

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Lisie Alende Prates

**RITUAIS DE CUIDADO DESENVOLVIDOS POR FAMÍLIAS NO
PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**

**Santa Maria, RS
2017**

Lisie Alende Prates

**RITUAIS DE CUIDADO DESENVOLVIDOS POR FAMÍLIAS NO
PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Santa Maria, RS
2017**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Prates, Lisie Alende

Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico / Lisie Alende Prates.- 2017.

157 p.; 30 cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Saúde da mulher 2. Gravidez 3. Família 4. Cultura
5. Comportamento ritualístico. Enfermagem I. Título.

Lisie Alende Prates

**RITUAIS DE CUIDADO DESENVOLVIDOS POR FAMÍLIAS NO PROCESSO
GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovada em 08 de junho de 2017:

Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Graciela Dutra Sehnem, Dra. (UNIPAMPA)

Jussara Mendes Lipinski, Dra. (UNIPAMPA)

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)

Martha Helena Teixeira de Souza, Dra. (UNIFRA)

Santa Maria, RS
2017

AGRADECIMENTOS

Mais um capítulo dessa história em busca do meu sonho pela docência se encerra. Me percebo aqui, concluindo uma etapa de tantas outras que estão pela frente e percebo que não a encerrei sozinha. Ao meu lado, estão pessoas que contribuíram de infinitas maneiras para que eu conseguisse concretizar esse processo. O doutorado se deu como um **ritual de passagem** e as pessoas à minha volta estiveram, constantemente, desenvolvendo **rituais de cuidado** para me proteger e auxiliar nesta passagem de identidade e posição no meio acadêmico. Essas pessoas merecem meu agradecimento e a minha gratidão!

Mãe e pai, quando eu tomei a decisão de ir em busca da docência, vocês me apoiaram e me forneceram todo o suporte que eu necessitava. Em nenhum momento questionaram minhas escolhas e nunca disseram que eu deveria desistir. Ao contrário, supervalorizaram minhas capacidades e sempre me estimularam a continuar investindo no meu sonho. Vocês são o meu maior alicerce, meu motivo de nunca ter desistido! Muito obrigada por tudo, sem vocês eu nunca teria conseguido nada.

Mana e mano, vocês são os meus tesouros. São meus amigos e meus parceiros para toda a vida. Ao longo da vida, vocês sempre estiveram ao meu lado, apoiando minhas decisões e me fortalecendo como pessoa e profissional. Obrigada por existirem e por serem meus irmãos, vocês são os melhores sem a menor dúvida. E especialmente, você, **mana**, que depois de tanto tempo longe, voltou para dividir a casa, as contas, as vitórias e as tristezas comigo. Me acompanhou em, praticamente, toda a minha trajetória no doutorado e sempre tinha as palavras certas para me acalmar. Obrigada! Muito obrigada mesmo! Todas as vezes que eu pensei que não conseguiria, você segurou a minha mão, me encorajou e me mostrou que eu poderia e deveria continuar. Obrigada!

Fernando, ao longo desses oito anos de amizade, cumplicidade, companheirismo e amor, você sempre foi muito mais que um namorado, noivo ou namorado. Você foi meu porto seguro! Foi quem mais me acalmou. As tuas doces palavras sempre me fizeram acreditar que a concretização desse sonho seria possível. Durante estes anos, você me fez descobrir que eu tenho alguém que quer ficar comigo mesmo quando eu estou cansada, estressada, impaciente e nervosa, porque você esteve ao meu lado em todos os momentos e nunca deixou de me amar, apesar de todo o meu cansaço e falta de tempo. Foi também meu amigo, meu confidente e meu abraço mais apertado. Obrigada por entender todas as vezes que não pude estar contigo,

pelas horas que precisei abdicar pelo doutorado ou pelo trabalho, obrigada por me ajudar, por ser meu suporte. Eu te amo muito!

Professora Lúcia, obrigada por ter sido essa orientadora maravilhosa, que estimula, incentiva e auxilia não só a mim, como a todas as suas orientandas. A senhora é um exemplo de mulher, mãe, professora e enfermeira! Obrigada pelos seus ensinamentos e conselhos, eles foram e continuam sendo fundamentais. Obrigada, acima de tudo, por acreditar em mim e por ter me fornecido tantas oportunidades de crescer e amadurecer. Toda a minha gratidão à senhora. Obrigada, muito obrigada!

Minhas amigas, **Daniela Souza, Danielle Scholz, Rochele, Elitiele, Juliane, Tiziane, Vanice, Máisa e Greice Pieszak**, que sempre me apoiaram, mesmo que nem sempre pudéssemos estar tão próximas quanto gostaríamos. Vocês são as melhores amigas que alguém poderia ter. Obrigada pelas palavras de incentivo e pelos momentos de diversão e descontração.

Minhas eternas e grandes amigas do grupo de pesquisa, **Laís, Luiza, Marcella, Camila Alves, Silvana, Caroline Ilha, Andrêssa, Gabriela, Thayná e Kelen Astarita**, vocês contribuíram (e muito) para o desenvolvimento dessa tese, bem como por todo o meu aprendizado. Vocês me ensinaram tanto! E não foram apenas conhecimentos acadêmicos, mas de vida, de humanidade, humildade, cumplicidade e fraternidade. Obrigada, gurias. Vocês são 10, 1000! Onde quer que eu esteja ou vá, sempre levarei as alegres lembranças que tenho de cada uma de vocês.

Minhas **colegas de trabalho do Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria**, agradeço por toda a compreensão, pela paciência e, principalmente, todas as trocas de plantão para me auxiliar seja na participação das aulas do doutorado e da docência orientada, como também na realização da produção dos dados. Agradeço, em especial, as amigas que eu encontrei nesse espaço, **Caroline Pacheco e Graciela**. Vocês foram os melhores presentes que o trabalho poderia me dar. Obrigada pelo incentivo, mas principalmente, pela amizade.

O **Léo**, meu filho canino e meu maior companheiro, eu agradeço pela companhia, pelo carinho e pela atenção, apesar de eu nem sempre conseguir retribuir da forma como ele merece. Todas as vezes em que ninguém podia estar presente fisicamente, foi o Léo que ficou do meu lado (bem coladinho), me fornecendo o carinho e amor que eu precisava. Obrigada, filho, eu te amo. A **Kira**, filha canina da minha irmã, também foi esse anjinho que sempre esteve por perto para me alegrar e dar carinho. Obrigada, Kiki, a tia te ama.

As professoras que gentilmente aceitaram compor a minha banca de defesa: professoras **Graciela Sehnem, Jussara Lipinski, Maria Denise Schimith, Martha Souza, Ana Bonilha e Margrid Beuter**, as quais são professoras que eu admiro e me sinto honrada em poder vivenciar essa etapa. Agradeço imensamente pela disponibilidade e por aceitarem compartilhar esse momento tão especial comigo. Obrigada pela apreciação e todas as contribuições de vocês, pois estas irão auxiliar na lapidação deste trabalho. Em especial, agradeço a professora **Jussara**, a qual me acolheu ainda na graduação, acreditou na minha capacidade e me permitiu, acima de tudo, sonhar. A senhora tem um papel fundamental na minha trajetória. Toda a minha gratidão à senhora.

Também não posso deixar de mencionar a professora **Joice Schmalfuss**, minha coorientadora de graduação, que fez com que eu me apaixonasse ainda mais pela área da saúde da mulher. Ao longo desses anos, estivemos distantes apenas fisicamente, pois ela nunca deixou de se fazer presente em todos os meus passos. Muito obrigada, professora.

Agradeço a todo o corpo docente do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf)** da UFSM. Me sinto honrada em fazer parte deste Programa e ter convivido com docentes e colegas tão dedicados e capacitados. Agradeço ao PPGEnf por todas as oportunidades de trocas de saberes e por terem possibilitado meu crescimento durante a minha caminhada na pós-graduação.

Agradeço ao **Grupo Nascer Sorrindo** por terem permitido a minha entrada, pelo acolhimento e pelo auxílio no contato com os informantes do estudo. Gurias, obrigada pela disponibilidade e pelo interesse em ajudar.

De todo o meu coração, agradeço as lindas **famílias que fizeram parte deste estudo**. Ao longo da produção dos dados, vocês se tornaram muito mais que informantes, pois me descobri encantada pelas histórias de vida de vocês e quando pude perceber o carinho por cada um de vocês já havia desabrochado. Obrigada por terem me aceitado nas casas de vocês e por terem confiado em mim. Obrigada por terem dividido comigo os seus sentimentos, expectativas, percepções e vivências.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, agradeço pelo apoio financeiro no meu primeiro ano como doutoranda.

Desistir?

eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério. É que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça

(Cora Coralina)

RESUMO

RITUAIS DE CUIDADO DESENVOLVIDOS POR FAMÍLIAS NO PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

AUTORA: Lisie Alende Prates
ORIENTADORA: Lúcia Beatriz Ressel

O processo gestacional representa um marco no ciclo do desenvolvimento da família, que pode ser percebido e vivido de acordo com cada cultura familiar. Entendendo o processo gestacional como um evento familiar, depreende-se que os rituais de transição social, nessa fase, não envolvem apenas a mulher, mas toda a família e têm como o propósito fornecer cuidado à tríade mulher-bebê-família. Nessa perspectiva, apresenta-se como questão de pesquisa: quais os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional? O objetivo desta pesquisa foi conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional. Trata-se de uma pesquisa etnográfica, desenvolvida com onze informantes, dos quais seis eram informantes-chave e cinco informantes gerais, durante o ano de 2016, em uma cidade de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Foi adotado o modelo de Observação-Participação-Reflexão (OPR). Como técnicas de produção dos dados, utilizou-se a observação participante e a entrevista. O diário de campo foi utilizado para registro dos dados. Adotou-se a análise de dados da etnoenfermagem. Todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos foram respeitados, segundo a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A produção dos dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, sob o CAAE 53928116.6.0000.5346. Durante a gestação, os rituais de cuidado desenvolvidos pela família envolvem a revelação da gestação, a alimentação, a utilização de homeopatia e chás, além da reorganização da família, a preparação do quarto e das vestimentas do bebê, o chá de fraldas, as escolhas futuras da criança, o apadrinhamento e o registro da gestação por meio de álbuns. Na preparação para o parto, os rituais de cuidado estão ligados, sobretudo, à escolha pelo domicílio, caracterizando-se como um ritual de separação da família para a vivência desse evento. Também envolvem rituais de preparação da família e do filho mais velho para a vivência do parto, assim como rituais de preparação do domicílio, do corpo e da mente da mulher, de alimentação e prática de atividades físicas, e relacionados ao destino da placenta. Pondera-se que o conhecimento dos rituais de cuidado desenvolvidos no processo gestacional das famílias poderá auxiliar na compreensão quanto ao modo de viver e à cultura familiar, bem como fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam respeitar e valorizar estes rituais ao assistir à “família grávida” e, nesta direção, qualificar a atenção pré-natal. Espera-se que este estudo possa promover a discussão quanto aos rituais de cuidados desenvolvidos no processo gestacional da família. Os rituais de cuidado representam questões culturais essenciais para o cuidado à gestante, e sua identificação e compreensão poderão contribuir para a prática do enfermeiro no cuidado humanizado à mulher e sua família. No ensino, pretende-se contribuir para a construção de conhecimento na área da Enfermagem e nas demais profissões, que assistem à mulher e seus familiares, durante o processo gestacional, possibilitando a reflexão sobre a importância de valorizar as características culturais e as singularidades de cada contexto familiar.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Gravidez. Família. Cultura. Comportamento ritualístico. Enfermagem.

ABSTRACT

RITUALS OF CARE DEVELOPED BY FAMILIES IN THE MANAGEMENT PROCESS: AN ETHNOGRAPHIC STUDY

AUTHOR: Lisie Alende Prates
ADVISOR: Lúcia Beatriz Ressel

The gestational process represents a milestone in the cycle of family development, which can be perceived and lived according to each family culture. Understanding the gestational process as a family event, it is clear that the rituals of social transition, at this stage, do not involve just the woman, but the whole family and have as their purpose to provide care to the woman-baby-family triad. In this perspective, is presented as a research question: what are the rituals of care developed by the family in the gestational process? The objective of this research was to know the rituals of care developed by the family in the gestational process. This is an ethnographic research, developed with eleven informants, of whom six were key informants and five general informants, during the year 2016, in a medium-sized city in the interior of the State of Rio Grande do Sul. It was adopted the model of Observation-Participation-Reflection (OPR). As data production techniques, participant observation and interview were used. The field diary was used to record data. Data analysis of the ethnographic survey was adopted. All ethical aspects of human research were respected, according to Resolution 466/2012, of the National Health Council. Data production started after project approval of Human Research Ethics Committee, under the CAAE 53928116.6.0000.5346. During the pregnancy, care rituals developed by the family involve the pregnancy disclosure, the feeding, the use of homeopathy and teas, besides the reorganization of the family, the preparation of the bedroom and the baby's clothing, the baby shower, the child's future choices, the sponsorship and the pregnancy record by albums. In preparation for childbirth, care rituals are linked, about everything, to choose by domicile, characterized as a ritual of separation of the family for the experience of this event. They also involve preparation rituals for the family and the eldest son for the experience of childbirth, as well as rituals of preparation of the domicile, of the body and mind of the woman, Feeding and physical activity, and related to the fate of the placenta. It is considered that the knowledge of the rituals of care developed in the gestational process of the families help in understanding the way of life and family culture, as well as providing support to health professionals to respect and value these rituals to watch the "pregnant family" and, in this direction, qualify prenatal care. It is hoped that this study may to promote the discussion about the rituals of care developed in the gestational process of the family. Rituals of care represent cultural issues essential for the care of pregnant women, And their identification and understanding may contribute to the practice of the nurse in the humanized care of the woman and her family. In teaching, it is intended to contribute to the construction of knowledge in the area of Nursing and in other professions, who assist women and their families, during the gestational process, reflection on the importance of valuing and the singularities of each family context.

Keywords: Women's health. Pregnancy. Family. Culture. Ceremonial Behavior. Nursing.

SUMÁRIO

1 O PROCESSO GESTACIONAL DAS FAMÍLIAS	17
2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	23
2.1 A CULTURA	23
2.2 O CUIDADO COMO UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL, CULTURAL E FAMILIAR NO PROCESSO GESTACIONAL.....	27
2.3 OS RITOS DE PASSAGEM.....	29
3 REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1 ASPECTOS CULTURAIS RELACIONADOS À GESTAÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR: REVISÃO DE LITERATURA.....	33
3.2 A PRODUÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU BRASILEIRA SOBRE RITUAIS	62
4 PERCURSO METODOLÓGICO	67
4.1 TIPO DE ESTUDO	67
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	69
4.3 OS INFORMANTES DO ESTUDO.....	71
4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS	72
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	75
4.6 CRITÉRIOS RELATIVOS AO RIGOR DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES	79
5.2 ARTIGO 1	81
5.3 ARTIGO 2.....	105
6 DISCUSSÃO INTEGRADORA	125
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES	141
APÊNDICE A – Roteiro de Observação	143
APÊNDICE B – Roteiro de Observação com alguma Participação	144
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista.....	146
APÊNDICE D - Solicitação de autorização para realização do estudo ao Grupo Nascer Sorrindo.....	147
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	148
APÊNDICE F – Termo de Confidencialidade	150
ANEXOS	151
ANEXO A – Autorização do Grupo Nascer Sorrindo para participação da doutoranda nos encontros.....	153
ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	154

1 O PROCESSO GESTACIONAL DAS FAMÍLIAS

Desde a graduação, tenho me aproximado da área de saúde da mulher, por meio de projetos de extensão e pesquisa. Meu encantamento pela área me instigou a desenvolver o trabalho de conclusão de curso, na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), com puérperas, envolvendo a prática da amamentação. A pesquisa intitulou-se “Saberes e práticas de puérperas acerca da amamentação: a influência da rede social” e consistiu em um estudo de campo, desenvolvido nos domicílios das participantes.

Considero que, durante a construção do projeto de pesquisa e, posteriormente, na análise dos dados, a vertente antropológica, mesmo que de forma embrionária, desvelou-se nos meus escritos. Apesar de, nesta época, não ter me aproximado dos estudos socioculturais e não ter realizado qualquer leitura nessa perspectiva, percebo, hoje, que a cultura aparecia impregnada na minha redação, representando um aspecto que eu sempre valorizei.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), para realização do curso de Mestrado em Enfermagem, acompanhei um serviço de pré-natal de risco habitual e participei das discussões nos encontros do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, na linha “Saberes e práticas em saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”. Nestas atividades, ratifiquei meu interesse e apreço pela área de saúde da mulher e, especialmente, pelos estudos socioculturais.

Acrescenta-se ainda que, durante o primeiro semestre do curso de Doutorado, participei da criação do Grupo de Estudo sobre Cultura, a qual reunia diferentes colegas do mestrado e doutorado e suas orientadoras, com a finalidade de aprofundar os estudos sobre saúde e enfermagem na perspectiva cultural. As leituras realizadas, inicialmente, no Grupo de Pesquisa e, posteriormente, no Grupo de Estudos sobre Cultura contribuíram para um maior aprofundamento de referenciais da Antropologia e, com isso, o conhecimento acerca dos rituais de transição propostos por Gennep (2011).

Ademais, as vivências na atenção pré-natal, no Centro Obstétrico como enfermeira assistencial e, na sequência, o desenvolvimento dos cursos de especialização em Enfermagem em Cuidado Pré-Natal e de Enfermagem Obstétrica, me permitiram visualizar o processo gestacional como um evento essencialmente familiar e diretamente influenciado pela cultura. Assim, mediante a interface entre o acompanhamento pré-natal e a imersão nas leituras de estudos socioculturais, consegui vislumbrar um caminho para o desenvolvimento deste estudo.

Além disso, como enfermeira, tenho percebido a necessidade de o profissional de saúde reconhecer a cultura como um elemento essencial no processo de saúde e doença. Nessa direção, o processo gestacional precisa ser pensado na sua multidimensionalidade, o que envolve, para além da perspectiva biológica, o seu contexto sociocultural específico, o que inclui a família (LANGDON; WIJK, 2010).

O processo gestacional constitui-se em uma experiência ímpar, complexa, dinâmica e transformadora tanto para a mulher quanto para a sua família (CAMACHO et al., 2010). Representa um período marcado por intensas transformações, adaptações, aprendizados e incertezas (SANFELICE et al., 2013), as quais são acompanhadas por mudanças de papéis, ou aquisição de novas responsabilidades, que visam à reorganização da nova estrutura familiar nos níveis afetivo, econômico e social (SILVA; SILVA, 2009; SASSÁ; MARCON, 2013).

Mais do que um período caracterizado por transformações físicas no corpo da mulher, o processo gestacional envolve um evento social familiar, no qual estão imbricados aspectos emocionais, espirituais, psicológicos, históricos e socioculturais (SILVA; SILVA, 2009; CAMACHO et al., 2010; ALMEIDA; SOUZA, 2011; SANFELICE et al., 2013), que podem gerar repercussões nos sentimentos, na constituição familiar e na formação de laços afetivos (FREITAS, COELHO, SILVA, 2007; SILVA; SILVA, 2009).

O processo gestacional consiste em um marco no ciclo do desenvolvimento da família, pois representa a sua expansão e implica em mudanças nas expectativas, planos e projetos dos membros da família (ARRUDA, MARCON, 2007; SILVA; SILVA, 2009; MARTINS et al., 2012). Portanto, o processo gestacional envolve um período de transição na vida da mulher (ARRUDA, MARCON, 2007; MEIRA et al., 2013), mas também de sua família, pois representa um fenômeno que provoca inúmeras mudanças no contexto familiar (ZANI et al., 2013).

Nessa perspectiva, a família pode ser entendida como o grupo social mais importante e significativo, pois é responsável pelo cuidado e atendimento às necessidades básicas de seus membros, além da propagação de valores, crenças, tradições e costumes entre as gerações (ARRUDA; MARCON, 2007; SILVA; SILVA, 2009). No presente estudo, será adotada a definição de Wright & Leahey (2012) e Elsen (2004), os quais designam como família os membros que os próprios indivíduos consideram como familiares e com os quais convivem em um determinado espaço de tempo, construindo uma história de vida. Portanto, a família é uma unidade dinâmica, que vai além dos indivíduos que possuem laços de parentesco consanguíneos.

Durante o processo gestacional, a família pode representar uma das principais fontes de apoio, proteção e orientação à gestante (SOUZA et al., 2012). Para desempenhar esses papéis, no processo gestacional, a família habitualmente desenvolve alguns ritos (ou rituais)¹, os quais, neste estudo, representam atos ou cerimônias que têm como propósito auxiliar o indivíduo a transpor uma situação determinada e iniciar outra situação igualmente determinada (GENNEP, 2011). Os ritos representam de forma padronizada e simbólica o apreço que determinados eventos possuem para os indivíduos (HELMAN, 2014), sendo que a importância atribuída a estes eventos está relacionada com os valores culturais de cada sociedade, os quais são construídos e reconstruídos nas interações sociais (FEYER, 2012).

Assim, o processo gestacional, para além de tudo o que foi mencionado até aqui, constitui-se em um ritual de transição (GENNEP, 2011), que pode ser percebido e vivido de acordo com cada cultura familiar. Este ritual é capaz de apoiar cuidados de vida (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005). Logo, infere-se que, durante o processo gestacional, os rituais desenvolvidos pela família são basicamente voltados para o cuidado da gestante e do bebê em desenvolvimento.

Os rituais de cuidado, assim como os demais rituais, são impregnados de simbologias. Eles são realizados de maneira formal, em ocasiões e períodos específicos, seguindo padrões estabelecidos pela tradição (GENNEP, 2011). Eles distinguem-se das práticas de cuidados, pois estas constituem atos individuais e coletivos realizados pelos profissionais de saúde (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013). As práticas de cuidado, embora também incluam tecnologias leves (MERHY, 2002), envolvem instrumentos tecnológicos disponíveis pelos saberes da saúde (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013) e são fundamentadas na racionalidade científica (HELMAN, 2014), diferentemente dos rituais de cuidados, os quais balizam-se nas crenças, valores e tradições culturais.

Assim, ao acompanhar a “família grávida”², o profissional de saúde precisa analisar e balizar os rituais de cuidado desenvolvidos no processo gestacional mediante o conceito de relativismo cultural. Este consiste em uma perspectiva antropológica, que defende que o indivíduo ao se deparar com uma cultura diferente da sua não deve realizar julgamentos de valor, tomando como base o seu próprio sistema cultural. Cada sistema possui seus valores e conhecimentos, os quais expressam a visão de mundo que orienta as práticas, os conhecimentos e as atitudes de cada indivíduo ou grupo (LARAIA, 2011).

¹Neste estudo, o termo rito e ritual serão tratados como sinônimos.

²O termo “família grávida” foi construído a partir do entendimento de que o processo gestacional representa um fenômeno significativo para a família e que, portanto, ultrapassa a perspectiva biológica, envolvendo também o contexto familiar do qual a gestante faz parte (MALDONADO, 1997; OKIYAMA; MONTICELLI, 2005).

Nessa direção, infere-se que é necessário que o profissional de saúde busque ponderar suas concepções, valores e crenças, muitas vezes, enraizados e, com isso, desenvolva cuidados que sejam culturalmente congruentes às necessidades da “família grávida”. Para isso, Leininger (2006) propõe três modalidades de decisões e ações, com o intuito de proporcionar um cuidado coerente com as demandas e o contexto cultural de cada indivíduo. Estas modalidades envolvem decisões e ações de preservação/manutenção, acomodação/negociação e repadronização/reestruturação cultural do cuidado, que precisam abranger a coparticipação do enfermeiro e do indivíduo que recebe cuidado.

No contexto de uma “família grávida”, a preservação/manutenção ocorre quando as ações ou decisões do enfermeiro levam em consideração os cuidados que a gestante e sua família desenvolvem, a partir do seu modo de vida, crenças e valores. Ao realizar ações de preservação/manutenção, o enfermeiro busca manter estes cuidados, considerando a sua prática profissional. Ele estabelece uma relação de apoio, ajuda, facilitação ou capacitação com a “família grávida”, a fim de permitir que eles conheçam e desempenhem as suas próprias capacidades (*empowerment*) e, assim, mantenham hábitos favoráveis de cuidado e de saúde, se recuperem de uma doença ou enfrentem incapacidades e/ou a morte (LEININGER, 1991).

Já a acomodação/negociação revela-se nas ações e decisões de cuidado, apoio, suporte, facilitação ou capacitação, em que o enfermeiro auxilia a “família grávida” de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com outras culturas, de forma a assegurar o seu bem-estar ou a enfrentar a morte. Na modalidade de acomodação/negociação, o enfermeiro compreende a dimensão cultural que “família grávida” está inserida, mas, ao mesmo tempo, estimula a família para uma adaptação ou negociação de hábitos saudáveis de vida (LEININGER, 1991).

Por fim, as ações e decisões de repadronização/reestruturação, no contexto da “família grávida”, centram-se nas ações ou decisões do enfermeiro, que contribuem para que esta possa reorganizar sua forma de vida para um padrão de saúde novo, diferente e que traga benefício. Quando há risco para a saúde dos membros da família, o enfermeiro não deixa de respeitar os seus valores culturais e crenças, mas estimula que os indivíduos reorganizem, substituam ou modifiquem seus padrões significativos de vida e de cuidado para outros que sejam mais saudáveis. O enfermeiro pode auxiliar os indivíduos a modificar seu estilo de vida, adotar mais benéficos ou saudáveis e introduzir, em suas culturas, o conhecimento dos malefícios das práticas adotadas (LEININGER, 1991).

Estas três modalidades de ação e decisão para o cuidado de enfermagem consideram a importância de conhecer, valorizar e respeitar as crenças e valores da “família grávida”, ao mesmo tempo em que o enfermeiro pode, com esta, preservar, negociar ou reestruturar os rituais de cuidado desenvolvidos. Podem ocorrer conflitos entre os rituais de cuidado populares, leigos (ou *folk*) e profissionais³ durante o processo gestacional. Logo, cabe ao enfermeiro buscar a congruência dos cuidados entre os rituais de cuidado desenvolvidos pela família e as ações profissionais, com o intuito de fornecer um cuidado holístico à “família grávida”, isto é, um cuidado que englobe este grupo no todo, por inteiro e completo a partir de uma visão global e integral dos indivíduos (LEMOS et al., 2010).

Dentre as **justificativas** para a realização deste estudo, ressalta-se que o município de Santa Maria apresenta uma população total de 263.662 habitantes. Destes, 52,63% são mulheres, das quais 60,76% encontram-se na faixa etária entre os 10 e 49 anos (IBGE, 2012). Estes dados apontam para a importância de investimentos em estudos voltados para a atenção à saúde da mulher no período reprodutivo. Nessa perspectiva, também encontram-se as propostas apresentadas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que incentiva pesquisas nesta mesma área (BRASIL, 2008).

Salienta-se, ainda, que em uma pesquisa realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), utilizando os termos “ritual”, “rituais”, “rito” e “ritos” como estratégias de busca, emergiram 310 pesquisas, entre teses e dissertações⁴. Destas, 30 apresentavam os rituais a partir de uma perspectiva antropológica e cinco envolviam rituais de cuidado de famílias.

Diante destas buscas, verificou-se que, no Brasil, os estudos acerca dos rituais de cuidado de famílias são incipientes na área da Enfermagem. Em se tratando da área de saúde da mulher e, mais especificamente, em relação ao processo gestacional da família são escassos. Dessa forma, constatou-se uma lacuna nas produções científicas nacionais acerca dos rituais de cuidados no processo gestacional de famílias, demonstrando a necessidade de maiores investimentos em pesquisas acerca da temática.

³Considera-se que existem três sistemas de cuidado à saúde. Entre estes, o sistema profissional, leigo (ou *folk*) e popular. O sistema profissional compreende as ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde, como os enfermeiros, parteiras, fisioterapeutas, entre outros. O sistema folk constituído pelos indivíduos leigos, como a família e vizinhos. Já o sistema popular compreende os curandeiros, raizeiros, benzedores, espíritas, entre outros (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2014).

⁴A busca destes estudos, na íntegra, está detalhada na revisão de literatura.

A partir dessas considerações, apresenta-se como objeto deste estudo os **rituais de cuidado desenvolvidos por famílias, de uma cidade de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul, relativos ao processo gestacional** e como questão de pesquisa: **quais os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional?** O objetivo desta pesquisa é **conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional.**

2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O marco teórico-conceitual abrange os principais conceitos, que irão orientar o “caminho de pensamento” do pesquisador em sua investigação. Esses conceitos permitem um olhar específico sobre determinado fenômeno em estudo (MINAYO, 2014). O antropólogo Arnold Van Gennep descreveu, em 1909, o processo gestacional como um evento que ultrapassa a perspectiva biológica e que, portanto, precisa ser analisado dentro do contexto sociocultural em que se desenvolve. Logo, em função do objeto deste estudo, que se refere aos rituais de cuidado operados por famílias, de uma cidade de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul, relativos ao processo gestacional, optou-se pelo marco teórico-conceitual dos ritos de passagem. Além de Gennep (2011), esta pesquisa se apoiará em autores que têm estudado a cultura e/ou o processo gestacional sob o ponto de vista antropológico e da família. Destes, destacam-se Leininger (2006), Geertz (2011), Laraia (2011), Monticelli (1996) e Feyer (2012).

