem teve a presença de uma doula, esta costuma ser sua referência de segurança, amparo e orientação, física e emocional. Nestes casos, a enfermeira restringe-se à realização de procedimentos técnicos. Algumas mulheres acreditam, inclusive, que caso a doula não estivesse presente, a atitude da enfermeira obstetra poderia ser diferente, cuidando também dessas outras dimensões.

No entanto, seu cuidado diante de suas necessidades físicas como alívio da dor, do cansaço, alimentação e sustentação, além das emocionais e espirituais, como estado de presença, palavras de apoio e incentivo, sensação de estar sendo abençoada, de respeito, afetividade e proteção, costumam vir de seus familiares presentes, mas podendo também ser ofertados pela enfermeira.

Nesse ambiente de concretudes e subjetividades, a mulher, cercada de apoio e cuidado, sente-se livre para expressar suas emoções e sentimentos, da alegria ao medo.

5.2.2.2 *Fortalecendo sua confiança no processo de parto pela relação de vínculo, confiança e conexão estabelecida com a enfermeira*

Esta é uma unidade de sustentação que possui uma relação de covariância e reciprocidade à construção de vínculo que foi feita durante a fase inicial da jornada, bem como também com a anterior, referente ao amparo no cuidado feminino.

Assim, diante de inseguranças e incertezas, principalmente referentes à travessia física do seu parto, a mulher busca na enfermeira obstetra, através de expressões verbais, faciais, olhares e acolhimento, a segurança e um feedback sobre

seu desempenho. Em alguns casos, também há a percepção subjetiva de que tem sua sensação de segurança sustentada pelo campo energético emanado pela presença da enfermeira.

Como se trata de uma relação já construída, a mulher demonstra muita confiança na enfermeira ou equipe escolhida, mas no momento do parto, busca uma maior conexão para que possa se sentir tranquila, segura e entregar-se de forma plena ao contato com seu mundo interior e à sua travessia. A confiança em seu processo de parto também se dá através do cuidado técnico recebido, por meio de avaliação do seu bebê e do progresso do seu corpo.

Embora haja vínculo e conexão prévios, em situações em que estes não estejam bem firmados ou há algum tipo de comportamento profissional que demonstre afastamento emocional, falta de acolhimento ou julgamentos, pode haver desequilíbrios, desconexão e conflitos entre as partes, até mesmo o rompimento da relação, impactando de forma negativa em sua travessia.

5.2.2.3 Contatando profundamente seu mundo interior

A partir do momento que a mulher se sente amparada e segura do seu processo, estando num ambiente acolhedor e de cuidado, numa interação de efeito com as unidades de sustentação anteriores, a mulher pode relaxar e entregar-se profundamente ao contato com seu mundo interior.

Esse aprofundamento interno se inicia com uma manifestação física, através da sensação de nebulosidade ou de estar entre brumas, tudo parece girar ou espiralar à sua volta e dentro de si. Às vezes, como um furacão, a força ou energia do parto começa a tomar conta e então, começa a sair do seu estado de controle mental e racional.

Aos poucos, vai se desconectando e dissociando-se da realidade externa e ambiental à sua volta, perdendo a noção de tempo e dos fatos, mas interligando-se emocionalmente com seu bebê.

A mulher passa então a concentrar-se em si mesma, em seu mundo interno, de emoções, sensações e sentimentos, passa também a ouvir seu corpo e sua intuição. Este é um momento sutil no qual qualquer estímulo externo pode fazê-la sair deste estado e interferir negativamente. Neste movimento de introspecção e conexão consigo mesma, ouvem-se suas emoções e pode haver diálogos internos.

Já totalmente imersa em si, como numa espécie de transe, desconecta-se quase que por completo de suas sensações corporais, adentrando então, em outro estado de consciência. Um estado irracional, um lugar psíquico ampliado e não experienciado fora do momento do parto.

É nesse lugar que se depara metaforicamente com o grande portal do parto, que separa o que se foi ou se é até este momento, do que se tornará após o nascimento de seu filho. Aqui começa a se concretizar sua morte simbólica e seu renascimento, sua passagem de menina a mulher, de filha para mãe (de um, de dois ou mais filhos).

5.2.2.4 Revelando-se através da sua dimensão feminina instintiva e ancestral

Ao mesmo tempo em que a mulher contata profundamente seu interior, sua dimensão instintiva e ancestral pode ir se revelando. Este momento é percebido inicialmente como um estado de irritação com qualquer elemento externo que chame sua atenção e que, de certa forma, a tire de seu estado de aprofundamento interno. Podem ser conversas, aparelhos eletrônicos, conversas ou falas no ambiente, até mesmo a própria água do chuveiro.

O toque físico também costuma ser rejeitado, seja ele profissional ou familiar, com o intuito de relaxamento ou apoio de sustentação física. O silêncio no ambiente faz-se desejado e necessário para sua introspecção e permanência em estado ampliado de consciência, inclusive para poder lidar com a sensação física de dor.

Assim, sendo respeitada e com a ausência ou o mínimo de estímulos externos, a partir do seu mundo interno, permite-se abrir suas dimensões existenciais e entrega-se ao parir. Abre-se concreta e simbolicamente, abre seu corpo e sua alma, suas emoções e sentimentos, abre-se para o novo. Como uma flor de lótus, abre-se desde seu mundo externo e superficial até sua essência profunda e interior.

Ao abrir-se, pode externalizar através do choro as dores de sua alma feminina, suas culpas, decepções, conflitos emocionais e relacionais. Neste ambiente de intimidade, seguro e livre de julgamentos, expressa-se com liberdade e sem pudores, expõe-se nua de corpo e de alma. Gritos, vocalizações e gemidos estão presentes.

Além de íntimo, o parto também é percebido em sua dimensão sexual, seja descobrindo potencialidades de prazer em seu corpo, tendo momentos de intimidade com seu companheiro, consigo mesma masturbando-se ou ainda sentindo prazer no

momento em que seu bebê passa por seu canal vaginal.

Ao abrir-se em suas dimensões existenciais a mulher pode acessar sua dimensão feminina ancestral, buscando conexão energética e espiritual com suas origens e raízes, com a natureza primordial, inspirando-se e fortalecendo sua sensação de segurança em seus familiares ancestrais.

5.2.2.5 Experienciando um lugar sagrado dentro de si

No momento do parto, a mulher, para além da dor física, depara-se com desafios internos, como conflitos e dificuldades emocionais, medos, inseguranças e sensação de vulnerabilidade, que precisam ser enfrentados.

Embora sintam-se protegida, acolhida, apoiada e segura externamente, suas demandas internas se fazem presentes, e dentro do seu próprio mundo começa a perceber que parir depende somente de si. Dessa forma, a luta e o enfrentamento internos para que seu parto aconteça, ocorrem na consciência de sua solidão.

O mergulho em si mesma, de tão profundo e honesto, chega ao seu próprio cerne, à sua essência divina, um lugar onde reside a força de sua alma e seu poder pessoal. Neste lugar, o mistério e o sagrado se fazem presentes, uma experiência de entrega e fé, na vida e no divino.

A redenção diante de seus desafios, do milagre da vida e de sua fé, toma conta do seu mundo interno. A sensação de paz, plenitude, completude e arrebatamento culmina com o nascimento do seu bebê.

5.3 RENASCENDO DA JORNADA

Como fase de resultantes da travessia realizada, a mulher vai renascendo desta jornada pelo PDP ao conseguir subsistir e empoderar-se. O quadro 9 nos mostra a relação entre os subconceitos que compõem esta última fase do sistema.

QUADRO 9 - RELAÇÕES ENTRE SUBCONCEITOS DA FASE DE RESULTANTES DO CÓDIGO TEÓRICO.

Código Teórico (Fases do Sistema)	Conceitos	SubConceitos	Relações	Unidades de Sustentação
Resultantes	RENASCENDO DA JORNADA	5. Subsistindo a travessia	↑↓ (covariância) ↓ (Interação de efeito)	5.1 Tendo o espaço da sua dimensão física zelado por seus acompanhantes 5.2 Trazendo à luz 5.3 Transpondo o puerpério
		6. Empoderando-se		6.1 Despertando seu poder interno 6.2 Trazendo à consciência aspectos sagrados, subjetivos e concretos vividos no parto 6.3 Impactando positivamente sua vida a partir de sua transformação interna

FONTE: A autora (2022).

Assim, a jornada vai se completando e culmina com a vivência do seu parto, propriamente dito, no qual, tendo seu ambiente externo e físico resguardados e zelados por seus acompanhantes, consegue abrir-se profundamente em suas dimensões existenciais, superar limites e desafios, e subsistir a travessia.

A fase final da sua jornada é marcada pelo seu empoderamento, resultado dos momentos prévios atravessados. Este estado de si é percebido pelo despertar do seu poder interno, pela consciência dos aspectos profundos, sagrados e subjetivos vivenciados no momento do parto, além dos impactos reverberados na sua vida pessoal e profissional após a travessia.

O parto é considerado um momento marcante e sagrado, que o diferencia do profano e propicia a transformação interna da mulher, um divisor de águas entre o que se é antes e o que se torna após a jornada, sua morte e renascimento.

5.3.1 Subsistindo a travessia

Ao mesmo tempo em que a mulher se conecta ao seu sagrado e feminino, passa a atravessar pela dimensão física do processo fisiológico do parto, numa relação covariante.

Tendo o espaço da sua dimensão física zelado por seus acompanhantes, pode dedicar-se inteiramente à sua jornada no momento do parto. Embora possa haver momentos relacionais conflituosos e que interfiram negativamente no parto, especialmente com sua mãe, a presença de acompanhantes preparados e munidos de suas atribuições são responsáveis, além do apoio físico e emocional, pelo zelo de sua integridade e conforto físicos, e logísticas da organização ambiental.

A travessia começa ao sentir os primeiros sinais de trabalho de parto, momento em que a mulher costuma avisar profissionais e acompanhantes, e que também pode, mesmo mantendo suas atividades cotidianas, buscar recursos naturais como medidas de apoio e estímulo ao favorecimento da fisiologia.

O trabalho de parto evolui, as contrações uterinas se intensificam. Movimentar-se livremente e utilizar-se de métodos não farmacológicos para alívio da dor auxiliam no relaxamento e a suportá-las. Apesar de, em algumas situações, a dor e o tempo do trabalho de parto refletirem-se extenuantes para a mulher, fazendo com que esta deseje fugir desta situação, acaba por encontrar motivação interna, perfazendo o processo físico do parto e seguir *trazendo à luz*, seu filho e, de maneira subjetiva, a si mesma.

Embora trate-se aqui de uma travessia física, esta não é desconectada das suas outras dimensões existenciais. Estímulos externos, aspectos mentais e emocionais podem se manifestar e interferirem negativamente, impactando seu processo físico de parto nos momentos de medo e racionalização.

A travessia vai se aproximando do seu final, o nascimento do bebê é eminente. A mulher começa a retornar da sua interiorização profunda, porém permanece conectada a si mesma, percebendo-se neste momento, escutando as necessidades de seu corpo vai trazendo à luz com consciência, autonomia e liberdade, buscando e encontrando posições mais confortáveis, decidindo sobre suas vontades e desejos, permitindo que a natureza se manifeste.

O nascimento do bebê não é o fim da travessia, ainda há de se passar pelo puerpério. Com seu filho acolhido em seus braços, ocorre o primeiro *imprinting*, o olhar de reconhecimento e conexão. Seu estado ordinário de consciência vai se recobrando. A amamentação já pode começar a ser estimulada, o vínculo e o amor entre mulher-bebê vão sendo construídos.

A sensação de bem-estar e os sentimentos positivos dos primeiros momentos ou dias vão dando lugar aos primeiros desafios dessa nova fase de sua vida. Tristeza, medos, exaustão, dedicação intensa à maternagem e dificuldades na amamentação se fazem presentes e, aos poucos, a mulher vai *transpondo o puerpério* e, por fim, *subsistindo a travessia*.

5.3.1 *Tendo o espaço da sua dimensão física zelado por seus acompanhantes*

Durante sua travessia, ao estar em contato profundo com seu mundo interior, ter acompanhantes preparados sobre suas atribuições no momento do parto é considerado essencial e de impacto positivo no parir, uma vez que tanto seu corpo como o ambiente externo estão sendo cuidados, sem demandar preocupações mentais adicionais, além de favorecer a sua sensação de segurança. Segurança esta, por estar cercada de pessoas escolhidas de acordo com seus vínculos de apoio emocional e confiança, e por estar em sua própria casa, ambiente íntimo e familiar.

O acompanhante afetivamente mais próximo, normalmente seu companheiro, é aquele que será o elo de comunicação com a equipe na fase inicial da travessia, e aquele que supri as necessidades e organização do ambiente. No entanto, o desempenho da função logística no momento do parto, não se limita a esta figura, pode se estender a outros acompanhantes, como mãe, irmã, amiga, doula, e inclusive as próprias enfermeiras, especialmente nas situações em que a mulher não conta com a presença ou apoio de um companheiro.

Quando da presença da mãe como sua acompanhante, embora possa haver momentos de irritação ou comportamentos que gerem desconforto emocional com interferência em seu parto, esta costuma transmitir segurança, apoio e cuidado.

Contudo, o companheiro costuma ser a pessoa familiar escolhida como acompanhante de presença fundamental. Nele se busca e encontra estado de presença, apoio e proximidade física, seja segurando suas mãos, sustentando ou abraçando seu corpo, ou recebendo palavras de afirmação e incentivo.

A conexão com seu companheiro reverbera positivamente no suporte à travessia, e é percebida pela mulher através do respeito às suas demandas ambientais e emocionais, da sensação de amor e atitudes íntimas e afetuosas recebidas, como colocar uma música significativa e dançar de corpos juntos, ou ao entrar em ressonância com sua respiração calma.

Dessa forma, covariando numa relação de efeito, na presença harmônica de seus acompanhantes, a mulher segue em travessia da sua jornada.

5.3.1.1 *Trazendo à luz*

Os primeiros sinais de trabalho de parto são percebidos, perda do tampão mucoso e contrações uterinas começam a ritmar; surpresa e dúvida são seus sentimentos na iminência de iniciar sua travessia física pelo parto.

As pessoas envolvidas nesse momento começam a serem comunicadas, companheiro, familiares, doula e enfermeira obstetra. A mulher recebe orientações das profissionais sobre como agir diante desses sinais. Por exemplo, monitorar as contrações, descansar ou alimentar-se, e normalmente resolve por seguir com sua rotina de atividades diárias, trabalhar, arrumar a casa, passear ou sair para confraternizar. Em algumas situações pode desejar ativar seu trabalho de parto e, para isso, se utiliza de recursos naturais e tradicionais, como chás e alimentos prazerosos ao seu paladar.

Com o avanço das horas, as contrações passam a serem sentidas com maior intensidade e frequência, a travessia física já está em curso e, na mesma proporção que seu trabalho de parto evolui, a mulher segue contatando profundamente seu mundo interior.

As contrações são progressivamente intensas e muito dolorosas. Somadas ao tempo de duração da travessia, tornam-se extenuantes para a mulher, culminando com o desejo de fugir, abandonar ou desistir do parto.

Entretanto, com apoio, seguindo as orientações externas e a própria vontade, considerada instintiva, do seu corpo, movimenta-se de forma livre e ativa, o que lhe proporciona algum alívio da dor. Comumente recebe e faz uso de métodos não farmacológicos considerados potentes para analgesia e relaxamento, tais como, massagem, banho de chuveiro ou banheira com água morna, música e/ou óleos

essenciais.

Dessa maneira, as dores vão se tornando mais suportáveis e, através da sua fé, ao recordar seu propósito de opção pelo PDP, do apoio e incentivos dos seus acompanhantes e profissionais, entendendo que a dor é o caminho para ter seu bebê, e ao encontrar força em si mesma, motiva-se a seguir sua travessia trazendo à luz.

Além da dor como um caminho desafiador, a travessia física por seu trabalho de parto pode ser interferida de forma negativa pelos momentos de medo e racionalização. Situações externas que a tirem de sua concentração, introspecção e mergulho interior, como objetos ruidosos ou chamativos, conversas ou movimentos das pessoas presentes, além da sensação de exposição de sua intimidade, também podem impactar este momento.

Aqui, a racionalização está ligada ao movimento mental de controle do tempo e em preocupar-se com a evolução do seu trabalho de parto, baseados em sua instrução intelectual prévia. O medo, embora seja um elemento da dimensão emocional da mulher, que reside ou pode ser experimentado em seu mundo interno, a direciona para um estado de alerta. Este sentimento pode ser multivariado, desde o medo de tornar-se mãe ou de como será sua vida após o nascimento do seu filho, medo da morte, bem como o medo de não dar conta do parto ou não conseguir concluir a travessia, representados também pela dúvida de si mesma e de sua capacidade, além de insegurança.