O conceito-chave deste estudo será a cultura, o qual contribuiu na construção de um entendimento aprofundado acerca dos rituais de cuidado desenvolvidos no processo gestacional das famílias. Os conceitos consistem em unidades de significação, ou construções de sentido, que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Eles permitem identificar o recorte do fenômeno que o pesquisador irá investigar e a corrente teórica que será adotada na interpretação dos dados (MINAYO, 2010; MINAYO, 2014). Os conceitos constituem uma possibilidade de interpretação do fenômeno estudado; contudo, não representam um mapa rígido que orienta a investigação, o que permite evitar a “cristalização” e “engessamento” do fenômeno sob investigação (FEYER, 2012).

2.1 A CULTURA

O termo cultura é de origem latina e deriva do verbo *colere*, o qual significa cultivar, criar, honrar, tomar conta e cuidar. A palavra cultura foi empregada pela primeira no final do século XI para sugerir duas atividades: o cuidado/culto dos homens com os deuses, e o cuidado/agricultura dos homens com a natureza (SILVA et al., 2008). No entanto, considera-se que a cultura surgiu a partir da invenção da primeira regra, pois para que o homem pudesse viver em sociedade, havia a necessidade da criação de normas para definir o comportamento dos indivíduos e estabelecer padrões de convivência (LARAIA, 2011).

Desse modo, o processo evolutivo da espécie humana consistiu, fundamentalmente, na passagem de uma adaptação genética ao meio ambiente natural a uma adaptação cultural. Assim, a cultura desenvolveu-se simultaneamente com o equipamento fisiológico do homem, fazendo com que este se tornasse um ser essencialmente de cultura (GEERTZ, 2011).

O homem resulta do meio cultural em que foi socializado. Ele é herdeiro de um longo processo acumulativo, o qual reflete o conhecimento e a experiência adquiridos a partir das gerações que o antecederam (LARAIA, 2011). Nessa perspectiva, Geertz (1989) afirma que o indivíduo pode viver mil vidas, no entanto, termina vivendo apenas uma só, moldada por sua cultura. Todos os homens são geneticamente capazes de serem socializados em qualquer cultura existente. No entanto, suas possibilidades são limitadas pelo contexto, no qual os mesmos crescem e se desenvolvem (LARAIA, 2011).

Embora existam relatos de que a palavra cultura tenha sido empregada pela primeira vez no final do século XI, ela só foi definida, do ponto de vista antropológico, em 1871, por Edward Burnett Tylor, em seu livro denominado “*Primitive Culture*”. Para o antropólogo, cultura consistia em todo comportamento aprendido, que independe de uma transmissão genética. Ele também considerava cultura como um fenômeno natural, que possui causas e regularidades e que pode apresentar leis (LARAIA, 2011).

Após Tylor, outros antropólogos também contribuíram com suas definições para o termo cultura, como Franz Boas, Claude Lévi-Strauss e Alfred Louis Kroeber. Este último, por exemplo, acreditava que o ser humano, independente do sistema cultural ao qual pertence, depende de sua condição biológica para manter-se vivo; no entanto, a forma como ele satisfaz suas funções vitais varia de uma cultura para outra. Ainda, conforme Kroeber, a cultura, que é um processo acumulativo, resultante de toda a experiência histórica das gerações anteriores, é capaz de determinar o comportamento e as ações dos sujeitos, mais do que suas heranças genéticas (LARAIA, 2011).

Na segunda metade do século XX, outro antropólogo destacou-se, Clifford Geertz. Este considerava que a definição de cultura proposta por Tylor gerava mais confusões do que esclarecimentos e, assim, formulou a sua própria teoria de cultura, tornando-se um dos mais influentes antropólogos norte-americanos proponentes e defensores do movimento em prol da cultura, entendida por ele como um sistema simbólico (GEERTZ, 2011).

Geertz também é considerado o criador da Antropologia Interpretativa (AI) ou Hermenêutica, a qual consiste em uma das vertentes da antropologia contemporânea e fundamenta-se substancialmente na diversidade e no pluralismo. Existem duas dimensões na

antropologia interpretativa de Geertz: a primeira considera a visão de mundo e *ethos*⁵ de um grupo particular de pessoas; e a segunda compreende a construção de significado e de subjetividades por meio de processos simbólicos introduzidos no mundo social (GEERTZ, 2011).

A teoria antropológica de Clifford Geertz considera as características dos indivíduos, sob o enfoque da cultura, com os seus sistemas de símbolos, ideias e significados expressos na interação social. Logo, é capaz de propiciar, de maneira ampliada, a compreensão e interpretação dos significados dos pensamentos e comportamentos dos sujeitos em suas experiências sociais, assim como a descrição microscópica e densa da realidade em questão (GEERTZ, 2011). Para Geertz (2011), a Interpretação necessita ser remetida ao contexto da qual emergiu, destacando-se, assim, a importância de uma descrição densa.

A descrição densa engloba a exposição de detalhes, tais como o contexto, as emoções e as relações sociais, com o intuito de reproduzir uma cena e não apenas alguns aspectos superficiais (ANGROSINO, 2009). Cairo e Marín (2008) reforçam que, por meio da descrição densa, pode-se extrair as estruturas de significado socialmente estabelecidas, compreendendo a simbologia presente nas entrelinhas. A descrição densa permite ao pesquisador interpretar significados, que variam de acordo com a cultura e com os sistemas simbólicos dos quais emergem.

Geertz (2011) considera que o ser humano é um ser inacabado, individual e amarrado a teias de significados tecidas por si próprio, que dão valor à sua existência. Este ser somente se completa por meio de formas particulares de cultura e só é capaz de viver em um mundo que para si seja dotado de significados. Mais do que isso, é um ser que vive sob a direção de padrões histórico-culturais, por meio dos quais conforma, ordena e direciona sua vida de maneira específica (REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012). Em outras palavras, o homem é resultado do meio cultural no qual foi socializado e, a partir desse meio, ele se comunica, perpetua e desenvolve seu conhecimento e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 2011).

Nesse contexto, têm-se as mais variadas definições Geertzianas de cultura: sistema emaranhado de símbolos interpretáveis; conjunto de mecanismos capazes de direcionar o comportamento; padrão de símbolos socialmente estabelecidos; contexto dentro do qual podem ser descritos os acontecimentos sociais ou comportamentos; padrão de significados historicamente transmitidos, herdados e expressos em formas simbólicas; teias de significados

⁵O *ethos*, segundo Geertz (2011), consiste no tom, caráter, qualidade de vida, estilo e as disposições estéticas e morais de um grupo ou um povo, bem como seus elementos valorativos.

tecidas pelo homem e nas quais ele enxerga seu mundo procurando seu significado; conjunto de valores, crenças e regras que orientam e dão significado às práticas e à visão de mundo (GEERTZ, 2011).

Portanto, percebe-se que cultura é um termo polissêmico, que abrange inúmeros significados, mas que, de forma geral, pode ser entendida como a lente por meio da qual o sujeito vê e dá sentidos ao mundo social (GEERTZ, 2011). Nessa perspectiva, a cultura “não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial para ela – a principal base de sua especificidade” (GEERTZ, 2011, p. 33). A cultura, em vez de ser acrescentada, por assim dizer, a um animal acabado ou virtualmente acabado, foi um ingrediente essencial na produção do mesmo (GEERTZ, 2011). Logo, a cultura não foi acrescentada ao homem no decorrer de sua existência, uma vez que é parte fundamental na sua constituição (VAGHETTI; PADILHA; MAIA, 2006).

Entende-se que é justamente devido à cultura, que os indivíduos com interesses e capacidades divergentes, transformam-se em um grupo e podem viver juntos. Assim, podem desenvolver relações e interações, pois a cultura lhes forneceu valores e regras que se referem aos comportamentos diante de determinadas situações (GEERTZ, 2011; DA MATTA, 2010). Nesse sentido, o homem é dependente da cultura e sem a mesma seu comportamento seria ingovernável (GEERTZ, 2011), pois “nada é puramente natural no homem, mesmo as funções humanas que correspondem as necessidades fisiológicas, como a fome, o sono, o desejo sexual, etc., são informados pela cultura” (CUCHE, 2002, p. 11).

A cultura não é uma codificação que pode ser escolhida casualmente. É algo que se encontra dentro e fora de cada um sujeito. Logo, todas as sociedades humanas, desde a pré-história até os dias atuais, possuem uma cultura, garantindo, assim, um número extremamente grande de culturas (GEERTZ, 1989; SILVA et al., 2008; DA MATTA, 2010).

Embora não seja um processo que possa ser escolhido, é algo dinâmico e em constante transformação/significação, que tem a capacidade de modificar-se a partir das interações simbólicas que os seres humanos fazem entre si e com o ambiente. Portanto, nenhuma cultura é estática, pois, caso fosse, isso determinaria a sua extinção (GEERTZ, 2011; MÜLLER; ARAÚJO; BONILHA, 2007; BORGES, 2009). A cultura pode transformar-se a partir da reconstrução de símbolos, comportamentos, crenças e valores com a participação de diferentes indivíduos (MÜLLER; ARAUJO; BONILHA, 2007).

Outro aspecto a ser destacado é a influência da cultura sobre os diferentes aspectos da trajetória de vida dos sujeitos. Entre eles, as crenças, comportamentos, concepções,

sentimentos, religião, sistema familiar, linguagem, alimentação, vestuário e imagem corporal (BUDÓ et al., 2007), os quais podem implicar, por sua vez, na forma como os indivíduos concebem e interpretam seus corpos e a própria saúde e na escolha por determinados tratamentos (BORGES, 2009; REIS; SANTOS; PASCHOAL JÚNIOR, 2012). Dessa forma, percebe-se que há uma relação entre cultura e cuidado, de modo que existem implicações entre a maneira como a estrutura corporal é percebida, sentida e pensada e a forma como são empregados os cuidados à saúde (BORGES, 2009).

Reconhecer essa relação é algo complexo para alguns profissionais de saúde, os quais possuem dificuldade em compreender que cada grupo pode atribuir um significado oposto para um mesmo fenômeno (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Tal incompreensão tende a gerar um conflito cultural na interação profissional-paciente, pois consiste no encontro de diferentes culturas (OLIVEIRA, 2002; BORGES, 2009; HIGGINBOTTOM et al., 2013). Essa tensão pode resultar em imposições, as quais, por sua vez, podem repercutir negativamente sobre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar (MICHEL; LENARDT, 2013).

Nessa perspectiva, a antropologia pode contribuir na atuação do profissional de saúde ao possibilitar que este analise o contexto de vida do indivíduo, bem como suas interpretações acerca do processo de saúde/doença (FAVA et al., 2013). Entretanto, destaca-se que essa análise e, até mesmo, seu aprendizado não se dá apenas em um momento, mas de forma contínua (MICHEL; LENARDT, 2013), o que exige do profissional a capacidade de ouvir o indivíduo, identificando suas diferenças culturais, de forma a manter, negociar ou reestruturar o cuidado com este (BOEHS, 2002; OLIVEIRA, 2002).

2.2 O CUIDADO COMO UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA, SOCIAL, CULTURAL E FAMILIAR NO PROCESSO GESTACIONAL

O termo cuidado é originário do latim e deriva de *coera*, *cogitare*, *cogitatus*, *coyedar*, *coidar*, *cuidar*, os quais possuem o sentido de cura, de cogitar, pensar, interessar-se, demonstrar uma atitude de cuidado, de desvelo e de preocupação por alguém ou por algum objeto de estimação. O cuidado surge a partir da existência de um sujeito que possui importância para o outro. Este passa a dedicar-se a ele, participando de seu destino, buscas, sofrimentos e sucesso de vida (BOFF, 1999).

O cuidado existe desde o surgimento da vida e, com a evolução da humanidade, suas maneiras de expressão foram diferenciando-se para que pudesse conviver com as mais

variadas formas de sociedade (COLLIÈRE, 1999; LIMA et al., 2008; ZEFERINO et al., 2008; SILVA et al., 2009). Inicialmente, o cuidado envolvia uma forma de sobrevivência para viver com saúde, felicidade e bem-estar, por meio da alimentação, reprodução e defesa da espécie. De uma forma geral, possuía o objetivo de manter a vida e retardar a morte (COLLIÈRE, 1999; COELHO; FONSECA, 2005; ZEFERINO et al., 2008; PIRES, 2009).

Hoje, o cuidado é considerado imprescindível na geração, manutenção e promoção da vida, como parte integrante do processo de sobrevivência das espécies, sendo capaz de dar sentido e significado à existencialidade do ser humano (NEVES, 2002; SOUZA et al., 2005; PIRES, 2009). Por ser um fenômeno vital e essencial na vida do indivíduo, considera-se que aquele que não recebe cuidado, desde o nascimento até a morte, pode desestruturar-se, definhando, perder o sentido e morrer (BOFF, 1999; BACKES et al., 2006).

O ato de cuidar consiste em uma construção cultural, imbricada em aprendizagens, experiências de vida e informações repassadas entre as gerações (OLIVEIRA et al., 2014). O cuidado cultural envolve os valores, as crenças e as expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas dentro um grupo. O cuidado auxilia, facilita, sustenta ou capacita outro indivíduo e/ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, a melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou a lidar com a doença, a incapacidade e/ou a morte (LEININGER, 2006). Nesse contexto, destaca-se a família como a principal unidade de cuidado de todo indivíduo, sendo responsável por fornecer apoio e orientações, além de ensinar a viver, amar, sentir, se cuidar e cuidar do outro (OKIYAMA; MONTICELLI, 2005; TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

O cuidado está imbuído de valores, crenças, mitos, tabus, vivências e conhecimentos apreendidos, construídos e definidos a partir da cultura familiar (ELSEN, 2004; TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011). Dentre as experiências vividas por esse grupo, o processo gestacional apresenta-se como um evento diferenciado que, embora ocorra biologicamente no corpo da mulher, desenvolve-se no contexto de uma família (SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005; ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

Assim, durante muito tempo, o processo gestacional foi percebido como uma questão concernente à mulher. Contudo, esse paradigma biologicista já não se sustenta. O processo gestacional precisa ser considerado como um evento familiar, no qual não apenas a mulher, mas também sua família fica grávida. Assim, depreende-se que antes do nascimento de uma criança, nasce uma família (PICCININI et al., 2004).

Ao assistir à gestante, o profissional de saúde precisa, anteriormente, considerar a sua história pessoal, seu contexto social, cultural e familiar. Frente ao exposto, salienta-se a importância de construir um cuidado que possa abranger a “família grávida”, e não somente a mulher (SANTO, SANTOS, MORETTO, 2005; TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011).

2.3 OS RITOS DE PASSAGEM

Em todas as sociedades, determinados eventos (ou mudanças) durante o ciclo vital são celebrados ou solenizados por meio de atos ou cerimônias especiais. Dentre alguns exemplos de acontecimentos em que, frequentemente, são desenvolvidos estes atos tem-se o processo de adoecimento, o nascimento, a puberdade, a menarca, o casamento, a gravidez, o parto, a paternidade, o desmame, o climatério, a progressão de classe, a mudança de ocupação, a morte e a formatura (HELMAN, 2014; GENNEP, 2011).

Estes atos especiais, ou cerimônias, também são denominados de ritos ou rituais. Eles representam eventos corriqueiros e peculiares, que têm como finalidade auxiliar o indivíduo a passar de uma situação, idade ou ocupação à outra igualmente determinada (PEIRANO, 2006; GENNEP, 2011). Eles permitem, ainda, expressar a percepção de saúde e doença dos indivíduos, os diferentes papéis sociais assumidos durante uma situação específica, bem como auxiliam na reelaboração simbólica para incorporação do novo (MONTICELLI, 1996).

Os rituais distinguem-se das demais práticas, ações ou atividades desenvolvidas na sociedade, pois são desenvolvidos de maneira formal, em determinadas ocasiões e períodos, seguindo padrões estabelecidos tradicionalmente. Além disso, os rituais são impregnados de simbologias (BRÊTAS et al., 2008).

Eles possuem dimensões sociais, psicológicas e simbólicas, e representam comportamentos ou cerimônias que não têm efeitos explícitos ou diretos, mas que manifestam, renovam e reafirmam valores e princípios básicos de um grupo. Além disso, os ritos expressam o modo como os indivíduos devem agir frente aos demais, às divindades, à natureza e ao mundo natural (HELMAN, 2014; GENNEP, 2011).

Pondera-se que os ritos podem ser de três tipos, a saber: calendáricos, de transição social e de infortúnio. Entre os ritos de transição social, estão àqueles ligados ao processo gestacional, os quais demarcam a transição dos indivíduos de um *status* para outro (HELMAN, 2014), mas também facilitam o parto e protegem a mãe, a criança e todos os familiares contra influências negativas (GENNEP, 2011).

Os rituais, em razão do seu grande simbolismo, representam uma temática amplamente discutida na antropologia. Os ritos foram abordados, inicialmente, por autores clássicos da Antropologia evolucionista, até que outros autores surgiram e deram continuidade as suas discussões, apresentando novas vertentes e perspectivas. Alguns destes autores foram Durkheim a partir dos rituais religiosos; Mauss considerando os rituais de sacrifício; Van Gennep com os ritos de passagem; Malinowski mediante os ritos como fenômeno funcionalista; Turner com a interface entre o simbólico e o performático; e Lévi-Strauss na relação entre mito e rito (PEIRANO, 2006).

Dentre estes autores, Gennep e Turner destacaram-se. O primeiro por apresentar um modelo tripartido dos rituais e o segundo por ter aperfeiçoado este modelo. Conforme Gennep (2011), os rituais dividem-se em três fases: separação, transição (ou margem) e incorporação (ou agregação). O autor considera que, na primeira fase, o indivíduo é privado do convívio social a partir de rituais de separação. Na fase de transição, o indivíduo mantém-se isolado, até que na fase de incorporação, ele retorna à sua vida normal e assume o seu novo papel social.

Turner constatou que a fase de transição apresenta uma profunda ambiguidade e confusão e que, portanto, carece de procedimentos reorganizadores. Conforme Turner, esta fase é denominada de “liminar” e envolve um período em que o indivíduo, que está “de passagem”, precisa ponderar suas contradições, conflitos, crises e/ou problemas não resolvidos (SILVA, 2005).

Em relação, especificamente, ao processo gestacional, considera-se que a mulher não-grávida, ou àquela que ainda não confirmou a gravidez, encontra-se na fase de separação (etapa pré-liminar), apresentando um determinado *status* social. Ao reconhecer-se gestante, ela passa a vivenciar um período de transição. É, especialmente, nesta fase, que a mulher vivencia inúmeros rituais. Durante o parto, ela está à margem (etapa liminar), pois não se localiza no lugar em que se encontra, uma vez que ela se situa “no meio” ou “entre” os *status* atribuídos e socialmente. Com o nascimento da criança, a mulher chega à fase de incorporação (etapa pós-liminar), na qual adquire um novo *status* social e desenvolvem-se, dentro de seu contexto social, diversos rituais associados ao nascimento e puerpério (GENNEP, 2011).

Entendendo o processo gestacional como um evento familiar, depreende-se que os rituais de transição social, nessa fase, não envolvem apenas a mulher, mas toda a família. Nesse sentido, a mulher e sua família vivenciam os ritos de transição social do processo

gestacional, sendo muitos destes desenvolvidos com o propósito de fornecer cuidado ao trinômio mulher-bebê-família.

Os rituais de cuidado estão diretamente associados ao processo de saúde-doença e abarcam questões biológicas, afetivas, sociais e comunicativas (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005). Na atuação do enfermeiro, os rituais de cuidado mostram-se indispensáveis, pois o seu conhecimento, respeito e valorização contribuem para que o profissional possa compreender a visão de mundo da “família grávida”, com a qual estão envolvidos no cuidado à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS CULTURAIS RELACIONADOS À GESTAÇÃO NO CONTEXTO FAMILIAR: REVISÃO DE LITERATURA⁶

RESUMO

Objetivo: identificar nas produções científicas os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar. **Método:** estudo de revisão integrativa, desenvolvido nas bases de dados LILACS, com os descritores “gravidez” e “cultura” e na PubMed, com os *MeshTerms* “*pregnancy*”, “*culture*” e “*family relations*”. A partir da questão de pesquisa e dos critérios de exclusão, foram selecionados 26 estudos.

Resultados: identificou-se um conjunto de significados, crenças, tabus, práticas, hábitos e percepções relacionadas à gestação, envolvendo, principalmente, a alimentação, a sexualidade, o sexo do bebê, a escolha pela via de parto e o papel do profissional de saúde. **Considerações finais:** são necessárias novas formas de pensar e agir em saúde no âmbito da assistência à mulher e à família, durante o processo gestacional, considerando outras dimensões do cuidado na atenção pré-natal e valorizando aspectos pouco trabalhados pelos profissionais da saúde.

DESCRITORES: Saúde da mulher; Gravidez; Cultura; Família; Relações familiares.

INTRODUÇÃO

A gestação pode ser considerada uma experiência singular e multidimensional na vida da mulher e de sua família. É um evento permeado por aspectos sociais, emocionais, espirituais, psicológicos e socioculturais,

⁶A revisão também será apresentada como trabalho de conclusão de curso da doutoranda para obtenção do título de especialista em Enfermagem Obstétrica ao Centro Universitário Franciscano, na qual a doutoranda tem como orientadora a professora Dra. Martha Helena Teixeira de Souza. Foi formatada conforme as normas Revista de Enfermagem da UFSM (REUFMS) para submissão, após o processo de defesa da tese de doutorado.

ultrapassando, portanto, um significado maior do que um simples evento biológico.¹⁻²

Sob a perspectiva cultural e familiar, a gestação pode ser compartilhada por toda a família e pelo grupo social ao qual pertence a gestante,¹ apresentando características próprias em diferentes comunidades e, até mesmo, na mesma coletividade.³ Logo, pondera-se que a gestação é um período concebido culturalmente por diversas crenças e práticas,² que envolvem o triângulo mulher-bebê-família.

Nesse período, observa-se, de forma significativa, as tradições, valores e hábitos familiares sendo transmitidos de forma intergeracional.¹ Ao mesmo tempo, é um período de intenso aprendizado e preparação para a mulher e a família,² as quais precisam se reinventar, transformar e adaptar a todo esse contexto de mudanças de papéis, atribuições pessoais, alterações biopsicossociais e vivências.

A compreensão da gestação como um processo familiar é de fundamental importância para que os profissionais de saúde possam promover um cuidado congruente com a cultura de cada indivíduo e grupo, diminuindo a lacuna entre os saberes populares e profissionais.² Ao respeitar e valorizar os aspectos culturais e familiares imbricados na vivência da gestação, os profissionais de saúde permitem-se ampliar sua visão sobre esse processo, propiciando práticas de cuidado contextualizadas ao grupo social e possibilitando o envolvimento e o protagonismo da gestante e da família.¹

Assim, justifica-se a realização deste estudo de revisão integrativa da literatura, pois ao conhecer os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar, pode-se fornecer subsídios para que os profissionais de saúde identifiquem e valorizem os diversos contextos culturais nos quais as gestantes

estão inseridas, bem como as crenças e práticas que permeiam a vivência gestacional. Infere-se que esse conhecimento possa contribuir na redução de conflitos que podem advir nas relações das famílias com o sistema de cuidado oficial, seja em ambiente hospitalar ou na atenção básica, devido à diversidade cultural existente entre as práticas de cuidado populares, folk e profissionais durante o processo gestacional.⁴

Ao mesmo tempo, propõe-se que esse estudo de revisão permita a reflexão dos profissionais de saúde acerca dos modelos de atenção à saúde oferecidos às famílias, durante a gestação, nos quais é preciso abandonar posturas etnocêntricas. Segundo o conceito de relativismo cultural,⁵ infere-se que ao se deparar de contextos culturais diversificados, o profissional de saúde precisa evitar julgamentos de valor, tomando como base o seu próprio sistema cultural. Ele precisa compreender cada sistema a partir dos valores e conhecimentos presentes neste, os quais expressam a visão de mundo que orienta as práticas, os conhecimentos e as atitudes de cada indivíduo ou grupo. Diante do exposto, realizou-se a presente revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo identificar nas produções científicas os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura,⁶ desenvolvida em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos

selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed). Essa busca procedeu-se em março de 2017, a partir dos descritores “gravidez” e “cultura”, na LILACS; e na PubMed, com os MeshTerms “pregnancy”, “culture” e “family relations”. As estratégias de buscas diferenciaram-se entre as bases de dados, pois quando utilizado o descritor “relações familiares” na LILACS, foi encontrado apenas um estudo, restringindo muito a busca. Desse modo, em virtude das características específicas das bases de dados, as estratégias de busca dos artigos foram adaptadas, tendo como eixo norteador a questão de revisão e os critérios de inclusão adotados pelos pesquisadores.

A questão de pesquisa que orientou esta revisão foi: quais os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar descritos nas publicações científicas da área da saúde? Entre os critérios de inclusão, foram considerados apenas os artigos originais oriundos de pesquisas; disponíveis *online* na íntegra; e publicados nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão foram: artigos que não se relacionavam com a temática, não respondiam a questão de pesquisa ou não foram desenvolvidos com seres humanos.

Diante das buscas, dos 431 estudos encontrados, dos quais 34 estavam indexados na LILACS e 397 na PubMed, 26 foram selecionados e compuseram o *corpus* de análise desta revisão. Para melhor ilustrar a busca e os critérios de exclusão dos estudos, construiu-se um fluxograma (Figura 1).

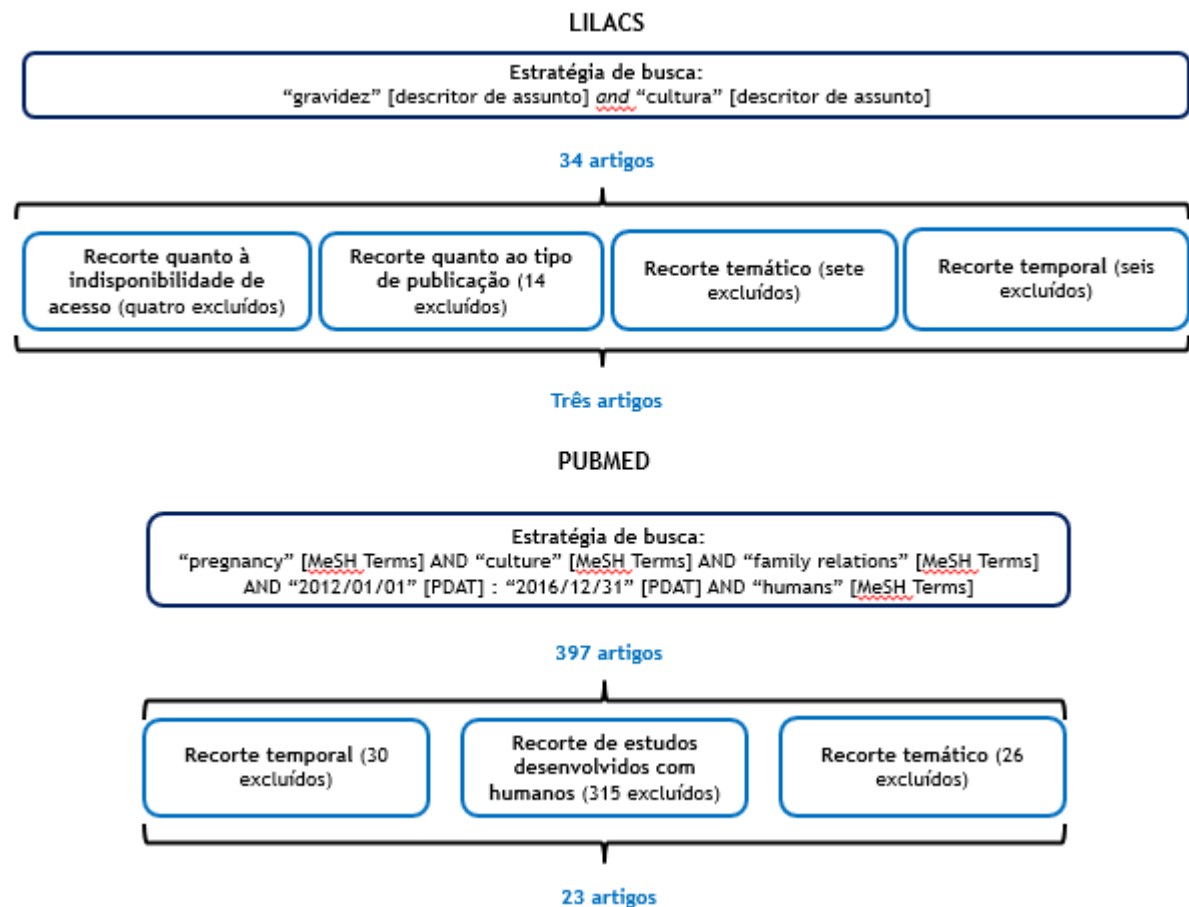


Figura 1. Fluxograma de seleção da produção científica acerca dos aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar. Santa Maria, RS, Brasil, 2017

RESULTADOS

Em relação ao objetivo desta revisão, os artigos foram agrupados em quatro categorias. Na primeira, intitulada “Significados culturais do processo gestacional”, são reveladas diferentes perspectivas em relação à gravidez, considerando cada contexto cultural. A segunda categoria, “Crenças e tabus alimentares na gestação”, apresenta as tradições e hábitos alimentares vivenciados e modificados durante a vivência gestacional. Na terceira categoria, denominada “Práticas e hábitos de vida durante a gestação”, revela as atividades e condutas adotadas pela mulher e/ou pelo grupo no qual ela está inserida, durante o período gestacional. Por fim, a

última categoria destaca o parto e a cesárea na ótica de indivíduos de diferentes regiões e países, e foi nomeada “Percepções sobre o parto vaginal e a cesárea”.

Significados culturais do processo gestacional

Constatou-se a existência de um conjunto de significados, percepções, práticas e vivências relacionadas ao processo gestacional, segundo o contexto sociocultural e familiar de cada mulher. O processo gestacional emerge como um evento, marcado por uma diversidade de perspectivas, de acordo com a região, local e/ou contexto em que vivem as mulheres.

De maneira geral, verificou-se que as percepções, práticas e necessidades das gestantes são socioculturalmente definidas pelos valores e crenças⁷⁻⁸ e que a gestação é compreendida segundo as crenças e costumes de cada contexto.⁹ Além disso, a vivência da gestação é moldada e influenciada pela sociedade, cultura e o contexto no qual a mulher está inserida.¹⁰⁻¹¹

Assim, a cultura se apresenta como um conjunto de conhecimentos aprendidos e compartilhados entre os grupos e gerações, que transmitem valores, crenças, práticas, costumes normas e estilos de vida de um contexto particular e que são capazes de guiar de maneira padronizada o pensamento, as decisões e as práticas das gestantes.⁸⁻¹²

A cultura é um aspecto tão essencial à existência humana, que quando ocorre o processo de aculturação, isto é, quando dois ou mais grupos culturais entram em contato, sofrem mudanças e resultam em uma nova cultura, os impactos podem ser negativos aos indivíduos de ambos grupos. Na gestação, isto não é diferente. Em mulheres mexicano-americanas, a aculturação foi relacionada

ao aumento do distúrbio do sono, ao aumento dos sintomas depressivos durante a gestação, hábitos alimentares pouco saudáveis e um estilo de vida menos ativo.¹³

As mulheres mexicano-americanas não só vivenciam eventos negativos gerais de vida, que podem contribuir para sintomatologia depressiva no período perinatal, como também experimentam uma variedade de estressores culturais específicos. Esses estressores culturais incluem a aculturação, o processo multidimensional de mudança cultural e psicológica após o contato com outros grupos sociais, a discriminação percebida e as atitudes negativas ou injustas.¹⁴

Até mesmo quando a gestação é vivenciada de forma precoce, como por exemplo, na adolescência, esta sofre influências dos aspectos culturais.¹⁵ Portanto, as experiências vivenciadas são influenciadas pelo contexto sociocultural em que as adolescentes vivem.¹⁰ Nessa vivência, a adolescente passa para um novo *status* social, de ser mãe, no qual os rituais e tabus em torno da gravidez, mais do que prevenir problemas de saúde, estabelecem o início desta transição.¹⁵ O mesmo ocorre com mulheres de outras faixas etárias e contextos socioculturais, conforme verificado nos estudos encontrados.

Em algumas sociedades, como no México, a gravidez pode ser vista como uma obrigação feminina perante à sociedade, mesmo que esta prejudique a saúde da mulher e que ela tenha sido abandonada pelo companheiro. Os autores ainda destacam que, muitas vezes, a participação do companheiro é limitada, fazendo com que a gestação seja um evento próprio e único da mulher.⁹

Na Índia, a gestação é um evento muito esperado e pressionado pela família, após o casamento, pois assim as mulheres podem comprovar a sua fertilidade. A primeira gravidez é celebrada com rituais religiosos, pois entende-se que esta é um

ritual de passagem no ciclo vital feminino. Nestes rituais, as mulheres ganham presentes, como pulseiras e saris (trajes indianos).¹⁶

Crenças e tabus alimentares na gestação

No conjunto de práticas relacionadas ao processo gestacional, segundo o contexto sociocultural e familiar, verificou-se ênfase sobre as crenças e tabus alimentares. Em alguns casos, as crenças e os tabus são provenientes de aprendizados culturais que as mulheres não sabem explicar, pois são concepções que se difundem como verdade, mas cuja única base é o fato de serem repetidas de geração a geração.¹⁷

Durante a gravidez, os hábitos alimentares costumam ser modificados, especialmente no que diz respeito aos alimentos consumidos. Estas alterações estão ligadas às mudanças constantes no humor, aos desejos manifestados por determinados alimentos, como também a influência do ambiente familiar, que possui uma cultura arraigada a qual desencadeia forte influência na nutrição materna.¹⁵

As práticas nutricionais são incorporadas como parte do modo de vida e tornam-se permeáveis à mudança, representadas pela incorporação de novos alimentos, forma de preparação, compra e consumo. Estas mudanças no aspecto da nutrição ocorrem em vista de costumes e crenças culturais que são transmitidas pela família e também socialmente impostas. O principal objetivo das crenças nutricionais, durante a gravidez, é proteger a saúde da mulher e do feto.¹⁵

Pesquisa desenvolvida com mexicanas, por exemplo, constatou que, durante a gestação, elas aumentaram a frequência do consumo de legumes e frutas e a família apoiou a ingestão destes alimentos. Elas acreditavam que comer bem não

significava necessariamente ter uma dieta correta, isso porque sua percepção sobre comer de forma saudável estava relacionada aos tipos de alimentos que comiam e não pela sua quantidade. Alguns alimentos eram consumidos pelas gestantes, apesar de serem considerados “perigosos” durante a gestação, como àqueles picantes, as bebidas dietéticas, sal, pão, tortilhas, refrigerantes e café. Peixes e legumes foram mencionados como alimentos que podem fornecer benefícios à gravidez, no entanto, as gestantes pouco ou nunca os consumiam. Quando questionadas se acreditavam que alimentos “frios” ou “quentes” poderiam produzir algum efeito durante a gestação, elas mencionaram que estes não tinham nenhum significado e algumas, inclusive, mencionaram que se trata apenas de um mito.⁹

Estudo no Ramadã verificou que, durante o mês sagrado, todos os muçulmanos fisicamente capazes desenvolvem a prática do jejum. Eles também se abstêm dos líquidos, tabaco e medicações orais entre o nascer e o pôr do sol. Os autores reforçam que as gestantes com alguma condição de risco e/ou agravo e os indivíduos com doenças pré-existentes estão isentos desta prática. Apesar disso, muitas mulheres continuam realizando jejum durante a gravidez.¹⁸

Alimentos como banana, manga, cana-de-açúcar e outros alimentos doces e frutas não são ingeridas por algumas mulheres, na Etiópia, como uma forma de proteger a saúde materno-infantil. Acreditava-se que estes alimentos podem causar trabalho de parto prolongado, hipertensão e sobrepeso no recém-nascido.⁸

Pesquisa desenvolvida em Gana constatou que existem muitas proibições e crenças alimentares dirigidas às mulheres grávidas, as quais são constantemente lembradas pelos pais e familiares. As gestantes não devem comer à noite e nem em público, também devem sempre esconder sua comida de “estranhos”. Entre os alimentos proibidos estão os caramujos, ratos, alimentos quentes, pulmões de

animais, mel, grãos de bambara, farinha de milho, manteiga de karité e alimentos “quentes”. Estes alimentos são associados a “partos difíceis”, sangramento intenso durante o parto, malformações congênitas no feto ou patologias no recém-nascido, além da morte da mãe, do bebê ou de ambos.¹⁹

Na mesma pesquisa,¹⁹ verificou-se que outros alimentos não são proibidos, mas também não são recomendados, como ovos, carne fresca, leite fresco e alimentos frios e açucarados, pois acredita-se que estes aumentam o peso do feto, tornando o parto difícil e ocasionando, até mesmo, a morte da parturiente. A carne de cobra não é recomendada na gravidez, pois existe a crença de que, após o nascimento, o bebê pode apresentar pele seca e escamosa.

Já as mulheres imigrantes e aborígenes manifestaram preocupação com o peso e com o crescimento adequado do bebê. Elas não aumentaram o consumo de alimentos, porque acreditavam isso poderia resultar no aumento do peso do bebê, o que as impediria de vivenciar um parto vaginal. Algumas mulheres imigrantes também destacaram que não comiam mais durante a gravidez, porque não precisavam “comer por dois”. A preocupação com o bem-estar do seu filho motivava as mulheres para modificações no estilo de vida. Uma participante revelou que era aconselhada a beber leite e comer maçãs para que o bebê apresentasse a pele clara.²⁰

Em estudo com gestantes, no Ceará, foram observadas alterações nos hábitos alimentares relacionados à regularidade das refeições e no consumo de frutas e hortaliças. As participantes valorizavam a prática de uma alimentação adequada, contudo, coexistia o consumo de alimentos ricos em calorias. Quanto aos mitos e tabus, elas indicaram a existência de alimentos “fortes” e “fracos” e a

necessidade de “comer por dois”. As crenças permearam a gravidez e trouxeram repercussões ao comportamento alimentar das mulheres.¹⁵

Já na Indonésia, as gestantes são proibidas de comer carne, peixe e ovos e algumas crenças alimentares são capazes de contribuir para a incidência de anemia.²¹ A revelação antecipada da gestante, o contato com alimentos e bebidas específicas, sair à noite e atitudes impregnadas de raiva também foram consideradas ações que podem expor uma mulher grávida a ataques espirituais, os quais atingem o corpo físico da mulher.²²

Dessa forma, as gestantes mantêm estas crenças alimentares, pois acreditam que estas restrições proporcionam a vivência de um parto seguro, mas também por respeito aos antepassados, pais e idosos da comunidade. Os tabus alimentares são considerados uma forma de instrução ou de comando de Deus, transmitida por gerações para salvaguardá-los contra o mal e as doenças. Desafiar esses tabus e crenças é considerado não só como blasfêmia, mas um risco para a saúde. Portanto, as malformações congênitas, por exemplo, são consideradas como punição pela desobediência das normas culturais, incluindo o consumo de alimentos proibidos e o desrespeito pelas crenças de proteção e segurança à gravidez. Os responsáveis pelas punições são os antepassados, espíritos, chefes de família ou idosos da comunidade. As mulheres grávidas, consideradas desobedientes, são advertidas pelo marido, pelos idosos da comunidade ou pelos pais. Em alguns casos, quando a ofensa é considerada grave e ameaçadora, a gestante é levada a uma sacerdotisa para purificação do ventre, a fim de garantir um parto seguro. Além disso, quando ela desconsidera constantemente os tabus e crenças, pode ser enviada a sua mãe para aconselhamentos.¹⁹

Pesquisa destacou a gravidez e o parto como experiências críticas, naturais, dolorosas e estressantes, que expõem a gestante e o feto a ameaças. Estas ameaças são psicológicas, sociais e não espirituais. As ameaças espirituais foram relacionadas com o estresse que emanava do sentimento de abandono por seus cônjuges durante a gravidez; as ameaças sociais incluíam a falta de apoio social ou familiar; e as ameaças não-espirituais abrangeram todas as formas de doenças gerais e acidentes como tonturas, febres, quedas e queimaduras. As gestantes também foram percebidas como vulneráveis a ataques espirituais, que poderiam levar à “destruição” da gravidez. Elas acreditam que os ataques espirituais se manifestam primeiro no sobrenatural e depois no físico. Nesse sentido, o abortamento espontâneo e outras complicações na maternidade podem ser consideradas manifestações físicas de tais ataques espirituais. Alguns participantes acreditavam que tais ataques espirituais estavam associados com bruxaria ou maldições de Deus. Além disso, as participantes acreditavam que os ataques espirituais eram parcialmente dependentes das ações adotadas pela mulher durante a gravidez.²²

Além disso, em alguns casos, as normas culturais, tabus e crenças alimentares podem ser considerados causas básicas de desnutrição. Pesquisa desenvolvida na Nigéria constatou que as gestantes evitam determinados alimentos, como caracóis e carnes, com receio de prejudicar o desenvolvimento do feto ou recém-nascido ou prolongar ou dificultar o trabalho de parto e parto. Apesar disso, muitos destes alimentos apresentam nutrientes vitais para uma dieta equilibrada. Logo, infere-se que os tabus alimentares podem contribuir para práticas nutricionais pouco saudáveis na gravidez e na primeira infância. Estes achados enfatizam, portanto, a necessidade de abordar mitos e tabus alimentares

durante o acompanhamento pré-natal e nas principais campanhas nutricionais voltadas para mulheres grávidas e comunidades com crenças tradicionais sobre certos alimentos.²³

As práticas alimentares e outros hábitos saudáveis também foram identificados em estudo com gestantes com diabetes gestacional. Constatou-se que as práticas culturais podem influenciar a manutenção de comportamentos saudáveis entre as mulheres que apresentaram diabetes gestacional. A doença pode ser prevenida por meio de uma alimentação saudável e da prática de atividade física, preservando os valores culturais existentes. O encorajamento e o apoio fornecido nas relações interpessoais e familiares também foram destacados como as principais motivações das gestantes para manter comportamentos saudáveis. As comunidades apoiaram a realização de atividades físicas, principalmente a caminhada. Os autores destacam a importância de propor intervenções, por meio de recursos educacionais culturalmente adaptados às necessidades e ao contexto social de cada gestante. Ao mesmo tempo, uma abordagem centrada nos amigos e familiares, em vez de a gestante exclusivamente pode ajudá-las a manter comportamentos saudáveis.¹²

Práticas e hábitos de vida durante a gestação

As proibições envolvendo a gestação não se restringem à alimentação, abrangendo também as atividades e os hábitos de vida diária. Na Indonésia, por exemplo, o marido decide quais os serviços de acompanhamento pré-natal e atenção ao parto devem ser frequentados pela gestante. Ele define se ela deve ser acompanhada por um profissional de saúde ou um curandeiro tradicional.²¹ Em contrapartida, em muitas sociedades da África, os homens não participam do

processo gestacional de suas companheiras, pois há a crença de que se elas as “seguem” nas consultas e exames, estão sob o controle delas. Por isso, muitos companheiros optam por não se envolver nos cuidados pré-natais.²⁴

Em Gana, as mulheres grávidas não devem tomar banho à noite, não devem manter o chuveiro ligado muito tempo antes de tomar banho, nunca devem cruzar as pernas enquanto sentam, não devem carregar nozes de palma, banana e banana, não devem cortar lenha, não devem permanecer na posição supina enquanto comem, não devem responder às chamadas à noite, não devem deixar os cabelos soltos, nunca devem ter relações sexuais com outro homem, não devem roubar, não devem rejeitar alimentos ou presentes de seu marido e familiares, não devem usar duas cores diferentes de sandálias.¹⁹

Outras práticas envolvendo gestantes, no Paraná, abrangeram a utilização de esponjas nos mamilos, a massagem da mama para formar o mamilo, simpatias para descobrir o sexo do bebê, a concepção de que gestante não pode passar frio e nem usar blusa curta para o bebê não ter cólica e de que ela não pode dormir em demasia para que o bebê não nasça preguiçoso.¹⁷

Associada às restrições, foram identificadas percepções e crenças relacionadas a sexualidade durante o período gestacional. Constatou-se que a gestação pode trazer implicações para a vida sexual do casal. Algumas mudanças causadas pela gravidez foram referidas como desconfortos, capazes de levar às mulheres a se sentir menos sensuais e menos sexualmente atrativas. Assim, elas passam a acreditar que não corresponderem ao padrão estético disseminado culturalmente. Ademais, verificou-se que algumas mulheres ou casais acreditam que o ato sexual pode causar interferências à saúde do feto, o que gera ansiedade e medo de que o bebê venha a ser prejudicado. Diante deste cenário, verificam-se

interferências e dificuldades na relação conjugal, especialmente em relação à sexualidade.²⁵

Além das simpatias para descobrir o sexo do bebê, também foi identificada a presença de rituais para auxiliar nessa determinação entre mulheres indianas.²⁶ No Uruguai, as mulheres acreditam que a forma do abdome da mulher ou seus comportamentos podem revelar o sexo do bebê.²⁷

Em algumas regiões da Índia, o desejo por um bebê do sexo masculino leva muitas mulheres a realizarem abortamentos ou utilizar rituais indígenas. Alguns deles incluem o consumo de uma dieta especial antes e depois da concepção, a recitação de cantos e a escolha pelo momento e pela data da relação sexual, considerando o dia e a lua vigente. Além disso, algumas gestantes também ingerem determinados medicamentos com leite de vaca, durante o primeiro trimestre de gravidez, pois acreditam que estas drogas podem garantir o nascimento de um filho do sexo masculino. Algumas destas medicações estão disponíveis em farmácias, mas também podem ser encontradas com curandeiros e aldeões locais. O consumo de tais drogas é perigoso e prejudicial para o crescimento e desenvolvimento do embrião, uma vez que estes contêm fitoestrógenos e testosterona em quantidades além das quantidades aceitáveis. É provável que isso tenha implicações de longo prazo sobre a saúde da comunidade.²⁶

Já em outras regiões da Índia, identificou-se que as mulheres possuíam uma preferência pelo sexo feminino. Elas destacavam o desejo de ter uma menina e afirmavam que “os meninos eram um desperdício”, já que não se preocupavam como o cuidado de suas famílias. As mesmas participantes do estudo em questão querem famílias pequenas e saudáveis, pois compreendiam que famílias maiores

demandavam muitos investimentos com habitação, saúde, educação, entre outros.¹⁶

Nos estudos, também foi evidenciada a utilização de plantas e ervas medicinais, durante a gestação. Na África, por exemplo, o uso de plantas e ervas mostrou-se associado às crenças culturais e pessoais, ao alto custo e à baixa acessibilidade à medicina convencional e aos cuidados de saúde. As plantas medicinais também foram usadas com base na tradição. Em muitos casos, elas não eram utilizadas como tratamento, mas com o intuito de fornecer bem-estar e combater o cansaço. Quando utilizadas para o tratamento, as plantas são utilizadas contra a malária, infecção do trato urinário, cefaleia, refluxo, êmese e febre. Habitualmente, estas plantas começaram a ser utilizadas após as recomendações de amigos e familiares ou por iniciativa da própria mulher. Quando questionadas sobre fontes preferenciais de informação sobre tratamentos durante a gravidez, preferiam procurar conselhos da família ou amigos. A maior parte das mulheres acreditava que as plantas medicinais não poderiam causar quaisquer efeitos adversos para a mãe.²⁸

Em Gana, algumas gestantes também utilizam ervas medicinais combinadas com medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Elas afirmam que, em algumas situações, as ervas medicinais foram capazes de tratar agravos e/ou complicações, que os medicamentos não conseguiram. Elas também acreditavam que os fármacos poderiam enfraquecê-las e que as ervas medicinais fortaleciam o bebê. As ervas são utilizadas no tratamento contra a malária, êmese, sangramento, infertilidade, entre outros.²²

Outra prática valorizada culturalmente envolve a realização da ultrassonografia obstétrica. Pesquisa revela que, antes do exame, muitas mulheres

negam a presença de movimentos fetais e, inclusive, referem que a gestação parece algo irreal. Entretanto, ao ver a imagem do bebê na ultrassonografia, a subjetividade materna e novas identidades são criadas, assim como atitudes de responsabilidade maternal. A partir deste exame, a mulher começa a desenvolver um novo relacionamento com o feto, que agora é um ser “real”.²⁹

Percepções sobre o parto vaginal e a cesárea

As crenças, expectativas, percepções e preparo para o parto e a cesárea também foram destacados nos estudos. Por exemplo, uma das crenças que ainda persiste entre as mulheres uruguaias é a ideia de que há uma relação entre o trabalho de parto e os fenômenos naturais, como as tempestades e as fases da lua.²⁷

Ainda foi possível verificar diferentes percepções sobre o parto e a cesárea. Nessa direção, um estudo com gestantes de Gana revelou que elas temem a cesárea, pois acreditam que esta significa que a incapacidade da mulher em parir. Contudo, elas destacam a importância de vivenciar o parto em ambiente hospitalar, pois acreditam que este é o local mais seguro.²²

Pesquisa com mulheres nigerianas revela que elas possuíam aversão à cesárea, pois temiam que o procedimento cirúrgico pudesse levar à infertilidade ou à morte. Logo, é compreendida como a última opção, uma cirurgia que deve ser realizada apenas em situações de emergência. O parto vaginal foi entendido como um evento “normal” e símbolo de feminilidade, que era vivenciado naturalmente pelas mulheres da família. Assim, elas acreditam que “mulheres de verdade” vivenciam o parto por via vaginal e que a realização de cesárea revela uma incapacidade feminina, além de representar falta de força e, até mesmo, preguiça.

Logo, elas reconhecem apenas o parto vaginal como via de nascimento e recusam a cesárea, pois querem ser reconhecidas como mulheres que têm capacidade e força. Entre as primíparas, o desejo pelo parto vaginal é ainda maior, pois àquelas que já vivenciaram o parto e que, em uma nova gestação, precisam passar pela cesárea, já não apresentam tanta pressão sociocultural sobre o seu papel social. Em alguns casos, inclusive, os significados socioculturais ligados à cesariana estavam ligados à maldição ou ataque espiritual, que exigem intervenções de curandeiros populares. Assim, acredita-se que cesárea pode ser evitada quando a mulher enfatiza sua fé em Deus. Portanto, por meio da intervenção divina, o parto vaginal pode ser possível. Quando a fé não é capaz de auxiliá-las e elas precisam realizar o procedimento cirúrgico, algumas podem ter o seu *status* de esposa comprometido, isto porque elas podem ser abandonadas pelos cônjuges, o que faz com que a cesárea seja ainda mais temida pelas gestantes.³⁰

Entre mulheres de um estudo em Gana, o parto domiciliar foi considerado seguro, enquanto que o parto em ambiente hospitalar foi visto como uma falha no processo, além de uma punição.¹⁹ Em contrapartida, em pesquisa realizada na Somália, a maioria das mulheres acreditava que o parto hospitalar era mais seguro que àquele vivenciado no domicílio. O parto vaginal foi considerado como “normal” ou “natural” e, geralmente, é a via preferida entre as mulheres. A maioria das mulheres considerava que a cesariana não era uma via natural de nascimento e a consideravam como o último recurso.³¹

Também foi atribuído um valor cultural ao parto domiciliar, entre mulheres de Florianópolis. A casa foi entendida como um local sagrado para a vivência de uma experiência que agrega valores existenciais ao ato fisiológico do nascimento.

As mulheres buscam por essa modalidade de atendimento, com o intuito de escapar da rotina mecanizada das instituições.³²

Um estudo desenvolvido na Austrália constatou que as gestantes indígenas não conseguiam desenvolver suas práticas culturais, durante a gravidez e o nascimento. Especialmente, no ambiente hospitalar, enquanto elas vivenciavam o trabalho de parto e parto, as gestantes não questionaram a possibilidade de realizar estas práticas culturais, pois presumiram que não seria possível. Elas revelaram o desejo pela vivência do parto na própria comunidade, pois o deslocamento para o hospital demanda a interrupção do trabalho do marido para viajar, sentimentos de isolamento devido à ausência do companheiro e/ou familiares e recursos financeiros insuficientes para a viagem e acomodações na cidade. As gestantes também informaram que se sentiam constrangidas ao serem atendidas por profissionais de saúde do sexo masculino, bem como para discutir questões de saúde reprodutiva em geral. Portanto, não poder escolher o gênero do profissional de saúde que realizará a assistência gera sofrimento nestas mulheres.⁷ Outra pesquisa também constatou que as práticas culturais das mulheres eram desvalorizadas nos serviços de saúde. Ao longo do processo de trabalho de parto e parto, as mulheres permanecem isoladas, distantes de suas redes de apoio.³³

Estudo realizado na Etiópia revela o desejo de mulheres pela vivência do parto na companhia de familiares, amigos e vizinhos, que estejam familiarizados com o seu contexto cultural. Entre as práticas realizadas nesse evento, foi mencionada a massagem abdominal; agachamento; posição supina durante o parto; alimentos, bebidas ou rituais durante ou após o parto; e oração ou aspersão de água benta. Todavia, foi enfatizado que as instituições serviços de saúde não permitem acompanhantes durante o trabalho de parto.⁸

O parto e a cesárea também foram associados à prática da infibulação, muito comum na Somália. A infibulação consiste em uma circuncisão e sutura dos orifícios genitais ou introdução de anel ou colchete, a fim de impedir relações sexuais. A infibulação pode ser desfeita durante a gestação ou parto. Contudo, as mulheres que passaram por esse procedimento têm receio de ter alguma complicação e/ou dor durante o parto. A proximidade do parto exacerbava os sentimentos negativos e o medo da gestante. Elas acreditavam que poderiam apresentar sangramento intenso, infecção e laceração perineal. Entretanto, algumas se submetiam ao parto, pois outras mulheres relataram experiências positivas e partos mais fáceis após a desinfibulação. A maioria das mulheres preferiu ser desinfibulada durante o período intraparto, em vez da gestação, devido à relutância em submeter-se a dois procedimentos invasivos. Na Somália, também existe a crença de que a região suturada deve ser “aberta” pelo marido para engravidar, usando força e/ou instrumentos, se necessário.³¹

Além das percepções sobre a cesárea e o parto, também emergiram as concepções em relação aos profissionais que assistem às mulheres nesses eventos. Participantes de uma pesquisa na China expressaram que preferiram ser acompanhadas durante o período gravídico-puerperal por um obstetra, pois tinham receio que uma parteira não seria capaz de assisti-las, caso houvesse alguma complicação intraparto. Elas ainda acreditam que, se for necessário a realização de uma cesárea, a parteira não pode fazer o procedimento cirúrgico.³⁴

Os estudos reforçam a necessidade de que as práticas culturais sejam reconhecidas pelos profissionais de saúde como sendo legítimas e culturalmente significativas. As mulheres podem continuar seguindo suas crenças e choques culturais podem ocorrer, quando profissionais e usuárias se deparam com

diferentes práticas de saúde. Portanto, é preciso levar em conta o contexto cultural e o modo de vida das pessoas que usufruem dos serviços para que possam ser construídos modelos de saúde abrangentes, capazes de responder às necessidades reais dos indivíduos.^{27,33,35} Caso contrário, as mulheres podem deixar de buscar os serviços de saúde devido à ausência de cuidados culturalmente adequados.⁷

Os profissionais de saúde também precisam entender os contextos socioculturais que influenciam crenças e práticas. Isto só pode ser conseguido por meio do envolvimento da família e de outros indivíduos que compõem a rede de apoio da mulher.¹⁶ Nesse contexto, a atuação do enfermeiro no acompanhamento pré-natal na atenção primária de saúde também foi destacada. Esse profissional foi reconhecido pela sua capacidade de reconhecer a importância de valorizar a cultura dos indivíduos.¹⁷ Para isso, o enfermeiro precisa adquirir continuamente conhecimentos e competências para desenvolver um cuidado culturalmente sensível.²¹

DISCUSSÃO

A partir dos resultados expostos nesta revisão, é possível verificar que os significados atribuídos à gestação diferem-se de acordo com o contexto cultural em que é vivenciada. Em algumas populações, esse evento foi representado como uma fase em que a mulher demanda cuidados especiais da família, comunidade e profissionais de saúde. De maneira geral, foi significada como um período que, embora saudável, implica no desenvolvimento de práticas voltadas à manutenção e/ou à promoção da saúde materno-infantil.³ Assim, verificou-se ênfase nos hábitos

alimentares, os quais, em alguns casos, precisaram ser alterados na rotina das gestantes.

A alimentação da gestante sempre suscita dúvidas, exalta saberes intergeracionais e assume papel de destaque no cuidado pré-natal.³⁶ As crenças, valores, prescrições e restrições alimentares têm grande valor cultural para as gestantes e famílias.¹ A rede de símbolos e significados culturais orientam as mulheres a optarem ou preferirem determinados alimentos, ao mesmo tempo em que descartam ou restringem outros.³⁶ As prescrições e proibições são valorizadas e desenvolvidas, pois proteger a mãe e o feto. Além disso, em algumas sociedades, acredita-se que se estes cuidados não forem respeitados, podem causar deformações ou danos físicos no bebê.¹

As crenças, comportamentos e concepções, presentes no sistema familiar, revelam a forma como os indivíduos concebem e interpretam seus corpos e a própria saúde e na escolha por determinadas práticas de cuidado.³⁷ Nessa direção, também observou-se que, durante a gestação, a mulher vivencia algumas proibições e restrições, as quais podem ser impostas, exigidas e exaltadas pelo grupo familiar.