Por fim, o nascimento do bebê e seu renascimento vão se aproximando, a mulher, já em uma atitude mais consciente e de presença, com a autonomia e a liberdade de decidir seus movimentos, vai encontrando a melhor posição para parir. Sua atitude mental e de conexão com seu corpo vão lhe mostrando suas necessidades e a fazendo perceber ou sentir a descida do bebê pelo canal vaginal e seu coroamento, já prestes a sair.

5.3.1.2 *Transpondo o puerpério*

Numa interação de efeito com as unidades de sustentação anteriores, a travessia vai terminando, o bebê nasce e é acolhido nos braços da mulher, neste momento de reconhecimento se dá o primeiro *imprinting*, a primeira troca de olhares.

Enquanto recebe a avaliação clínica e os cuidados da enfermeira obstetra, referentes à observação do seu sangramento, pontos de sutura vaginal e saída da

placenta, ocupa-se em oferecer o peito e amamentar seu filho.

A saída da placenta costuma causar cólicas e desconfortos, mas é sucedida por sua restituição física e sensação de bem-estar emocional. Paulatinamente também, vai retomando seu estado ordinário de consciência. Com o auxílio dos cuidados de enfermagem, toma banho, faz suas eliminações fisiológicas, alimenta-se e repousa em sua cama.

Para algumas mulheres, é nesse momento que se sentem preparadas para noticiar o nascimento do bebê para pessoas próximas e consideradas importantes, bem como para fazer a separação entre bebê e placenta, o corte do cordão umbilical. Este momento considerado por elas emocionante costuma ser ritualizado como um ato de devoção, a “bênção do cordão”. Utilizando velas, seguradas por dois ou três familiares, o cordão é queimado até sua separação completa da placenta, enquanto os presentes proferem palavras de gratidão, músicas e orações.

Passando pelos primeiros dias de puerpério, a dedicação à maternagem intensifica-se e, embora haja a expressão de sentimentos positivos em relação a esta fase e o início da construção de uma relação de amor com seu filho, especialmente atribuídos ao fato de ter conseguido o seu PDP, algumas dificuldades costumam surgir. Medos, tristezas sem causa aparente e exaustão são exemplos dessas, porém, algumas vezes compreendidas como situações ou sentimentos inerentes ao puerpério. Outra dificuldade comum refere-se à amamentação, um evento natural, mas que pode exigir da mulher dedicação, empenho e auxílio profissional de enfermagem especializada, para que possa ser efetivada.

5.3.2 Empoderando-se

Finalizando sua jornada pelo PDP, após vivenciar as unidades de sustentação anteriores, a mulher reflete sobre sua trajetória, percebendo essas unidades como ações de efeito que a permitiram ir se empoderando.

Após superar seus desafios internos e externos e ter conseguido parir, livre de intervenções desnecessárias e não submetendo-se ao sistema saúde vigente, sente-se orgulhosa de si mesma, capaz e mais forte, além de privilegiada por sua escolha pelo PDP, uma vez que o considera um modo de parir elitizado. Sua jornada vivida a torna admirada e referência positiva para outras pessoas. Atravessar essa jornada a

coloca num estado de descoberta de sua potência e faz com que perceba-se *despertando seu poder interno*.

As reflexões feitas após vivenciar o PDP perpassam sobre suas considerações em relação aos aspectos físicos do trabalho de parto, suas sensações e autopercepção, suas expectativas e planejamentos atingidos ou não concretizados, como também aos aspectos emocionais e subjetivos, e de que forma estiveram presentes ou influenciando a jornada. Além desses, suas reflexões *trazem à consciência aspectos sagrados, subjetivos e concretos vividos no parto*. A mulher percebe a linha tênue entre vida e morte, simbólica e concreta, compreendendo-a como uma passagem profunda e sagrada ao contatar a morte diante da vida.

Ao passar por essa vivência, entende o quanto a jornada vai *impactando positivamente sua vida a partir de sua transformação interna*, que repercute benefícios e mudanças em diversos setores da sua vida, pessoal e profissional.

Por fim, após toda a jornada, a mulher vê-se desabrochando, despetalando-se e transformando-se em outra versão de si mesma, curada emocionalmente sob alguns aspectos, empoderada, liberta e capaz de superar qualquer desafio e realizar qualquer coisa em sua vida.

5.3.2.1 *Despertando seu poder interno*

Após passar pela travessia e ir concluindo a jornada do PDP, a mulher compreende sua vivência como uma autossuperação e autocapacidade, uma vez que precisou transpor desafios e seus próprios limites.

Ter alcançado o PDP a faz uma vencedora, não somente de si mesma, mas através da aquisição de informação, instrução intelectual, exercício da sua autonomia e liberdade, sobrepõe-se ao sistema de saúde vigente. Isso também a faz sentir-se uma pessoa privilegiada, por poder ter recebido cuidados e apoio emocional e físico, por suas escolhas conscientes e por ter tido um PDP.

O sentimento de euforia, alegria, orgulho e satisfação emerge do seu protagonismo em toda a jornada, desde a elaboração da decisão pelo PDP, superação de desafios, até ter subsistido a travessia, aspectos que também a tornam influência positiva e de admiração para outras pessoas, como para seu companheiro, que passa a enxergá-la de forma diferente.

Diante o vivido, a mulher percebe que passar pelo PDP é um gerador de poder,

pois descobre suas potencialidades internas, chegando à essência de si mesma: forte, livre, sagrada e poderosa, considerando um verdadeiro renascimento.

5.3.2.2 Trazendo à consciência aspectos sagrados, subjetivos e concretos vividos no parto

Ao ir findando a jornada pelo PDP, porém podendo transcender limites de tempo e espaço, a mulher tece reflexões e considerações sobre sua vivência, balanceando-as entre suas expectativas atingidas e as frustradas, de acordo com o planejado.

Sua autopercepção perpassa pelos aspectos relativos ao tempo de sua travessia, como superou os desafios e limites físicos de dor e os emocionais, a ambiência do domicílio, além de suas atitudes e expressões no momento. Alguns planos e expectativas, no entanto, não ocorrem conforme o desejado, gerando o sentimento de frustração. Esses também estão relacionados ao comportamento dos acompanhantes e das próprias enfermeiras, que podem, de alguma maneira, interferir negativamente na ambiência local, conversas, olhares e atitudes consideradas incômodas, ou que de alguma maneira não atenda suas necessidades, por exemplo, desejo de receber massagem ou ser beijada, abraçada e ter maior proximidade com o companheiro.

Para além dos aspectos visíveis da sua vivência, a mulher depara-se em alguns momentos com a temática da morte, seja de forma simbólica ou concreta. Percebe que a morte é iminente e uma possibilidade real estando diante da vida, separadas por uma linha tênue. Aí reside a sacralidade do parto, visto como um momento profundo de conexão entre céu e a terra, espiritual e mundano, um divisor de águas entre o que se é e deixa-se de ser, para o que vai se tornando. Compreendendo, aceitando, respeitando e entregando-se à magnitude da morte e da vida e, daí, seu renascimento.

Com algum tempo de maturação da sua jornada, a mulher também pode ser capaz de refletir e trazer à sua consciência aspectos emocionais e subjetivos que tiveram influência positiva ou negativa na sua travessia, principalmente quando não se dedicou ao preparo da sua dimensão emocional.

Entendendo o parto como um evento que envolve aspectos e a relação de suas dimensões existenciais para além da física, como a mental, energética, emocional e

a espiritual, a percepção de falta de cuidado, falta de empatia, ambiente com muitas enfermeiras, preocupações e conflitos emocionais, por exemplo, podem ter influenciado sua abertura para o parto, propiciando uma travessia mais longa e difícil.

5.3.2.3 Impactando positivamente sua vida a partir de sua transformação interna

Atravessar a jornada do PDP, despertar para seu poder interno, refletir sobre aspectos envolvidos das suas dimensões existenciais, renascer enquanto ser e enquanto mulher, a fazem perceber como sua vivência reverbera e impacta positivamente em sua vida pós-jornada.

Sentimentos de segurança, confiança e potência integram agora atributos que beneficiam outros setores de sua vida, para além da maternidade, as memórias sobre seu PDP coabitam de forma vívida sua existência e sua relação com o mundo.

Para si, a jornada trata-se de um processo de autoconhecimento e amadurecimento, trazendo inclusive curas emocionais, uma vez que a permitiu melhor compreensão e um contato profundo com seu mundo interno, suas emoções, sentimentos e subjetividades, ultrapassando os aspectos físicos do parto. Ou seja, a permitiu um maior contato consigo mesma, transpondo seu próprio ego, suas crenças de quem se é, e chegando até sua essência, sua verdade interna.

Esse movimento de desabrochar, despetalar e de transformar-se através de sua jornada é potente e um divisor de águas, já que impacta em aspectos de sua vida pessoal e profissional. Relacionamentos familiares e com o próprio companheiro são influenciados, podendo ser fortalecidos ou haver rompimentos. Sua conexão com a espiritualidade e com a força da natureza podem tornar-se mais conscientes e presentes. É possível também que, sob o âmbito profissional, a mulher se repositone ou redirecione sua carreira. Por fim, sente-se agora empoderada (de si mesma) e capaz de qualquer realização em sua vida.

5.4 CONCEITO CENTRAL - ATRAVESSANDO A JORNADA DO PDP

Este é o conceito central da teoria substantiva “A vivência da mulher no Parto Domiciliar Planejado: uma Jornada Transpessoal”. Foi, após a identificação das unidades de sustentação, subconceitos e conceitos, e das relações entre si, que se explicitou sua existência.

Assim, ao estabelecer uma correlação entre os 03 (três) conceitos, “Iniciando-se na Jornada”, “Aprofundando-se na Jornada” e “Renascendo da Jornada”, o conceito central dá ânimo ou movimento entre estes.

Essa correlação acontece tão logo a mulher inicia seu processo de elaboração de decisão pelo PDP e vai galgando pelas unidades de sustentação até a definição de sua escolha, momento no qual passa a ir construindo uma relação de vínculo e confiança com a enfermeira escolhida para seu atendimento.

Com o avanço da jornada, o conceito central tece este início ao aprofundamento da mulher, à sua transformação, fase em que, ao sustentar-se em vínculos e conexões com as representatividades do feminino presentes em seu parto, adentra profundamente em seu espaço próprio interior, ligando-se à sua dimensão sagrada.

Por fim, a tecitura do conceito central pelos conceitos se conclui à medida que a mulher, retornando de sua jornada, consegue subsistir a travessia, obtendo também, como resultante da jornada percorrida, seu empoderamento.

Portanto, a jornada da mulher no Parto Domiciliar Planejado se faz por meio de sua travessia, na qual, independente do momento em que esteja, seja iniciando, aprofundando ou renascendo, mas de forma ascendente e progressiva, ela encontra-se atravessando a jornada do Parto Domiciliar Planejado.

5.5 TEORIA SUBSTANTIVA - A VIVÊNCIA DA MULHER NO PDP: UMA JORNADA TRANSPESSOAL

Após a análise teórica realizada, com o estabelecimento dos conceitos, subconceitos, unidades de sustentação e suas relações, aliada à análise das produções estéticas criadas pelas mulheres entrevistadas, diagramas e memos reflexivos, elaborou-se um diagrama representativo da teoria substantiva (FIGURA 12).

FIGURA 12- DIAGRAMA REPRESENTATIVO DA TEORIA “A VIVÊNCIA DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA TRANSPESSOAL”



FONTE: A autora (2022).

Para a construção deste diagrama, foram utilizados símbolos gráficos que emergiram do processo de análise de dados e das produções estéticas realizadas pelas mulheres entrevistadas. Ele é composto por cinco elementos simbólicos: espiral, silhueta de uma mulher gestante, flor de lotus, fluxo de trajetória e expansão, e a casa.

A mulher, como protagonista desta vivência, tem sua silhueta perpassando por todas as fases desta jornada pelo PDP. No entanto, compreendo a mulher como um ser de múltiplas dimensões, física, mental, emocional, espiritual e energética, e que sua travessia se dá dos aspectos mais concretos aos mais subjetivos, da transcendência do seu ego (consciência) à sua dimensão sagrada e interior, a sua essência, que passa a ser representada pela flor de lotus.

Esse movimento de acesso do seu mundo externo ao interno, do concreto ao subjetivo, está representado pelo fluxo de trajetória e expansão, desde o início da sua vivência até a finalização, momento em que se abre assim como a flor de lótus.

Ao iniciar a travessia pela jornada, a mulher em sua completude existencial, adentra num movimento espiral, que significa o próprio movimento cíclico da vida, não linear, pelo qual morte e renascimento são caminhos de amadurecimento, autoconhecimento e transformação psíquica, no qual cada lance da espiral é impactado pelo anterior, ou seja, covaria e é interdependente um do outro, além de produzir progressivamente uma interação ascendente de efeito.

Assim, ao conceber (se), a mulher adentra por essa espiral e, a partir do seu campo mental, racional e mais voltado ao ambiente externo, inicia o processo de elaboração da decisão pelo PDP, que envolverá a busca pelas melhores formas de parir e nascer, de acordo com suas crenças, valores, expectativas e instrução intelectual sobre o tema. Nesta fase inicial, a mulher também vai se estruturando financeiramente para o parto e escolhe, de forma minuciosa, os profissionais que irão acompanhá-la, os quais também farão parte desta decisão, através do direcionamento às informações baseadas em evidências científicas.

A partir do momento em que decide pelo PDP, escolhe de maneira igualmente minuciosa a enfermeira (ou enfermeiras) que irá (ão) lhe acompanhar, considerando especialmente afinidades e aspectos de segurança. Assim, durante o acompanhamento realizado por essas profissionais, progressivamente, através dos encontros, planejamento do PDP e da abordagem sobre temas sensíveis, que

envolvam sentimentos e emoções, como a morte, vai se aprofundando e estabelecendo uma relação de vínculo e confiança entre as partes.

Ao transpor a fase inicial, um novo lance da espiral é acessado pelo fluxo da travessia, e a mulher passa a aprofundar-se, em si e na própria jornada. Diante de conflitos emocionais, medos e situações desafiadoras, é preciso fortalecer-se lidando com estas demandas, trazendo-as à luz da consciência e elaborando-as de alguma forma, seja pela expressão verbalizada de seus sentimentos com auxílio profissional, apoio da espiritualidade ou uso de recursos integrativos e complementares à saúde.

O aprofundamento se intensifica ao entrar em trabalho de parto, momento em que, amparando-se no cuidado feminino e nas suas relações de vínculo e conexão estabelecida com a enfermeira obstetra e acompanhantes, fortalece sua sensação de segurança em seu processo de parto.

Assim, sentindo-se segura, acolhida e livre é capaz de interiorizar-se, desconectando-se do ambiente externo e conectando-se profundamente consigo mesma, acessando uma dimensão existencial considerada oportunidade única. Trata-se de uma dimensão abstrata e subjetiva, na qual revelam-se aspectos do seu feminino instintivo e ancestral, onde reside e enfrenta desafios íntimos, mas também encontra-se com sua própria essência, o mistério da vida e a força sagrada da natureza, seu divino e sua potência. Abrindo-se então, concreta e simbolicamente, desde as profundezas do seu mundo interno para parir (se).

Ao ir transpondo a interiorização, morte e abertura de si mesma, também vai galgando novo nível na espiral e passa a entrar no movimento de renascimento da jornada. Nesta fase auge, a mulher consegue subsistir a travessia de forma completa, passando pelo seu processo físico do trabalho de parto, trazendo à luz seu bebê, a si mesma, e vivenciando seu puerpério.

Por fim, como resultante da travessia, estando sob a égide da sua casa, a jornada pelo PDP é marcada pelo seu empoderamento. Um status subjetivo, que assim como uma flor de lotus que emerge ou renasce das profundezas obscuras de um rio, abrindo-se para a luz, a mulher, ao perfazer a travessia pela jornada do PDP, não somente dá a luz a seu filho, mas a si própria, despertando seu potencial e poder internos, capazes de reverberar positivamente sua vida pessoal e profissional.

6- APROXIMANDO A TEORIA SUBSTANTIVA DA LITERATURA

Glaser, desde suas primeiras publicações, segue defendendo o uso da literatura somente após o surgimento das categorias, para que, de alguma forma, esta não “contamine” ou influencie a elaboração dos conceitos, orientando que o pesquisador vá a campo livre de preconceções. No entanto, o mesmo admite que dificilmente um ser humano será totalmente neutro ou imparcial, e ressalta que este viés pode ser amenizado ao seguir o rigor metodológico no que concerne às etapas de codificação, comparação constante, circularidade dos dados e atitude indutiva e dedutiva a partir da elaboração de hipóteses (GLASER; STRAUSS, 1967; KENNY; FOURIE, 2015; KOERICH et al., 2018).

Então, embora no início desta pesquisa se tenha realizado uma aproximação com o referencial teórico da Ciência do Cuidado Unitário, com o Cuidado Transpessoal, a partir da tese que se pretendia defender, honrou-se o compromisso de seguir os rigores éticos e metodológicos para que a pesquisa exprimisse com veracidade os dados coletados.

Dessa forma, nesta etapa final, diante da teoria substantiva já construída, fez-se uma busca em bases de dados com o intuito de verificar convergências e/ou dissonâncias, aproximando os resultados da pesquisa à literatura vigente.