As recomendações quanto às atividades que podem ser desenvolvidas ou não pela mulher, durante a gestação, sugerem normas estabelecidas culturalmente, com o intuito de reduzir os riscos da gestação, preservar a saúde e bem-estar da mãe e do bebê e, até mesmo, evitar a morte de ambos. Essas regras e cuidados atribuem grande responsabilidade à mulher, pois ela passa a compreender que, se algum atingir o feto ou ela mesma, significa que deixou de realizar alguma prática recomendada ou não respeitou alguma restrição. Portanto, sob essa perspectiva, as questões de gênero revelam-se, determinando as regras e condutas de homens e

mulheres diante da gestação, atribuindo à mulher a responsabilidade sob o cuidado dos filhos, antes mesmo do seu nascimento.²

Dentre as restrições vivenciadas pela mulher, emergiu ainda a vivência da sexualidade. Dessa forma, verificou-se que a gestação, além de todas as alterações físicas, sociais e culturais, também implica em reajustes no relacionamento conjugal. Todas as mudanças e adaptações, no período gestacional, são capazes de afetar profundamente a vida do casal em todos os sentidos (físico, emocional, existencial e também sexual). Com isso, em algumas situações, é possível perceber a redução da frequência e disposição sexual, as quais estão associadas à estética, especialmente para a mulher, mas também ao medo de prejudicar o bebê. Assim, a cultura também pode determinar a realização de determinadas práticas sexuais e na sua frequência.²

Na sequência, observou-se o desejo da mulher e familiares em descobrir precocemente ou “escolher” o sexo do bebê, os quais vêm acompanhados de simpatias e determinadas práticas culturais, bem como a partir da realização de ultrassonografia obstétrica. Infere-se que essas ações e práticas estão ligadas às expectativas construídas em torno da criança e também sobre a necessidade de criar uma imagem para este novo ser.¹ A realização do ultrassom, em particular, implica às mulheres e famílias na produção do bebê como ser social. Quando o sexo é estabelecido, o bebê toma os contornos de uma pessoa, com identidade própria, espetacularizando, assim, a realização do ultrassom obstétrico.³⁸

A escolha pela via de parto também se revela como um aspecto influenciado por aspectos socioculturais, familiares e experiências anteriores. Nos estudos incluídos nesta revisão, as expectativas em relação ao parto e à cesárea são perpassadas por características culturais, como coragem ou medo, necessidade ou

não de vivenciar a dor, risco e segurança destas vias e a tentativa de planejamento do cotidiano familiar em torno do evento do nascimento. O exercício da autonomia durante o processo parturitivo também emergiu como um aspecto a ser considerado na escolha da via de parto e este demonstrou ter relação com as condições culturais, sociais e econômicas de cada população, instituição de saúde e contexto social.³⁹

Nessa direção, destacou-se o papel dos profissionais de saúde que assistem às mulheres durante esse evento e no período gravídico-puerperal como um todo. Sob a ótica cultural, revelou-se a importância dos profissionais de saúde em valorizar e compreender a diversidade e desenvolver sensibilidade frente às questões relacionadas com a cultura. Essas habilidades convergem com o conceito de competência cultural, que abrange a capacidade do profissional de saúde de trabalhar/assistir/cuidar de pessoas culturalmente diferentes.⁴⁰ Assim, infere-se que as questões relativas à gestação não podem ser analisadas de forma isolada das dimensões sociais, mediadas e permeadas pelo contexto familiar e cultural, que conferem sentido a essa vivência.

As interpretações e intervenções sobre a gestação, precisam ser balizados pelo conceito de relativismo cultural, evitando, assim, posturas e análises etnocêntricas dos profissionais de saúde. A família precisa ser considerada e incluída no cuidado à saúde materno-infantil, valorizando as suas crenças, valores, tradições e visões de mundo, as quais podem orientar o profissional de saúde a direcionar suas práticas de cuidados aos indivíduos.

A mulher provém de uma família e de uma cultura. A valorização e o reconhecimento do contexto cultural e familiar em que a gestante está inserida, contribui para o entendimento de que este determina estilos de vida, condutas,

concepções e modelos de cuidado. A partir dessa compreensão, entende-se que é possível transcender antigos conceitos do processo saúde-doença, lançando uma nova perspectiva de cuidado, que ultrapassa o modelo biomédico, intervencionista ou curativista.³⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa da literatura apresentou a produção científica sobre os aspectos culturais relacionados à gestação no contexto familiar. Evidenciou-se um conjunto de significados, percepções, práticas e vivências relacionadas ao processo gestacional, segundo o contexto sociocultural e familiar de cada mulher. Estes envolvem o significado da gestação, a alimentação e restrições diversas à gestante, a vida sexual do casal, as expectativas e desejos em torno do sexo do bebê, a escolha pelo parto ou pela cesárea e o papel do profissional de saúde ao longo do período gravídico-puerperal.

Diante da diversidade cultural apresentada nos estudos, reforça-se a importância de o profissional de saúde promover novas formas de pensar e agir em saúde no âmbito da assistência à mulher e à família, durante o processo gestacional, considerando-os seres sociais, detentores de conhecimentos que fundamentam as suas práticas culturais. Pondera-se que o cuidado à saúde, na contemporaneidade, requer o desenvolvimento de estratégias inclusivas e transformadoras da realidade de saúde vigente, ampliando e favorecendo ações de saúde que agreguem os saberes populares e científicos. Espera-se que o estudo de revisão desenvolvido promova e incentive novos olhares sobre a cultura, que marcam o processo gestacional das famílias, considerando outras dimensões do

cuidado na atenção pré-natal e valorizando aspectos pouco trabalhados pelos profissionais da saúde, como a participação da família e o contexto sociocultural.

REFERÊNCIAS

- 1 Sanfelice C, Santos CC, Wilhelm LA, Alves CN, Barreto CN, Ressel LB. Saberes e práticas de cuidado de gestantes de uma Unidade Básica de Saúde. Rev enferm UFPE on line [Internet] 2013 [acesso em 2017 Mar 31]; 7(12):6790-9. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4527/pdf_4107
- 2 Sanfelice C, Ressel LB, Stumm KE, Pimenta LF. Crenças e práticas do período gestacional. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mar 31]; 39(2):35-48. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/5524/pdf_1
- 3 Van der Sand ICP, Ressel LB, Monticelli M, Schirmer J. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 31]; 25(4):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2510015.pdf
- 4 Helman C. Culture, health and illness: an introduction for health professionals. [e-Pub]. 2a ed. Grã-Bretanha: Butterworth; 2014.
- 5 Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 24ª reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- 6 Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm [Internet]. 2008 [acesso em 2017 Mar 11];17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- 7 Parker S, McKinnon L, Kruske S. “Choice, culture and confidence”: key findings from the 2012 having a baby in Queensland Aboriginal and Torres Strait Islander survey. BMC health serv res (Online) [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Mar 25]; 14(196):1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012088/pdf/1472-6963-14-196.pdf>
- 8 Aragaw A, Yigzaw T, Tetemke D, Amlak WG. Cultural competence among maternal healthcare providers in bahir dar city administration, Northwest Ethiopia: cross sectional study. BMC pregnancy childbirth [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 20];15(22):1-10. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582828/pdf/12884_2015_Article_643.pdf
- 9 Sámano RS, Martinez EG, Pérez IR, Miranda GS, Polis JME, Courtois MLC. Contexto sociocultural y alimentario de mujeres con embarazos de riesgo. Ciênc saúde coletiva [Internet] 2014;19(5):1419-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01419.pdf>
- 10 Watts MCNC, Liamputtong P, Mcmichael C. Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. BMC public health (Online) [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 20]; 15(873):1-11. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566485/pdf/12889_2015_Article_2215.pdf

11 Abdollahi F, Etemadinezhad S, Lye MS. Postpartum mental health in relation to sociocultural practices. *Taiwan j obstet gynecol* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 20]; 55:76-80. Disponível em: [http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559\(15\)00298-3/pdf](http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559(15)00298-3/pdf)

12 Gaudreau S, Michaud C. Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. *Chronic Diseases and Injuries in Canada* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Mar 26]; 32(3): 140-8. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/32-3/ar-04-eng.php>

13 D'Anna-Hernandez KL, Garcia E, Coussons-Read M, Laudenslager ML, Ross RG. Sleep moderates and mediates the relationship between acculturation and depressive symptoms in pregnant MexicanAmerican women. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 20]; 20(2): 422-33. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1840-9>

14 D'Anna-Hernandez KL, Aleman B, Flores AM. Acculturative stress negatively impacts maternal depressive symptoms in Mexican-American women during pregnancy. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 22]; 176: 35-42. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4721928/pdf/nihms665533.pdf>

15 Castro JBR, Aguiar FAR, Albuquerque RAS, Ferreira Junior AR, Silva MAM. Social portrayal of nourishment and repercussions in nutritional habits of pregnant adolescents. *Acta sci Health sci* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 22]; 38(2):191-7. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/28351/pdf>

16 Raman S, Srinivasan K, Kurpad A, Razee H, Ritchie J. “Nothing special, everything is Maamuli”: socio-cultural and family practices influencing the perinatal period in urban India. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Mar 22]; 9(11):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219795/pdf/pone.0111900.pdf>

17 Demitto MO, Ferrari RAP, Soares NIT, Tacla MTGM, Genovesi FF. Gestação, parto e puerpério: práticas e tabus de mulheres participantes de grupos no pré-natal. *Cult cuid enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 22];12(2):6-21. Disponível em:

<http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/471/Art%20No%201Gestaci%C3%B3n.pdf>

18 Petherick ES, Tuffnell D, Wright J. Experiences and outcomes of maternal Ramadan fasting during pregnancy: results from a sub-cohort of the Born in Bradford birth cohort study. *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Mar 23];14(335):1-9. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-335>

19 Arzoaquoi SK, Essuman EE, Gbagbo FY, Tenkorang EY, Soyiri I, Laar AK. Motivations for food prohibitions during pregnancy and their enforcement mechanisms in a rural Ghanaian district. *J ethnobiol ethnomed* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 22]; 11(59):1-9. Disponível em: <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13002-015-0044-0>

- 20 Higginbottom GMA, Vallianatos H, Forgeron J, Gibbons D, Mamede F, Barolia R. Food choices and practices during pregnancy of immigrant women with high-risk pregnancies in Canada: a pilot study. *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Mar 22]; 14(370):1-13. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260194/pdf/12884_2014_Article_370.pdf
- 21 Widyawati W, Jans S, Utomo S, Dillen JV, Janssen ALML. A qualitative study on barriers in the prevention of anaemia during pregnancy in public health centres: perceptions of Indonesian nurse-midwives. *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 22]; 15(47):1-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4348154/pdf/12884_2015_Article_478.pdf
- 22 Dako-Gyeke P, Aikins M, Aryeetey R, McCough L, Adongo PB. The influence of socio-cultural interpretations of pregnancy threats on health-seeking behavior among pregnant women in urban Accra, Ghana. *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mar 25]; 13(211):1-12. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-211>
- 23 Ekwochi U, Osuorah CDI, Ndu IK, Ifediora C, Asinobi IN, Eke CB. Food taboos and myths in South Eastern Nigeria: The belief and practice of mothers in the region. *J ethnobiol ethnomed* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 20]; 12(7):1-6. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729178/pdf/13002_2016_Article_79.pdf
- 24 Ganle JK, Dery I. “What men don’t know can hurt women’s health”: a qualitative study of the barriers to and opportunities for men’s involvement in maternal healthcare in Ghana. *Reprod health* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 20]; 12(93):1-13. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0083-y>
- 25 Araújo NM, Salim NR, Gualda DM, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Mar 26]; 46(3):552-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/04.pdf>
- 26 Neogi SB, Negandhi PH, Ganguli A, Chopra S, Sandhu N, Gupta RK, et al. Consumption of indigenous medicines by pregnant women in North India for selecting sex of the foetus: what can it lead to? *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 20]; 15:208:1-8. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0647-4>
- 27 Bentancur GSC, Heinzen J, Celio MSN. Creencias populares en salud materna. *Rev salud pública* [Internet] 2012 [acesso em 2017 Mar 26]; 16(3):9-20. Disponível em: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12_3_04_art1.pdf
- 28 Nergard CS, Ho PT, Diallo D, Ballo N, Paulsen BS, Nordeng H. Attitudes and use of medicinal plants during pregnancy among women at health care centers in three regions of Mali, West-Africa. *J ethnobiol ethnomed* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 20]; 11(73):1-11. Disponível em: <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13002-015-0057-8>
- 29 Schwennesen N, Koch L. Representing and intervening: “doing” good care in first trimester prenatal knowledge production and decision-making. *Sociology of Health*

- & Illness [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Mar 26]; 34(2):283-98. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.2011.01414.x/epdf>
- 30 Ugwu NU, Kok B. Socio-cultural factors, gender roles and religious ideologies contributing to Caesarian-section refusal in Nigeria. *Reprod health* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 22];12(70):1-13. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4534149/pdf/12978_2015_Article_50.pdf
- 31 Moxey JM, Jones LL. A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 20]; 6(1):1-8. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/1/e009846.full.pdf>
- 32 Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Rev bras enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mar 25]; 66(6): 879-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>
- 33 Russo A, Lewis B, Joyce A, Crockett B, Luchters S. A qualitative exploration of the emotional wellbeing and support needs of new mothers from Afghanistan living in Melbourne, Australia. *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Mar 22];15(197):1-13. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552986/pdf/12884_2015_Article_631.pdf
- 34 Lee TY, Landy CK, Wahoush O, Khanlou N, Liu YC, Li CC. A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *Health serv res* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Mar 25]; 14(114):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975855/pdf/1472-6963-14-114.pdf>
- 35 Higginbottom GM, Safipour J, Yohani S, O'Brien B, Mumtaz Z, Paton P et al. An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC pregnancy childbirth* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mar 20]; 16(20):1-15. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729163/pdf/12884_2015_Article_773.pdf
- 36 Junges CF, Ressel LB, Monticelli M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Mar 30]; 23(2):382-90.
- 37 Reis AT, Santos RS, Paschoal Júnior A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. *REME rev min enferm* [Internet] 2012 [acesso 2017 Abr 1];16(1):129-35. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/510>
- 38 Chazan LK. "Meio quilo de gente": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.
- 39 Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad saúde coletiva* [Internet] 2014 [acesso em 2017 Abr 2]; 22(1):46-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>
- 40 Vilelas JMS, Janeiro SID. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *REME rev min enferm* [Internet] 2012 [acesso 2017 Abr 1];16(1):120-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>

3.2 A PRODUÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* BRASILEIRA SOBRE RITUAIS

Com o objetivo de identificar as características das teses e dissertações nacionais relacionadas aos rituais, alicerçadas na antropologia, foi realizado um estudo de revisão narrativa de literatura (LAKATOS; MARCONI, 2006), desenvolvido no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen). A busca ocorreu em maio de 2015, a partir da seguinte questão de pesquisa: “o que tem sido pesquisado sobre os rituais, com base na antropologia?”.

Como estratégia de busca, utilizou-se as palavras “ritual”, “rituais”, “rito” e “ritos”. Foram incluídas teses e dissertações que abordaram os rituais, com aporte teórico da antropologia. Foram excluídas as produções que, após leitura do título e do resumo, não convergiam com a temática proposta. As pesquisas repetidas foram consideradas uma única vez. Foi realizada a busca na íntegra das pesquisas em que o(s) ritual(is) foi(ram) analisado(s) em uma vertente antropológica, a fim de identificar os referenciais teóricos utilizados.

Com as palavras “ritual”, “rituais”, “rito” e “ritos”, foram encontradas 310 pesquisas, entre teses e dissertações. Constatou-se que destas, apenas 84 tratavam sobre a temática, e ao consultar estas produções na íntegra, verificou-se que 30 apresentavam os rituais a partir de uma perspectiva antropológica. Portanto, estes estudos foram incluídos e compuseram material para esta revisão.

A seguir, foi desenvolvido um instrumento de coleta e organização dos dados, com os seguintes itens: título, instituição de ensino, região do país, tipo de produção (tese ou dissertação), ano de defesa e referencial teórico. A análise dos dados consistiu em um processo descritivo, em que os dados foram tabulados e analisados a partir de estatística simples, sendo apresentados com a distribuição de frequências absolutas e relativas. No segundo momento, aplicou-se a análise de conteúdo (MINAYO, 2014), uma vez que mediante a leitura das produções, verificou-se que elas versavam sobre diferentes tipos de rituais. Dessa forma, as pesquisas foram distribuídas em oito temáticas, conforme os tipos de rituais identificados.

Dentre as 30 produções incluídas (Tabela 1), oito (26,66%) eram teses e 22 (73,33%) dissertações. Com relação às áreas de conhecimento, oito (26,66%) eram da Enfermagem, cinco (16,66%) da Sociologia, quatro (13,33%) da Administração, três (10%) da

Antropologia, três (10%) da Teologia, três (10%) da História, um (3,33%) de Letras, um (3,33%) da Saúde Pública, um (3,33%) das Artes e um (3,33%) da Educação Física.

Identificou-se 13 (43,33%) pesquisas defendidas no ano de 2012, 12 (40%) no ano de 2011 e as outras cinco distribuíram-se uma a cada ano, especificamente, em 2013, 2010, 2009, 2008 e 2006. No tocante às instituições de ensino, a Universidade de São Paulo destacou-se com cinco (16,66%) produções e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo com três (10%). Ainda se identificou instituições (Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Católica de Pernambuco, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Sergipe) com duas (6,66%) pesquisas e outras (Universidade Regional de Blumenau, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal de Pelotas, Universidade do Estado do Pará, Universidade de Brasília, Fundação Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal de Goiás, Fundação Getúlio Vargas e Universidade Federal do Espírito Santo) com apenas uma (3,33%).

Considerando a região do país, 14 (46,66%) produções eram do Sudeste, oito (26,66%) do Nordeste, quatro (13,33%) do Sul, duas (6,66%) do Norte e duas (6,66%) do Centro-Oeste.

Tabela 1. Referências das produções incluídas na revisão.

ARAÚJO, N. M. "É a vida de sempre": corpo e sexualidade no processo de nascimento. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, 2009. 185 p.
ARAÚJO, P. N. Senhoras da fé: história de vida das rezadeiras do Norte do Piauí [1950-2010]. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências Humanas e Letras. Teresina, 2011. 162 p.
AVILA, C. S. A Princesa Batuqueira: etnografia sobre a interface entre o movimento negro e as religiões de matriz africana em Pelotas/RS. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2011. 193 p.
AZEVEDO, M. J. A. Rituais católicos e sua conexão com a violência no futebol de várzea recifense. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2012. 109 p.
CAPUCHINHO, A. C. Liminaridade, Reciprocidade e Sacrifício: uma abordagem do ritual em três peças de Brian Friel. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. 212 p.
CARVALHO, A. P. Ritual de formatura da escola de enfermagem de Manaus: representações objetivas e significados para os egressos no período de 1955 -2010. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Manaus. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2012. 83 p.
CONCEIÇÃO, J. S. Duas metades, uma existência: produção de masculinidades e feminilidades na Irmandade da Boa Morte e no Culto de Babá Egun. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011. 210 p.
FALLEIROS, G. L. J. Datsi'a'uwêdzé: Vir a ser e não ser gente no Brasil Central. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 2012. 398 p.
FARINHA, A. C. As transformações da prática de benzimento em Anápolis 1979-2004. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2012. 167 p.
FARIAS, I. V. S. O ritual de oferenda na umbanda e o culto a natureza: processos de significação. Dissertação

de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2012. 128 p.
FERNANDES, G. C. M. Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Catarina, 2011. 244 p.
FERNANDES, M. N. F. Representações sociais sobre a prática do cuidado para enfermeiros da saúde indígena: um estudo transcultural. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, 2010. 125 p.
FEYER, I. S. S. Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Catarina, 2012. 251 p.
FIGUEIREDO, A. A. Consumo da beleza e trabalho feminino: um estudo sobre rituais de cuidados pessoais. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Administração. Rio de Janeiro, 2012. 134 p.
GOMES, B.R. Desenvolver uma relação profissional empática significa procurar conhecer os problemas do outro o mais claramente possível, para tentar ajudar a resolvê-los, segundo seu próprio ponto de vista. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo, 2011. 176 p.
GUARIENTE, M. H. D. M. Articulação da atividade investigativa com a prática profissional: processo e produto de enfermeiras apoiadas por um núcleo de pesquisa. Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, 2006. 325 p.
LEAL, C. S. A. Entre um cafezinho e uma bica: uma análise do uso do café por consumidores cariocas e alfacinhas. Dissertação de Mestrado. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (EBAPE). Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2011. 155 p.
LEANDRO, S. S. Mulheres ciganas no sertão paraibano e a vivência no processo de gestação, parto e nascimento. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2008. 137 p.
LIMA FILHO, J. C. Expressões de religiosidade na festa de Santa Luzia na cidade de Mossoró (RN). Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião. Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2012. 94 p.
MILANEZ, S. M. Rituais de consumo e o fetiche da marca: uma manifestação privilegiada de vínculo emocional. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011. 152 p.
MICSIK, B. F. Questões sobre a morte e o morrer entre os egípcios e os hindus: conservação ou destruição do corpo? Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. São Paulo, 2012. 121 p.
OLIVEIRA, I. C. F. Os passos da fé: um olhar etnográfico sobre a peregrinação a divina pastora. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, 2012. 134 p.
OLIVEIRA, V. H. N. Um ato de fé e(m) festa análise do encontro entre devoção e diversão na dança de São Gonçalo de Amarante. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Arte. Niterói, 2011. 157 p.
REHEN, L. K. F. Música, emoção e entendimento: a experiência de holandeses no ritual de Santo Daime. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, 2011. 208 p.
ROCHA, L. D. A morte amparada dos irmãos da Paróquia de Nossa Senhora do Pilar de Ouro Preto (1780-1800). Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em História. Brasília, 2011. 127 p.
SANETO, J. G. Jogos dos povos indígenas e rituais: diálogo entre tradição e modernidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Vitória, 2012. 148 p.
SILVA, A. B. Religiosidade Potiguara: tradição e ressignificação de rituais na aldeia São Francisco Baía da Traição – PB. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. João Pessoa, 2011. 148 p.
SILVA, A. V. Ritualizando o enterro e o luto evangélico: compartilhamento e incomunicabilidade na experiência da finitude humana. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, 2011. 250 p.
SILVA, E. N. Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Salvador, 2013. 188 p.

TEIXEIRA, J. E. C. Cultura e mudança organizacional: um estudo de caso no Instituto Federal Catarinense – Campus Sombrio. Universidade Regional de Blumenau. Programa de Pós-Graduação em Administração. Blumenau, 2012. 221 p.

Frente à identificação dos rituais analisados nas produções, emergiram oito temáticas: rituais religiosos, rituais de passagem, rituais de cuidado, rituais fúnebres ou mortuários, rituais de cura, rituais de consumo, rituais indígenas e rituais de formatura. Ponderou-se o contexto, no qual estes rituais foram estudados e os referenciais teóricos utilizados na análise dos estudos, os quais são apresentados na sequência.

Analisou-se, também, as áreas de conhecimento das pesquisas e os tipos de rituais identificados nestas. Assim, verificou-se que, na área do conhecimento da Enfermagem, as pesquisas abordaram os rituais de passagem, de cuidado e de formatura. Na área da Sociologia, as pesquisas trataram dos rituais fúnebres e religiosos; na Administração, focou-se nos rituais de consumo, de passagem e de cuidado; tanto a Antropologia quanto a Teologia nos rituais indígenas e religiosos; a História nos rituais fúnebres e de cura; Letras nos rituais de passagem; Saúde Pública nos rituais de cura; Educação Física nos rituais indígenas; e Artes nos rituais religiosos.

Em relação aos rituais de cuidado foram identificadas cinco produções. O primeiro estudo publicado sobre a temática ocorreu no ano de 2008 e consiste em uma dissertação na área do conhecimento da Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba. Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, que teve como objetivo conhecer as experiências de práticas de cuidado vivenciadas pelas mulheres ciganas durante o processo de gestação, parto e nascimento. Os dados coletados, por meio da técnica de história oral temática e balizados em Cecil Helman, Da Matta, Geertz, Laraia e Madeleine Leininger, permitiram ponderar que, para a realização de suas práticas, as mulheres precisam desenvolver diferentes rituais (LEANDRO, 2008).

No ano de 2011, foi identificada uma tese de doutorado em Enfermagem, vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina. Consistiu em um estudo de múltiplos casos, com abordagem qualitativa, que buscou interpretar as rotinas e os rituais de cuidado para a promoção da saúde entre famílias rurais, que residiam no Vale do Itajaí em Santa Catarina, em transição inesperada do pós-desastre. A tese amparou-se nas ideias de Geertz, Langdon, Turner e Linda Bennett (FERNANDES, 2011).

Em 2012, foram identificadas duas dissertações que tratavam dos rituais de cuidado. A primeira (FEYER, 2012) estava ligada à área do conhecimento da Enfermagem e foi defendida na Universidade Federal de Santa Catarina. Tratou-se de uma etnografia, que

objetivou compreender os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias no pré, trans e pós-parto domiciliares, sob o aporte teórico de autores como Genep, Robbie Davis-Floyd, Carmen Tornquist, Tania Salem, Geertz, Langdon e Leininger.

A outra dissertação (FIGUEIREDO, 2012), defendida na Universidade Federal do Rio de Janeiro, era da área do conhecimento da Administração. Foi um estudo exploratório, que identificou os rituais de cuidados pessoais matinais relacionados à higiene e beleza desenvolvidos por mulheres. Os dados foram analisados a partir da perspectiva de Da Matta, McCracken e Turner.

A última produção que abordou os rituais de cuidado consistiu em uma dissertação de mestrado em enfermagem, publicada em 2013, na Universidade Federal da Bahia. Mediante o aporte teórico de Leininger, Helman, Geertz, Mercio Pereira Gomes, Edward Adamson Hoebel e Everett Frost, a pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, buscou analisar os rituais de cuidado do enfermeiro à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora (SILVA, 2013).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Frente à questão de pesquisa proposta, pondera-se que a abordagem qualitativa do tipo etnográfica representa o método mais apropriado, uma vez que considera os aspectos culturais e ritualísticos inerentes ao fenômeno sob investigação. De acordo com Minayo (2014), a abordagem qualitativa privilegia os valores e crenças dos indivíduos, em seu contexto histórico-cultural, explicando suas causas, relações e consequências. Portanto, a justificativa para escolha por esse tipo de abordagem metodológica concentra-se em torno do grupo estudado, que possui suas particularidades, percepções, tradições e valores que precisam ser interpretados à luz da cultura.

Ademais, considera-se que o objeto de estudo (os rituais de cuidado no processo gestacional da família) apresenta base teórica no campo antropológico. Logo, entende-se que o método etnográfico possibilitou o conhecimento acerca do universo cultural da família, que permeou o processo gestacional no contexto domiciliar. Conforme Geertz (2011), a etnografia permite que, ao imergir na cultura do grupo estudado, seja possível realizar a descrição densa de fatos fortemente entrelaçados pela cultura, buscando identificar seus significados. A descrição densa consiste na apresentação dos detalhes, contexto e sentimentos manifestados, permitindo, assim, evocar todos os nuances de uma “cena” (ANGROSINO, 2009; GEERTZ, 2011).

Literalmente, etnografia significa a descrição densa de um grupo (GEERTZ, 2011), considerando as instituições, comportamentos interpessoais, produções materiais e crenças deste grupo (ANGROSINO, 2009). A etnografia fornece uma estrutura holística para o estudo de padrões, estilos de vida e experiências de um determinado grupo (POLIT; BECK, 2011).

Desse modo, faz-se necessário destacar que a etnografia consiste em uma forma de estudar os indivíduos em seu grupo, o qual pode ser uma comunidade ou uma sociedade (ANGROSINO, 2009). A etnografia “lida com gente no sentido coletivo da palavra, e não com indivíduos” (ANGROSINO, 2009, p. 16).

Além disso, é um método baseado na pesquisa de campo, a qual precisa ser desenvolvida face a face com os informantes do estudo. É um método dialógico e holístico, que permite construir teorias explicativas ou modelos gerais (ANGROSINO, 2009).

A etnografia configura-se em um processo sistematizado, que envolve a observação, o detalhamento, a descrição, a documentação e análise do estilo de vida ou dos padrões

específicos de uma cultura ou subcultura. A etnografia permite apreender o modo de viver dos indivíduos, dentro do seu ambiente natural, a partir de suas crenças, valores e modos de vida (LEININGER, 1985).

Portanto, o objetivo de uma etnografia é aprender com os informantes de um grupo cultural, muito mais do que estudar este grupo. A partir deste aprendizado, entende-se que é possível compreender a visão de mundo dos indivíduos, mediante o modo como o percebem e vivem (POLIT; BECK, 2011).

O conhecimento produzido na etnografia envolve duas perspectivas, a *emic* e a *etic*. A perspectiva *emic*, ou êmica se traduzida para o português, refere-se à forma por meio da qual os membros de uma cultura percebem o seu mundo, sob uma visão interna, a partir de conceitos, da linguagem ou dos próprios meios de expressão desta cultura. Na perspectiva êmica, as manifestações de comportamento de um determinado grupo cultural são explicadas por este próprio grupo (GUALDA; HOGA, 1997; ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Por outro lado, na perspectiva *etic* (ou ética), as manifestações de comportamento do grupo são interpretadas e explicadas, sob uma visão externa, isto é, por meio de uma dimensão teórica (utilizando um referencial teórico) e a partir da linguagem própria do pesquisador. Para isso, ele realiza um estudo comparativo de várias culturas, a partir de critérios universais (GUALDA; HOGA, 1997; ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Ao realizar um estudo etnográfico, o pesquisador busca a perspectiva *emic* como base do conhecimento. Contudo, ele também utiliza a perspectiva *etic*, quando interpreta e analisa os achados encontrados (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Ao optar pela realização de uma etnografia, o pesquisador pode desenvolver uma macroetnografia/maxietnografia ou uma microetnografia/minietnografia. A macroetnografia preocupa-se com culturas amplamente definidas e tem como objetivo compreender as características gerais e particulares de uma cultura. Este tipo de etnografia requer que o pesquisador possua algum conhecimento acerca do grupo estudado (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003).

Já a microetnografia enfoca culturas definidas de maneira mais restrita e pode ser definida como um estudo denso sobre pequenas unidades de um grupo ou de uma cultura. A microetnografia pode ser desenvolvida com um número limitado de informantes de um determinado grupo (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003), como é o caso deste estudo.

Ainda, enfatiza-se que a etnografia vem ocupando um espaço importante na Enfermagem contemporânea, principalmente a partir da Teoria da Diversidade e

Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), desenvolvida pela enfermeira Madeleine M. Leininger, a partir da década de 60. A TDUCC inclui um método de caráter etnográfico, designado etnoenfermagem, e considera que a visão de mundo dos indivíduos e as estruturas socioculturais implicam no seu estado de saúde, bem-estar ou doença (LEININGER, 2006).

A etnoenfermagem é uma modalidade de pesquisa ancorada na etnografia, mas adaptada para os estudos dos fenômenos da enfermagem. Conforme Leininger (2006), a etnoenfermagem pode ser utilizada em investigações voltadas para as práticas relativas ao cuidado, à saúde, ao bem-estar, às experiências nos ciclos de vida, aos modelos preventivos e às outras áreas que envolvem o cuidado transcultural.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo contou com dois tipos de cenários, geral e focalizado. O Grupo Nacer Sorrindo representou o cenário geral deste estudo. Os cenários focalizados foram os domicílios das gestantes e de suas famílias, o ambiente de realização do chá de bênçãos de uma das informantes e o consultório médico de realização das consultas de pré-natal de outra informante.

Os encontros do Grupo Nacer Sorrindo não apresentavam um cenário definido. De maneira geral, eles ocorriam em salões de festa presentes nos condomínios, onde residiam as enfermeiras da equipe Ambra⁷ ou das gestantes, puérperas e outras mulheres que faziam parte do grupo. Durante os encontros, os participantes eram convidados a levar cadeiras, quando estas não estavam disponíveis no local, almofadas e lanches para socializar com o grupo. Normalmente, os assentos eram disponibilizados de forma circular para garantir uma boa interação visual e uma interlocução direta. Não existiam lugares pré-fixados, os participantes escolhiam onde desejavam sentar. Contudo, de maneira geral, as gestantes sentavam ao lado dos companheiros e as famílias que possuíam filhos menores ficavam mais próximas para que as crianças pudessem interagir. Durante a conversa grupal, quando as crianças desejavam brincar no ambiente externo, normalmente, eram os companheiros que se distanciavam do grupo para acompanhá-las, as mulheres permaneciam no debate, interagindo com os demais participantes.

⁷As enfermeiras que fundaram o Grupo Nacer Sorrindo, no município de Santa Maria, também formaram a equipe Ambra. Consiste em um grupo de enfermeiras obstetras que desenvolve, entre outras atividades, a assistência ao parto domiciliar planejado, acompanhamento no parto hospitalar, consultas de puericultura até os dois anos de idade da criança, consultoria em amamentação, cursos de gestantes e de shantala e cursos de casais e de doulas.

Não existia um roteiro ou uma pauta com os temas a serem abordados em cada encontro. O diálogo acontecia a partir das demandas dos participantes. Eles não eram convidados a interagir, o faziam naturalmente, o que demonstrava que àqueles que estavam no encontro não eram pessoas “estranhas”, uma vez que compartilhavam concepções e vivências semelhantes acerca do processo gravídico-puerperal.

Com relação aos cenários focalizados, em especial os domicílios, verificou-se que estes foram organizados de forma particular e específica por cada família. Todas residiam em apartamentos, os quais, em dois casos, eram residências próprias e em outro era alugado.

Ao entrar no apartamento dos primeiros informantes-chave que participaram do estudo, era possível se deparar com a cozinha e a sala, as quais estavam organizadas no mesmo espaço, sem qualquer parede divisória. Os móveis da cozinha foram projetados para o espaço e proporcionavam sua organização. Ao lado dos utensílios, eletrodomésticos e eletrônicos da cozinha, estavam os artigos da lavanderia. À frente da pia, ficava uma mesa retangular, na qual a família fazia suas refeições. Ao lado, um sofá grande, em formato de “L”, o qual era muito utilizado pelo grupo familiar para receber a pesquisadora, visitas e a equipe Ambra. Em frente à “sala”, estava a sacada, que foi “fechada” para dar espaço a um ambiente de estudo e de utilização do computador pelo companheiro e pelo filho. À direita da “sala”, estavam os quartos, um do casal, um do filho e outro da filha que estava por nascer, além do banheiro comum a todos. Todos os cômodos eram pequenos e permitiam a disposição da cama, guarda-roupa e, no máximo, uma cômoda.

À semelhança deste domicílio também estava o apartamento da segunda família. Contudo, diferente da anterior, ao entrar na residência, era possível encontrar a sala, também com um sofá grande, no qual todos eram recebidos. Havia paredes que separavam a sala da cozinha e dos demais cômodos da casa. À esquerda, ficava a mesa em que a família realizava as refeições e, a sua frente, a sacada. À direita da sala, estava a cozinha e a lavanderia. À frente da sala, ficavam dois quartos, sendo um do casal e o outro do filho, que seria compartilhado com a filha que estava prestes a chegar, além de um banheiro. Da mesma forma como a residência da primeira família, o domicílio desta família também era relativamente pequeno.

A terceira família apresentava um apartamento um pouco maior. Em frente a porta de entrada, ficava a cozinha e, ao fundo, a lavanderia. A gestante desta família apreciava os aspectos culinários. Por isso, além da sala, a cozinha também representava um ambiente para “receber as visitas”, pois neste ela podia oferecer o chimarrão, fatias de bolo e outros lanches.

À esquerda da porta de entrada, ficava um pequeno corredor que permitia a entrada para o quarto conjunto do casal e da filha que estavam aguardando. Além do quarto, o corredor também se ligava a outro corredor, à direita, o qual comunicava-se à sala e ao banheiro. Em frente à sala, havia uma sacada que, na maior parte das vezes, permanecia fechada.

O acesso às gestantes e, conseqüentemente, às famílias ocorreu por meio das ações desenvolvidas no Grupo Nascer Sorrindo. Segundo informações de uma das componentes do Grupo, este foi criado em 2012, com o intuito de orientar as futuras mães por meio de rodas de conversa e trocas de experiências. As atividades do Grupo são voltadas às gestantes, familiares e acompanhantes, e têm como objetivo informar, transmitir, elucidar temáticas, como a fisiologia da gestação, do trabalho de parto, parto e amamentação, além de fornecer suporte físico e emocional às mulheres e seus familiares.

O Grupo está vinculado ao “Parto do Princípio”, que consiste em uma rede nacional, composta por mulheres, usuárias do sistema de saúde brasileiro, que lutam pela promoção da autonomia feminina. O “Parto do Princípio” tem como eixo principal de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, principalmente no que concerne à maternidade consciente.

No Brasil, existem vários Grupos de apoio vinculados ao “Parto do Princípio”, nos quais são desenvolvidos encontros periódicos, abertos e gratuitos. Um destes é o Grupo Nascer Sorrindo, localizado na cidade de Santa Maria. O Grupo é composto por duas enfermeiras obstetras; duas enfermeiras pós-graduandas em Enfermagem Obstétrica; e uma psicopedagoga, em processo de formação em Enfermagem. Quatro destas componentes também atuam como doulas. Além delas, o Grupo ainda conta com a colaboração de uma nutricionista, mestre e consultora em amamentação.

As integrantes do Grupo também atuam na equipe Ambra – a preciosidade da vida. A equipe Ambra desenvolve assistência ao parto domiciliar planejado, acompanhamento no parto hospitalar, consultas de puericultura até os dois anos de idade da criança, ultrassonografia natural por meio de pintura da barriga, consultoria em amamentação, barriga de gesso, cursos de gestantes e de *shantala* e, ainda, promove cursos de casais e de doulas.

4.3 OS INFORMANTES DO ESTUDO

A pesquisa envolveu dois tipos de informantes, os informantes-chave e os informantes gerais (ROSA; LUCENA; CROSSETTI, 2003). Polit e Beck (2011, p. 357) afirmam que os

informantes-chave são “a principal ligação do pesquisador com o ‘lado de dentro’”. Neste estudo, os informantes-chave foram os indivíduos que conheciam ou vivenciavam os rituais de cuidado. Estes informantes auxiliaram na compreensão e na interpretação dos eventos e das atividades observadas pela pesquisadora, pois eles conheciam bem a sua cultura (ANGROSINO, 2009). Já os informantes gerais foram todos àqueles que, no transcurso da pesquisa, fornecerem informações adicionais à pesquisadora.

No presente estudo, os informantes-chave foram três gestantes e seus respectivos companheiros. Os informantes gerais foram quatro integrantes da equipe Ambra, que desenvolviam acompanhamento pré-natal e participaram de alguns encontros da pesquisadora com os informantes; além de uma médica obstetra, que desenvolveu consulta pré-natal com uma das informantes.

Quanto ao número de informantes, Rosa, Lucena e Crosseti (2003) ponderam que, em geral, a pesquisa etnográfica pode envolver poucos informantes, desde que sejam atingidos os objetivos da pesquisa. Leininger (2006) destaca que o número de informantes varia de acordo com o fenômeno estudado e enfatiza que, em uma etnografia, o importante é o significado do depoimento do informante em relação aos objetivos da pesquisa.

A classificação em informantes-chave e informantes gerais ocorreu ao longo do processo de produção dos dados, na medida em que a pesquisadora realizava as observações e interagia com as famílias. Não houve, portanto, possibilidade de indicação *a priori* de quais seriam as pessoas classificadas como um ou outro tipo de informante.

Destaca-se que os critérios de inclusão envolveram as famílias de gestantes que participam do Grupo Nacer Sorrindo. Não foram empregados critérios de exclusão para seleção dos informantes.

4.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

Mediante a identificação dos possíveis informantes da pesquisa no Grupo Nacer Sorrindo, foi realizado convite verbal para participação na pesquisa. Foi informado que a produção dos dados ocorreria, principalmente, no próprio domicílio destes, a partir de visitas, agendadas previamente. Contudo, a produção dos dados também ocorreu em outros ambientes que a família julgou necessário, como o chá de fraldas de uma das informantes e o consultório médico frequentado por outra informante.

Foi adotado o modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R), proposto por Leininger (1985). Este modelo foi capaz de auxiliar a pesquisadora a penetrar, de maneira gradual, e permanecer no contexto cultural dos informantes. O modelo OPR é composto por quatro fases: 1) Observação; 2) Observação com alguma participação; 3) Participação com alguma observação; e 4) Observação reflexiva.

A primeira etapa (LEININGER, 2006) consistiu na entrada no campo, no qual a pesquisadora informou-se sobre o contexto cultural em que estavam inseridos os informantes, a fim de ter uma visão ampla, aproximada e objetiva de sua cultura, a partir da participação nos encontros do Grupo Nacer Sorrindo. Nesta fase, ela utilizou basicamente a observação e a escuta, e tentou estabelecer contato com os informantes, principalmente, a partir dos encontros e das redes sociais. Aos poucos, ela observou os detalhes mais importantes do objeto em estudo.

Ainda nos encontros, já se iniciou a observação. Contudo, de forma distante do fenômeno, porém, atenta aos relatos das famílias, nos encontros, sobre o seu contexto cultural. Reforça-se que, em uma etnografia, é necessário que o pesquisador saiba ver tudo que se encontra à sua volta. Ver, em uma perspectiva etnográfica, ultrapassa a visão propriamente dita e alcança a percepção do ambiente e das interações com todos os sentidos. Portanto, exige a apreensão do ambiente nas suas diversas dimensões (GEERTZ, 2011).

Víctora, Knauth e Hassen (2000) sugerem a observação do ambiente interno e externo do contexto cultural, das relações entre estes ambientes, a sua localização, as alterações ocorridas nos ambientes e a distância com relação ao pesquisador. Elas ainda recomendam que o pesquisador permaneça atento à linguagem e aos comportamentos dos informantes, às relações estabelecidas entre os informantes e o pesquisador, bem como o tempo de ocorrência dos processos. Desse modo, considerando as sugestões de Víctora, Knauth e Hassen (2000) foi elaborado o roteiro de observação (APÊNDICE A), o qual foi utilizado, especialmente, na fase seguinte.

Na segunda fase, após o convite e aceite das famílias, a pesquisadora passou a participar dos contextos observados. Assim, ela começou a conhecer um pouco mais o contexto domiciliar e a rotina da família, distinguindo as questões mais relevantes e menos importantes referentes ao tema do estudo. Portanto, foi uma fase em que a observação continuou, mas passou a ser mais focalizada. A pesquisadora participava nas consultas de pré-natal, tanto no consultório médico, como àquelas que ocorriam no domicílio, com a equipe de enfermeiras obstetras. Ela também esteve no chá de fraldas a convite de uma das informantes.

Assim, a pesquisadora começou a ter uma interação maior com os informantes e uma observação mais detalhada sobre os rituais de cuidado desenvolvidos pela família. O foco eram os informantes no contexto cultural (LEININGER, 2006). Para realização desta etapa, foi adaptado um roteiro de observação (APÊNDICE B), utilizado por Feyer (2012), em sua dissertação sobre os rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC.

Na terceira fase, a participação tornou-se mais ativa, em proporção à observação, mas esta também foi mantida. A pesquisadora pode participar dos rituais de cuidado junto aos informantes, contribuindo nas atividades desenvolvidas, quando era convidada, e apreendendo os sentimentos e as experiências dos informantes.

Ao longo dos encontros, as gestantes-informantes procuraram a pesquisadora para conversas informais para fazer confidências relacionadas à gestação, dividir angústias, assim como alegrias e dúvidas. Ela expressava e mantinha a interação com as informantes, sem deixar de perder o foco sobre o que ocorria no contexto cultural em relação aos rituais de cuidado.

A aproximação com os informantes auxiliou na compreensão do fenômeno investigado na perspectiva *emic*. Com isso, foi possível iniciar o reconhecimento de padrões recorrentes, que são típicos nas famílias estudadas, bem como identificar as ocorrências únicas e, até mesmo, aleatórias. Nesse momento, também foi possível realizar as entrevistas, focalizando nos rituais de cuidado em seu contexto cultural (LEININGER, 2006).

A entrevista (APÊNDICE C) colaborou para compreensão sobre a vivência do processo gestacional das famílias e a percepção dos valores culturais que norteiam os rituais de cuidados. Leininger (2006) destaca que a entrevista permite descobrir os significados culturais do grupo, mediante a interação com o contexto social.

Por fim, a última fase representou a saída do campo, na qual a pesquisadora direcionou seu olhar para os acontecimentos, com o intuito de recapitular as vivências junto aos informantes, refletir todo o processo de produção dos dados e avaliar os achados encontrados. O foco desta etapa foi a análise de todo o processo. Nesta fase, a pesquisadora também retomou questionamentos pendentes e validou os resultados junto aos informantes (LEININGER, 2006). Ao longo dos encontros, a pesquisadora introduzia, durante a conversa de maneira informal, alguns questionamentos, a fim de confirmar os dados e interpretações. Ao final, ela ainda disponibilizou os artigos oriundos desta tese a três informantes-chave, que realizaram a leitura dos materiais e apontaram as convergências e/ou divergências.

Utilizou-se um diário de campo, o qual consistiu em um instrumento pessoal de registro de dados da pesquisadora, no qual foram anotadas as visitas aos cenários de pesquisa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Foram registradas as falas e informações ou eventos que tinham relação com os rituais de cuidado no processo gestacional das famílias, assim como algumas situações dos contextos culturais estudados. O diário foi organizado em notas de observação/entrevista, notas teóricas e notas metodológicas, as quais permearam os momentos da análise.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Adotou-se a análise de dados da etnoenfermagem, a qual se divide em quatro fases. Na **primeira fase**, foi realizada a coleta, descrição e documentação dos dados brutos, buscando identificar os símbolos e os significados contextuais contidos (LEININGER, 2006).

Portanto, inicialmente foi realizada a produção dos dados, o registro das informações obtidas nas observações no diário de campo e nas gravações das entrevistas no computador. Na sequência, realizou-se a leitura e releitura de todos esses dados, com o intuito de identificar os rituais de cuidado encontrados, esclarecer dúvidas com os informantes e realizar a análise final. Nessa etapa, a partir do ponto de vista dos informantes (dimensão *emic*) e do referencial teórico (dimensão *etic*) (LEININGER, 2006), procurou-se verificar os símbolos e os significados contextuais relacionados aos rituais de cuidado.

A **segunda fase** envolveu a identificação e categorização dos descritores (*emic e etic*) e componentes, a fim de codificar e classificar os dados. Os descritores *emic*, os quais se referem ao modo pelo qual os indivíduos expressam as suas experiências, foram estudados considerando o contexto e as similaridades e diferenças; enquanto que os componentes recorrentes foram examinados pelos seus significados, a partir da dimensão *etic* (LEININGER, 2006). As informações e interpretações da pesquisadora foram confirmadas com os informantes-chave, buscando a perspectiva *emic* como base do conhecimento. Para analisar e interpretar os achados, ela utilizou a perspectiva *etic*.

Na **terceira fase**, foi realizada a análise contextual e de padrões recorrentes. Nesta, os dados foram examinados, com o intuito de identificar a saturação de ideias e padrões recorrentes de significados, além de interpretações ou explicações similares e divergentes de dados (LEININGER, 2006) associados aos rituais de cuidado. De acordo com Leininger (2006), os padrões recorrentes envolvem os padrões, temas e ações que se repetem, sendo capazes de conjecturar os comportamentos padronizados e encontrados no cenário do estudo.

Já a saturação se refere à evidência de que se pode conhecer ou compreender tudo do fenômeno sob estudo. A partir da análise contextual e da identificação dos padrões recorrentes, estes foram agrupados, permitindo revelar os rituais de cuidado, as vivências de cada informante e a abordagem cultural destas situações.

Por fim, a **quarta fase** abrangeu a síntese e a interpretação. Nesta, foram sintetizados e interpretados os principais temas, os resultados de pesquisa, as formulações teóricas, as recomendações e, até mesmo, novas formulações teóricas (LEININGER, 2006). Neste momento, a partir da síntese, análise, interpretação e formulação, a pesquisadora abstraiu os resultados da pesquisa, considerando todas as fases anteriores.

4.6 CRITÉRIOS RELATIVOS AO RIGOR DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Conforme recomendações do método da etnoenfermagem (LEININGER, 2006), alguns critérios de rigor precisam ser adotados durante a realização do estudo. Desse modo, ao longo da pesquisa, foram utilizados os critérios de confirmabilidade, padrões recorrentes, saturação, significado-em-contexto e transferibilidade.

Por meio da repetição das explicações ou dos dados pelos informantes sobre determinadas informações (LEININGER, 2006) e/ou sobre os próprios rituais de cuidado, a pesquisadora obteve a sua **confirmabilidade**. Durante a produção, ao encontrar os informantes, a pesquisadora confirmava as interpretações, sem desconsiderar a perspectiva *emic*. Ao final, também foram disponibilizados os artigos da tese a três informantes-chave, a fim de que realizassem a confirmação e validação dos resultados.

Os padrões, temas e ações que se repetiram ao longo do tempo, isto é, os **padrões recorrentes**, também forneceram rigor ao estudo (LEININGER, 2006), pois refletiram nos rituais de cuidado padronizados e verificados nos cenários focalizados de estudo. Já a **saturação**, foi um critério adotado para a interrupção da produção, visto que diante da circularidade dos dados obtidos com os informantes, observou-se que não haviam novos rituais, que pudessem emergir das falas ou situações observadas (LEININGER, 2006).

Com relação ao critério de **significado-em-contexto**, entende-se que este abrange os dados significativos e relevantes para os informantes no contexto em que vivem (LEININGER, 2006). Portanto, durante a validação dos resultados, a pesquisadora tentou garantir que as informações sobre os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias durante o

processo gestacional, obtidas pelas observações ou pelas entrevistas, fossem interpretadas à luz do contexto em que se desenvolviam.

Por fim, o critério de **transferibilidade** está relacionado à possibilidade de aplicação dos resultados desta pesquisa a um outro contexto. Pondera-se que a totalidade desta etnografia não pode ser transferida a outros contextos, tendo em vista que os rituais de cuidado são locais e os seus significados para os indivíduos não são definitivos, sendo influenciados pelos cenários, nos quais eles estão inseridos. Contudo, acredita-se que os resultados da tese podem ser utilizados como subsídios teóricos, os quais permitirão contribuir para o cuidado das famílias durante o processo gestacional, a partir da compreensão dos significados culturais relativos aos rituais de cuidado.

Com relação aos aspectos éticos, destaca-se que foram respeitados os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino, no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM e na Plataforma Brasil, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sob o CAAE 53928116.6.0000.5346 (ANEXO B). A produção dos dados teve início após a aprovação do projeto pelo CEP da UFSM e autorização do Grupo Nascer Sorrindo (APÊNDICE D).

Os informantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Eles foram informados pela pesquisadora quanto aos cuidados éticos que envolviam a pesquisa, como anonimato, autonomia e respeito ao uso e armazenamento do material produzido nas entrevistas. Foi enfatizado que as entrevistas seriam gravadas para posterior transcrição dos depoimentos. Para respeitar o anonimato, foi viabilizada a identificação dos informantes por meio do sistema alfanumérico, identificados por letras e ordenação numérica. Para as informantes-chave, utilizou-se a identificação IC, seguida de um número; enquanto que para os informantes gerais, utilizou-se IG, também acompanhada de numeração.

O objetivo do estudo foi esclarecido aos informantes e que sua participação, em qualquer momento do estudo, representava risco mínimo à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, visto que alguns sentimentos poderiam ser mobilizados durante as observações e/ou entrevistas, pois algumas discussões poderiam refletir episódios vivenciados por eles. Caso ocorresse algum desconforto, a doutoranda se propôs a conversar a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e informou que a entrevista poderia ser suspensa e remarcada para uma nova data.

Quanto à autonomia, os informantes tiveram liberdade para retirarem-se do estudo sem qualquer punição ou constrangimento. Além disso, a participação no estudo não envolveu nenhum benefício financeiro aos informantes, tampouco despesas para estes. Entretanto, como benefícios indiretos aos informantes, salientou-se a produção de conhecimentos referentes ao cuidado durante o processo gestacional.

Foi fornecido aos informantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), o qual foi assinado por estes e também pela doutoranda e pesquisadora responsável. Este documento foi desenvolvido em duas vias, das quais uma ficou em posse dos informantes e a outra da pesquisadora responsável.

Em relação ao respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros, a doutoranda e a orientadora assumem o compromisso ético pelo Termo de Confidencialidade (APÊNDICE F), que foi assinado por elas. Os arquivos da pesquisa ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável até o período de cinco anos, após a apresentação da tese. Após este período, os dados serão destruídos. Ressalta-se que o compromisso ético desta pesquisa, implica na pesquisadora retornar os resultados ao Grupo Nacer Sorrindo e aos informantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INFORMANTES

À época de início da produção dos dados, a primeira família investigada encontrava-se com 38 semanas e quatro dias, na espera do segundo filho, agora do sexo feminino. Ela, com 34 anos de idade, com ensino superior completo em Enfermagem, especialização em Enfermagem Obstétrica e curso de doula. Atuava como técnica em enfermagem em hospital escola, com vínculo como funcionária pública federal. Ele, com 35 anos, com ensino completo em Biologia, também atuava como funcionário público federal em instituição de ensino superior pública. Ambos são naturais de Santa Maria. Possuíam um relacionamento de 13 anos e já tinham um filho de seis anos e 10 meses, nascido por meio de parto cirúrgico. A data provável de nascimento da filha era 30 de maio de 2016. Ela chegou nove dias depois, quando já estavam com 41 semanas e dois dias de gestação. No dia oito de junho, às 10 horas e 13 minutos da manhã, em um parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstetras, veio ao mundo uma menina linda e encantadora, pesando 3720 gramas e medindo 50 centímetros.

A segunda família era formada pela gestante, seu companheiro e um filho do casal. No primeiro encontro com a família, eles estavam com 25 semanas e cinco dias de gestação. Ela com 31 anos de idade. É graduada em Educação Especial, tem mestrado em Educação e curso de capacitação como doula. Atua como tradutora/intérprete de Libras em uma instituição de ensino superior pública, com vínculo como funcionária pública federal. Ele com 35 anos de idade, com ensino médio completo, atuando como empresário. Ambos são naturais de Dom Pedrito. Vivenciavam um relacionamento de sete anos e possuíam um filho, do sexo masculino, de um ano e nove meses, nascido por meio de parto cirúrgico. Eles aguardavam a chegada da filha, prevista para o dia 31 de agosto de 2016. Ela chegou, bela e graciosa, no dia quatro de setembro, às 17 horas e 35 minutos, com 3490 gramas e 50 centímetros. Na época, eles estavam com 40 semanas e quatro dias de gestação. Eles planejavam o parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras. Contudo, por indicação médica, precisou passar pela cesárea.

A terceira família era composta pela gestante, seu companheiro e uma filha de quatro patas. Quando iniciamos os encontros, eles estavam com 30 semanas e três dias de gestação. Ela, com 24 anos de idade, com ensino superior completo, na área de Psicologia. Ele, com 26

anos, também com ensino superior completo, graduado em Geografia. Na época da produção dos dados, era do lar e ele militar. Ela é natural de São Pedro do Sul e ele de Soledade. O relacionamento do casal completava seis anos e ele esperavam a primeira filha. A data provável de nascimento era o dia 13 de agosto de 2016 e ela atendeu “pontualmente o chamado”. Com 40 semanas de gestação, eles vivenciaram a chegada dela, em um parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstetras, ocorrido às duas horas e 13 minutos. Ela nasceu, maravilhosa e fascinante, com suas 3115 gramas e seus 47 centímetros.

Quatro integrantes da equipe Ambra, que acompanharam o pré-natal e assistiram o trabalho de parto e parto das famílias, foram informantes gerais do estudo. A médica, que atendeu os critérios de informante geral, desenvolveu o acompanhamento pré-natal de duas das informantes-chave, além da cesárea da segunda informante-chave. Ela possuía residência em Obstetrícia, atuava no acompanhamento pré-natal e assistência ao parto hospitalar em instituições privadas. No período de produção dos dados, também era residente em Medicina Fetal em um hospital-escola.

Por fim, cabe destacar que os resultados desta tese incluem dois artigos (Quadro 1), sendo que o primeiro constitui-se nos rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias durante o processo gestacional e o segundo abrange os rituais de cuidado desenvolvidos na preparação para o parto. Ressalta-se que a apresentação, sob a forma de artigos, configura-se de acordo com as normas de elaboração de trabalhos científicos, vigente na UFSM.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos da tese.

Título do artigo	Objetivo
Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias durante o processo gestacional	Conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias durante o processo gestacional.
A preparação para o parto: rituais de cuidado desenvolvidos por famílias	Conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, durante o processo gestacional, na preparação para o parto.

5.2 ARTIGO 1

“Nós estamos grávidos”: rituais de cuidado desenvolvidos por famílias durante o processo gestacional⁸

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias durante o processo gestacional. Pesquisa etnográfica, desenvolvida com três famílias que vivenciavam o processo gestacional, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Adotou-se o modelo de Observação-Participação-Reflexão. A análise fundamentou-se na análise de dados da etnoenfermagem. Os rituais de cuidado desenvolvidos pela família estão ligados à revelação da gestação, à alimentação, à utilização de homeopatia e chás, à reorganização da família, à preparação do quarto do bebê, às vestimentas do bebê, ao chá de fraldas, às escolhas futuras da criança, ao apadrinhamento e ao registro da gestação. Os rituais de cuidado constituem elementos culturais essenciais para o cuidado à saúde da família grávida. Eles integram os familiares, mantêm a sua identidade, fortalecem a cultura familiar e renovam os elementos que compõem a família.

Descritores: Saúde da mulher; Relações familiares; Comportamento ritualístico; Cultura; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O processo gestacional pode ser compreendido como um fenômeno singular, que é vivenciado de forma diferenciada por cada mulher. Ao mesmo tempo, é um período marcado por inúmeras repercussões nos âmbitos biológico, psicológico, social, cultural e familiar. Portanto, apesar de representar um estado natural e fisiológico, que gera transformações físicas no corpo feminino, a gestação também constitui um evento compartilhado com a família e/ou grupo social ao qual a gestante pertence.¹

Nesse contexto, a cultura destaca-se como o sistema, por meio da qual, a família grávida manifesta suas necessidades, valores, tradições, crenças, saberes e visão de mundo.¹ A cultura, nesse estudo, é entendida como um sistema emaranhado de símbolos interpretáveis e socialmente estabelecidos, capazes de direcionar o comportamento, orientar e fornecer significado às práticas e à visão de mundo dos indivíduos.²

⁸Este artigo foi formatado conforme as normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

Neste sistema cultural, impregnado por símbolos e significados, as famílias desenvolvem rituais.³ Os rituais podem ser entendidos como atos ou cerimônias que têm como finalidade auxiliar o indivíduo a passar de uma situação, fase ou etapa a outra.³ Durante o período gestacional, a família desenvolve rituais de cuidado, com o intuito de fornecer cuidado à gestante e ao bebê em desenvolvimento. Ao desenvolver estes rituais de cuidado, os membros da família conseguem reinterpretar seus papéis sociais, fornecer suporte, apoio e proteção à gestante e ao bebê, fortalecer os laços afetivos, organizar o ambiente domiciliar para a chegada de um novo ser, entre outros.

Desse modo, este estudo mostra-se relevante, por trazer a perspectiva da família sobre o processo gestacional, seus significados e os rituais de cuidado desenvolvidos nessa fase, o que é fundamental para o cuidado humanizado. Ainda, é preciso destacar como uma das justificativas para a realização deste estudo o número incipiente de estudos nacionais envolvendo os rituais de cuidado de famílias, na área da Enfermagem, bem como na área da saúde da mulher. Em busca realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, utilizando os termos “ritual”, “rituais”, “rito” e “ritos” como estratégias de busca, emergiram 310 pesquisas, entre teses e dissertações. Destas, 30 apresentavam os rituais a partir de uma perspectiva antropológica e cinco envolviam rituais de cuidado de famílias.