A teoria substantiva elaborada demonstrou que, em sua fase inicial, a mulher está iniciando-se na jornada, onde progressivamente vai elaborando sua decisão pelo PDP. Este processo de elaboração é sustentado por unidades que envolvem, através de seu preparo intelectual e experiências pregressas suas e de outras mulheres, a escolha dos profissionais, modos de assistência e cuidado que deseja para si e para a segurança do parto e nascimento, bem como sua organização financeira.

Ao ir se instruindo, entende que o parto normal e fisiológico é a via mais segura. No entanto, a assistência obstétrica comum e disponível, que ocorre no ambiente hospitalar, é permeada por atos desumanizados, violentos, suprimem seu protagonismo e autonomia sobre seu corpo (DENIPOTE et al., 2020).

A mulher, reflexiva e informada, percebe então que o modelo hegemônico obstétrico atual favorece a crença social, não baseada em evidências científicas, de que o local mais seguro para o parto é o ambiente hospitalar, cercado de aparatos tecnológicos e procedimentos profissionais, não contemplando outras dimensões

desta vivência, especialmente no caso dos partos de baixo risco. Assim, o PDP surge como uma opção de resgate da humanização, da sua autonomia e de raízes culturais, e como fuga de um sistema considerado opressor. Atribuem ainda ao PDP, sentimentos de liberdade, autonomia e protagonismo, no qual têm sua fisiologia respeitada (LIMA et al., 2020b; ROCHA et al., 2021; VOLPATO et al., 2021).

Assim como as participantes desta tese, mulheres australianas que tiveram PDP, relatam não acreditar nesta retórica sobre a segurança do ambiente hospitalar, considerando inclusive a assistência biomédica mais prejudicial e de maior risco para a experiência de parto, especialmente sob os aspectos emocionais. Elas ainda acreditam que a escolha pelo parto em domicílio lhes confere uma melhor e mais segura oportunidade de vivência de parto para o binômio mãe e filho (JACKSON; SCHMIED; DAHLEN, 2020).

Um estudo, desenvolvido na Noruega com mulheres que tiveram PDP, demonstrou que estas dedicavam muito tempo e esforços em relação ao seu preparo para o parto, lendo muito sobre o tema, mas também buscando informações em cursos preparatórios e com suas próprias enfermeiras obstetras (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

Além da busca por informação de forma livre e individual, consideram fundamental para sua tomada de decisão, a possibilidade de estar num ambiente íntimo e seguro, e poder ter a presença do seu companheiro (GALERA-BARBERO; AGUILERA-MANRIQUE, 2022a).

Assim, contrabalanceando com os aspectos mais técnicos e intelectuais para seu parto, a elaboração da decisão pelo PDP, também para as mulheres participantes do presente estudo, se dá baseada em suas crenças e valores pessoais, por vezes mais subjetivas, experiências pregressas suas ou de pessoas conhecidas, desejo de viver o momento do parto de forma íntima, familiar, afetiva e pacífica para si e para seu bebê, e para a relação de ambos.

O vínculo com seu bebê, propiciado por um ambiente saudável e acolhedor, com a presença de familiares próximos, permeia sua decisão, que também é reflexo do seu círculo de convivência, suas condições socioculturais e econômicas, pois favorecem a aquisição de informações de boa qualidade e acesso a profissionais humanizados (ROCHA et al., 2021; VOLPATO et al., 2021).

As mulheres que vivenciam o parto em casa possuem uma profunda fé e confiança no processo fisiológico de parto e, mesmo recebendo críticas e reações negativas de familiares e conhecidos, acreditam que o domicílio é o melhor local de cuidado do parto (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

Nesta tese foi possível observar que, para que a mulher se sinta realmente segura sobre sua tomada de decisão pelo PDP, embora envolva suas próprias buscas, reflexões e desejos, ela também considera a opinião e apoio de quem estará com ela durante a jornada, principalmente seu companheiro.

Ter o apoio do companheiro confere à sua vivência uma escolha compartilhada, e é considerado de extrema importância, pois implica em maior participação e envolvimento paterno, autonomia, controle e responsabilidade sob a tomada de decisão, além de favorecer a sensação da mulher de segurança, autoestima e empoderamento para o parto (MUROS et al., 2021; VOLPATO et al., 2021).

A questão financeira também costuma ser considerada, não exatamente para a sua decisão, mas para a organização deste aspecto e viabilidade do PDP. Nesse sentido, a teoria substantiva elaborada nesta pesquisa apontou que, de alguma forma, a mulher vai se estruturando e tendo estratégias para arcar com os custos, já que não há esta possibilidade de assistência pelo SUS, principalmente aquelas que não dispõem da quantia sobressalente à sua rotina financeira. As mulheres entrevistadas, inclusive, sob o aspecto financeiro requerido, expressaram que se consideravam privilegiadas.

Haja visto que o PDP embora seja citado como uma das possibilidades de local para o parto a serem explicitadas para as gestantes nas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, do ministério da saúde, aos profissionais orienta-se que não devem recomendá-lo, uma vez que o SUS não dispõe de cobertura para este tipo de assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS., 2016).

Em estudo realizado no estado de Santa Catarina, para algumas famílias, o investimento monetário era considerado alto e não condizia com suas realidades financeiras, inclusive, não podendo realizar o PDP em detrimento desta razão. No entanto, acabavam contraindo dívidas e/ou contando com a ajuda de suas redes de apoio. Elas ainda lamentavam que essa modalidade de parto não seja oferecida pelo serviço público de saúde (VOLPATO et al., 2021).

Embora tenhamos visto anteriormente na apresentação desta tese que os nascimentos em domicílio não sejam numericamente expressivos, considerando que menos de 1(um) por cento dos nascimentos ocorram desta forma, próximo do panorama quantitativo da maior parte do mundo, considerando seu aumento progressivo, basicamente dois aspectos precisariam ser considerados pelos sistemas de saúde, tanto os modos de cuidado de assistência oferecidos precisam ser urgentemente reformulados, como a viabilidade do PDP subsidiado por convênios e pelo SUS.

Para se ter uma ideia, foi realizado nos Estados Unidos da América, um estudo de viabilidade financeira dos PDP, no qual estimou-se que os custos para esta modalidade giram em torno de 4650 dólares, 65,7% mais baixo quando comparado aos custos hospitalares. Previam ainda que, mesmo menos de um por cento dos nascimentos ocorrendo em domicílio, acarretariam uma economia para o Sistema de pelo menos 321 milhões de dólares anuais (ANDERSON; GILKISON, 2021).

À parte da questão econômica, ou seja, com esta já estruturada e com a decisão pelo PDP tomada ou desejando compreender e fundamentar melhor sua escolha, ainda dentro desta fase inicial da jornada como apresentada na presente teoria substantiva, a mulher busca enfermeiras obstetras tanto para adquirir maiores informações sobre o parto em domicílio, como também já para seu atendimento.

Volpato (2021), em sua pesquisa envolvendo fatores motivadores para a escolha pelo PDP destacou que a qualidade da relação mulher-profissional no que tange ao fornecimento de informações de qualidade está relacionada à sua escolha.

Assim, igualmente visto nas mulheres participantes do presente estudo, trata-se de uma escolha minuciosa, e que também está relacionada à sua decisão pelo PDP, uma vez que delas virão mais informações acerca dos aspectos que o envolvem. Nestas profissionais, busca-se além de segurança, afinidades que ressoem com suas crenças e valores individuais, sejam estas advindas de demandas emocionais ou culturais, por exemplo.

Durante o acompanhamento domiciliar para o parto, como explicado nesta tese, para além dos aspectos técnicos obstétricos, também é esperado estabelecer vínculo e fortalecer sua sensação de confiança na(s) enfermeira(s). Especialmente após passarem pela jornada, as mulheres destacam tal relevância em seu processo de parto. Esta relação é uma construção feita a cada encontro, planejando conjuntamente

o parto, abordando temas sensíveis e tabus como morte e sexualidade, e podendo expressar-se e ser ouvida em suas emoções, sentimentos e medos.

Temas como estes além de influenciarem a escolha da mulher pelo tipo de parto, costumam ser tratados de maneira superficial e limitada, restringindo-se a sua abordagem às pessoas com quem possuem vínculo de intimidade. Desta maneira, é fundamental que a enfermeira responsável pelo cuidado pré-natal, por meio de atitude humanizada, esteja preparada e aborde aspectos emocionais envolvendo tabus e sentimentos (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

A relação estabelecida com a enfermeira obstetra é considerada pela mulher que teve seu parto em casa de extrema importância, pois refletirá em seu parto. Durante o pré-natal, a profissional está disponível para sanar dúvidas e dar suporte e escutar as suas necessidades, em uma relação de extrema confiança, acaba se tornando sua confidente. À medida que a profissional já conhece seus desejos e demandas, o reflexo positivo se dará não somente na gestação, mas no momento do trabalho de parto e pós-parto (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

O cuidado profissional, a partir de valores humanísticos, valores encontrados dentro dos pressupostos da Teoria do Cuidado Humano, são capazes de promover autonomia do indivíduo sobre seu próprio corpo e saúde. No acompanhamento e cuidado pré-natal, a relação de ensino-aprendizagem aliada à atitude humanizada, contribuem para o fortalecimento do vínculo com a(s) enfermeira(s) obstetra(s) e é associado à sua vivência positiva de parto (ARREGUY-SENA et al., 2020; WATSON, 2018a).

Além de autonomia, um cuidado humano favorece o cuidar ético e baseado nas reais demandas do ser. Ao considerar a complexidade, mental, emocional e espiritual deste, o cuidado de enfermagem se torna mais empático, coerente e verdadeiro, indo além do biológico. Assim, considerando anseios, expectativas e histórias de vida, por exemplo a assistência se torna mais empática e com potencial transpessoal (SAVIETO; LEÃO, 2016b).

O atendimento domiciliar ao parto pressupõe atitudes profissionais minimamente humanizadoras. Nesta perspectiva, considerando a teoria apresentada, o cuidado deve ir além dos limites físicos, deve ser um cuidado unitário, reconhecendo, através de uma relação de ajuda-confiança, a individualidade de cada mulher, fomentando um

ambiente multidimensional (físico, mental, espiritual etc.) de *healing*, que a sustente e proteja (ARAÚJO et al., 2020; TONIN et al., 2020; WATSON, 2018a).

A presente teoria substantiva demonstrou ao explicar a vivência da mulher no PDP, que ao poder expressar-se com verdade a partir de suas dimensões mais subjetivas, ao mesmo tempo em que se dá lugar para temas, que embora sejam considerados tabus, estão relacionados ao ciclo de vida-morte, oportuniza-se a elaboração interna de emoções e de aspectos de sua espiritualidade.

Esses aspectos do cuidado favorecem uma relação transpessoal na vivência, e relacionam-se com a Ciência do Cuidado Unitário por meio de elementos *Caritas-Veritas* de como acolher, a si mesmo e ao outro, inspirar a fé e a esperança, confiar em um propósito divino, ao mesmo tempo que a relação é nutrida e aprofundada, cocriando um campo de amorosidade genuína (TONIN et al., 2020; WATSON, 2018a).

Para o favorecimento da fisiologia do trabalho de parto e parto, como parte importante do preparo mental e emocional da gestante, a enfermeira obstetra deve estimular a fé nela mesma, em suas habilidades e capacidades inatas para o parto (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

Assim, como visto nas seções anteriores deste trabalho, a mulher segue atravessando a jornada do PDP, distanciando-se dos aspectos mais externos e racionais, fundamentais, mas não únicos da vivência, e aprofundando-se em si mesma, passa a lidar com as demandas mais internas e subjetivas. Estas podem ser representadas por conflitos emocionais e medos de diversas ordens, que perpassando desde a busca por ajuda profissional, escuta acolhedora, e outras formas de lidar, vai se fortalecendo e se organizando emocionalmente.

Esse preparo ou organização emocional, nesta tese, é considerado fundamental para o processo de subsistência da travessia, inclusive priorizado numa segunda ou terceira experiência de parto por exemplo, devido ao seu impacto negativo quando não valorizado previamente.

A segurança e a confiança da decisão pelo PDP pode ser balanceada, por exemplo, diante do medo da morte ou ao pensar na necessidade de entrega e relativa falta de controle para que a travessia física ocorra de forma mais fluida e tranquila (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

Gestação e parto são considerados momentos únicos e carregados de fortes emoções na vida de uma mulher. Podem acarretar, irreversivelmente, marcas

positivas ou negativas. Assim, ao buscar assistência, além de sua preocupação com a saúde, busca também por cuidado para si e para seu bebê (BRASIL, 2017).

Dessa forma, profissionais (e mulheres) devem considerar as multiplicidades de aspectos e saberes que envolvem a maternidade e a assistência à sua saúde, e que ultrapassam os clínicos e biológicos. Devem considerar valorar o cuidado às dimensões afetivas, emocionais e culturais individuais (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

Como explicado nesta teoria substantiva, ao entrar em trabalho de parto, a mulher se ampara no cuidado feminino recebido, e ainda que surjam momentos de dúvidas de sua capacidade ou sobre sua evolução no processo, é através da relação de vínculo e conexão com a enfermeira que vai fortalecendo sua própria confiança em si.

É importante que a enfermeira obstetra e demais pessoas relacionadas ao cuidado de uma mulher em trabalho de parto tenham ciência de que seus campos energéticos são capazes de interagir entre si, influenciando o processo de forma a facilitá-lo ou dificultá-lo. Esta visão pode transformar o cuidado, pois ao compreender a íntima relação entre corpo e mente, a profissional deverá atuar de forma consciente, atenta e com intencionalidade, já que seu padrão mental terá impactos sobre o ser que é cuidado, nesta tese, a mulher (BORGES; SANTOS, 2013).

Sentindo-se amparada e segura, pode desconectar-se progressivamente do ambiente externo e seguir aprofundando-se ainda mais em seu mundo interior, como explicado previamente neste estudo. À medida que se interioriza, ao contatar com seus desafios subjetivos, também encontra neste lugar a força da sua própria natureza, suas potencialidades, revelando-se através do seu feminino e de sua ancestralidade, percebendo que o sagrado e o poder residem em si mesma.

O parto, embora seja composto de aspectos físicos e biológicos, em uma perspectiva mais subjetiva, apresenta-se metaforicamente como um portal para o seu mundo interno, particular, profundo e muitas vezes inconsciente. Uma oportunidade transformadora de autoconhecimento, na qual as máscaras do ego caem e a mulher encontra-se com seu verdadeiro EU (DENIPOTE, 2018).

À medida que o trabalho de parto (travessia física) vai se intensificando, a mulher entra para seu mundo interno. A sensação é como se o tempo se suspendesse, um movimento de introspecção que permite à mulher concentrar-se no

seu processo, facilitando a vivência das sensações. Essa é uma experiência complexa. Para algumas mulheres, é estar no controle de suas decisões; para outras, entregar-se a esse mergulho interno, confiando nas pessoas que a estão cuidando (OLZA et al., 2018).

Ao sentirem o parto através das contrações, da entrega e falta de controle interno, são atravessadas pela sensação de êxtase e transe, bem como por aspectos de sua sexualidade e espiritualidade. Um estado alterado de consciência, momento de perda da razão, no qual parece não estar fisicamente presente ou consciente (CARNEIRO, 2013).

Nesse estado de consciência transcendente durante o parto, emoções e intuição se aguçam, podem aparecer *insights* psíquicos, bem como traumas pregressos vividos. Quando se tem conhecimento de quando e em que situações a ocorrência destas manifestações emergem, a enfermeira obstetra ou outro profissional do parto pode ser capaz de oferecer cuidado com melhor qualidade, favorecendo importantes transformações para o desenvolvimento psíquico da mulher (LIMA E SILVA; FERREIRA; LIMA, 2018).

Assim, o momento do parto, a própria gestação e pós-parto, a depender de sua individualidade e trajetórias pessoais, pode possibilitar, em maior ou menor grau, o contato com sua espiritualidade. Para a mulher, o PDP é uma vivência psíquica, de encontro com seu “EU interior”, que provê uma integração significativa de suas dimensões mentais, físicas e emocionais (BRILHANTE; FAUSTINO, 2021).

Como já apresentado na presente teoria substantiva, enquanto aprofunda-se em sua jornada pelo PDP, de forma covariante, já como uma fase de resultantes, vai subsistindo a sua travessia. Com seu espaço externo protegido e zelado por seus acompanhantes, segue trazendo à luz seu bebê e, subjetivamente, a si mesma, evoluindo fisicamente pelas etapas fisiológicas do trabalho de parto, parto e pós-parto.

Embora a travessia possa ser, por vezes, desafiadora, as mulheres desejam repeti-la. O companheiro tem papel fundamental nesse processo, uma vez que é uma pessoa que as conhece muito bem, atendendo suas necessidades e transmitindo confiança. Nessa perspectiva, também o valorizam por suas qualidades de afeição e ternura. Quando não se tem a presença do companheiro, a mãe ou irmã podem exercer esse papel (GALERA-BARBERO; AGUILERA-MANRIQUE, 2022).