Reforça-se, ainda, que em estudo de revisão integrativa, desenvolvido na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores “gravidez” e “cultura”, e na *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed), com os *MeshTerms* “*pregnancy*”, “*culture*” e “*family relations*”, foram identificados 26 estudos que abordavam aspectos culturais relacionados ao processo gestacional. Destes, nenhum apresentava os rituais de cuidado como objeto de estudo.

Frente ao exposto, também destaca-se que o estudo se coaduna com as propostas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que incentiva pesquisas durante o período gestacional, e com as políticas e programas na área da saúde da mulher, na perspectiva da humanização da assistência, justificando a sua relevância. Assim, a questão que guiou este estudo, oriundo de uma tese de doutorado, foi: “quais os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional?” O objetivo foi conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo etnográfico,⁴ entre abril e dezembro de 2016, com três famílias de uma cidade de médio porte do interior do Estado do Rio Grande do Sul, durante a vivência do processo gestacional. O acesso e a captação dos informantes se deu a partir da inserção da pesquisadora nas ações desenvolvidas em um grupo de gestantes. O grupo está vinculado ao Parto do Princípio, o qual consiste em uma rede nacional, composta por mulheres, que lutam pela autonomia feminina.

A pesquisadora solicitou autorização das enfermeiras fundadoras do grupo para participar dos encontros e, a partir da interação com as famílias, iniciar o processo de produção dos dados. No primeiro encontro como participante do grupo, as enfermeiras solicitaram que a pesquisadora se apresentasse e explicasse a proposta do seu estudo.

A partir desta apresentação e de conversas informais, a pesquisadora se aproximou de algumas famílias, utilizando também o contato por meio das redes sociais. Com essas interações, foi possível realizar o convite às famílias para participação no estudo.

Algumas famílias recusaram-se a participar, alegando que dividiam o domicílio com outras pessoas e que acreditavam que isso prejudicaria a sua participação e/ou desenvolvimento da pesquisa. Outras gestantes comprometeram-se a discutir a participação com os familiares, mas não deram retorno.

Ao final, foram captadas três famílias grávidas. Com isso, os informantes-chave foram três gestantes e seus respectivos companheiros. Os informantes gerais foram quatro enfermeiras da equipe de enfermeiras obstetras e uma médica obstetra. Entre os critérios de inclusão estavam as famílias de gestantes que participam do grupo de gestantes. Não foram empregados critérios de exclusão na seleção dos informantes. O cenário geral do estudo consistiu no grupo de gestantes. Já os domicílios das gestantes e de suas famílias, e outros locais que os informantes julgaram necessários, representaram os cenários focalizados.

As informações foram coletadas utilizando-se a observação participante, conforme modelo denominado de observação-participação-reflexão⁴ e a entrevista. As entrevistas foram desenvolvidas nos domicílios dos informantes, sendo gravadas, após expressa concordância destes e, posteriormente, transcritas.

Os informantes foram observados durante as consultas de pré-natal, realizadas tanto no consultório médico quanto no domicílio, visto que as gestantes captadas planejavam a realização do parto domiciliar. Portanto, estas desenvolveram consultas médicas e, após a 30ª semana de gestação, de forma complementar realizavam consultas com enfermeiras obstetras

no seu próprio domicílio. A observação das consultas foi acordada com os informantes e com os profissionais de saúde que realizavam estas. Ainda, foi realizada observação do chá de bebê de uma das informantes e a procura de outra informante pelo atendimento hospitalar durante o processo gestacional.

Buscou-se observar o contexto das relações familiares, os rituais de cuidado desenvolvidos pela família e a forma como estes rituais se estruturavam no processo gestacional da família. O diário de campo foi utilizado para registro e organização das notas de observação/entrevista, compostas pelas observações e pelos relatos dos informantes; das notas teóricas, que contemplavam as interpretações das pesquisadoras, por ocasião da produção dos dados; e das notas metodológicas, que incluíam as observações referentes à própria produção dos dados e alguns lembretes acerca de temáticas que precisavam ser aprofundadas com os informantes.

O processo analítico, ancorado na etnoenfermagem,⁴ considerou: 1) a coleta, descrição e documentação dos dados brutos; 2) a identificação e categorização dos descritores e componentes; 3) a análise contextual; e 4) a síntese e interpretação dos dados.

Na primeira etapa, as informações obtidas na observação e na entrevista foram registradas, com o intuito de identificar o ponto de vista dos informantes, balizando-se no referencial teórico elencado. Na segunda etapa, foram identificadas as similaridades e divergências entre os dados. A terceira etapa envolveu a análise dos padrões culturais recorrentes, isto é, àqueles padrões, temas e ações que se repetem, refletindo os comportamentos padronizados encontrados no cenário do estudo. Nesta etapa, realizou-se a validação dos resultados com os informantes, a partir da disponibilização do material redigido e leitura destes. Na última etapa, emergiram os temas relevantes e as formulações teóricas do estudo.

Conforme recomendações do método da etnoenfermagem, os critérios de rigor adotados para a realização do estudo foram: confirmabilidade, padrões recorrentes, saturação, significado-em-contexto e transferibilidade.⁴ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade local, sob o CAAE 53928116.6.0000.5346, em 18 de abril de 2016, cumprindo os dispositivos éticos da Resolução n. 466/2012. Os informantes foram convidados a participar do estudo, após esclarecimentos sobre a importância da pesquisa, seus riscos e benefícios, e na sequência, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identidade dos informantes foi preservada, a partir da

utilização da sigla IC, seguida de numeração aleatória, para os informantes-chave; IG, também acompanhada por numeração, para os informantes gerais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os informantes-chave deste estudo abrangiam famílias nucleares. Duas delas eram formadas pela gestante, o companheiro e um filho; e a outra apenas pela gestante e o companheiro. Os casais apresentavam entre 24 e 35 anos de idade; uma das crianças estava com um ano e nove meses e a outra com seis anos e 10 meses. A maioria dos informantes possuía ensino superior completo, com exceção de um que tinha ensino médio completo.

À época da produção dos dados, duas famílias vivenciavam o terceiro trimestre gestacional e a outra se encontrava no segundo trimestre. As três famílias possuíam plano de saúde privado, realizavam consultas pré-natais com o médico e a partir da 30ª semana de gestação, iniciaram o acompanhamento pré-natal com uma equipe de enfermeiras obstetras. As gestantes, que apresentavam filhos, anteriormente haviam vivenciado a cesárea. Todas as famílias estavam planejando a realização do parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras.

Os informantes gerais envolveram quatro enfermeiras da equipe e uma médica obstetra que acompanhou o pré-natal de duas das informantes. Estes informantes forneceram informações adicionais ao longo da pesquisa.

O processo analítico resultou na identificação de quatro padrões culturais, que foram “*É um sonho, a gente vai ficar com a família completa*”: os significados do processo gestacional; “*A gente fica mais paparicada*”: os cuidados com a alimentação, o esforço físico e a saúde, “*A família acaba se tornando grávida*”: a vivência da gravidez na família; e “*Tem que ter amor*”: a família prepara-se para a chegada do bebê.

O primeiro padrão está voltado para os significados do processo gestacional para as famílias e os rituais desenvolvidos diante da sua descoberta. O segundo envolve os rituais de cuidado associados à alimentação e as atividades que geram esforço físico à gestante. O terceiro abrange a vivência e a participação da família na gestação, enfatizando a figura paterna nesse processo. O quarto padrão inclui os preparativos para a chegada do bebê. A partir destes padrões culturais, emergiu o tema deste artigo: “Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias durante o processo gestacional”.

“É um sonho, a gente vai ficar com a família completa”: os significados do processo gestacional

O processo gestacional precisa ser considerado no contexto cultural em que este se desenvolve, pois é nele que estão presentes os símbolos e os significados de cada cultura. Desse modo, as informantes-chave, ao se referirem ao processo gestacional, mencionaram o significado cultural atribuído a esta vivência.

Eu estava tentando engravidar. Eu tinha um monte de teste de farmácia em casa [...] como eu não tinha um ciclo regular, porque eu não tomava pílula, atrasava um pouquinho e já achava que estava grávida. Aí, nessa, cheguei do plantão e fiz o teste, e deu uma tirinha só. Larguei ali o teste e fui dormir, quando eu acordei notei a segunda lista. Foi uma festa [...] A gente planejou bastante [...] ter um filho e agora passar a experiência de ter uma menina, para mim é muito diferente [...] mas está sendo muito legal [...] nossa, é um sonho (IC1).

Eu queria esperar mais, mas o [companheiro] não queria [...] porque eu tinha certeza que ia demorar um pouquinho mais e foi no primeiro mês de tentativa já veio, mas foi planejado [...] A sensação que eu tenho é que por ser uma menina, uma coisa nova, parece que agora a gente vai ficar com a família completa. A sensação que eu tenho é que parece que vai ficar completa agora. A gente vai completar esse sonho. Não que vai nascer só o filho, mas a gente vai completar (IC3).

O processo gestacional é exaltado pelas gestantes como a realização plena da família e não como o simples nascimento de uma criança. Elas o destacam como algo que foi planejado e desejado pela família, como um sonho concretizado. Os companheiros também revelam significados semelhantes ao processo gestacional. Da mesma forma como as gestantes, eles vislumbram este processo como um sonho que foi materializado pela família.

Acho que é a concretização de mais um sonho, resume assim [...] está ótimo com o [filho] e vai ficar melhor ainda com a [filha] (IC6).

Eu sempre quis ter filhos [...] ser o segundo [filho], é o segundo passo do sonho de uma família [...] é mais um sonho se realizando. Acho que, em termos de realização, eu vou viver todos os possíveis. Não desejo mais nada. É uma realização como pai, como família plena, não tem nada mais a imaginar ou pedir. Estou completamente realizado (IC4).

A partir destes significados, o processo gestacional vai se desenvolvendo, acompanhado por rituais, os quais iniciam com a descoberta da gestação. A partir da confirmação da gestação, a mulher e a família desenvolvem rituais associados a sua revelação.

Eu que vi [o resultado do teste] primeiro, daí eu mandei uma foto para o [companheiro] no whats e depois a gente contou para família [...] tem um videozinho do [filho], contando para ele que ele ia ser o mano mais velho. Foi bem legal. Eu gravei o vídeo do [filho] e mandei o vídeo para família: - “Olha aqui o vídeo do [filho]”, daí eles olhavam e descobriam junto, foi bem legal (IC1).

Eu fiz só uma surpresinha. Coloquei o exame e escrevi uma frase que “melhor do que amar um filho, é amar dois” (IC3).

A realização do teste de gravidez inaugura o processo gestacional, pois a partir dele, o bebê passa, de fato, a existir para a família. Contudo, conforme visto, apesar de apresentar significados similares, o ritual de revelação do processo gestacional ao companheiro e/ou à família manifesta-se de forma diferente em cada contexto familiar.

“A gente fica mais paparicada”: os cuidados com a alimentação, o esforço físico e a saúde

O processo gestacional constitui uma fase em que a mulher carece de proteção, suporte e amparo daqueles que a cercam, dentre estes, os familiares. A família manifesta uma preocupação com a rotina diária da gestante e com elementos que podem prejudicar o bem-estar materno e fetal. Os hábitos alimentares e as atividades que exigem o esforço físico da gestante são visualizados pela família, com maior destaque.

Nos últimos meses, todas as vezes que me ligam é mais para saber como que a [gestante] está (IC5).

Acho que a família se preocupa com a comida, me mimma um pouco mais, se preocupa com o que posso comer. Antes não cuidavam da minha alimentação. No início, foi meio esquisito, tinha que cuidar o que tinha que comer, o que não tinha que comer (IC2).

Entre os cuidados com a alimentação, uma das informantes revelou um ritual de cuidado perpetuado desde a sua primeira gestação. O ritual envolvia a ingestão de óleo de peixe, com o intuito de auxiliar no desenvolvimento cerebral do feto.

A informante-chave 3 revela que, na gestação do primeiro filho, fazendo leituras, ela descobriu que o óleo de peixe ajudava no desenvolvimento do cérebro do bebê e, por isso, passou a ingeri-lo. Hoje, ela atribui a inteligência do filho à ingestão do óleo. Ela acreditava que o óleo não trazia malefícios para a saúde e decidiu repetir o ritual na gestação atual para ajudar na formação do cérebro da filha (Diário de campo. IC3).

Atrelado à alimentação, identificou-se alguns desconfortos digestivos. Dentre eles, a pirose foi mencionada como uma alteração natural, que gera o desenvolvimento de rituais de

cuidado. Outras situações, comuns a outras fases da vida e que também demandam rituais de cuidado foram mencionadas, contudo, a partir de uma ótica desmedicalizante.

Durante conversa com as informantes gerais 1 e 2, na consulta pré-natal, o informante-chave 4 observa certo desconforto na informante-chave 1. Sem que ela faça qualquer comentário ou que ele questione do que se tratava, ele vai até o freezer da geladeira, retira a forma de gelo, coloca alguns gelos no copo e entrega para ela. Ela agradece e pega o copo. As informantes gerais também não questionam a atitude, pois parecem compreender a razão. Ao longo da consulta, entre uma fala e outra, ela mastiga o gelo. Dias depois, ela comenta que as modificações fisiológicas da gestação lhe geram pirose e que ela só consegue aliviar este desconforto com gelo. Ela afirma que o companheiro e o filho sabem disso, e que quando percebem que ela está com desconforto, imediatamente providenciam o gelo (Diário de campo. IC1).

Um dia estava com azia, bem forte. Tomei um suco de limão. Pinguei o limão com um pouquinho d'água e tomei. Mas eu nunca tomei remédio. Remédio só em último caso. Ainda mais que eu sei que azia é uma coisa da gestação, então não tem o que fazer. Remédio, aqui em casa, tu não vais encontrar [...] Segunda e terça a gente estava ruim da garganta e fizemos um chá com mel, limão e gengibre. A gente procura os chás na internet, pergunta para alguém [...] o [filho] toma homeopatia desde um ano e pouco. Começou com a história dele não tomar remédio. Ele vomitava [...] eu soube que tinha homeopatia na gestação também. Eu consultei logo que eu descobri que estava grávida. Ela fez uma entrevista com a gente e detectou possíveis problemas que a [bebê] poderia ter em decorrência nossa. Ela dividiu a gestação por trimestres e a cada trimestre eu tomei uma homeopatia para uma coisa específica, para evitar que ela desenvolva alguma coisa [...] a gente vai continuar a homeopatia com ela também (IC3).

Ainda, foi enfatizada a reorganização da família, de modo a evitar que a gestante se sobrecarregue na realização das atividades de vida diária. Nesse processo, estão imbricados rituais de cuidados, que são capazes de elucidar o significado cultural e familiar da gestação.

A gente fica mais paparicada. Os dois sempre em roda de mim e como eu sou muito ativa de estender roupa, fazer as coisas - “ah, deixa que eu vou”, mas eu acabo fazendo, porque eu também tenho que me movimentar, mas os dois estão sempre em roda: “deixa que eu faço”, “não te abaixa”, “caiu, deixa que eu junto” (IC1).

“A família acaba se tornando grávida”: a vivência da gravidez na família

Para alguns informantes, a gestação ultrapassa os limites do corpo feminino, estendendo-se também ao companheiro e à própria família. Portanto, frente ao processo gestacional, desvela-se um casal e/ou uma família grávida.

A informante-chave 2 afirma, algumas vezes, ao companheiro que ele não está grávido. Contudo, ele a contraria e afirma que se sente grávido. Ela destaca que ele não está “carregando” o bebê e ele afirma que, apesar de não “carregar”, ele se sente grávido (Diário de campo. IC2).

Eu acho que tudo gira em torno da gravidez. A família acaba se tornando grávida, porque tudo depende de mim. -“Vamos em tal lugar? Ah, mas tu vais cansar”. Acho que a família acaba se tornando grávida (IC1).

No grupo de gestantes, os casais encontram-se sentados lado a lado. O grupo todo está sentado em roda. Antes de iniciar a conversa, os casais conversam e se acariciam. Percebo, especialmente, os maridos acariciando as barrigas das esposas. Uma das enfermeiras, fundadoras do grupo, convida todos a iniciar o encontro. Ela se apresenta e pede que cada um faça o mesmo. Solicita que as gestantes mencionam com quantas semanas de gestação se encontram. Desde a apresentação do primeiro casal, percebo que, independentemente de ser a mulher ou o homem o primeiro a se apresentar, todos os companheiros sempre utilizam a mesma expressão: “nós estamos grávidos”. As gestantes revelam seu nome, com quem estão casadas, o nome do (a) filho (a) que estão gestando e a idade gestacional. Algumas incluem o companheiro e também utilizam a frase “nós estamos grávidos”, outras apenas mencionam que estão com determinada idade gestacional. Em contrapartida, eles, com unanimidade, se apresentam e não deixam de dizer que estão grávidos, apesar de alguns nem saberem, ao certo, o período gestacional, precisando consultar a gestante antes de dizer (Diário de campo. Grupo de gestantes com as famílias informantes da pesquisa)

Pondera-se que o processo gestacional demanda a participação do companheiro, a qual não inclui apenas o acompanhamento nas consultas e ultrassons, mas também o seu envolvimento emocional. Nos relatos, está explícito que o envolvimento dos companheiros na gestação compreendeu também a sensação de dividir as sensações da gestação com as mulheres, fazendo com que se sentissem “grávidos”. Além de participarem das atividades intrínsecas ao pré-natal e os preparativos para a chegada do bebê, eles procuram fornecer suporte emocional às companheiras, dividindo com elas as preocupações e ansiedades.

Nesse espaço-tempo, os companheiros e os demais familiares estreitam seus laços e criam redes de apoio, ao mesmo tempo em que criam um ambiente propício para receber o

novo ser. É um período também em que a família precisa vivenciar diversos reajustes em sua rotina frente à proximidade do nascimento. O reconhecimento desta condição de transitoriedade das famílias liminares implica no desenvolvimento de rituais de cuidado. Portanto, demarca um período em que é preciso tomar as providências, com o intuito de promover o conforto e a saúde da mulher e da criança, isto é, de desenvolver seus rituais de cuidado.

Em contrapartida, também emergiu a dificuldade de um companheiro em se sentir parte integrante do processo gestacional. Neste caso, ele afirma que a sua paternidade se concretizará apenas com o nascimento do bebê.

Eu participo desde o início, mas eu ainda tenho a visão de que para o homem, é quando nasce. Quando nascer, para o homem, é a paternidade. Antes disso, é tudo muito subjetivo para nós, não é a mesma coisa do que para mãe. A mulher está sentindo [o bebê] desde o quarto, quinto mês. Ele [bebê] se torna mais real para nós [homens] no final da gestação, que a gente percebe mesmo. Então, eu acho que o nascimento é para o pai o que simboliza mesmo o filho. Eu acho que [a gestação] é da mulher [...] não tem como querer se colocar nessa situação, eu não consigo ver isso (IC4).

Também foi possível constatar que os laços familiares podem ser solidificados com a gestação, sendo possível perceber a união e maior aproximação da família e de outras pessoas da rede de apoio social da gestante. Percebe-se a importância atribuída à participação do grupo familiar na vivência do processo gestacional.

É uma família que a gente está construindo, vai ser uma coisa para vida toda. Nosso relacionamento já tem o vínculo. O relacionamento pode não ser para sempre, mas ele vai ser o pai da minha filha para sempre (IC2).

Eu acho que eu tenho me esforçado bastante para estar sempre do lado dela e podendo também me inteirar das coisas que eu acho que vai agregar, quando o bebê nascer. Eu acho que isso aproximou eu e a [gestante], esse nosso convívio para tentar deixar um ambiente mais harmônico para quando a [bebê] chegar [...] eu vejo aproximação do meu irmão também, eu acho que a gente tem mais contato, ele sempre pergunta da [gestante], como está e quando que está para chegar a [bebê]. Acho que houve uma aproximação (IC5).

Teve uma consulta, acho que foi uma consulta com o ultrassom que foi muito triste, porque o [companheiro] tinha um compromisso bem no horário e o [filho] ficou na tia, eu fui sozinha na eco, foi bem estranho (IC3).

A informante-chave 2 comenta que o pai, a madrasta e uma amiga participaram de consultas realizadas pela equipe de enfermeiras obstetras, no domicílio [...] ela considera que a participação deles na consulta foi importante para esclarecer as dúvidas existentes, especialmente com relação ao parto (Diário de campo. IC2).

Em consulta com a equipe de enfermeiras obstetras, as informantes gerais 1 e 4 convidam o companheiro e o filho para participar do ultrassom natural, que consiste na pintura da barriga da gestante demonstrando a posição do bebê intraútero. Inicialmente, o filho observa a pintura com certa desconfiança, sem compreender o seu sentido. Aos poucos, começa a interagir e participar da pintura. O companheiro também auxilia, colorindo alguns segmentos do desenho, mas quem parece se divertir é o filho, que utiliza os pinceis, mas também pinta com os dedos da mão. É possível verificar que a atividade aproxima a família, contribui para o entendimento do filho sobre a existência do bebê no meio intraútero (Diário de campo. IC3, IC5, IG1 e IG4).

No consultório médico, entram na sala a obstetra, a gestante, o companheiro e o filho. Prontamente, o filho procura o “seu” banco e se acomoda para a consulta. O companheiro senta ao lado e pede que ele fique quietinho, prestando atenção nas orientações realizadas na consulta. Ao longo da avaliação, o filho indica antecipadamente as etapas do exame físico geral e gineco-obstétrico. Ele se arrisca a pronúncia de algumas palavras, tendo em vista a idade, e vai relatando as etapas da consulta. Ao mesmo tempo, alcança os materiais utilizados pela médica e tenta auxiliá-la na consulta. Após a anamnese, por exemplo, ele busca o estetoscópio e o esfigmomanômetro para que a médica verifique a pressão arterial da mãe. A informante geral 5 comenta que ele sempre age dessa forma nas consultas e que lhe parece que, na visão dele, a consulta é um ritual, do qual ele já “decorou” todas as etapas. O casal demonstra empolgação e alegria com o comportamento do filho; eles parecem vibrar com a participação dele em todo o processo (Diário de campo. IC3, IC6, IG5).

Por fim, destacou-se a relevância da participação paterna durante o período gestacional. Uma das informantes salientou o interesse deste em compreender o processo gestacional e em colaborar na criação do filho. Outra informante também destacou o envolvimento do companheiro nas consultas e, inclusive, seu posicionamento em conversas sobre o processo de parturição.

A informante-chave 2 realiza muitas leituras sobre a gravidez. Quando está utilizando as redes sociais, ela sinaliza para o companheiro algumas leituras que considera importante.

Contudo, ela destaca que observa que, muitas vezes, ele realiza as leituras e procura materiais informativos por conta própria. Essa atitude a surpreende e ela destaca que “é muito mais do que ela esperava”. Ela afirma que não precisa pedir para que ele participe deste processo, ele o faz com prazer. Ela ressalta que ele participa das consultas de pré-natal e tenta se instrumentalizar com leituras sobre os cuidados e a criação de bebês. Ela acredita que esse comportamento lhe transmite a sensação de que ele será um pai ativo (Diário de campo. IC2).

A informante-chave 1 frisa a participação do companheiro por meio das leituras, nas consultas e encontros com a equipe de enfermeiras obstetras e, até mesmo, em discussões nas redes sociais sobre a humanização do parto, o parto normal e/ou domiciliar. Ela acredita que ele é realmente um companheiro e que possui as mesmas concepções que ela em relação ao processo de parturição (Diário de campo. IC1).

“Tem que ter amor”: a família prepara-se para a chegada do bebê

A gestação pode representar um período impregnado de procedimentos reorganizadores. Dentre os arranjos desenvolvidos, prevalecem àqueles ligados ao quarto do bebê. Nessa perspectiva, as famílias revelam o significado cultural que este espaço possui em meio ao processo gestacional.

A gente passou ele [o outro filho] para o outro quarto e comprou coisas para o quarto dele. Toda arrumação que a gente faz, é em prol da família, não especificamente para ela [filha] [...] eu sou péssima em trabalhos manuais, a dinda fez um arranjo da porta, meu sogro vai tentar fazer um quarto para ela [...] montar o guarda-roupas foi função dele [companheiro], montar a prateleira, essa coisa mais técnica sempre acaba sendo mais do homem, mas a coisa mais maternal ali foi minha (IC1).

Os móveis, berço, cômoda, tudo nós compramos, montamos e colocamos no lugar. O papel de parede nós colocamos. Aquele fraldário foi encomendado pela avó. O mini berço a gente tinha desmontado e guardado. Eu, a [gestante] e o [filho] montando o mini berço para [bebê] e ele tinha que ajudar. A participação dele foi fundamental (IC6).

O primeiro filho tem que ter quarto, tem que pintar, tem que ter isso, tem que ter aquilo. A gente fica muito preocupado com as coisas materiais, tem que ter berço, tem que ter roupeiro. Hoje a gente vê que tem que ter amor. Então, a gente não está tão preocupado com as coisas materiais do quarto dela (IC3).

O quarto, a gente fez de outra cor, para não ficar assim, essa coisa “quadrada” [que por ser menina, precisa ser tudo rosa] [...] O enxoval, o kit de berço, essas coisas, que eu encontrava era tudo bem masculino ou cores clarinhas [...] fui eu que coloquei os detalhes, porque não achei do jeito que queria (IC2).

Para os casais que já possuíam filhos, identifica-se que os recursos materiais que compõem o quarto apresentam um segundo plano, pois a prioridade destes é a participação da família e a inclusão do filho mais velho. Há uma mobilização coletiva e familiar em torno da construção deste espaço.

Para a família primigesta, o quarto do bebê foi pensado detalhadamente. As cores do quarto foram consideradas em uma perspectiva mais ampla, abarcando, até mesmo, concepções de gênero e refletindo sobre determinados aspectos de criação da filha, sem atribuir-lhe características socialmente esperadas para uma menina.

Além do quarto, também foram observados rituais de cuidado ligados às vestimentas do bebê. Os rituais de cuidado demarcam os significados culturais que as roupas possuem no contexto cultural de cada família. Basicamente, verificou-se que estes rituais são desenvolvidos pelas gestantes, com o apoio dos companheiros. Entre os rituais de cuidado identificados estavam o destaque para o compartilhamento de peças infantis entre gerações e famílias; e a preocupação em desconstruir a concepção acerca das cores e artefatos que podem ser utilizadas por um menino ou por uma menina. Nesse último caso, percebe-se o desejo por outras possibilidades, que possam se diferenciar do sistema dominante existente na sociedade.

Essa iniciativa de organizar as roupas, eu vejo que ainda é muito da mulher. Essas coisas eu acho que a gente [mulher] toma para si, parece que essas coisas são tão femininas [...] como eu tenho uma rede de mulheres muito grande, eu acabei ganhando muita coisa. Eu sou muito dessa filosofia de passar, porque fica tudo novo. Eu guardei poucas roupas dele [filho], até porque a gente não tem lugar, mas os mais bonitinhos, aquelas relíquias eu guardei. Tem roupa minha também, o [filho] usou uma roupa minha que é amarelinha e uma rosa. A gente está sempre guardando na família, tem algumas roupas do meu irmão que tem quase 50 anos que a gente vai guardando (IC1).

Eu tenho algumas coisas dele [filho] que eu guardei, que não estava tão feio e o que não era tão de menino, eu guardei. Tem muitas roupinhas que tenho um apego, uma coisa maior [...] o primeiro filho usou, eu quero que ela use também (IC3).

A roupa para bebê tudo tem que ser clarinho, né? Rosinha, amarelinho e eu querendo coral, azul marinho, aquele verde que eu adoro e não achava [...] A mãe dele [companheiro]

tem coisas guardadas, mas não chegou aqui ainda, os sapatinhos, as cobertas [...] essa coisa de ter que estar de rosa, é uma coisa que eu não gosto nem para mim. Então, nem para ela. As roupinhas, penso que sejam coloridas ao máximo, nem tudo rosa. Parece “objetificação”, que vai “oferecer um produto” [...] e a gente já tomou a decisão de não colocar brinco nela (IC2).

Associado às trocas de roupas entre as gerações e àquelas presenteadas pela família e amigos, foi mencionado o chá de fraldas. Cada gestante se organizou para esse ritual, contando com o apoio de outras mulheres da sua rede de apoio

A gente fez aqui no salão, bem simples. A gente convidou as pessoas mais próximas. Eram só mulheres. A minha tia fez os doces, eu encomendei frios, ela fez cachorro-quente também. A gente fez as lembrancinhas em casa. Eu e a minha irmã fizemos alfajor com bolacha maria, bem caseiro. Eu abri os presentes e fui falando, adivinhando, mas não teve nenhuma brincadeira de pintar (IC3).

Eu resolvi fazer esse chá de bênçãos. É um dos rituais que as mulheres estão fazendo [...]eu gosto muito dessa roda de conversa, deixar bilhetinho, falar, a pintura de barriga. É uma forma de incluir as pessoas. Cada um leva um pratinho como fazia antigamente, tem os presentes e como eu gosto muito dessa troca, eu resolvi fazer, apesar de não estar mais na moda, mas eu achei bem legal [...] a gente se reuniu lá no salão da escolinha da minha irmã. A minha cunhada decorou tudo. Eu comprei os docinhos, minha irmã ajudou a decorar. Ela pegou o material que ela tinha e eu me emocionei bastante de ver [...] eu acho que isso que é essência, da gente fazer essa troca, não virar festão. Foi bem importante para mim (IC1).