O parto, como um processo neurobiológico, é modulado pela liberação de substâncias endógenas como a ocitocina, que facilitam sua fisiologia. Estes processos biológicos também estão associados com as intensas transformações psíquicas vividas no parto, e favorecem a transição para a maternidade. Assim, considerando que o toque humano, o apoio e a sensação de segurança, promovem a liberação da ocitocina, reduzindo sentimentos de medo, estresse e dor, bem como proporcionando alegria e empoderamento, isso explica a importância da presença do suporte neste momento (OLZA et al., 2020).

Evidenciou-se nesta tese que ao ir finalizando sua jornada e para além dela, é como se a mulher colhesse os frutos pelo que atravessou, tendo como resultado seu empoderamento. Passar pelo processo de elaboração da decisão pelo PDP, desafios de diversas ordens, aprofundamento emocional, transformação psíquica, conexão com o divino e com seu próprio “EU” a fazem despertar para seu poder interno.

Então, refletindo e trazendo à sua consciência aspectos concretos e subjetivos vividos, suas sensações, expectativas atingidas ou frustradas, a mulher associa que perfazer sua travessia impactou e segue impactando positivamente sua vida pessoal e profissional.

Passar pela experiência positiva de parto domiciliar planejado pode conferir às mulheres importante significado na transição para a maternidade, na nova composição familiar, na sensação de conexão com seu bebê, bem como em outros aspectos de suas vidas (SKRONDAL; BACHE-GABRIELSEN; AUNE, 2020).

Considerando os aspectos positivos relacionados ao bem-estar psicossocial, após passarem pelo parto e nascimento, Kurz; Davis; e Browne (2019) começam a chamá-lo de “nascimento transcendente”, como um fenômeno resultante da vivência de um parto fisiológico e de um modelo de cuidado que valoriza a mulher.

Trazer à luz é uma experiência psicológica intensa e transformadora que gera o senso de empoderamento, que pode ser potencializado ao vivenciá-lo recebendo suportes físico, emocional e social, que permitam sua fisiologia e que a mulher confie em suas próprias habilidades de parir. Essa perspectiva de favorecimento do empoderamento e força, no qual a mulher acredita em seu potencial, precisa ser compreendida pelos profissionais do cuidado à mulher no PDP (OLZA et al., 2018; ROCHA et al., 2021).

Assim a presente tese explicitou que para as mulheres que vivenciam o PDP perfazer essa jornada é atravessá-la e transformar-se, é empoderador e considerado um divisor de águas. Impacta sua vida relacional, pessoal, profissional, sua espiritualidade e a relação consigo mesma.

7- CONTRIBUTOS E PROPOSIÇÕES PARA A PRÁTICA

“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”, essa é uma frase celebre do médico obstetra francês *Michel Odent*, maior referência viva e mundial sobre estudos e produções científicas a respeito da fisiologia do parto⁵.

Para a pesquisadora da presente tese, uma das formas de se mudar a forma de nascer é mudar a maneira como os profissionais da obstetrícia compreendem e, conseqüentemente, atendem as mulheres, durante a gestação, parto e nascimento.

Por essa razão, acredita-se que proporcionar uma formação profissional que amplie a visão sobre parto e nascimento para além dos aspectos fisiológicos, contemplando variados aspectos das dimensões existenciais, é fundamental na contribuição de uma mudança paradigmática nesse âmbito.

Ser profissional da obstetrícia e dispor-se atender partos domiciliares planejados não subentende que o cuidado prestado contemple as demandas e necessidades multiexistenciais da jornada que a mulher atravessará. Compreender o que vivencia uma mulher no PDP e, a partir de então, voltar sua prática de cuidado direcionada ao suporte desta, pode contribuir de forma positiva para a travessia da jornada pelo PDP.

Assim, utilizando a teoria substantiva aqui elaborada, propõe-se levá-la como um curso de extensão e/ou aperfeiçoamento, ou ainda como uma disciplina na formação de enfermeiros generalistas, especialistas, residentes e demais profissionais envolvidos no cuidado a gestação, parto e nascimento, desde a atenção básica, fomentando políticas e práticas em saúde, melhorando a qualidade da assistência prestada e favorecendo o fortalecimento de uma visão integral e transpessoal da saúde da mulher, em especial, a mudança das formas e locais de nascer.

A proposta acompanharia as fases do código teórico utilizado, ou seja, esse curso de aperfeiçoamento ou disciplina viria como uma jornada de transformação profissional, com temas pertinentes e introdutórios na fase inicial, mais abstratos e profundos na fase de transformação, e avaliações e feedbacks na fase final, ambos trabalhados pelas vias intelectual e emocional dos participantes. A tecitura dos módulos se daria por exposição dialogada e práticas vivenciais. (QUADRO 10)

⁵ HYPERLINK: <https://www.institutomichelodent.com.br>

QUADRO 10 - PROPOSTA DE PLANO DE AULA “PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UMA JORNADA TRANSPESSOAL”.

Módulos	Temas abordados	Duração
Módulo Inicial	1.Apresentação do diagrama da Teoria Substantiva e proposição do formato do módulo como uma jornada; 2.Bases teóricas que fundamentam a teoria da jornada pelo PDP - Cuidado Transpessoal de Jean Watson e Processo <i>Caritas-Véritas</i> .	4h
	3. Elaborando a decisão pelo PDP 4. Construindo uma relação de vínculo e confiança com a enfermeira obstetra	8h
Módulo Transformação	5.Fortalecendo-se emocionalmente 6.Conectando-se ao sagrado e feminino	8h
Módulo Final	7.Subsistindo a travessia 8.Empoderando-se	4h

FONTE: A autora (2022).

O módulo inicial trará uma introdução à teoria substantiva através da explanação do seu diagrama representativo e a proposição da construção dos módulos como uma jornada a ser percorrida num total de 24 horas, tecendo a vivência da mulher no PDP com os conhecimentos, habilidades, atitudes e como desenvolvê-las, para que haja sinergia entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Os participantes aqui serão convidados a realizarem uma produção estética de sua forma de ver e cuidar, no parto e nascimento.

Ainda nessa parte introdutória, será apresentada as bases teóricas que fundamentaram a construção da teoria substantiva, a Ciência do Cuidado Unitário e o cuidado transpessoal, bem como os elementos do Processo *Caritas-Véritas* (PCV) que o viabilizam.

Na segunda parte do módulo inicial, a partir da contextualização histórica dos modos e locais de assistência ao parto e nascimento, será traçado um paralelo com as unidades que sustentam o processo de elaboração da decisão da mulher pelo PDP, da via e local de parto, preparo intelectual aos profissionais que a acompanharão, em destaque, a construção de vínculo com a enfermeira obstetra. Aqui, além de uma abordagem expositiva dialogada, pretende-se criar atividades dinâmicas vivenciais para criação de vínculo nas relações profissionais, utilizando elementos do PCV.

No módulo transformação, haverá o aprofundamento do tema sob os aspectos emocionais, energéticos e espirituais que envolvem a vivência da mulher no PDP, ao conectar-se com o sagrado e com o feminino. Os participantes que já estão mais vinculados entre si, entre exposição dialogada e prática vivencial, poderão aprofundar a compreensão desses aspectos existenciais no parto, bem como em si mesmos, para

que, a partir de sua melhor compreensão, possam criar um campo de atitudes que favoreçam esta etapa de transformação nos seus cuidados prestados.

O módulo final apresentará as unidades que sustentam, de forma derradeira, a subsistência da travessia, além dos aspectos internos transformados, geradores do empoderamento na mulher que passa por um PDP. Nesta última etapa, os participantes serão convidados a refletir sobre suas práticas de cuidado, consigo e com o outro, contar sobre suas produções estéticas do módulo inicial e como a percebem no final da jornada das 24h de curso.

Com o intuito de disseminar o conhecimento, contribuir para a mudança das práticas em saúde e impactar positivamente profissionais da área, pretende-se disponibilizar de forma gratuita uma aula com duração de quatro horas para apresentação da teoria substantiva, bem como o arquivo da presente tese em pdf. A aula busca contemplar grupos de enfermeiras obstetras e profissionais da obstetrícia, autônomos ou vinculados a instituições, universidades públicas que demandem interesse e organizações sem fins lucrativos como a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO).

Também como um projeto pessoal da pesquisadora, pretende-se escrever um livro com linguagem acessível para mulheres que planejam ou estão se aproximando da possibilidade de um PDP, pois acredita-se que a teoria contém um mapa valioso para a vivência desta jornada, e certamente irá contribuir facilitando o preparo e a travessia pelo PDP.

Por fim, da travessia realizada para o desenvolvimento da presente tese, realizando aproximação e aprofundamento teórico no tema, até o presente momento, em parceria com outras pesquisadoras do NEPECHE, realizaram-se a elaboração e publicação de dois ensaios teóricos (Anexos 2 e 3) intitulados, respectivamente, “Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos?” (DENIPOTE et al., 2020) e “A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário” (TONIN et al., 2020).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Parto Domiciliar Planejado vem sendo resgatado no Brasil como uma opção dentro das possibilidades de locais para parir e nascer. Sua escolha vem crescendo nas últimas décadas e tem como sua motivação primária fugir do sistema de saúde, considerado violento e cientificamente demonstrado como gerador de iatrogenias de ordens físicas e emocionais para as mulheres, bebês e famílias. Além disso, o modelo biomédico e tecnocrático de assistência obstétrica vigente despersonaliza, desconsidera e desvaloriza as crenças e valores das mulheres, bem como a autonomia sobre seus corpos.

Quem opta por um PDP, para além dos aspectos ambientais, busca sim a segurança técnica da assistência profissional ao parto, mas acima de tudo, deseja ser respeitada em sua completude e subjetividades, para poder parir de forma livre, autônoma, fisiológica e sentindo-se em paz.

Para a mulher, o PDP envolve o atravessar de uma jornada, desde a sua construção intelectual e emocional para esta vivência, seu aprofundamento e transformação psíquica e espiritual a partir da transcendência do seu Ego e encontro de sua essência divina, trazendo à luz não somente seu filho mas a si mesma, até seu empoderamento diante a vida.

Com base na experiência obstétrica prática da pesquisadora, atendendo mulheres em seus partos há vinte anos e em domicílio desde o ano de 2009, a partir de uma visão humanizada e transpessoal das relações e do próprio processo de gestar e parir, a mesma compreende, no âmbito de sua individualidade profissional, que o parto envolve dimensões existenciais do ser, além do que comumente é considerada somente a física.

Associada a essa visão, encontrava-se a lacuna de literatura científica sob esta perspectiva temática. Assim, a proposta inicial desta pesquisa foi compreender como as mulheres vivenciam seus partos domiciliares defendendo a tese de que o Parto Domiciliar Planejado ocorre num contexto de vivências que envolvem os campos energéticos, fenomenológicos e subjetivos, entre mulher, acompanhante (s) e profissional (is) envolvido (s), abrangendo suas dimensões físicas, psicológicas, emocionais e espirituais. Quando essas vivências ocorrem de forma consciente, com intencionalidade, verdade genuína e inteireza de cada ser, profundas transformações acontecem.

Dessa forma, ao interpretar a vivência de mulheres que tiveram o PDP, foi possível elaborar uma teoria substantiva que a explicasse, comprovando então a tese defendida.

A partir da teoria elaborada “A vivência da mulher no Parto Domiciliar Planejado: Uma Jornada Transpessoal”, pode-se compreender quão profunda, multidimensional, empoderadora e transformadora é a vivência de um PDP para a mulher.

Acredita-se que conhecer o caminho percorrido, a partir dos conceitos, subconceitos e unidades que sustentam a travessia por esta jornada é fundamental para as mulheres que se encontram, de alguma forma, na fase inicial da jornada e para os profissionais que prestam cuidado obstétrico, especialmente estudantes, doulas, médicos e enfermeiros em suas categorias.

Conhecer essa teoria é estar de posse de um mapa capaz de guiar novas jornadas pelo PDP, facilitando e promovendo a travessia de uma forma mais segura, assertiva e completa, sob a perspectiva da sua própria vivência de parto e do cuidado transpessoal prestado.

Destaca-se ainda que, no caso dos profissionais, não basta apenas conhecer o “mapa”, mas saber como ser um facilitador da travessia ou um guia desta. Para tal, sugere-se perfazer sua própria jornada transpessoal, interna, individual e de autoconhecimento, pois, parafraseando Carl Gustav Jung e Jean Watson, somente podemos ir com o outro à medida que já fomos com nós mesmos, ou seja, é preciso cultivar nossa própria evolução da consciência, nossa transcendência, irmos ao encontro de nossa essência divina, nosso Self, cultivando relações para além da superficialidade do campo do Ego, e tornando-se conscientes da imanência da fé, das múltiplas dimensões existenciais, dos mistérios da vida e da morte, para então assim cuidarmos com intencionalidade e de forma transpessoal.

Desenvolver esta pesquisa gerou inquietações, fontes para estudos futuros, em relação a partos acontecidos em ambientes institucionais, sob outras formas de cuidar, menos libertárias e íntimas, se as mesmas são capazes de promover tamanho impacto na vida de uma mulher. Esta colocação não denota que um parto considerado humanizado, respeitoso e fisiológico ocorrido num hospital não proporcione transformações positivas, mas a jornada percorrida pelo PDP favorece o empoderamento e a profundidade destas.

Para ampliar a compreensão sobre os aspectos que envolvem as vivências de PDP, sugere-se pesquisas futuras envolvendo a experiência de pessoas que se relacionam nesta jornada, familiares/acompanhantes e profissionais, por exemplo.

Compreende-se ainda que esta pesquisa, por utilizar como metodologia a TFD, tem seus resultados circunscritos a uma parcela de mulheres que vivenciam o PDP, e que talvez outras mulheres, em outros lugares e contextos possam contribuir acrescentando novas perspectivas ao tema.

Por fim, que esta teoria substantiva, fruto de uma profunda jornada científica, alcance com sensibilidade e leveza, mulheres e profissionais, favorecendo a melhoria da qualidade prestada e mudança do cuidado ao parto e nascimento, nos âmbitos institucionais e domiciliares, impactando positivamente pessoas e sociedade, oportunizadas pela vivência de um Parto Domiciliar Planejado.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/Asus/Downloads/Dicionario-de-Filosofia-Nicola-ABBAGNANO.pdf.

ANDERSON, David A.; GILKISON, Gabrielle M. The cost of home birth in the united states. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 18, n. 19, 2021. DOI: 10.3390/ijerph181910361.

ARAÚJO, Kydja Milene Souza Torres De; SILVA, Suelane Renata de Andrade; FREIRE, Daniela De Aquino; ALMEIDA, Isabella Joyce Silva De; ALBUQUERQUE, Amanda Oliveira Bernardino Cavalcanti De; BAPTISTA, Rosilene Santos. Humanização do parto à luz da teoria do cuidado transpessoal: revisão integrativa. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 10, n. 32, p. 295–304, 2020. DOI: 10.24276/rrecien2020.10.32.295-304.

ARREGUY-SENA, Cristina; MOTTA, Franciane Vilela Réche Da; CAMPOS, Ludimila Brum; COUTINHO, Karla Lauriane; PACHECO, Zuleyce Maria Lessa; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. DESVELANDO OS SENTIDOS DE MULHERES-ENFERMEIRAS SOBRE O PARTO SEGUNDO HEIDDEGGER E WATSON. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, [S. l.], v. 19, p. 1–10, 2020. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.47000.

ATTANASIO, Laura B.; ALARID-ESCUADERO, Fernando; KOZHIMANNIL, Katy B. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. **Birth**, [S. l.], n. June, p. 1–10, 2019. DOI: 10.1111/birt.12464.

AUGUSTO, Antônio et al. Pesquisa Nascer no Brasil : perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. Sup, p. 192–207, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00133213. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300024&script=sci_arttext.

ÁVILA, Aline Sousa De; WATERKEMPER, Roberta; VELEDA, Aline Alves; VIEIRA, Letícia Becker; COELHO, Débora Fernandes; MONTEIRO, Bianca Ledur. Parto domiciliar planejado: a voz das mulheres sobre sua experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 1251–1257, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/170610>.

BACELAR, Carla Diniz; CARVALHO, Eliete dos Reis. A PRESENÇA DO PAI DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO. **Revista Inciare**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 11–15, 2017.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 119–129, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i1.847>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>.

BOCHNIA, Emilene Ragasson; MANEIRA, Nathana; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; FAVERO, Luciane; KOCHLA, Kátia Renata Antunes; OLIVEIRA, Fabio André Miranda De. Atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 2, 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i2.41570.

BORGES, Moema da Silva; SANTOS, Daniella Soares Dos. O campo de cuidar: uma abordagem quântica e transpessoal do cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado & Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 606–611, 2013. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i3.17159. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n3/26.pdf>.

BRANDÃO, Marcos Antônio Gomes; BARROS, Alba Lucia Bottura Leite De; CANIÇALI PRIMO, Cândida; BISPO, Gisele Saraiva; LOPES, Rafael Oliveira Pitta. Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. **Revista brasileira de enfermagem**, [S. l.], v. 72, n. 2, p. 577–581, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0395.

BRASIL. LEI Nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 1998. p. 1–27. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 2011. p. sessão 1, 1-9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Assegura validade nacional à Declaração de Nascido Vivo - DNV, regula sua expedição, altera a Lei no 6.015, de 31 de dezembro de 1973, e dá outras providências 2012a. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1032213/lei-12662-12>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 Brasil, 2012b. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/cometica/wp-content/uploads/sites/7/2015/03/RESOLUCAO-466.pdf>.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Humanização do Parto e Nascimento (Cadernos HumanizaSUS), volume 4**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrias por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hoBrasil, 2016a. p. 5–6. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. 2016b. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. TABNET. Estatísticas vitais**. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. **DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC. Local de nascimento, domicílio, ano 2020**. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>. Acesso em: 5 out. 2022.

BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; FAUSTINO, Waglânia de Mendonça. Maternidade e Espiritualidade : A experiência das mulheres que escolheram parir em casa. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 4018–4034, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n1-272. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/22996>.

CABRAL, Ivone Evangelista; NEVES, Eliane Tatsch. Pesquisar com o método criativo sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. *In*: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (org.). **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde. Da teoria à prática**. Porto Alegre, RS: Moriá, 2016. p. 325–350.

CAMARGO, Tatiana Braga De. **Desenvolvendo competências ao cuidar em UTI: vivência da enfermeira**. 2018. Universidade Federal do Paraná, [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.prppg.ufpr.br/signa/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=28500&idpograma=40001016045P7&anobase=2018&idtc=66>.

CAMPOS, Aline Souza; ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo De; SANTOS, Reginaldo Passoni Dos. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 332–341, 2014. DOI: 10.5902/2179769210245. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10245>.

CAMPOS, Ludimila Brum. **Ser-á-mulher-que-vivenciou-o-parto-domiciliar-planejado: contribuições para a enfermagem**. 2017. Universidade Federal de Juiz de Fora, [S. l.], 2017. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFJF_faad5df44f27068bb5e6d83a156f1b8c.

CARNEIRO, Márcia Simão; TEIXEIRA, Elizabeth; SILVA, Silvio Éder Dias Da; CARVALHO, Laise Ribeiro De; SILVA, Bruna Alessandra Costa e; SILVA, Laura de Fátima Lobato. Dimensions of maternal health from the perspective of social representations. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 454–

461, 2013. DOI: 10.5935/1415-2762.20130034.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 8, p. 2369–2378, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600021.

CASTRO, Cláudia Medeiros De; AZEVEDO, Arlene Ferreira de Paula. Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 53, 2018. DOI: 10.18554/refacs.v6i1.2794.

CATLING-PAULL, Christine; CODDINGTON, Rebecca L.; FOUREUR, Maralyn J.; HOMER, Caroline S. E. Publicly funded homebirth in australia: A review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. **Medical Journal of Australia**, [S. l.], v. 198, n. 11, p. 616–620, 2013. DOI: 10.5694/mja12.11665.

COLLAÇO, Vania Sorgatto; DOS SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; DE SOUZA, Kleyde Ventura; ALVES, Herdy Valdecyr; ZAMPIERI, Maria de Fátima; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da equipe Hanami. **Texto e Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 1–9, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017006030015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200303&script=sci_arttext&tlng=pt.

COLLAÇO, Vânia Sorgatto; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino Dos; SOUZA, Kleyde Ventura De; ALVES, Herdy Valdecyr; ZAMPIERI, Maria de Fátima; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. Parir e nascer num novo tempo: o cuidado utilizado no puerpério pela equipe Hanami. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, [S. l.], v. 20, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1082>.

COLOSSI, Letícia. **Crítérios de elegibilidade das mulheres para o parto domiciliar planejado**. 2017. Universidade Federal de Santa Catarina, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188833>.

COMEAU, Amanda; HUTTON, Eileen K.; SIMIONI, Julia; ANVARI, Ella; BOWEN, Megan; KRUEGAR, Samantha; DARLING, Elizabeth K. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. **Wiley. Birth issues in perinatal care**, [S. l.], v. 45, n. 3, p. 311–321, 2018. DOI: 10.1111/birt.12339. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29436048/>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 516/2016 – Alterada pela Resolução COFEN nº 524/2016. 2016. p. 1–6. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer técnico CNSM/Cofen nº 003/2019. Alinhamento da “Regulação e prática da enfermagem obstétrica no espaço do parto domiciliar planejado”, conforme designação da PORTARIA COFEN Nº 1092 de 17 de 2019. Brasil, 2019. p. 1–14. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html.

COOK, Elizabeth; AVERY, Melissa; FRISVOLD, Melissa. Formulating evidence-based guidelines for certified nurse-midwives and certified midwives attending home births. **Journal of Midwifery and Women's Health**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. 153–159, 2014. DOI: 10.1111/jmwh.12142.

CRUZ, Carlos Eduardo S. G.; VIEIRA, Cristiane Ferrari; AUGUSTA, Maria; ANDRADE, Coutinho De; PEREIRA, Renato Gomes; TORRES, Ronaldo Afonso; XAVIER, Roberta Feital. Processo de decisão pelo tipo de parto: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. **Revista Científica Fagoc Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/195>.

CUESTA-BENJUMEA, Carmen De La; ARREDONDO-GONZÁLEZ, Claudia Patricia. Analizar Cualitativamente: de las consideraciones generales al pensamiento reflexivo. **Index de Enfermería**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 154–158, 2015. DOI: 10.4321/S1132-12962015000200008. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 31 out. 2018.

DAHLEN, Hannah G. Is it time to ask whether facility based birth is safe for low risk women and their babies? **The Lancet. EClinicalMedicine**, [S. l.], v. 14, p. 9–10, 2019. DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.08.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.08.003>.

DARLING, Elizabeth K.; LAWFFORD, Karen Marie Olsen; WILSON, Kathi; KRYZANAUSKAS, Michelle; BOURGEAULT, Ivy Lynn. Distance from Home Birth to Emergency Obstetric Services and Neonatal Outcomes: A Cohort Study. **Journal of Midwifery and Women's Health**, [S. l.], v. 64, n. 2, p. 1–9, 2019. DOI: 10.1111/jmwh.12896. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30325580/>.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. Open and closed knowledge systems, the 4 stages of cognition, and the cultural management of birth. **Frontiers in Sociology**, [S. l.], v. 3, n. October, 2018. DOI: 10.3389/fsoc.2018.00023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2018.00023/full>.

DE JONGE, A.; GEERTS, C. C.; VAN DER GOES, B. Y.; MOL, B. W.; BUITENDIJK, S. E.; NIJHUIS, J. G. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: A cohort study based on three merged national perinatal databases. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [S. l.], v. 122, n. 5, p. 720–728, 2015. DOI: 10.1111/1471-0528.13084. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204886/>.

DECARLI, Mariana Oliveira. Alienação, coisificação da mulher e ideologia dominante no ambiente do parto. **Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, [S. l.], p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1169>.

DENIPOTE, Adelita Gonzalez Martinez. Assistência de enfermagem obstétrica ao

parto domiciliar planejado: modelo holístico e transpessoal. *In*: MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; SOUZA, Kleyde Ventura De; DUARTE, Elysangela Dittz (org.). **PROENF Saúde materna e neonatal, CICLO 9, VOL. 2**. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2018. p. 9–44.

DENIPOTE, Adelita Gonzalez Martinez; LACERDA, Maria Ribeiro; SELLETI, Jaqueline Dias do Nascimento; TONIN, Luana; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos? **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. 1–16, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6628>. Disponível em: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/6628-Article-101115-1-10-20200731.pdf>.

DESCIEUX, Katie; KAVASSERI, Karthik; SCOTT, Kacey; PARLIER, Anna Beth. Why women choose home birth: a narrative review. **MAHEC Online Journal of Research**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 1–10, 2017. Disponível em: https://sys.mahec.net/media/onlinejournal/why_women.pdf.

DIB, Rachel Verdan; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos Da; REIS, Carlos Sérgio Corrêa Dos; PROGIANTI, Jane Márcia; SIMAS, Marcelle Cristine da Fonseca; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A experiência de segurança no parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *In*: EDITORA, Atena (org.). **Semiologia de Enfermagem**. Ponta Grossa. p. 1–10. DOI: 10.22533/at.ed.3961915081.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/chave>.

DUNHAM, Bria. Home birth midwifery in the united states: evolutionary origins and modern challenges. **Human Nature**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 471–488, 2016. DOI: 10.1007/s12110-016-9266-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12110-016-9266-7>.

EGY, Emiko Yoshikawa. O lugar do qualitativo na pesquisa em Enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, [S. l.], v. 33, n. 2, 2020. DOI: 10.37689/ACTA-APE/2020EDT0002. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/o-lugar-do-qualitativo-na-pesquisa-em-enfermagem/>.

ELLIOTT, Victoria. Thinking about the coding process in qualitative data analysis. **Qualitative Report**, [S. l.], v. 23, n. 11, p. 2850–2861, 2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2155621346?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>.

FALCH, Tuva; BACHE-GABRIELSEN, Trine; AUNE, Ingvild. All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women’s experiences with planned home birth. **Midwifery**, [S. l.], v. 86, p. 102705, 2020. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102705. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>.

FAVERO, Luciane. **Construção de um modelo de cuidado transpessoal em enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar de lacerda**. 2013. Universidade Federal do Paraná, [S. l.], 2013. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/TeseLucianeFavero.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

FAVERO, Luciane; MEIER, Marineli Joaquim; LACERDA, Maria Ribeiro; DE AZEVEDO MAZZA, Verônica; KALINOWSKI, Luísa Canestraro. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira.

ACTA Paulista de Enfermagem, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 213–218, 2009. DOI: 10.1590/S0103-21002009000200016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200016&script=sci_abstract&tlng=pt.

FAVERO, Luciane; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; LACERDA, Maria Ribeiro. Transpersonal caring in nursing: An analysis grounded in a conceptual model.

Revista da Escola de Enfermagem, [S. l.], v. 47, n. 2, p. 489–494, 2013. DOI: 10.1590/S0080-62342013000200031. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200032&script=sci_arttext&tlng=es.

FEYER, Lara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; BOEHS, Astrid Eggert; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino Dos. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 66, n. 6, p. 879–86, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>.

FEYER, Lara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 298–305, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. 2012. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/metodologia/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

FREITAS, Efigênia Aparecida Maciel De. O parto é meu: resgatando o protagonismo da mulher. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 7, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497960141016/html/index.html>.

GALERA-BARBERO, Trinidad María; AGUILERA-MANRIQUE, Gabriel. Experience, perceptions and attitudes of parents who planned home birth in Spain: A qualitative study. **Women and Birth**, [S. l.], v. 35, n. 6, p. 602–611, 2022. DOI: 10.1016/j.wombi.2022.01.004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.004>.

GHORBANI, Azam; MATOURYPOUR, Pegah. Comparação da descrição interpretativa e a descrição qualitativa no escopo da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. 1, p. 1–2, 2020. DOI: 10.3402/qhw.v10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v73n1/pt_0034-7167-reben-73-01-e20190339.pdf.

GLASER, Barney G. **Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory**. Mill Valley: Calif Sociology Press, 1978.

GLASER, Barney G. **The Grounded Theory Perspective III: Theoretical Coding**. 1. ed. Mill Valley, CA: Sociology Press, 2005.

GLASER, Barney G. The Grounded Theory Perspective: its origins and growth. **The Grounded Theory Review**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 4–9, 2016. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=116403201&site=ehost-live>.

GLASER, Barney G.; HOLTON, Judith. Remodeling Grounded Theory. **Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research**, [S. l.], v. 5, n. 2, art. 4, p. 233–238, 2004. DOI: 10.1016/j.clae.2007.06.001. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/607/1316>.

GLASER, Barney Galland; STRAUSS, Anselm. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New Brunswick: Aldine Transaction A Division of Transaction Publishers, 1967. Disponível em: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf.

GOMES, Ingrid Meireles; LACERDA, Maria Ribeiro; RODRIGUES, Jéssica Alline Pereira; CAMARGO, Tatiana Braga De; ZATONI, Débora Cristina Paes; NASCIMENTO, Verônica Silva. O apoio da rede social no cuidado domiciliar. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 1–8, 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160062. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160062.pdf>.

HERMANN, Ana Paula; NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do; LACERDA, Maria Ribeiro. Especificidades do cuidado domiciliar apreendidas no processo de formação profissional do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 545–550, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140040. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/en_v18n3a03.pdf.

HERNANDEZ, Cheri Ann. Theoretical Coding in Grounded Theory Methodology. **GROUNDING THEORY REVIEW**, [S. l.], v. 8, n. 3, 2009. Disponível em: <http://groundedtheoryreview.com/2009/11/30/theoretical-coding-in-grounded-theory-methodology/>.

HOLTON, Judith A. The coding process and its challenges. **The Grounded Theory Review**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 21–40, 2010. DOI: 10.4135/9781848607941.n13. Disponível em: <http://groundedtheoryreview.com/wp-content/uploads/2012/06/GT-Review-vol-9-no-11.pdf>.

HUTTON, Eileen K.; BHSC, Adriana Cappelletti; RM, Angela H. Reitsma; SIMIONI, Julia; HORNE, Jordyn; MCGREGOR, Caroline; AHMED, Rashid J. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. **CMAJ**, [S. l.], v. 188, n. 5, 2016. DOI: 10.1503/cmaj.150564. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/188/5/E80>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Condições de vida, desigualdade e pobreza. Indicadores Sociais Mínimos - ISM**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17374-indicadores-sociais-minimos.html?=&t=resultados>.

Acesso em: 10 jun. 2020.

JULIANA BLEY. **Gestão da travessia: aprendendo a viver e a cuidar de si em um mundo de ondas gigantes**. 1ª ed. São Paulo: Almedina Brasil, 2022.

KATAOKA, Yaeko; ETO, Hiromi; IIDA, Mariko. Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and home births: A retrospective cohort study in Japan. **Midwifery**, [S. l.], v. 29, n. 8, p. 965–972, 2013. DOI: 10.1016/j.midw.2012.12.020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.020>.

KENNY, Méabh; FOURIE, Robert. Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: methodological and philosophical conflicts. **Qualitative Report**, [S. l.], v. 20, n. 8, p. 1270–1289, 2015. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss8/9/>.

KLOCK, Patricia; HIGASHI, Giovana Dorneles Callegaro; FABRIZIO, Greici Capellari; KUEHLKAMP, Valdete Meurer. Uso de softwares na Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, Jose Luis Guedes Dos (org.). **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre, RS: Moriá, 2019. p. 299–319.

KOERICH, Cintia; COPELLI, Fernanda Hannah da Silva; LANZONI, Gabriela Marcelino de Mello; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Grounded theory: evidencing divergences and contributions for nursing research. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 22, p. 1–6, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180014.

KOETTKER, Joyce Green. **Parto domiciliar planejado assistido por profissional qualificado nas regiões nordeste, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil**. 2016. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, [S. l.], 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172189>.

KOETTKER, Joyce Green; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; FREITA, Paulo Fontoura; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; COSTA, Roberta. Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 52, p. 1–7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03371.pdf.

KRUNO, Rosimery Barão; SILVA, Tatiane Osvaldt Da; TRINDADE, Patrícia Taís de Oliveira. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. **Saúde (Santa Maria)**, [S. l.], v. 43, n. 1, p. 22–30, 2017. DOI: 10.5902/2236583417736. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/17736>.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 1996. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/112044>.

LACERDA, Maria Ribeiro. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar - Vivência do cuidado da enfermeira**. 2000. Universidade federal de Santa Catarina,

[S. l.], 2000. Disponível em: <file:///C:/Users/Asus/Downloads/161228.pdf>.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. 5, p. 2621–2626, 2010. DOI: 10.1590/s1413-81232010000500036. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500036&script=sci_arttext&tlng=pt.

LACERDA, Maria Ribeiro. Brevidades sobre o cuidado domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 1, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18657>.

LACERDA, Maria Ribeiro; DIAS DO NASCIMENTO, Jaqueline; GOMES, Ingrid Meireles; HERMANN, Ana Paula. A construção teórica na Teoria Fundamentada em Dados. **Atas CIAIQ. Investigação Qualitativa em Saúde**, [S. l.], v. 2, 2019. a. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2293>.

LACERDA, Maria Ribeiro; GOMES, Ingrid Meireles; HERMANN, Ana Paula; NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do. Construção da Teoria Fundamentada nos Dados: da elaboração de conceitos à validação. *In*: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, Jose Luis Guedes Dos (org.). **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre, RS: Moriá, 2019. b. p. 249–269.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura De; PEIXOTO, Eliane Rezende de Moraes; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; DINIZ, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.30102017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802811.

LEAL, Maria do Carmo. Parto e nascimento no Brasil : um cenário em processo de mudança. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 34, n. 5, p. 1–3, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00063818. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00063818.pdf>.