As ideias para o chá de bebê eu tirei da internet, mas o layout fui eu que fiz tudo [...] eu também pensava nessa coisa de compartilhar, de ter algo da pessoa. Eu prefiro ganhar uma coisa que a pessoa tenha feito, sei lá, um pote de geleia, por exemplo, do que uma coisa comprada [no convite para o chá de fralda, a informante-chave 2 sugere, além das próprias fraldas, se o convidado desejar oferecer outro presente, que seja um livro ou um filme infantil que tenha feito parte de sua infância e que este gostaria de compartilhar com a bebê] detesto coisa comprada, não quero que seja só o produto, mas que possa ser uma coisa pessoal (IC2).

Para o chá de fraldas, a informante 2 ainda revelou que, criou um “pote dos desejos”, no qual os(as) convidados(as) poderiam registrar os desejos para o bebê. A informante elaborou a folha que trazia como título “Desejos para [o nome de sua filha]”. Abaixo, o(a) convidado(a) deveria preencher as seguintes frases: “eu desejo que você aprenda”; “que você ame”; “que

você ria”; “que você ignore”; “que você respeite”; “que você se torne”; “e que você nunca se esqueça”. Ao final, na sequência do fragmento “Com carinho”, o(a) convidado(a) podia inserir sua assinatura. A informante revela que a ideia foi extraída da internet, enquanto trabalhava nos preparativos para o chá de fraldas. Ela destaca que, no futuro, deseja mostrar os desejos armazenados no “pote” à filha.

Na sequência, verificou-se que, no chá da informante 1, foi disponibilizado um papel de pequeno tamanho e canetinhas para que cada uma das convidadas pudesse fazer um registro ao bebê ou a mãe. Estes papéis foram dispostos em uma fita barbante com prendedores, no formato de um varal. Ao final, a informante recolheu e guardou os bilhetes para mostrar a filha, quando esta crescer.

Nesta fase de preparação para a chegada do bebê, a família também passa por um processo de reflexão quanto aos valores e princípios a serem repassados ao filho. A preocupação quanto à educação e às escolhas da criança são ponderadas pelos casais.

É uma construção, planejamento que a gente fez que agora vai ser para o resto da vida [...]a gente está tentando ser pessoas melhores para formar a [bebê] uma pessoa que seja capaz de transformar o meio que ela está. Eu acho que esse deveria ser o pilar central do pensamento dos pais [...] criar os filhos, não mimando, mas dar limites para criança, mostrar que o mundo não é do jeito que a gente quer, mas é possível transformar, mostrar os caminhos que a [bebê] pode seguir, mas que ela tenha autonomia para seguir os caminhos dela. Na verdade, nós só vamos colocar nome na [bebê] para registrar, senão deixaríamos ela escolher o nome. E não vamos batizar em nenhuma religião, ela vai ter o direito de escolha dela (IC5).

Além de todas as modificações e reorganizações inerentes ao processo gestacional, percebe-se que essa fase também gera repercussões à família em relação à criação deste novo ser. Assim, com relação às escolhas futuras da criança, foi enfatizada a orientação quanto à religião e a própria decisão quanto aos padrinhos do bebê. Os casais enfatizam a importância de os filhos escolherem sua própria religião, sem que ocorram imposições ou intervenções.

Para mim, a religião foi imposta. Nos domingos, eu tinha que ir na missa. Eu fui obrigado a fazer catequese, a fazer crisma e, na verdade, eu nunca gostei de frequentar aquele espaço. Se criou um hábito. O problema não é desviar do caminho ou seguir ele, é a impossibilidade de escolher, não ter um pouco de autonomia. É isso que a gente pensa, deixar que ela faça as escolhas dela e vai receber o mérito (IC5).

Se a gente não impuser nada para ela, ela vai ter que tomar as decisões dela e vai ser respeitada por isso e esperamos que receba respeito dos outros (IC2).

Também foi mencionada a escolha dos padrinhos, a qual constitui um ritual de cuidado, desenvolvido antes mesmo do nascimento do bebê. Cada casal tem uma forma de definir os padrinhos do filho, a qual está ancorada na sua cultura familiar.

Não vamos batizar. Os padrinhos, a gente convida pessoas que a gente gosta, mas já fala que não é um batismo real. A gente fala que padrinho não é para dar presente, mas para estar presente, que a gente sabe que pode contar, mas não é uma cerimônia (IC1).

Como a gente não tem uma religião que a gente siga, a gente optou por batizar em casa. Ele [filho] não tem e ela também não vai ter aquela divisão os padrinhos da igreja e os padrinhos de casa. Ele tem os padrinhos de casa e ela também vai ter (IC3).

Os próprios padrinhos vivenciam um ritual, nesse processo, pois mesmo antes do nascimento do bebê passam a experimentar novos papéis e relações com a família. Portanto, percebe-se que não é apenas a família que vivencia os rituais de cuidado, mas também os indivíduos que compõem a sua rede de relações.

O último ritual de cuidado identificado entre as informantes envolveu o registro da gestante das percepções, vivências e sentimentos relativos ao processo gestacional. Em formato de um diário, o álbum do bebê permitiu a documentação da gestação. As informantes manifestaram o desejo de mostrar estes registros aos filhos no futuro.

Eu ganhei o álbum bem no iníciozinho da gestação. Eu vou anotando algumas coisas. Quando foi a primeira “mexida”. Botei o primeiro ultrassom. Vou anotando algumas coisas [...] eu relembro a gestação com meu filho, olhando o álbum dele: “olha, a mãe fazia tal coisa para ti. Eu inventei essa musiquinha”. É bem legal [...] não dei para o [companheiro] preencher ainda [...] vou pedir para ele [o filho] fazer um bilhetinho (IC1).

Eu preencho para ter guardadas as lembranças, para mostrar para [bebê], como se estivesse falando com ela. Acho que vai ser legal para ela ver, quando for mais velha (IC2).

Os significados do processo gestacional foram social e historicamente construídos pelas famílias pesquisadas, as quais estão imersas em diferentes contextos culturais. Estes significados relacionam-se com o valor social conferido à gestação e demonstram que esta é entendida como uma experiência ímpar e transformadora para o grupo familiar.⁵ Suas expressões revelam significado de completude, realização e um sonho alcançado na possibilidade de a gestação estar acontecendo.

As concepções dos companheiros ratificam a importância de ultrapassar a visão biologicista acerca do processo gestacional, ampliando o olhar para a família, a qual pode ser designada como “família grávida”. Diante dessa perspectiva, percebe-se que é fundamental identificar os significados e as repercussões do processo gestacional no contexto familiar, valorizando a ótica de todos os membros que compõem a estrutura familiar.⁶

É preciso valorizar a família, pois, nesta fase, é principalmente ela que fornece apoio, proteção e orientação à gestante,⁷ e desenvolve essas funções por meio de rituais.³ Logo, diante da descoberta da gestação, a mulher e, posteriormente, a família desenvolvem rituais associados à sua revelação.

A revelação da gestação emerge como um ritual³ no processo gestacional das famílias, pois representa um ato ou cerimônia que permite às famílias iniciar uma nova fase do ciclo vital, tornando-se uma família grávida. No desenvolvimento deste ritual, estão imbricados os valores e a visão de mundo de cada família, os quais orientam as práticas e as atitudes dos indivíduos e do próprio grupo⁸ e, neste caso, as maneiras adotadas pelas gestantes para revelar a descoberta da gravidez.

Ao longo do período gestacional, outros rituais vão sendo desvelados. Inicialmente, existe a preocupação com o estado geral da gestante, o que se reflete na preocupação de que ela consuma os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento fetal. Com isso, as práticas alimentares são destacadas nas conversas e nos encontros familiares, visando, especialmente, à proteção da saúde do bebê. Sob essa ótica, a alimentação constitui um fenômeno marcado por simbologias, que manifestam as características de um grupo.⁹

Assim, a ingestão de óleo de peixe na gestação emergiu como um ritual de cuidado ligado à alimentação. Simbolicamente, representa uma preocupação materna primária, pois há o entendimento de que a saúde do bebê depende desta ingesta na alimentação da gestante.⁹ Nessa perspectiva, a experiência da maternidade aparece acompanhada pela responsabilização materna pelos cuidados com o feto.⁶ Com isso, ao realizar a ingesta de óleo de peixe, a gestante entende que pode auxiliar nos cuidados intraútero da criança, e que estes poderão repercutir, posteriormente, em benefícios para o seu desenvolvimento.

Observa-se um olhar ampliado sobre a gestação, bem como sobre o próprio processo saúde-doença. Com isso, afasta-se o estigma de doença, que poderia delimitar a percepção acerca da gestação. A gestação aparece atrelada às modificações fisiológicas, que podem gerar desconfortos toleráveis e que demandam rituais de cuidado simples e resolutivos.⁹ Ainda, foi mencionada a procura de orientação de chás viáveis na gestação na internet, e o

reforço de conhecimentos repassados na família, por gerações anteriores, como a mãe, a avó e tia, ressaltando a valorização deste conhecimento na família.

Apesar de o processo gestacional não representar um estado patológico, a família tenta evitar que a gestante desenvolva determinadas atividades, com o intuito de manter sua gestação saudável e não fazer esforço ou evitar determinadas posições corporais. Nesse sentido, considerando o valor atribuído à gestação e à própria gestante, estas ações preventivas focalizam na proteção materno-infantil.¹⁰

Portanto, o processo gestacional tende a ser percebido como uma fase diferenciada do ciclo vital feminino, que requer cuidados especiais. Hábitos relacionados à alimentação e ao controle de esforços físicos são questões de interesse e preocupação da família, com vistas o desenvolvimento de uma gravidez e nascimento saudáveis.¹¹ Assim, o processo gestacional desencadeia perspectivas e referências dentro do grupo social em que a gestante está inserida.⁵ De acordo com a sociedade e a cultura em que está inserida, cada família irá desempenhar um padrão de funções, atividades e relacionamentos associados a determinadas expectativas.¹² A família volta-se para os cuidados à gestante e ao feto, projetando toda a sua atenção e zelo ao bem-estar destes.

Ainda, constatou-se que o deslumbramento das reações de gestar, socializadas junto ao casal, direciona a vivência da gestação numa perspectiva de família grávida. Nessa ótica, o processo gestacional é marcado como um evento social, que ultrapassa a dimensão física, que é caracterizada pelas alterações no corpo da mulher, abrangendo também um fenômeno de dimensões socioculturais, que envolvem a família.⁵ Destarte, a transformação da família em família grávida também pode ser entendida como um ritual de passagem,³ em que os indivíduos mudam de *status* social. A mulher passa a ser mãe, o homem pai e, nos casos em que o casal possuem filhos, estes se tornam irmãos, caracterizando as suas transições na vivência do processo gestacional.

Além disso, quando os informantes afirmam que “nós” estamos grávidos, a representatividade do “nós” se sobressaia. Isso indica que a família ou o casal é a “pessoa” do discurso e que este evento está sendo vivenciado em conjunto. Em se tratando do casal, pondera-se que o “nós” pode contextualizar a ideia de instiga cada um dos pares a ingressar no universo do outro.¹³

Por outro lado, conforme destacado por um dos informantes-chave, o fato de não sentir fisicamente a presença do bebê crescendo em seu corpo, aliado à percepção de que a relação entre a gestante e o feto é extremamente próxima, e de que isto não ocorre com ele da mesma

forma, revela a dificuldade do companheiro em conseguir elaborar a ideia de uma família grávida. Assim, entende-se que o período de transição para a parentalidade exige inúmeras adaptações e mudanças do casal, tanto no âmbito psicológico quanto biológico e social.¹⁴

O processo de construção da parentalidade pode iniciar antes mesmo da gestação, ainda na fase de concepção, prolongando-se após o nascimento. Para tanto, a gestação não pode ser compreendida como um evento de menor valor, mas como uma etapa importante na constituição do vínculo entre mãe e filho, como também entre pai e filho.¹²

Embora, culturalmente, para o companheiro, ainda exista o entendimento de que o ápice da relação só pode ser alcançado após o nascimento e durante o desenvolvimento da criança, é preciso investir na construção de vínculos entre ambos ainda na gestação.⁶ Sobretudo, estimulando que sua inclusão não seja centrada apenas na provisão de segurança financeira e/ou de forma instrumental para a família, papéis estes que são socialmente esperados da figura de um pai. É imprescindível considerar outras possibilidades de participação e maior inclusão do companheiro no processo gestacional e na própria vinculação com o novo ser.¹⁴

Dessa forma, salienta-se que o processo gestacional constitui uma fase imprescindível não apenas para o desenvolvimento fetal, mas também para o estabelecimento de relações de proximidade e intensidade no contexto familiar.⁶ É um período de intensas modificações, em que a vida dos casais e das próprias famílias são afetadas profundamente.⁵

Assim, reforça-se a importância de os profissionais de saúde incluírem os companheiros, assim como as famílias no cuidado à gestante, de forma que estes possam ser protagonistas no cuidado à saúde e não meros destinatários de ações assistenciais.⁷ Para isso, é preciso inseri-los nos diferentes espaços que compõem o cuidado à saúde materno-infantil, isto é, nas consultas de pré-natal, nos grupos e ações de educação em saúde e nos exames. Diante da impossibilidade dos familiares se deslocarem até os serviços de saúde, os profissionais precisam realizar um movimento até eles, por meio de visitas domiciliares e outras atividades na comunidade e/ou contexto familiar. A família faz parte de todos os contextos de vida, mas precisa ser incluída e informada.

Ademais, a participação do companheiro na vivência gestacional foi um aspecto destacado e valorizado pelas gestantes. A exaltação demonstrada por uma das informantes quanto à participação paterna vai ao encontro de achados da literatura, que indica que o processo gestacional pode ser entendido como um período de preparação para os novos papéis sociais a serem atribuídos pelo casal. Assim, se a participação paterna é efetiva e se os laços

afetivos entre o pai e o bebê são estabelecidos ainda na gestação, melhor será desenvolvida a paternidade e o vínculo, após o nascimento da criança.⁶

Na sequência das vivências do processo gestacional, foi mencionada a experiência da ultrassonografia fetal. Com a realização desse exame, as famílias, além de apreenderem informações em relação à saúde e bem-estar fetal, também passam a ter um encontro com o “bebê real”. Esse encontro é parcialmente antecipado com os dados revelados pela ultrassonografia.⁶

Com isso, a família começa a conviver com as transformações, adaptações, mudanças de papéis e reorganizações da nova estrutura familiar de forma mais concreta. Dentre essas, encontra-se a preparação do quarto do bebê, a qual pode ser considerada um ritual de cuidado. Simbolicamente, existe a preocupação em preparar o “ninho” para receber o novo ser.¹³

As questões ligadas ao quarto do primeiro filho também constituem um ritual de passagem. Além de ser filho, agora ele também é irmão, agregando, assim, uma nova identidade. Sob o aporte teórico,³ a construção de um segundo quarto ou a reestruturação de um espaço que já existe representam a passagem material deste filho para outra identidade. Logo, os rituais de cuidado ligados à estruturação do quarto e da própria casa para a chegada do bebê também demarcam uma profunda mudança na família.

De modo geral, a chegada de um bebê é capaz de alterar significativamente a composição de uma família. Os ajustes e as adaptações que precisam ocorrer em um contexto que, aparentemente, estava equilibrado e organizado podem, até mesmo, gerar ansiedade.⁶ Assim, salienta-se a importância deste processo ser vivenciado integralmente pela família.

Na preparação para a chegada do bebê, a família também demonstra preocupação com as suas vestimentas. Em se tratando especificamente das trocas de peças infantis entre as gerações e famílias, entende-se que estas constituem rituais de cuidado na perspectiva de agregação. Aceitar um presente de alguém implica em ligar-se a esta pessoa. As idas e vindas de objetos entre os indivíduos originam um grupo delimitado e criam a continuidade do vínculo social entre as pessoas, com a mesma significação que a comunhão.³

Na lógica das trocas, está o chá de fraldas. Esta cerimônia simboliza um ritual de cuidado, que aproxima os indivíduos do grupo social. Pode ser entendida como uma forma de saudação ao bebê que vai nascer, além de representar um ritual de iniciação e agregação deste novo ser.³ Cada uma das gestantes planejou o seu chá de fraldas de uma forma particular, sob a sua visão de mundo impregnada pela sua cultura e pelo significado simbólico atribuído a este ritual.

O chá de fraldas, enquanto ritual de cuidado, além das trocas, permite renovar e reforçar a relação de pertencimento a um grupo restrito.³ Isto pode ser representado em relação aos convidados desta cerimônia, os quais, geralmente, são pessoas ligadas à família grávida. Além disso, é possível considerar o chá de fraldas como um ritual de agregação,³ no qual o bebê ainda em desenvolvimento é integrado ao contexto familiar, incorporando-o dentro desse sistema de valores, crenças e tradições que já se encontra em funcionamento.

Nos relatos dos informantes, ainda foi possível verificar uma perspectiva de valorização da autonomia dos filhos. Mais do que proporcionar afeto e servir de suporte, eles destacam a importância de a família proteger e respeitar a liberdade de expressão e a sua autonomia.¹⁵ Esta valorização da autonomia do filho pode representar um ritual de desagregação, no qual o casal desvincula-se dos seus papéis anteriores, de homem e mulher, e passa por um ritual de reconstituição, em que agrega novos papéis, de pai e mãe. É um período em que eles param, repensam seus valores, esperam e recomeçam a agir, contudo, de um modo diferente, considerando a perspectiva do filho. É um novo limiar que eles precisam atravessar.³

Na perspectiva de valorização da autonomia, algumas famílias mencionaram o desejo de não realizar o ritual de batismo dos filhos. Contudo, demonstraram a vontade de fornecer-lhes padrinhos. O apadrinhamento representa, simbolicamente, um ritual de cuidado dos pais para com os filhos. É, também, um ritual de união e cuidado entre a criança e os padrinhos, na qual estes poderão auxiliar na sua criação, bem como substituirão os pais, caso seja necessário. É um ato que só pode ser rompido por outro ritual de separação.³

Por fim, verificou-se que as famílias, em especial as gestantes, demonstraram a necessidade de registrar a vivência do processo gestacional. Para isso, elas utilizaram “álbuns da gestação”. Pondera-se que, a partir destes registros, no futuro, os filhos poderão apreender os rituais de cuidado que demarcaram o seu desenvolvimento intraútero. Por meio desta documentação, será possível vislumbrar o processo gestacional como um evento singular para cada mulher. Mais do que isso, observar a construção destes álbuns e os acontecimentos escolhidos para serem registros ratifica a ideia de que a gestação representa uma fase que é vivenciada de modo diferenciado em cada contexto familiar e grupo social,¹⁶ além de ser permeada por valores, saberes, crenças e rituais de cuidado.

O fato das narrativas das informantes gerais, isto é, as enfermeiras e a médica obstetra não terem sido privilegiadas, uma vez que durante a produção dos dados, elas foram somente observadas e não entrevistadas, pode configurar um aspecto limitador no estudo. Contudo, aponta para a possibilidade de novas investigações que possam incluir esses profissionais de

saúde, contribuindo, assim, para ampliar a perspectiva sobre os rituais de cuidado desenvolvidos no processo gestacional. Logo, espera-se que este estudo possa provocar novos olhares, considerando outras dimensões culturais ainda pouco valorizadas pelos profissionais de saúde.

Ainda, é preciso destacar a interface entre os aportes teóricos da antropologia cultural^{2-3,8} e da enfermagem permitida nesse estudo, a qual foi possível ao utilizar a etnoenfermagem⁴ como método de produção dos dados. Entende-se que esta associação é fundamental para a construção de formas de cuidado culturalmente específicas para cada indivíduo, grupo ou família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite perceber os rituais de cuidados como elementos culturais essenciais para o cuidado à saúde da família grávida. Os rituais são capazes de integrar os familiares, manter a sua identidade, fortalecer a cultura familiar e renovar os elementos que compõem a família, de modo a permitir que ela continue se perpetuando enquanto sistema de cuidado. Os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional servem, aos profissionais de saúde, como baliza para compreender a cultura e o modo de viver das famílias.

Os rituais de cuidado desenvolvidos pela família durante o processo gestacional envolvem a revelação da gestação para o companheiro e para a família, os cuidados com a alimentação da gestante, a utilização de homeopatia e chás na promoção, prevenção e tratamento de determinados desconfortos físicos durante a gestação, a reorganização do ambiente domiciliar e da própria família para a chegada do bebê, a vivência e a participação da família, as leituras compartilhadas, a compra e as trocas de peças infantis, o chá de fraldas ou de bênçãos, a escolha dos padrinhos e o registro de aspectos ligados à gestação no álbum do bebê.

Além disso, estes rituais de cuidado sinalizam o processo gestacional como um evento planejado e desejado pelas famílias, que foi exaltado como a concretização de um sonho e a realização plena da família. Constitui também um período marcado pelo envolvimento e a participação da família e, especialmente, do companheiro no cuidado pré-natal, como também em todos os rituais de cuidado ligados ao bem-estar materno-infantil.

Os resultados deste estudo podem ser considerados importantes colaborações para a práxis do enfermeiro no cuidado humanizado à mulher e sua família, durante o processo

gestacional. Ao conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional e percebê-los como subsídios para a construção de um cuidado de enfermagem direcionado, diferenciado e congruente com as necessidades da família grávida. No ensino, espera-se que o conhecimento produzido com este estudo possa estimular a valorização das características culturais e singularidades de cada contexto familiar, contribuindo para a qualificação do cuidado.

O estudo destaca a lacuna de conhecimento existente sobre os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias durante o processo gestacional. A compreensão dos rituais de cuidado tem potencial para contribuir para a realização de um cuidado, que permita ao enfermeiro buscar a congruência entre os rituais desenvolvidos pela família e a sua práxis profissional, com o intuito de fornecer um cuidado culturalmente competente à família grávida.

REFERÊNCIAS

- 1 Iserhard ARM, Budó MLD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery [Internet] 2009;13(1):116-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a16>
- 2 Geertz C. A interpretação das culturas. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2011.
- 3 Genep AV. Os ritos de passagem. [trad. Roberto da Matta]. 1. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 4 Leininger M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett: Sudbury MA, 2006.
- 5 Camacho KG et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. Ciencia Y Enfermería [Internet] 2010 [cited 2015 Dez 02]; 16(2):115-25. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf
- 6 Simas FB, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. Psicol teor prat [Internet] 2013; 15(1):19-34. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02.pdf>
- 7 Schwartz T, Vieira R, Geib LTC. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. Ciênc Saúde coletiva [Internet]. 2011; 16(5):2575-2585. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n5/a28v16n5.pdf>
- 8 Laraia RB. Cultura: um conceito antropológico. 24ª reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

- 9 Junges CF, Ressel LB, Monticelli M. Entre desejos e possibilidades: práticas alimentares de gestantes em uma comunidade urbana no sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2014; 23(2): 382-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00382.pdf
- 10 Van der Sand ICP, Ressel LB, Monticelli M, Schirmer J. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2016; 25(4):e2510015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2510015.pdf
- 11 Bentancur GSC, Heinzen J, Celio MSN. Creencias populares en salud materna. *Rev salud pública* [Internet] 2012 [acesso em 2017 Mar 26];16(3):9-20. Disponível em: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP12_3_04_art1.pdf
- 12 Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arq bras psicol* [Internet]. 2012; 64(1):139-55. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v64n1/v64n1a11.pdf>
- 13 Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Rev bras enferm* [Internet]. 2013; 66(6): 879-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>
- 14 Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015; 20 (11): 3589-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3589.pdf>
- 15 Lourenço-Silva J, Kanaan DAB. Famílias e suas relações no âmbito da saúde. In: Silva EA. *Sociologia aplicada à enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2012.
- 16 Alves CN, Wilhelm LA, Barreto CN, Santos CC, Meincke SMK, Ressel LB. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet] 2015;19(2):265-71. Available from: http://www.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1294

5.3 ARTIGO 2

**NATURAL NASCER EM CASA: “UM SONHO DELA É UM SONHO MEU
TAMBÉM”⁹****Resumo**

Objetivo: conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, durante o processo gestacional, na preparação para o parto domiciliar. **Método:** pesquisa qualitativa e etnográfica, desenvolvida com famílias, durante o processo gestacional. Foi adotado o modelo de observação-participação-reflexão. A análise ocorreu conforme a etnoenfermagem.

Resultados: os rituais de cuidado estão ligados à escolha pelo domicílio para a realização do parto, caracterizando-se como um ritual de separação da família para a vivência desse processo. Outros rituais de cuidado envolveram a preparação da família e do filho mais velho, bem como a preparação do domicílio, do corpo e da mente da mulher, e o destino da placenta.

Considerações finais: é preciso compreender o processo parturitivo além da perspectiva biológica, considerando a mulher e a família no seu todo, inseridos em um contexto cultural com suas crenças e valores.

Descritores: Saúde da mulher; Parto; Família; Cultura; Comportamento ritualístico; Enfermagem.

Abstract

Objective: to know the care rituals developed by the families, during the gestational process, in the preparation for the home birth. **Method:** qualitative and ethnographic research, developed with families, during the gestational process. The model of observation-participation-reflection was adopted. The analysis was performed according to the ethnonursing.

Results: the rituals of care are linked to the choice by the household to perform the delivery, characterized as a ritual of separation of the family for the experience of this process. Other care rituals involved the preparation of the family and the eldest son, As well as the preparation of the domicile, body and mind of the woman, and the fate of the placenta.

Final thoughts: it is necessary to understand the parturitive process beyond the biological perspective, considering the woman and the family as a whole, inserted in a cultural context with their beliefs and values.

⁹Este artigo foi formatado conforme as normas da Revista Brasileira de Enfermagem.

Descriptors: *Women's health; Parturition; Family; Culture; Ceremonial behavior; Nursing.*

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, os partos ocorriam predominantemente no domicílio, o que era visto com naturalidade pela sociedade em geral. O processo parturitivo consistia em um ritual de passagem de mulheres e de suas famílias⁽¹⁾, e não um ato médico. A partir da Segunda Guerra Mundial, com o advento das maternidades institucionalizadas, o processo de parturição passou a envolver rotinas rígidas em ambientes hospitalares, nos quais a individualidade da mulher deixou de ser considerada. Diante da institucionalização do parto, procedimentos e práticas rotineiras passam a ser incluídas, como a episiotomia, a tricotomia, os enemas e a indução do parto, sem que a indicação destes fosse previamente avaliada por evidências científicas⁽²⁻³⁾.

Esse excesso de intervenções somado à impessoalidade dos profissionais de saúde e a demanda de trabalho conferiu à assistência obstétrica novos significados⁽⁴⁾ e repercutiram, rapidamente, na desumanização da assistência e em situações de violência obstétrica⁽³⁾. Com isso, passou-se a buscar por correções do processo de parturição por meio da sua medicalização⁽⁵⁾.

Vários esforços têm sido realizados com o intuito de garantir a melhoria do modelo de assistência obstétrica vigente e a estimulação de práticas menos intervencionistas. Apesar das ações em prol da humanização no processo do parto e nascimento, estas iniciativas têm se mostrado insuficientes, visto que a assistência permanece centrada no modelo biomédico e tecnocrático⁽⁶⁾.

As mulheres e suas famílias, além de muitos profissionais de saúde com destaque especial para o enfermeiro, têm reivindicado pela qualificação dos serviços de assistência à mulher no processo parturitivo⁽⁴⁾. Infere-se que essa qualificação pode contribuir para melhoria da saúde materna e, conseqüentemente, na conquista do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio (ODM), que envolve a redução da mortalidade materna e o acesso universal à saúde reprodutiva⁽⁵⁾.

A insatisfação das mulheres em relação ao tratamento recebido na assistência obstétrica vem provocando um movimento de resgate ao parto como evento fisiológico, feminino, familiar e social. Cada vez mais, as mulheres têm reivindicado o direito ao parto como experiência prazerosa e humana, tentando distanciar-se do modelo assistencial fragmentado, caracterizado pela medicalização e o desenvolvimento de intervenções, que causam iatrogenias à mulher e ao feto⁽⁶⁾.

Além do parto vaginal, percebe-se a tendência crescente, porém embrionária, de mulheres que têm optado pela vivência do parto no domicílio⁽⁷⁾. A divulgação de informações, principalmente pela internet, as ações advindas das políticas públicas que preconizam a humanização do parto e nascimento e a disseminação de estudos balizados em evidências científicas na área obstétrica têm favorecido a decisão pelo parto domiciliar⁽³⁾. Independente da modalidade de atendimento, destaca-se a importância de ultrapassar a concepção do parto apenas enquanto evento biológico, considerando também os aspectos sociais, emocionais, subjetivos⁽⁸⁾, familiares e culturais que envolvem esse processo. Este estudo foi desenvolvido sob aporte teórico de autores que estudam os rituais de cuidado^(1,9-10), sob o ponto de vista antropológico⁽¹¹⁾. Apresenta-se, nesse artigo, os resultados provenientes de uma tese de doutorado, que direcionaram a questão de pesquisa: “quais são os rituais de cuidado desenvolvidos pela família na preparação para o parto domiciliar?”.

OBJETIVO

Conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, durante o processo gestacional, na preparação para o parto domiciliar.