LEAVY, Patricia. Why i wrote a novel designed to teach the research process. **Qualitative Report**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 559–562, 2019. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol24/iss3/9/>.

LEON-LARIOS, Fatima; NUNO-AGUILAR, Cristina; ROCCA-IHENACHO, Lucia; CASTRO-CARDONA, Felipe; ESCURIET, Ramon. Challenging the status quo: Women’s experiences of opting for a home birth in Andalucia, Spain. **Midwifery**, [S. l.], v. 70, p. 15–21, 2019. DOI: 10.1016/j.midw.2018.12.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.001>.

LESSA, Greice; PEITER, Caroline Cechinel; BARRETO, Mayckel da Silva; BACKES, Marli Terezinha Stein. Coleta de dados na Teoria Fundamentada nos Dados. *In*: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, José Luís Guedes Dos (org.). **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Moriá, 2019. p. 199–223.

LESSA, Heloisa Ferreira; ANTONIETA, Maria; TYRRELL, Rubio; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. **Cuidado é Fundamental**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 1118–1122, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915695>.

LESSA, Heloisa Ferreira; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], p. 665–672, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300665&lang=pt.

LIMA E SILVA, Leonardo Xavier De; FERREIRA, Aurino Lima; LIMA, Luiziane Souza Vasconcelos De. Estados incomuns de consciência em parturientes: a partolândia enquanto potencial para o desenvolvimento da mulher. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 624–644, 2018. DOI: 10.12957/epp.2018.38816.

LIMA, Karine Gomes; SILVA, Ana Deise Félix Da; PEREIRA, Luziane da Silva; GOMES, Érica Velasco Dias; GALVÃO, Lorena Ramalho; MERCÊS, Magno Conceição Das; COELHO, Julita Maria Freitas; FREIRE, Fabia Lima. A ressignificação do parto domiciliar na prática de enfermeiras obstétricas. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 1–21, 2020. a. Disponível em: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/7923-Article-114114-1-10-20200909 \(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/7923-Article-114114-1-10-20200909%20(1).pdf).

LIMA, Karine Gomes; SILVA, Ana Deise Félix Da; PEREIRA, Luziane da Silva; GOMES, Érica Velasco Dias; GALVÃO, Lorena Ramalho; MERCÊS, Magno Conceição Das; COELHO, Julita Maria Freitas; FREIRE, Fabia Lima. A ressignificação do parto domiciliar na prática de enfermeiras obstétricas. [S. l.], v. 9, n. 9, p. 1–21, 2020. b. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3005463-a-ressignificacao-do-parto-domiciliar-na-pratica-de-enfermeiras-obstetricas.

LINDGREN, Helena; KJAERGAARD, Hanne; ASTA, Olof; BLIX, Ellen. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries – An overview. **Sexual & Reproductive Healthcare**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 3–8, 2014. DOI: 10.1016/j.srhc.2013.12.002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.12.002>.

LOCKE, Karen. **Grounded Theory in management research**. London: SAGE Publications, 2003.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MACDORMAN, Marian F.; DECLERCQ, Eugene. Trends and state variations in out-of-hospital births in the United States, 2004-2017. **Birth**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 279–288, 2019. DOI: 10.1111/birt.12411. Disponível em: file:///C:/Users/Asus/Downloads/MacDorman_et_al-2019-Birth.pdf.

MATTOS, Diego Vieira De; VANDENBERGHE, Luc; MARTINS, Cleusa Alves. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem da**

UFPE On line, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 568–575, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/10991-24076-1-PB \(3\).pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/10991-24076-1-PB (3).pdf).

MCLAUGHLIN, Joe; CASTRODALE, Louisa. **Out-of-Hospital Births in Alaska, 2013-2018**. Anchorage. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589->.

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira De; GODOI, Heloisa; ANDRADE, Patrícia Melo Biondi De; MATTEVI, Gianina salton. Teoria Fundamentada nos Dados na odontologia e na saúde bucal: possibilidades de aprofundamento teórico-metodológico. In: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, Jose Luis Guedes Dos (org.). **Teoria Fudamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre, RS: Moriá, 2019. p. 355–384.

MENDONÇA, Angelo Braga; PEREIRA, Eliane Ramos; BARRETO, Bruna Maiara Ferreira; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade. Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1–9, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0081. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400601&script=sci_arttext&tIng=pt.

MEREDITH, Dawn; HUGILL, Kevin. Motivations and influences acting on women choosing a homebirth: Seeking a ‘cwctch’ birth setting. **British Journal of Midwifery**, [S. l.], v. 25, n. 1, 2017. DOI: 10.12968/bjom.2017.25.1.10.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciencia e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 1103–1112, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014194.18912013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. DF. DOI: 10.1016/j.trstmh.2009.02.012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf.

MOCHEUTI, Karina Nonato; ZAMBONI, Sharyana Darcyane; SILVA, Ronaldo Antonio Da; ROCHA, Roseany Patrícia Silva; SILVESTRE, Grasiela Cristina Silva Botelho; BORGES, Angélica Pereira. Os significados atribuídos pela mulher ao trabalho das enfermeiras obstetras no parto domiciliar planejado. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. 14, 2020. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: file:///C:/Users/Asus/Downloads/8237-Artigo_Arquivo-116540-1-10-20200916.pdf.

MONTEIRO, Manoela Costa de Melo; HOLANDA, Viviane Rolim De; MELO, Geyslane Pereira De. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 7, p. 1–10, 2017. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1685. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1885>.

MORI, Marina. “Parto em casa: por que tantas mulheres estão aderindo e quais os riscos e vantagens?” **Viver Bem. Saúde e Bem-Estar. Gazeta do Povo.**, Curitiba (PR), 2017. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/parto-em-casa-quem-pode-como-funciona-quanto-custa/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MUROS, Thais Mesquita; QUITETE, Jane Baptista; MOUTA, Ricardo José Oliveira; SOUZA, Beatriz Garcia De; MARINS, Marcilene Andrade Ribeiro; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A influência da família na escolha da mulher pelo parto domiciliar planejado. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. e33510716665, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16665. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3286013-a-influência-da-família-na-escolha-da-mulher-pelo-parto-domiciliar-planejado.

MURRAY-DAVIS, Beth; MCNIVEN, Patricia; MCDONALD, Helen; MALOTT, Anne; ELARAR, Lehe; HUTTON, Eileen. Why home birth? A qualitative study exploring women’s decision making about place of birth in two Canadian provinces. **Midwifery**, [S. l.], v. 28, n. 5, p. 576–581, 2012. DOI: 10.1016/j.midw.2012.01.013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.013>.

NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do. **O cuidado domiciliar transpessoal: vivências do paciente no Brasil e Portugal**. 2018. Universidade Federal Do Paraná, [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.prppg.ufpr.br/signa/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=12363&idpograma=40001016045P7&anobase=2018&idtc=72>.

NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do; GOMES, Ingrid Meireles; LACERDA, Maria Ribeiro; CAMARGO, Tatiana Braga De; UTZUMI, Fernanda Catafesta; BERNARDINO, Elizabeth. Uso del software NVivo® en una investigación con Teoría Fundamentada. **Index de Enfermería**, [S. l.], v. 25, n. 4, 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962016000300009&script=sci_arttext&tlng=pt.

NOAL, Adelise; FRÓES, Vera. **Arte de partejar: o mito-mistério do nascimento na luz do Santo Daime**. Belo Horizonte: Ramalhete, 2015.

OLSEN, Ole; CLAUSEN, Jette A. **Planned hospital birth versus planned home birth** *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, , 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/full>.

OLZA, Ibone et al. Women’s psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. **BMJ Open**, [S. l.], v. 8, n. 10, p. 1–11, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020347. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30341110/>.

OLZA, Ibone et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 15, n. 7 July, p. 1–15, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0230992. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230992>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, [S. l.], p. 1–8, 2015. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

PEITER, Caroline Cechinel; SANTOS, José Luís Guedes Dos; KAHL, Carolina; COPELLI, Fernanda Hannah da Silva; CUNHA, Kamylla Santos Da; LACERDA, Maria Ribeiro. Teoria Fundamentada nos Dados: utilização em artigos de revistas brasileiras de enfermagem com qualis A. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 29, p. 1–14, 2020. DOI: [//dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0177](https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0177). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072020000100309&script=sci_arttext&tIng=pt.

PEPPE, Mariana Vitor. **A assistência puerperal prestada pelas enfermeiras obstetras e/ou obstetrizes que realizam o parto domiciliar planejado no estado de São Paulo**. 2017. Universidade de São Paulo, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29032018-151158/pt-br.php>.

PIMENTA, Lizandra; RESSEL, Lúcia; STUMM, Karine. A construção cultural do processo de parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 591–598, 2013. DOI: [10.9789/2175-5361.2013v5n4p591](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p591). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2344>.

POLACSEK, Meg; BOARDMAN, Gayelene; MCCANN, Terence. Understanding, choosing and applying grounded theory: Part 2. **Nurse Researcher**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 43–49, 2018. DOI: [10.7748/nr.2018.e1593](https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1593). Disponível em: <https://journals.rcni.com/nurse-researcher/evidence-and-practice/understanding-choosing-and-applying-grounded-theory-part-2-nr.2018.e1593/abs>.

PRATES, Lisie Alende; PEREZ, Rhayanna de Vargas; GOMES, Natália da Silva; PILGER, Carolina Heleonora; WILHELM, Laís Antunes; SOUZA, Martha Helena Teixeira De. Aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar: revisão integrativa. **Journal of Chemical Information and Modeling**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. 1689–1699, 2020. DOI: [10.1017/CBO9781107415324.004](https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4374>.

QSR INTERNATIONAL. **NVIVO downloads**. 2020. Disponível em: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/support-services/nvivo-downloads>. Acesso em: 30 ago. 2020.

QUIGLEY, Clare; TAUT, Cristina; ZIGMAN, Tamara; GALLAGHER, Louise; CAMPBELL, Harry; ZGAGA, Lina. Association between home birth and breast feeding outcomes: A cross-sectional study in 28 125 mother-infant pairs from Ireland and the UK. **BMJ Open**, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 1–11, 2016. DOI: [10.1136/bmjopen-2015-010551](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010551). Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e010551>.

QUITETE, Jane Baptista; MONTEIRO, Jéssika Andrade de Melo Braga. A participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 26, p. e18682, 2018. DOI: [10.12957/reuerj.2018.18682](https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.18682). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18682>.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa Dos; PADOIN, Stela Maris de Mello; TOEBE, Thayla Rafaella Pasa; PAULA, Cristiane Cardoso De; QUADROS, Jacqueline Silveira De. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista gaucha de enfermagem**, [S. l.], v. 38, n. 1, p. e64677, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.01.64677. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164677.pdf>.

RICHARDS, Tom. An intellectual history of NUD*IST and NVivo. **International Journal of Social Research Methodology**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 199–214, 2002. DOI: 10.1080/13645570210146267. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645570210146267>.

ROCHA, Blenda Dias Estércio; LIMA, Ivanilde Marques da Silva; SILVA, Anderson Luiz Da. Parto Domiciliar Planejado: um relato de experiência. **Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 8, n. 22, p. 42–52, 2018. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/247>.

ROCHA, Danielle Carvalho et al. O protagonismo feminino no parto domiciliar: Relatos de experiências. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. 1–15, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16684>.

RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVA, Raimunda Magalhães Da; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Ação interativa enfermeiro - cliente na assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 232–238, 2006. Disponível em: file:///C:/Users/Asus/Downloads/ACAO_INTERATIVA_ENFERMEIRO-_CLIENTE_NA_ASSISTENCIA.pdf.

RODRIGUES, Jéssica Aline Pereira; LACERDA, Maria Ribeiro; FAVERO, Luciane; GOMES, Ingrid Meireles; MÉIER, Marineli Joaquim; WALL, Marilene Loewen. Modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar de Favero e Lacerda: relato de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 1–5, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.03.58271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160358271.pdf>.

ROSA, William E.; DOSSEY, Barbara M.; WATSON, Jean; BECK, Deva-Marie; UPVALL, Michele J. The United Nations sustainable development goals: the ethic and ethos of holistic nursing. **Journal of Holistic Nursing**, [S. l.], p. 089801011984172, 2019. DOI: 10.1177/0898010119841723. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010119841723>.

ROSA, William; ESTES, Tarron; WATSON, Jean. Caring Science conscious dying: an emerging metaparadigm. **Nursing Science Quarterly**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 58–64, 2017. DOI: 10.1177/0894318416680538. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28899296/>.

SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira; ALVEA, Kisna Yasmin Andrade; RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; RODRIGUESA, Cristiane Filgueira Martins; OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo e. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde : scoping review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 41, p. 1–13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v41/pt_1983-

1447-rgenf-41-e20190297.pdf.

SALVIANO, Márcia Eller Miranda; NASCIMENTO, Prince Daiane Felizardo Silva; PAULA, Mariane Andreza De; VIEIRA, Carolina Santiago; FRISON, Susiane Sucasas; MAIA, Mariana Almeida; SOUZA, Kleyde Ventura; BORGES, Eline Lima. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 69, n. 6, p. 1240–1245, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0331. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1240.pdf>.

SANDALL, J.; SOLTANI, H.; GATES, S.; SHENNAN, A.; DEVANE, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 4, p. 91, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.www.cochranelibrary.com. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf/full>.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira. **Representações sociais sobre o parto domiciliar**. 2016. Universidade Estadual de Campinas, [S. l.], 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/305360>.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; ABBUD, Fernanda de Souza Freitas; PREGNOLATTO, Olívia Separavich; SILVA, Michelle Gonçalves Da; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, [S. l.], v. 15, n. 2, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3170/2433>.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto e Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 875–882, 2015. a. DOI: 10.1590/0104-07072015002850014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000300875&script=sci_abstract&tlng=pt.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Escola Anna Nery Anna Nery**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 606–613, 2015. b. DOI: 10.5935/1414-8145.20150081. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0606.pdf>.

SANTOS, Simone Silva Dos; BOECKMANN, Lara Mabelle Milfont; BARALDI, Ana Cyntia Paulin; MELO, Manuela Costa. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 129, 2018. DOI: 10.5902/2179769228345. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28345>.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery** -, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 198–202, 2016. a. DOI: 10.5935/1414-8145.20160026. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100198.

SCARF, Vanessa L.; YU, Serena; VINEY, Rosalie; LAVIS, Laura; DAHLEN, Hannah; FOUREUR, Maralyn; HOMER, Caroline. The cost of vaginal birth at home, in a birth

centre or in a hospital setting in New South Wales: A micro-costing study. **Women and Birth**, [S. l.], v. 33, p. 286–293, 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.06.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.003>.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Pós-Graduação e pesquisa: o processo de produção e de sistematização do conhecimento. **Revista Diálogo Educacional**, [S. l.], v. 9, n. 26, p. 13, 2017. DOI: 10.7213/rde.v9i26.3640. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/3640>.

SILVA, Cristiano Braga de Jesus; PAZ, Camila Torres Da; BORGES, Andrea Jaqueira da Silva; FRAGA, Beatriz Guimarães Gentil; SIMÕES, Juliette da Silva Borges. Um experienciar do parto: concepção de mulheres sobre o parto domiciliar. **Textura**, [S. l.], v. 12, n. 20, p. 130–142, 2018. Disponível em: <https://textura.famam.com.br/textura/article/view/291>.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues Da; DUMONT-PENA, Erica; MOREIRA, Alexandra Dias; CAMARGOS, Bárbara Araujo; MEIRELES, Marivania Queiroz; SOUZA, Kleyde Ventura De; MATOZINHOS, Fernanda Penido. Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas : estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. Suppl 4, p. 1–7, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672020001600160&lng=pt&nrm=iso.

SITZMAN, Kathleen.; EICHELBERGER, Lisa Wright. **Understanding the work of nurse theorists: a creative beginning**. 2ª ed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers, 2011.

SITZMAN, Kathleen; MULLER, Dorothy H. Usefulness of watson’s caring science for online educational practices in disciplines outside of nursing. **Advances in Nursing Science**, [S. l.], v. 41, n. 4, p. E53–E63, 2018. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000223. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30383565/>.

SKRONDAL, Tuva Falch; BACHE-GABRIELSEN, Trine; AUNE, Ingvild. All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women’s experiences with planned home birth. **Midwifery**, [S. l.], v. 86, p. 102705, 2020. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102705. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>.

SNOWDEN, Jonathan M.; TILDEN, Ellen L.; SNYDER, Janice; QUIGLEY, Brian; CAUGHEY, Aaron B.; CHENG, Yvonne W. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. **The New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 373, p. 2642–2753, 2015. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1501738?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov.

SOARES, Simaria de Jesus; FONSECA, Valter Machado Da. Pesquisa científica: uma abordagem sobre a complementaridade do método qualitativo. **Quaestio**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 865–881, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314>.

SOUSA, Francisca Goergina Macedo De; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; OLIVESKY, Cínthia Cristina; SIMON, Bruna Sodré; NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do; LACERDA, Maria Ribeiro. Estratégias analíticas na Teoria Fundamentada nos Dados. *In*: LACERDA, Maria Ribeiro; SANTOS, Jose Luis Guedes Dos (org.). **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre, RS: Moriá, 2019. p. 226–247.

SOUSA, Rozane Pereira De; ASSIS, Anna Mikaelly de Tavares; BEZERRA, Yuri Charllub Pereira; NEVES, Fernanda Pereira de Britto; OLIVEIRA, Gislene Farias De. A desinstitucionalização do parto: uma revisão integrativa da literatura. **Id on Line. revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [S. l.], v. 12, n. 39, p. 891–903, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1039/1491>.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; OLIVEIRA, Miriam Cristiane De Jesus Drygla; ALDRIGHI, Juliane Dias; PERIPOLLI, Larissa De Oliveira; WALL, Marilene Loewen. A enfermeira obstétrica no cuidado ao parto domiciliar planejado: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 357, 2019. DOI: 10.18554/refacs.v7i3.3758. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3758>.

SUGIURA, Silvia Yuri; CACERES, Nayla Tamara de Godoi; LACERDA, Maria Ribeiro; TONIN, Luana; RODRIGUES, Jessica Aline Pereira; NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do. A vivência do contexto domiciliar por familiares e profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 304, 2018. DOI: 10.5902/2179769228649. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28649>.

TONIN, Luana. **EVOLUÇÃO DO MODELO DE CUIDADO TRANSPESSOAL EM ENFERMAGEM DOMICILIAR A PARTIR DA SUA AVALIAÇÃO**. 2018. [S. l.], 2018.

TONIN, Luana; LACERDA, Maria Ribeiro; FAVERO, Luciane; NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do; DENIPOTE, Adelita Gonzalez Martinez; GOMES, Ingrid Meireles. A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. 1–15, 2020. DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7658>.

TONIN, Luana; NASCIMENTO, Jaqueline Dias Do; LACERDA, Maria Ribeiro; FAVERO, Luciane; GOMES, Ingrid Meireles; DENIPOTE, Adelita Gonzalez Martinez. Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, [S. l.], v. 21, n. 4, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0034. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400220%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0034.pdf.

TUCKER, TODD N. Grounded Theory Generation: A Tool for Transparent Concept Development. **International Studies Perspectives**, [S. l.], v. 17, p. 426–438, 2016. DOI: 10.1093/isp/ekv015. Disponível em: <https://academic.oup.com/isp/article-abstract/17/4/426/2528281>.

TURKEL, Marian C.; WATSON, Jean; GIOVANNONI, Joseph. Caring Science or

Science of Caring. **Nursing Science Quarterly**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 66–71, 2018. DOI: 10.1177/0894318417741116. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235958/>.

UNITED NATIONS. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. [S. l.], p. 39, 2015. Disponível em: [https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030 Agenda for Sustainable Development web.pdf](https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf).

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 95–107, 2016. DOI: 10.03.2016. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731%0Ahttps://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>.

VOLKMER, Cilene; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino Dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SPERANDIO, Fabiana Flores; SANTOS, José Luis Guedes Dos; SOUZA, Ana Izabel Jatobá De. O processo de reconstrução mamária da mulher com câncer de mama: um modelo teórico cancer. **Texto & Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 28, p. 1–13, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072019000100374&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

VOLPATO, Franciele; COSTA, Roberta; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa; GOMES, Iris Elizabete Messa; COLOSSI, Leticia. Informações que (des) motivam a tomada de decisão das mulheres pelo Parto Domiciliar Planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, n. 4, p. 1–8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XqwxZS34ppmNWjspynVTt7d/?format=pdf&lang=pt>.

WATSON, Jean. **Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing**. 2. ed. East Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1985.

WATSON, Jean. **Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem**. [s.l.: s.n.].

WATSON, Jean. **Posmodern Nursing and Beyond**. [s.l.] : Lusociência, Camarate, 1999. b.

WATSON, Jean. **Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem**. [s.l.] : Lusociência, 2002.

WATSON, Jean. Love and caring. Ethics of face and hand. An invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. **Nursing Administration Quarterly**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 197–202, 2003. DOI: 10.1097/00006216-200307000-00005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13677183/>.

WATSON, Jean. **Caring Science as Sacred Science**. 1. ed. Philadelphia. United States of America: F. A. Davis Company, 2005.

WATSON, Jean. A Teoria do Cuidado Humano de Watson e as experiências subjetivas de vida: fatores caritativos/caritas processes como um guia disciplinar para a prática profissional de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 129–135, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>.

WATSON, Jean. **Nursing: The Philosophy and Science of Caring**. revisada ed. Colorado: JSTOR, 2008. DOI: 10.2307/3424554. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>.

WATSON, Jean. **Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences**. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2009.

WATSON, Jean. **Human caring science: a theory of nursing**. 2ª ed. [s.l.: s.n.]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yTuv-tEuGE0C&oi=fnd&pg=PA237&dq=Watson+J.+Human+caring+science:+a+theory+of+nursing.+2012&ots=L7CbkZxwOx&sig=3hp0HsJa5PsR_SxScIKGCIY6myE#v=onepage&q=Watson+J.+Human+caring+science%3A+a+theory+of+nursing.+2.

WATSON, Jean. **Unitary caring science. The philosophy and praxis of nursing**. Louisville, Colorado.

WATSON, Jean. Unitary Caring Science – Universals of Human Caring and Global Micro practices of Caritas. **NapoliSana Campania**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 18–22, 2018. b. DOI: 10.32549/opi-nsc-22. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Unitary-Caring-Science---Universals-of-Human-Caring-Watson/249c605a2d4b2538782170c9c902c13272829b4b?p2df>.

WATSON, Jean. **Watson Caring Science Institute**. 2020a. Disponível em: <https://www.watsoncaringscience.org/>. Acesso em: 6 ago. 2020.

WATSON, Jean. Nursing's global covenant with humanity – Unitary caring science as sacred activism. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 76, n. 2, p. 699–704, 2020. b. DOI: 10.1111/jan.13934. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13934>.

WATSON, Jean; PORTER-O'GRADY, Tim; HORTON-DEUTSCH, Sara; MALLOCH, Kathy. Quantum Caring Leadership: Integrating Quantum Leadership With Caring Science. **Nursing Science Quarterly**, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 253–258, 2018. DOI: 10.1177/0894318418774893. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0894318418774893?casa_token=QkrlljzpczcAAAAA%3A47H1OBC5DIME09cZL1UgvpRVW4RFnLB0xHs-InCCxSqFHgwrj7jGZ532S64mKA-YmSITY8e5-IPdnJs.

WEI, Holly; WATSON, Jean. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. **International Journal of Nursing Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 17–23, 2019. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.12.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** [s.l.] : World Health Organization, 2018. a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Individualized, supportive care key to positive childbirth experience.** WHO. Geneva: World Health Organization, 2018. b. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Births by caesarean section (in the two or three years preceding the survey) (%)**. 2019. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-by-caesarean-section-\(in-the-two-or-three-years-preceding-the-survey\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-by-caesarean-section-(in-the-two-or-three-years-preceding-the-survey)-(-)). Acesso em: 12 jul. 2020.

ZIELINSKI, Ruth; ACKERSON, Kelly; LOW, Lisa Kane. Planned home birth: Benefits, risks, and opportunities. **International Journal of Women's Health**, [S. l.], v. 7, p. 361–377, 2015. DOI: 10.2147/IJWH.S55561. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399594/>.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO GRUPO-PILOTO

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MULHER

GRUPO AMOSTRAL:
 DATA:
 DURAÇÃO DA ENTREVISTA:
 Nº. ENTREVISTA:
 INICIAIS:
 RAÇA:
 IDADE:
 ESTADO CIVIL:
 ESCOLARIDADE:
 Nº DE GESTAÇÕES:
 Nº DE PN/CST:
 Nº PDP (ANO DE OCORRÊNCIA):
 PRESENTES NO(S) PARTO(S)/PDP:
 RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE:
 ENDEREÇO:

Para começarmos, te proponho fazermos um desenho (livre) que mostre, em uma imagem, o que você viveu no PDP e que considere importante/marcante.

1. Você poderia me contar como foi seu parto em casa? Fique à vontade para me contar o que vier à sua mente.

A. Como foi para você optar pelo parto em casa? Como foi fazer essa escolha?

B. De que maneira você se preparou para o PDP?

C. Como aconteciam os encontros domiciliares com as enfermeiras em sua casa?

a. Como foram as etapas de preparação (consultas, temas, emoções, participação da família) até a chegada ao dia do parto (de fato)? Como você se sentia nesses encontros?

b. Poderia fazer uma relação entre os encontros domiciliares e seu processo de parto?

2. Conte-me como foi o dia do parto.

A. Como você se percebeu no momento do parto?

B. Qual a sua relação com os acompanhantes?

C. Como você percebeu a presença dos presentes no momento do parto?

D. De que maneira as pessoas presentes influenciaram seu parto?

E. **De que maneira seu companheiro (caso tenha tido) participou do parto?

*Como foi para você ter apresentado, sentido “isso” (emoção, sentimento, etc)?

3. De que maneira você destacaria os aspectos que considera mais relevantes em todo o processo (pré-natal, parto e pós-parto)?

4. Tem algo que não foi perguntado e que você gostaria de compartilhar sobre seu parto em casa?

5. Como foi para você participar desta entrevista/encontro? Ser gravada?

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO PRIMEIRO GRUPO AMOSTRAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MULHER

GRUPO AMOSTRAL:

DATA:

DURAÇÃO DA ENTREVISTA:

Nº. ENTREVISTA:

INICIAIS:

RAÇA:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDADE:

Nº DE GESTAÇÕES:

Nº DE PN/CST:

Nº PDP (ANO DE OCORRÊNCIA):

PRESENTES NO(S) PARTO(S)/PDP:

RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE:

ENDEREÇO:

Para começarmos, te proponho fazermos um desenho (livre) que mostre, em uma imagem, o que você viveu no PDP e que considere importante/marcante.

6. Você poderia me contar como foi seu parto em casa? Fique à vontade para me contar o que vier à sua mente.

D. Como foi para você optar pelo parto em casa? Como foi fazer essa escolha?

E. De que maneira você se preparou para o PDP?

F. Como aconteciam os encontros domiciliares com as enfermeiras em sua casa?

c. Como foram as etapas de preparação (consultas, temas, emoções, participação da família) até a chegada ao dia parto (de fato)? Como você se sentia nesses encontros?

d. Poderia fazer uma relação entre os encontros domiciliares e seu processo de parto?

7. Conte-me como foi o dia do parto.

F. Como você se percebeu no momento do parto?

G. Qual a sua relação com os acompanhantes?

H. Como você percebeu a presença dos presentes no momento do parto?

I. De que maneira as pessoas presentes influenciaram seu parto?

J. **De que maneira seu companheiro (caso tenha tido) participou do parto?

*Como foi para você ter apresentado/ sentido “isso” (emoção, sentimento, etc)?

8. De que maneira você destacaria os aspectos que considera mais relevantes em todo o processo (pré-natal, parto e pós-parto)?

9. Tem algo que não foi perguntado e que você gostaria de compartilhar sobre seu parto em casa?

10. Como foi para você participar desta entrevista/encontro? Ser gravada.

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO SEGUNDO GRUPO AMOSTRAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER

Grupo amostral:
 Data:
 Duração da entrevista:
 N°. Entrevista:
 Iniciais:
 Raça:
 Idade:
 Estado Civil:
 Escolaridade:
 N° de gestações:
 N° de PN/CST:
 N° PDP (ano de ocorrência):
 Presentes no(s) parto(s)/pdp:
 Religião/Espiritualidade:
 Endereço:

Para começarmos, te proponho fazermos um desenho (livre) que mostre, em uma imagem, o que você viveu em seus PDPs e que considere mais significativo de suas vivências (importante/marcante).

1. Além do preparo físico para o parto (exercícios, alimentação etc.), que outras práticas você teve/buscou (por ex. para o preparo emocional, mental, psicológico, espiritual), de maneira geral, para seus partos em domicílio? Após sua primeira experiência de parto, nas gestações subsequentes, poderia contar de que forma **se preparou** (além do aspecto físico) para seus partos?
2. Como foram os dias/semanas/horas que antecederam aos seus partos, no sentido do preparo do ambiente, emoções. O que **marcou esta transição**? Como fez/foi a transição das suas gestações para o parto (deixar de ser gestante para parir, 'ser mãe')?
3. Após sua primeira experiência de parto, poderia me contar como foram e como lidou com suas **expectativas**, positivas e negativas, em relação ao processo de parto, sensações e sentimentos? O que foi 'concretizado' e o que não ocorreu?
4. Poderia me contar (quais e) como foram suas **sensações** (como se sentiu) e **sentimentos** (mais marcantes?) durante seus partos?
5. Como você se percebeu durante seus partos? De que forma a mulher selvagem esteve presente em seus partos? Em quais momentos do parto ela esteve presente?
6. Poderia me explicar de que forma elementos/características/comportamentos do que você considera '**feminino**' emergiram, estiveram presentes e/ou foram trabalhados durante a gestação/parto que influenciaram positivamente (ou negativamente?) a sua vivência do PDP?
7. Quando você estava neste 'outro mundo' o que acontecia aqui fora (externo)? (Quando e se ela der a "deixa")
8. Como o tema da **morte** foi abordado no preparo para o parto? De que forma ele esteve presente? Como foi para você?

9. Como foi (internamente) para você durante a gestação e o parto **passar de filha para mãe**? De que forma sua relação com sua mãe esteve presente no seu PDP?
10. O que **significou** para você, após seus partos, passar por esses momentos de **estado ampliado de consciência** (ou o termo que ela usar)? (Quando e se ela der a “deixa”)
11. De que forma o “**masculino**” esteve presente/influenciou nos seus partos? Como o seu companheiro, do ponto de vista masculino
12. De que forma a **sexualidade** esteve presente no seu parto*?
13. De que maneira você destacaria os **aspectos** que considera **mais relevantes** ou marcantes em suas vivências de parto?
14. Me conte o que **significou** passar pelo **parto em casa**.
15. Tem algo que não foi perguntado e que você gostaria de compartilhar sobre seu parto em casa?
16. Como foi para você participar desta entrevista/encontro? Ser gravada?

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MULHER

Grupo amostral:
Data:
Duração da entrevista:
Nº. Entrevista:
Iniciais:
Raça:
Idade:
Estado Civil:
Escolaridade:
Nº de gestações:
Nº de PN/CST:
Nº PDP (ano de ocorrência):
Presentes no(s) parto(s)/pdp:
Religião/Espiritualidade:
Endereço:

Para começarmos, te proponho fazermos um desenho (livre) que mostre, em uma imagem, o que você viveu em seus PDPs e que considere mais significativo de suas vivências (importante/marcante).

1. Poderia me contar (quais e) como foram suas **sensações** (como se sentiu) e **sentimentos** (mais marcantes?) durante seus partos?
2. Como foi sua relação com seus **acompanhantes/presentes** no parto? (explorar conexões energéticas/trans)
3. Você não teve um companheiro no momento do parto. Poderia me contar como foi para você não tê-lo? Como se sentiu?
4. Em relação ao zelo externo no momento do seu parto (comunicação com a equipe, suporte físico, providência da alimentação, encher banheira, pegar panos, etc), como ocorreu?
5. De que forma o “**masculino**” esteve presente/influenciou nos seus partos? **
6. De que maneira você destacaria os **aspectos** que considera **mais relevantes** ou marcantes em suas vivências de parto?
7. Me conte o que **significou** passar pelo **parto em casa**.
8. Tem algo que não for perguntado e que você gostaria de compartilhar sobre seu parto em casa?

Para confirmar:

9. Em relação à sua decisão pelo PDP, poderia me explicar como ela esteve relacionada à escolha dos profissionais que iriam te acompanhar? (Ou seja, sua decisão pelo PDP foi antes de escolher os profissionais ou enquanto pensava na possibilidade do PDP buscou profissionais para fazer e determinar esta escolha?)
10. As mulheres com que conversei até o momento contam que existe uma certa construção para a tomada de decisão pelo PDP, em suas gestações em que o parto ocorreu em domicílio, de que maneira essa decisão foi tomada e reafirmada a cada gestação?
11. Durante o seu processo de parto, quando você se aprofundava em si mesma (internamente), houve momentos de racionalização, pensamentos e/ou sentimentos que te tirassem do estado de concentração? Ou, Como você relacionaria os momentos de

introspecção, concentração interna em si mesma (etc) durante seu parto, com os momentos mais racionais? Que pensamentos e sentimentos vinham à sua mente e consciência?

12. De que maneira seu acompanhante, 'protetor'/'vigilante' influenciou no seu processo de parto?

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER DO QUARTO GRUPO AMOSTRAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A MULHER

Grupo amostral:
 Data:
 Duração da entrevista:
 N°. Entrevista:
 Iniciais:
 Raça:
 Idade:
 Estado Civil:
 Escolaridade:
 N° de gestações:
 N° de PN/CST:
 N° PDP (ano de ocorrência):
 Presentes no(s) parto(s)/pdp:
 Religião/Espiritualidade:
 Endereço:

Para começarmos, te proponho fazermos um desenho (livre) que mostre, em uma imagem, o que você viveu em seus PDPs e que considere mais significativo de suas vivências (importante/marcante).

1. Após passar pela experiência de um parto hospitalar, como foi (chegar a ter) o parto em casa? Poderia me contar suas sensações, sentimentos, expectativas....
2. Poderia me contar (quais e) como foram suas **sensações** (como se sentiu) e **sentimentos** (mais marcantes?) durante seus partos?
3. De que maneira você destacaria os **aspectos** que considera **mais relevantes** ou marcantes em suas vivências de parto?
4. Me conte o que **significou** passar pelo **parto em casa**.
5. Tem algo que não foi perguntado e que você gostaria de compartilhar sobre seu parto em casa?
6. Como você se percebe/percebeu em seu parto?
7. Como você se sentiu estando em casa? Parindo em casa?
8. Como você compararia suas sensações e sentimentos em ambientes diferentes?
9. Em relação aos encontros com a equipe de atendimento, poderia contar como foram, de que forma você percebia esses encontros? Diante do que você vivenciou nesses encontros, como ocorreram etc, como você nominaria essa etapa antes do parto propriamente dito?
10. O que significou ou de que forma seu PNH impactou em sua vida pessoal? E o seu PDP?
Para confirmar:
11. De que maneira passar pela gestação, parto em casa e puerpério refletiram ou se relacionaram ao seu empoderamento (Enfrentar o puerpério fez parte do empoderamento?)

APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria Ribeiro Lacerda, professora responsável e, Adelita Gonzalez Martinez Denipote, aluna do curso de doutorado da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, mulher que teve seu(s) parto(s) em domicílio, a participar de um estudo intitulado “A Vivência da Mulher no Parto Domiciliar Planejado”. Acreditamos na importância e relevância em dar voz às mulheres e familiares que optam pela vivência de um parto domiciliar planejado atendido por enfermeira obstetra e, com isso, trazer a possibilidade de promover a ampla compreensão do tema e refletir a qualidade dos modelos de prática profissional, seus impactos na individualidade e na sociedade e, desta maneira, contribuir para a mudança no modelo de assistência aos nascimentos no Brasil.

- a) O objetivo desta pesquisa é explicar a vivência de mulheres que experienciaram o parto domiciliar planejado sob a assistência de enfermagem obstétrica; elaborar uma teoria que demonstre esta vivência; e, propor contribuições para a prática de enfermagem no parto domiciliar planejado.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista com perguntas referentes à sua vivência no parto domiciliar planejado. Essas perguntas serão feitas por uma das colaboradoras da pesquisa e será registrada por meio de um gravador de voz.
- c) Para tanto, sua entrevista poderá ser realizada em seu domicílio, em data e horário mais convenientes para você. A entrevista levará aproximadamente 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao cansaço pelo tempo de realização da entrevista.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem estar relacionados aos riscos emocionais, como constrangimento e/ou cansaço ao responderem as perguntas durante a entrevista. Estes riscos, poderão ser decorrentes da lembrança de momentos vivenciados durante a gestação, o parto ou pós-parto, que serão minimizados com o preparo da pesquisadora, autonomia para encerrar a entrevista a qualquer momento e garantia de anonimato.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

f) Espera-se, como benefício deste estudo, que os resultados obtidos possam ser utilizados por profissionais ligados à área de atendimento à gestação, parto e nascimento para que, a partir da realidade relatada pelos participantes, possam refletir suas práticas profissionais, bem como seus modelos de atendimento. Dessa forma, a partir dessa reflexão, haja a melhora da qualidade nos atendimentos aos nascimentos, aumento da satisfação das experiências de nascimentos para as mulheres, e consequente redução dos danos causados pelo excesso de intervenções no processo de nascimentos.

g) As pesquisadoras Maria Ribeiro Lacerda e Adelita Gonzalez Martinez Denipote, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas na Universidade Federal do Paraná, no setor Pós-graduação em Enfermagem, localizado na Av. Pref. Lothario Meissner, n. 632, 3º andar (Bloco Didático II), bairro Jardim Botânico, em Curitiba-PR, de 2ª a 5ª feira, no horário das 8h às 13h, telefone: 33613756, e/ou pelos e-mails adenurse@gmail.com e mrlacerda55@gmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e lhe fornecer as informações que quiser antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

j) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas que, para esta pesquisa, serão a pesquisadora responsável, Maria Ribeiro Lacerda, e suas colaboradoras Jaqueline Dias do Nascimento Selleti e Adelita Gonzalez Martinez Denipote. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

l) O material obtido, a partir dos questionários e áudios da gravação da entrevista, serão utilizados unicamente para esta pesquisa e serão

destruídos/descartados/apagados após 60 meses da conclusão do estudo, que está estimada para Dezembro de 2022.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, materiais de armazenamento de áudio e dados e deslocamento até o domicílio, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

o) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

q) Autorizo (), não autorizo (), o uso do meu relato feito por meio da entrevista gravada em áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito de maneira escrita.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.



Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 20 ____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

	<p>UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SCS/UFPR</p>									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE FALAM E VIVEM AS MULHERES										
Pesquisador: MARIA RIBEIRO LACERDA										
Área Temática:										
Versão: 2										
CAAE: 21208719.0.0000.0102										
Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 3.740.913										
Apresentação do Projeto:										
<p>Projeto de pesquisa intitulado "PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: O QUE FALAM E VIVEM AS MULHERES", pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) e colaboradoras EnFª Dra. Jaqueline Dias do Nascimento Selleti e Adelita Gonzales Martinez Denipote (discente do curso de Doutorado em Enfermagem).</p>										
<p>O presente projeto de pesquisa é subdividido em dois subprojetos: subprojeto 1, intitulado "Motivos e Trajetória de Mulheres que Optam pelo Parto Domiciliar Planejado"; e subprojeto 2, "A Vivência da Mulher no Parto Domiciliar Planejado".</p>										
<p>Subprojeto 1 - Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, que será realizada nos domicílios das mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado, localizados na cidade de Curitiba/PR, Brasil. Segundo as pesquisadoras, os participantes serão mulheres, maiores de 18 anos que vivenciaram o parto domiciliar planejado, a partir do ano de 2014 (últimos cinco anos), independentemente do número de partos, via (vaginal ou cesariana) ou local de parto (hospital, maternidade ou domicílio) ocorridos anteriormente. Serão excluídas, as que por intercorrências do processo de parto sofreram transferência para unidade hospitalar no puerpério imediato (por exemplo por hemorragia, retenção placentária, etc), as que tiveram seu bebê transferido para unidade hospitalar logo após o nascimento e, as que não tiverem a possibilidade de participar presencialmente da entrevista. Os participantes serão indicados por profissionais enfermeiras obstetras que atendam parto domiciliar planejado na cidade de Curitiba-Paraná. A busca por estas</p>										
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar</td> <td>CEP: 80.060-240</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Alto da Glória</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PR</td> <td>Município: CURITIBA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (41)3360-7259</td> <td>E-mail: cometica.saude@ufpr.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240	Bairro: Alto da Glória		UF: PR	Município: CURITIBA	Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br
Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240									
Bairro: Alto da Glória										
UF: PR	Município: CURITIBA									
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br									
<p style="text-align: right;">Página 01 de 06</p>										



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.740.913

profissionais será realizada por meio das redes sociais, internet e indicação. A coleta de dados está prevista para iniciar no segundo semestre de 2019, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) até o final do segundo semestre de 2020. Será realizada com aproximadamente 30 participantes, por meio de entrevistas semiestruturada que serão gravadas e transcritas, realizada no domicílio das participantes.

Subprojeto 2 - A Vivência da Mulher no Parto Domiciliar Planejado. Trata-se do projeto de pesquisa de uma tese de doutoramento, alicerçada no método da Ground Theory (GT) ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD). As pesquisadoras propõem entrevistas com 30 mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado, sob a assistência de enfermagem obstétrica. Para um primeiro grupo amostral serão incluídas mulheres que vivenciaram o processo de parto domiciliar planejado (pré-natal, parto e puerpério) na cidade de Curitiba-PR, entre os anos de 2014 e 2019, maiores de 18 anos, independentemente do número de partos, via (vaginal ou cesariana) ou local de parto (hospital, maternidade ou domicílio) ocorridos anteriormente. Serão excluídas, as que por intercorrências do processo de parto sofreram transferência para unidade hospitalar no puerpério imediato (por exemplo por hemorragia, retenção placentária, etc), as que tiveram seu bebê transferido para unidade hospitalar logo após o nascimento e, as que não tiverem a possibilidade de participar presencialmente da entrevista. Prevê-se, ainda, a possibilidade de um segundo grupo amostral composto por familiares que participaram da vivência da mulher durante o parto domiciliar. Os participantes serão indicados por profissionais enfermeiras obstetras que atendam parto domiciliar planejado na cidade de Curitiba-Paraná. A busca por estas profissionais será realizada por meio das redes sociais, internet e indicação. As mulheres (participantes) serão convidadas para participarem da entrevista semiestruturada, a qual será agendada e realizada no domicílio da participante. O método proposto prevê o surgimento de novos grupos amostrais, logo, as pesquisadoras destacam a possibilidade de um segundo grupo amostral com os familiares que participaram do evento parto domiciliar planejado e, para estes, será aplicado um outro questionário. Os dados serão analisados de acordo com o método TFD proposto e apoiados no referencial teórico do modelo de cuidado transpessoal de Jean Watson (WATSON, 2007).

Para o recrutamento dos participantes da pesquisa, subprojeto 1 e 2, ambas amostras serão estabelecidas da seguinte maneira: as pesquisadoras entregarão convites impressos para a participação da pesquisa, às enfermeiras que atendem parto domiciliar planejado em Curitiba. Para que estas possam encaminhá-los às mulheres que atendam os critérios de inclusão. A busca por

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA **CEP:** 80.060-240
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.740.913

estas profissionais será realizada por meio das redes sociais, internet e indicação.

Uma vez recebendo o convite impresso os possíveis participantes interessados poderão espontaneamente contatar as pesquisadoras. O contato poderá ser por telefone ou e-mail. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será apresentado pessoalmente no dia da entrevista e antes desta serão dirimidas quaisquer dúvidas.

Objetivo da Pesquisa:

1. Objetivo geral: Compreender o processo vivencial de mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado.

1.1. Objetivos do Subprojeto 1:

- Identificar os motivos que levaram as mulheres a optarem pelo parto domiciliar planejado;
- Compreender a trajetória das mulheres até a vivência do parto domiciliar planejado.

1.2 Objetivos do Subprojeto 2:

- Interpretar a vivência de mulheres que experienciaram o parto domiciliar planejado a partir da assistência de enfermagem obstétrica.
- Elaborar uma teoria substantiva que explicita a vivência de mulheres que experienciaram o parto domiciliar planejado;
- Propor contribuições para a prática de enfermagem no parto domiciliar planejado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos do estudo, de acordo com as pesquisadoras "não há riscos diretos aos participantes relacionados a pesquisa, porém, poderão sentir-se emocionados, constrangidos ou cansados ao responderem as perguntas durante a entrevista, em decorrência da rememoração de momentos vivenciados durante a gestação, o parto ou pós-parto." Quanto as medidas para minimização dos riscos e proteção do participante da pesquisa, destacam que "serão respeitados os direitos das pessoas entrevistadas, e firmado que sua participação não acarretará malefícios e prejuízos monetários e morais.". Afirmam, ainda, que "para minimizar os possíveis riscos, comprometemo-nos a realizar as entrevistas, de maneira a evitar e reduzir constrangimentos, garantindo a manutenção do sigilo, confidencialidade e anonimato, bem como suspendê-la a qualquer momento a pedido do participante."

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

Município: CURITIBA

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.740.913

Quanto aos benefícios, as pesquisadoras destacam que "a pesquisa não possui benefícios diretos aos participantes, mas espera-se que a teoria substantiva elaborada a partir deste trabalho possa ser utilizada por estudantes e profissionais ligados à área de atenção a gestação, parto e nascimento para que a partir da realidade explicitada, possam refletir suas práticas profissionais, bem como o modelo de atendimento. Que a partir desta reflexão haja a mudança do modelo atual e hegemônico de nascimentos, contribuindo positivamente para a melhora da qualidade assistencial, aumento da satisfação das experiências e consequente redução de danos iatrogênicos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta temática relevante, está bem redigido e possui indicativo de aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os esclarecimentos foram realizados e as pendências respondidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.740.913

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431141.pdf	04/11/2019 21:15:18		Aceito
Outros	RESPOSTA_ESCLARECIMENTOS_PENDENCIAS.doc	04/11/2019 21:12:55	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PARTICIPANTES_MULHERES_SUBP_1_CORRIGIDO.doc	04/11/2019 21:10:55	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PARTICIPANTES_FAMILIARES_SUBP_2_CORRIGIDO.doc	04/11/2019 21:10:22	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_CORRIGIDO_PENDENCIAS.doc	04/11/2019 21:09:25	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.doc	13/09/2019 15:17:37	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Outros	EXTRATO_DE_ATA_DE_APROVACAO_DE_PROJETO.pdf	13/09/2019 13:12:29	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSOS_DE_EQUIPE_DA_PESQUISA.pdf	13/09/2019 13:09:23	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Outros	CHECKLIST_DOCUMENTAL.pdf	13/09/2019 13:06:33	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_DO_PESQUISADOR_AO_CEPSD.pdf	13/09/2019 13:06:07	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Outros	ANALISE_DE_MERITO_CIENTIFICO.pdf	13/09/2019 13:05:19	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PARTICIPANTES_MULHERES_SUBP_2.doc	13/09/2019 13:03:35	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PARTICIPANTES	13/09/2019 13:03:24	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 3.740.913

Justificativa de Ausência	LHERES_SUBP_1.doc	13/09/2019 13:03:24	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_E_ESCLARECIDO_PARTICIPANTES _FAMILIARES_SUBP_2.doc	13/09/2019 13:02:48	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_PESQUIS A ENVOLVENDO SERES HUMANOS.	13/09/2019 12:54:29	MARIA RIBEIRO LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Ilana Kassouf Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO BRASIL: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?

Research, Society and Development, v. 9, n. 8, e837986628, 2020
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6628>

Parto Domiciliar Planejado no Brasil: onde estamos e para onde vamos?

Planned Home Birth in Brazil: where we are and where we go?

Parto Domiciliario Planeado en Brasil: ¿en dónde estamos y a dónde vamos?

Recebido: 11/07/2020 | Revisado: 15/07/2020 | Aceito: 16/07/2020 | Publicado: 31/07/2020

Adelita Gonzalez Martinez Denipote

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2893-0499>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: adenurse@gmail.com

Maria Ribeiro Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5035-0434>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: mrlacerda55@gmail.com

Jaqueline Dias do Nascimento Selleti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4249-4809>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: jaqueliddias1@hotmail.com

Luana Tonin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-5762>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: luanatonin@gmail.com

Silvana Regina Rossi Kissula Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1679-4007>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: skissula@gmail.com

Resumo

O Parto Domiciliar Planejado (PDP) refere-se a modalidade de assistência ao parto ocorrido no domicílio da gestante e atendido por profissional qualificado. É considerado recente no Brasil, envolto por mitos e desafios, resultando em poucos estudos relacionados ao tema. Objetivo: Refletir “onde estamos e para onde vamos em relação ao PDP no Brasil?”. Metodologia: utilizou-se o ensaio teórico como método para estruturar e construir a reflexão proposta. Resultados: a partir de questionamentos, dados de estudos publicados e legislações

ANEXO 3 - A EVOLUÇÃO DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO PARA A CIÊNCIA DO CUIDADO UNITÁRIO

Research, Society and Development, v. 9, n. 9, e621997658, 2020
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7658>

A evolução da teoria do cuidado humano para a ciência do cuidado unitário

The evolution of the theory of human care to the science of unit care

La evolución de la teoría del cuidado humano a la ciencia del cuidado unitario

Recebido: 17/08/2020 | Revisado: 27/08/2020 | Aceito: 29/08/2020 | Publicado: 01/09/2020

Luana Tonin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3168-5762>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: luanatonin@gmail.com

Maria Ribeiro Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5035-0434>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: mrlacerda55@gmail.com

Luciane Favero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4486-0032>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: lucianefavero@yahoo.com.br

Jaqueline Dias do Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4249-4809>

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: jaquineddias1@hotmail.com

Adelita Gonzalez Martinez Denipote

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2893-0499>

Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: adenurse@gmail.com

Ingrid Meireles Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2174-6421>

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Brasil

E-mail: inguide@gmail.com

Resumo

A Teoria do Cuidado Humano ou Ciência do Cuidado Unitário é usada mundialmente e apresenta-se em constante evolução. Ao longo dos anos, junto com a evolução da Teoria