MÉTODO

Aspectos éticos

Durante a produção dos dados, adotou-se como critérios de rigor a confirmabilidade, os padrões recorrentes, a saturação, o significado-em-contexto e a transferibilidade⁽¹¹⁾. A pesquisa foi balizada na Resolução nº 466/2012. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos e obteve a aprovação, sob o CAAE 53928116.6.0000.5346, em 18 de abril de 2016. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelos informantes. Ao longo da pesquisa, estes foram nomeados de IC para informante-chave e IG para informante geral, seguido de uma numeração.

Tipo de estudo

O estudo configurou-se como pesquisa de natureza qualitativa e etnográfica⁽¹¹⁾.

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma cidade de médio porte no estado do Rio Grande do Sul e contou com um cenário geral que envolveu um grupo de gestantes. Já os cenários focalizados foram os domicílios das famílias, o ambiente de realização do chá de fraldas de

uma das informantes e o consultório médico em que eram realizadas as consultas de pré-natal de duas informantes.

População, critérios de inclusão e exclusão

O estudo foi desenvolvido com três famílias, durante o processo gestacional. Teve onze informantes, dos quais seis eram informantes-chave e cinco informantes gerais. Os informantes-chave envolveram as gestantes e seus companheiros, e os informantes gerais foram quatro enfermeiras fundadoras do grupo de gestantes e uma médica obstetra que acompanhou duas das informantes. Os critérios de inclusão envolveram as famílias de gestantes que participam do grupo de gestantes. Não foram empregados critérios de exclusão para seleção dos informantes.

Produção e organização dos dados

O período de produção dos dados teve a duração de nove meses, durante o ano de 2016. O estudo etnográfico iniciou a partir do contato estabelecido entre a pesquisadora e as fundadoras de um grupo de gestantes de um município na região Sul do Brasil. Elas são enfermeiras, que além de oferecerem encontros mensais a gestantes e suas famílias, também atuam na assistência ao parto domiciliar. O primeiro contato com as famílias se deu por meio dos encontros, promovidos pelo grupo. Na sequência, a pesquisadora convidou as famílias para participar do estudo. Durante o período de produção dos dados, a pesquisadora observou os comportamentos, falas, gestos e atitudes dos informantes, buscando identificar os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, durante o período gestacional, na preparação para o parto. Foi adotado o modelo de observação-participação-reflexão. O registro dos dados foi feito em diário de campo.

Análise dos dados

A análise ocorreu conforme a Etnoenfermagem⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

O processo analítico resultou na identificação de quatro padrões culturais, que são “*Eu sempre quis ter um parto normal*”: a decisão pela via de parto; “*Um sonho dela vai ser um sonho meu também*”: nuances da família na vivência do parto domiciliar; “*Tudo é planejado, todo o material que precisa*”: os rituais de preparação do domicílio para o parto; e “*O pensamento é sempre positivo*”: rituais de cuidado na preparação da gestante para o parto domiciliar.

O primeiro padrão está voltado para a decisão pela via de parto e, sobretudo, pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras. O segundo envolve o apoio da família em

relação ao parto domiciliar. O terceiro abrange a preparação da casa para o parto e a chegada do bebê. O quarto padrão inclui os preparativos do corpo e da mente da gestante para a vivência do parto domiciliar. A partir destes padrões culturais, emergiu o tema deste artigo: “A preparação para o parto domiciliar: rituais de cuidado desenvolvidos por famílias”.

“Eu sempre quis ter um parto normal”: a decisão pela via de parto

A preparação para o parto e o desenvolvimento dos rituais de cuidado desenvolvidos por famílias inicia com a decisão pela via de parto, pautada nas experiências pessoais anteriores, nos relatos e vivências familiares e nos saberes compartilhados ao longo das trajetórias de vida de cada informante. No presente estudo, verificou-se que as famílias, inicialmente, despertaram para o desejo da vivência do parto vaginal. Durante as trocas de experiências, nos encontros no grupo de gestantes, eles tiveram conhecimento acerca do parto domiciliar e da equipe de enfermeiras obstetras atuantes no município e, com isso, passaram a idealizar esse evento com suas famílias.

Eu sempre quis ter um parto normal, sempre [...] eu vou ter filho, eu vou ser mãe, vou ter um parto normal [...] quando o [primeiro filho] nasceu, ele [o companheiro] falou: “o próximo vai nascer em casa” e eu disse: “mas como? Da onde? Não tem equipe, não tem como” [...] (IC3).

A informante-chave 1 conta detalhes do nascimento do primeiro filho [...] ela destaca que a cesárea não foi uma experiência negativa, mas que ela sempre desejou a vivência do parto, especificamente o parto domiciliar planejado. Contudo, acreditava que era algo muito distante de sua realidade devido à ausência de uma equipe que pudesse lhe assistir. Na gestação atual, com o suporte da equipe de enfermeiras obstetras, ela visualiza a vivência do parto domiciliar como algo concreto (Diário de campo. IC1).

A decisão pelo parto por via vaginal e/ou pelo parto domiciliar planejado revelou-se como um desejo da mulher e, em alguns casos, como uma escolha compartilhada com o companheiro. Essa decisão foi construída a partir de conhecimentos compartilhados no grupo de gestantes, com outras mulheres ou, até mesmo, a partir de anseios ou experiências pessoais anteriores. Nesse espaço, os informantes tinham a possibilidade de expor suas experiências pessoais com o período gravídico-puerperal e na assistência com os profissionais e instituições de saúde. Durante as trocas, eles tiveram conhecimento do grupo de enfermeiras obstetras e passaram a idealizar a possibilidade de vivenciar o parto no próprio domicílio.

Eu só queria um parto normal e fui atrás de alguns profissionais que eu acreditava. Eu fui atrás de quem fosse menos intervencionista. Conversei com médico, com pediatra [...] A [médica] procurei uma única vez fora das consultas para saber o que eu podia tomar, porque deu uma crise de enxaqueca durante a gestação [...] A minha rede de apoio é mais as gurias [equipe de enfermeiras obstetras]. Elas tiram minhas dúvidas e medos. Elas me acalmam [...] porque na gestação do [primeiro filho], foi muito tranquilo, eu não pensava tanto e acho que agora eu estou mais racional. A gente fica pensando mais nos problemas também e

é inerente [...] elas [enfermeiras obstetras] me trazem essa segurança e a gente conversa bastante. Eu procuro bastante elas para falar (IC1).

Frente ao desejo de uma assistência menos intervencionista, as mulheres recorrem às indicações de outras mulheres, em busca de profissionais de saúde, ou instituições, que sejam favoráveis à vivência do parto normal e fisiológico. Nesse contexto, encontram-se as enfermeiras obstetras atuantes no município em questão, as quais vêm proporcionando às mulheres e famílias uma nova possibilidade de assistência ao parto, pautada no protagonismo e na autonomia dos indivíduos. Os informantes justificam sua decisão pelo parto vaginal, pautados na percepção desse evento como um processo fisiológico natural. Ao se referirem ao parto em ambiente hospitalar, elas manifestam sua insatisfação com o modelo oferecido neste cenário e destacam o parto domiciliar como um modelo de atendimento seguro, centrado nas necessidades da mulher.

A ideia em si é bonita [a ideia do parto domiciliar]. Eu acho que não tem quem não gosta da ideia de ter em casa, criança nascendo na própria casa. Isso é uma coisa natural, não é uma coisa mecânica, tira, corta (IC2).

Em ambas famílias dos informantes-chave 3 e 6 a via de nascimento mais comum é a vaginal. Eles comentam que, no passado, “normal” era ter parto vaginal [...] ela destaca que esta era uma vivência estritamente familiar e que o médico não participava e tampouco tomava conhecimento dessa vivência (Diário de campo. IC3 e IC6).

Eu quero o parto domiciliar, porque eu me sinto segura. Para mim, é muito natural [...] eu me preocupo muito com as rotinas do hospital. Eu comentei com as gurias [enfermeiras da equipe], na última consulta, que é muito mais pelo nenê, da rotina que fazem com nenê, de tirar de perto da gente, dar NAN escondido. Eu acho muito “frio”. Eu não queria que a [bebê] passasse por isso. Por isso, que a gente está planejando ficar em casa também, é mais por ela, porque, por mim, a minha cesárea [na gestação anterior] foi tranquila, não foi tão traumatizante, mas é mais pelo nenê (IC1).

Os informantes reforçam sua insatisfação com a assistência oferecida nas instituições de saúde, revelando que esse ambiente prioriza as regras, procedimentos e rotinas, sem considerar as evidências científicas disponíveis sobre a sua necessidade e/ou eficácia. Eles reinterpretam experiências passadas, revelando situações que gostariam de evitar ou de ter vivenciado de forma mais íntima e familiar. Diante disso, o ambiente hospitalar passa a gerar frustrações e o domicílio torna-se uma opção condizente com o almejado por estas famílias.

“Um sonho dela vai ser um sonho meu também”: nuances da família na vivência do parto domiciliar

O apoio do companheiro apareceu como um aspecto importante para a decisão pelo parto domiciliar. Os informantes também mencionam como se deu a revelação da decisão aos familiares e a reação destes.

Ela sempre quis o parto normal, era uma vontade dela [...] eu procurei sempre ser um ponto de apoio e não ser contra [...] sendo um sonho dela vai ser um sonho meu também [...] é um momento único na vida, que a gente vê que poucas pessoas hoje têm possibilidade de passar por isso, de estar num ambiente teu, pessoas que tu queres, que tu confias para receber ela (IC4).

Ele confia muito no que eu sei e ele confia muito também na equipe que a gente está [...] isso é o que mais me tranquiliza [...] meu amuleto é saber que ele entende tudo e eu sempre falo também que [...] se qualquer coisa acontecer, ele sabe que foi a minha escolha, nossa escolha e que é o melhor para gente assim, não tem culpados (IC1).

Em conversa, os informantes-chave 2 e 5 destacam que a decisão pelo parto domiciliar foi definida pelo casal, em comum acordo. Eles relatam que as famílias sabem da decisão e afirmam que não houve resistência, mas surpresa de alguns familiares (Diário de campo. IC2 e IC5).

Todavia, foram identificados alguns enfrentamentos vivenciados pelos informantes diante da revelação do desejo pela vivência do parto domiciliar. Eles destacam as percepções da sociedade e de profissionais de saúde, em especial o médico obstetra, em relação à opção pelo parto domiciliar.

No começo é meio estranha a ideia de ganhar em casa [parto domiciliar] para todo mundo. A gente explica que tem todo o material. É uma coisa nova ainda (IC1).

Digo que vou tentar domiciliar e as pessoas já imaginam uma tesoura, uma vela e toalhas (IC2).

A informante-chave 2 relata que, durante uma consulta de pré-natal com o obstetra, mencionou que estava decidida quanto à via de parto e que, além do parto vaginal, gostaria que o cenário para o processo de parturição fosse o seu próprio domicílio. Na ocasião, o obstetra enfatizou os riscos desta decisão e afirmou que ela poderia morrer. Ela destaca que ele tentou assustá-la, questionou se o companheiro e se o restante da família tinha conhecimento desta escolha e perguntou sobre a opinião destes. Enquanto a questionava, ela afirma que ele tentou transmitir a ideia de que a decisão sobre o corpo dela e sobre a via de parto não era exclusivamente dela, mas que deveria ser conversada com seus pais e/ou com o companheiro. Ela destaca que ele tentou argumentar algumas vezes e convencê-la a realizar a cesárea, sempre colocando em evidência os riscos do parto no domicílio (Diário de campo. IC2).

O nascimento de uma criança em casa tem uma resistência que uma cesárea nunca ia ter, nunca ia ser questionada. Quem quer fazer diferente tem que estar ciente de quem vai enfrentar. Só vai ter a certeza que fez a escolha certa depois que tudo acabar (IC5).

Apesar dos enfrentamentos e imposições, os informantes mantiveram-se convencidos sobre sua decisão. As mulheres, em especial, permaneceram confiantes sobre a sua capacidade de parir, seja no ambiente institucional ou não. Diante das percepções negativas e dos conflitos vivenciados, os informantes optaram pela preparação de alguns familiares e amigos para a vivência desse evento, a fim de que estes pudessem se tornar aliados nesse processo.

A informante-chave 2 comenta que, em um final de semana, assistiu o documentário “O renascimento do parto” com o pai, a madrastra e a melhor amiga. Ela vem conversando com eles sobre o parto humanizado e o parto domiciliar (Diário de campo. IC2).

Ainda, desvelaram-se os rituais de preparação do filho mais velho para a vivência do parto no domicílio. Entre as famílias multíparas, havia a preocupação com a reação do filho, durante o processo de parturição.

Ao longo da gravidez, os informantes-chave 1 e 4 têm conversado com o filho sobre o parto, principalmente sobre o parto domiciliar. Eles comentam sobre os vídeos e relatos de parto, detalhando como este processo ocorre. A informante-chave 1 afirma que o filho nunca questionou o motivo da decisão pelo parto domiciliar. Contudo, ela ainda teme a sua reação, especialmente quando vê-la com dor, durante o trabalho de parto [...] a informante-chave 1 conversa com o filho sobre as vias de parto [...] ela lembra que, inicialmente, ele dizia que quando iniciasse o trabalho de parto, ela deveria ir para o hospital e que era confuso para ele a ideia do parto domiciliar. Contudo, hoje, a compreensão é outra [...] (Diário de campo. IC1).

É uma coisa saudável. Na verdade, a gente perdeu isso. Apesar de, no passado, os filhos não ficarem juntos, mas eles vivenciavam esse preparo para o parto [...] então, acredito que pode ser uma experiência muito boa, pelos relatos que a gente lê também na internet, que os manos ficam juntos, por causa do vínculo da família mesmo (IC1).

A primeira surpresa foi quando eu mostrei para ele o vídeo de parto domiciliar, porque a gente, às vezes, tem esse preconceito com sangue, com dor, com gritar. É feio, é assustador, mas ele reagiu “super” bem [...] quero muito é que ele [filho mais velho] veja ela [bebê] nascer, porque eu acho que vai ser muito mais fácil essa compreensão dele do que ele chegar em casa e ter um bebê (IC3).

As famílias utilizaram filmes e relatos como rituais de preparação do filho mais velho para a vivência do parto no domicílio, pois entendem a necessidade de familiarizá-lo com o processo de parturição. As famílias destacam a importância de inclui-lo, pois entendem que a sua participação pode colaborar para criação de vínculo com a(o) nova(o) irmã(ão).

“Tudo é planejado, todo o material que precisa”: os rituais de preparação do domicílio para o parto

É possível identificar rituais de cuidado da gestante e/ou da família para auxiliar a mulher e o bebê durante o processo de transição do ambiente intraútero para a vida extrauterina. Dentre estes, destaca-se o preparo dos materiais que serão utilizados durante a assistência ao parto.

Tudo é planejado, todo o material que precisa [...] a gente não sabe o que vai querer na hora (IC1).

Dentre os materiais selecionados para o trabalho de parto, a informante-chave 1 relata ter adquirido o óleo de lavanda, pois acredita que este estimula as contrações. Além do óleo, ela acredita que a baixa luminosidade e a musicoterapia poderão auxiliá-la a tranquilizar durante o trabalho de parto. Ela destaca que não vai utilizar cromoterapia e que não tem o hábito de ouvir música, mas acredita que algumas faixas musicais podem acalmá-la, principalmente, no período expulsivo (Diário de campo. IC1).

A informante-chave 2 vai controlar a luz por meio das persianas das janelas e do abajur da sala. Ainda destaca que selecionou algumas músicas que gostaria de ouvir [...] ela menciona que a piscina será colocada na sala. Neste ambiente,

também permanecerá o sofá para que ela possa deitar, caso ela tenha vontade e uma escrivaninha, na qual ela gostaria que fossem dispostos os materiais da equipe (Diário de campo. IC2 e IG1).

A informante-chave 3 deseja que as luzes da casa sejam reduzidas, principalmente no cômodo onde ela estiver durante o trabalho de parto. Ela planeja utilizar um abajur, que utiliza durante a noite em seu quarto. A piscina será montada no quarto para ter mais privacidade e para que ela possa se sentir mais à vontade (Diário de campo. IC3).

Apesar de reconhecerem que os preparativos para o parto domiciliar poderiam não passar de planejamento ou pressuposições, as famílias delinearão alguns rituais de cuidado. Estes envolveram a aquisição de alguns materiais que os informantes consideravam que poderiam auxiliar durante o processo de parturição, como materiais necessários para o parto, óleo de lavanda, utilização de baixa luminosidade e musicoterapia. Estes rituais parecem ser intensificados nos dias que antecedem o parto. Dentre estes, uma das informantes revela a preocupação com a limpeza do domicílio, a fim de garantir um ambiente “limpo” para a recepção do bebê.

Limpar a casa é uma coisa que tenho feito todo dia [...] há umas duas, três semanas, parece que tem que ajeitar hoje, porque se ela nascer amanhã não vai dar para fazer e tem que fazer (IC2).

Outro ritual de cuidado que emergiu nas conversas com os informantes-chave envolveu a alimentação adequada para o dia do parto, bem como para os dias subsequentes, em que a família se volta, basicamente, para o cuidado da puérpera e recém-nascido. Cada família desenvolveu um ritual em relação aos alimentos a serem consumidos nesse período.

No freezer da geladeira da informante-chave 1 foi armazenada uma sopa, pois ela acredita que o alimento será necessário no período pós-parto, já que é um alimento “energético” (Diário de campo. IC1).

Eu avisei a [melhor amiga] para deixar uma garrafa de café ou chá e que tem que ter alguma coisa para oferecer para as pessoas [...] eu estou muito preocupada com comida, o que eu vou querer comer no dia, parece que é uma festa (risos) (IC2).

A informante-chave 3 reforça que fez um estoque de salgadinhos, bolachas, barras de cereais e de chocolate na cozinha para o parto. No congelador, ela armazenou pão de queijo e sopa (Diário de campo. IC3).

Estes e outros rituais de cuidado foram mencionados pelos informantes no plano de parto. Este documento foi solicitado pela equipe de enfermeiras obstetras para que as famílias pudessem manifestar seus desejos e expectativas em relação ao parto.

Com 39 semanas de gestação, as informantes gerais 1 e 2 questionam a informante-chave 1 sobre o plano de parto. Ela reconhece que o ideal era elaborar dois planos de parto, um para o domicílio e outro para o hospital. Ela afirma que ainda não elaborou nenhum dos planos. Afirma que as enfermeiras sabem como ela quer que seja conduzido o parto no domicílio (Diário de campo. IC1, IG 1 e IG2).

Na consulta de pré-natal, a informante geral 3 questiona o casal sobre a construção do plano de parto. A informante-chave 2 afirma que ela e o companheiro praticamente já concluíram o plano de parto [...] ela destaca alguns

termos científicos ou práticas assistenciais que lhe geraram dúvida [...] a informante geral 3 esclarece o casal [...] a informante-chave 2 comenta que realizou a leitura do plano de parto para o pai, a madrasta e a melhor amiga para que eles tivessem ciência dos desejos dela e do companheiro em relação ao parto (Diário de campo. IC2, IC5, IG 3).

Durante esse ritual de separação e passagem, os informantes-chaves salientaram os indivíduos que poderiam participar da vivência do parto. Essa informação constava no plano de parto, mas também já vinha sendo comunicada à equipe de enfermeiras, aos familiares e amigos.

A informante-chave 3 destaca que, após o nascimento, pretende compartilhar a notícia com os familiares e amigos. Contudo, durante o trabalho de parto, não quer que ninguém, além da equipe, seja avisado, a fim de evitar interferências presenciais, telefônicas e/ou virtuais (Diário de campo. IC3).

A informante-chave 2 faz a leitura do plano de parto domiciliar e hospitalar, o qual ela denominou de “plano B”. Na leitura, ela indica as pessoas que poderão participar [...] abaixo dos nomes das pessoas indicadas, ela lê a função detalhada de cada um durante o trabalho de parto (Diário de campo. IC2).

As pessoas se assustam ainda, mas minha família já sabe que eu não vou chamar ninguém, que o plano é ficar só eu o [companheiro], o [o filho] e as enfermeiras que vão me atender (IC1).

Outro ritual de cuidado previamente planejado pelas famílias envolveu o destino da placenta, após a sua expulsão. Para uma das famílias, a placenta demonstrou não ter um significado especial, enquanto que para as outras duas houve interesse em desenvolver rituais específicos.

A informante-chave mostra a cartolina que comprou para fazer a “impressão da placenta”. Segundo ela, a impressão funciona como um “carimbo”. Para fazer a impressão, ela explica que, depois da expulsão da placenta, é preciso molhá-la no próprio sangue ou em tintura, dispõe-se o cordão umbilical e a placenta na cartolina. Ela afirma que fará um quadro dessa impressão e que, após, pretende plantar a placenta em um vaso, que já foi comprado. Neste vaso, ela irá plantar a placenta e sobre ela uma muda de árvore frutífera (Diário de campo. IC2).

A informante-chave 1 revela que pretende congelar a placenta no freezer da geladeira para que eles possam realizar o plantio da placenta junto às raízes de uma árvore no quintal dos sogros (Diário de campo. IC1).

“O pensamento é sempre positivo”: rituais de cuidado na preparação da gestante para o parto domiciliar

Além de todos os preparativos com o domicílio e a família, as mulheres e seus companheiros também desenvolveram rituais de cuidado na preparação para o parto domiciliar. Estes rituais envolviam as gestantes e, em alguns momentos, o casal.

A informante-chave 3 afirma que começou a caminhar, porque acredita que a prática auxilia na dilatação do colo do útero. O companheiro a acompanha nas caminhadas (Diário de campo. IC3).

A partir das 34 semanas, eu comecei a utilizar o epi-no [dispositivo utilizado na preparação da musculatura vaginal e do períneo para o parto e pós-parto], mas eu acho mais efetivo fazer massagem no períneo. No início é meio desconfortável, é

uma coisa estranha, mas a massagem em si é boa. É o [companheiro] que faz (IC1).

A gestante tem ingerido chá de cravo e canela para estimular as contrações (Diário de campo. IC1).

Dá vontade de sair, caminhar [...] sei que vai ajudar no encaminhamento do trabalho de parto. Estou comendo as comidas, que ajudam a estimular as contrações. Não tem nenhuma comprovação, mas estou comendo, abacaxi, canela, coisa apimentada (IC2).

A preparação da gestante para o parto domiciliar envolveu o preparo do corpo, com a realização de caminhadas, a utilização de equipamentos que auxiliam na preparação da musculatura vaginal e do períneo para o parto e a ingestão de chás ou alimentos para estimular as contrações uterinas. Percebe-se, nestes rituais, a ideia de que a mulher necessita de um preparo corporal para a vivência do parto domiciliar. Ao mesmo tempo, também emergiram rituais de cuidado de preparo da mente, a partir de pensamentos positivos, sonhos e previsões quanto ao nascimento.

O planejamento todo é para ficar em casa, mas se eu tiver que ser transferida, eu vou “de boas” [...] mas o pensamento é sempre positivo (IC1).

Eu sonho com ela quase toda noite [...] que ela já nasceu ou está acontecendo [o trabalho de parto] [...] A vó me falou que a lua que engravidou era a lua do nascimento [...] estava olhando pela data da última menstruação, foi na lua nova, e a lua nova é agora dia 10 e vai vir na lua nova [...] uma das coisas que nessa última semana eu pensei “será que tem a ver com parto? Será que é o nervosismo?” [...] eu percebi que baixou minha imunidade, porque saiu uma herpes na boca, peguei resfriado e nunca tinha acontecido nada durante a gestação. Fiquei “encucada” (IC2).

DISCUSSÃO

A aquisição do conhecimento pelas famílias configurou-se, neste estudo, como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão. Infere-se que esta estratégia pode ser o caminho mais indicado para a reivindicação e conquista de um modelo de atendimento ao parto mais seguro e respeitoso na realidade brasileira^(7,12). Autores⁽¹³⁾ apontam outros fatores que podem influenciar na decisão quanto à via de parto, como a escolaridade, as condições socioeconômicas, a história de vida, os relatos de partos compartilhados de forma intergeracional (ou os partos vivenciados junto a outros familiares e amigos), os conhecimentos e histórias sobre as condições de assistência ao parto e o acesso às informações. Ainda destacam as experiências prévias, o poder médico e da própria família, a ausência de diálogo no pré-natal, o interesse, a curiosidade e a bagagem cultural, entre outros, como aspectos que influenciam a decisão pela via vaginal⁽¹⁴⁾.

Em se tratando da escolaridade, destaca-se que as gestantes, informantes-chave do estudo, apresentavam curso superior completo. Duas delas possuíam, inclusive, capacitação

como doula. Entre os companheiros, dois apresentavam curso superior e o terceiro ensino médio completo. As três famílias manifestaram o desejo pelo parto domiciliar planejado e assistido por enfermeiras obstetras. Estes dados se coadunam com os achados de pesquisa⁽¹⁵⁾, em que a maioria dos casais que optou pelo parto domiciliar também apresentava formação superior. Além disso, da mesma forma como verificado na pesquisa⁽¹⁵⁾, no presente estudo, os casais também possuíam planos de saúde complementares e estava realizando o pré-natal com médicos conveniados.

Nessa perspectiva, as autoras⁽¹⁵⁾ destacam que o fato de apresentarem planos complementares de saúde e, ainda assim, optarem pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras revela o desejo real por esta modalidade de atendimento. Apesar de terem condições de ter o parto em instituição privada, caso quisessem apenas a vivência do parto em si, eles ainda optaram pelo domicílio como local para a ocorrência do parto.

Destarte, a opção pelo parto em casa não está atrelada a uma questão de falta de informação, rebeldia ou modismo destas famílias. Na verdade, eles optam pelo parto domiciliar assistido, pois conhecem, analisam e questionam o modelo de assistência obstétrica brasileiro em todos os seus aspectos, procedimentos e rotinas. Portanto, ao serem confrontados com todos os entraves e as contrariedades envolvidas na assistência ao parto em contextos institucionalizados, eles afirmam com coerência, clareza e conhecimento a decisão pelo parto domiciliar^(7,12).

Na preparação para este momento, conforme verificado, as famílias buscam profissionais e serviços de saúde que possam garantir a vivência dessa experiência, respeitando e valorizando as suas expectativas e desejos. Autoras destacam que, ao se apropriarem da informação, as mulheres passam a revelar a necessidade de serem assistidas por profissionais de saúde que acreditam na sua capacidade de parir naturalmente⁽⁷⁾. Com isso, elas passam a procurar espaços em que possam socializar suas vivências e, ao mesmo tempo, identificar profissionais capacitados e dispostos a estimular e promover a sua autonomia durante o processo de parturição.

Ao mencionar o desejo de um atendimento menos intervencionista, a falta de autonomia e o medo de não estar no controle durante a vivência do parto despertam, nas mulheres e em seus companheiros, a sensação de que é preciso encontrar estratégias para modificar essa realidade e vivenciar esta experiência de forma mais humanizada. Com isso, emerge a vontade de serem acompanhadas por profissionais de saúde que efetivamente

acreditam no seu potencial para parir e que lhes permitam o exercício da decisão compartilhada para a tomada de decisões⁽⁷⁾.

A insatisfação com a assistência oferecida nas instituições de saúde verificada entre os informantes também foi observada em estudo, no qual as mulheres não concordavam com o modelo hospitalar de atendimento ao parto. Elas questionavam os procedimentos e rotinas institucionais, não se identificavam com a logística de atendimento e associavam o hospital à doença⁽⁷⁾.

Verificou-se semelhanças entre as percepções das informantes deste estudo e da pesquisa citada⁽⁷⁾ em relação ao ambiente hospitalar. Na pesquisa, elas mencionam a impossibilidade de outros familiares vivenciarem, em conjunto a experiência, a falta de intimidade e acolhimento, a frieza e impessoalidade das relações, a falta de familiaridade com o ambiente, as interferências externas ao processo de parturição, a separação entre mãe e bebê ao nascer, a execução de procedimentos não recomendados durante a recepção ao recém-nascido, além da burocracia excessiva e incoerente com o evento do trabalho de parto⁽⁷⁾.

A decisão pelo parto em casa é construída a partir das informações diferenciadas acerca da segurança do parto domiciliar para mãe e bebê e do desejo de desmedicalizar esta experiência⁽¹²⁾. Esta decisão é elaborada a partir de um ideário que se opõe ao modelo hegemônico vigente, centrado na figura do médico e/ou em práticas e intervenções desnecessárias desenvolvidas em um cenário capaz de despersonalizar os indivíduos. Assim, emerge o domicílio como um ambiente que propicia a “reclusão” e introspecção da mulher e da família para a vivência do parto⁽¹⁰⁾.

A opção pelo domicílio revela-se como um ritual de separação, pois assemelha-se às cerimônias de reclusão da gestante, muitas vezes, em cabanas ou em locais peculiares da casa⁽¹⁾, com o intuito de promover privacidade para que a mulher e sua família possam vivenciar este evento de maneira íntima e localmente significativa. O domicílio também representa o renascimento e a revitalização deste processo como um evento essencialmente familiar⁽¹⁰⁾. Ademais, conforme frisado por uma das informantes e corroborado com os achados de outro estudo⁽¹⁵⁾, o domicílio pode ser interpretado como um lugar seguro para a vivência do parto. Evidências têm demonstrado que a assistência ao parto domiciliar de risco habitual, quando planejado e assistido por o (a) enfermeiro (a) e o (a) obstetrix/enfermeiro (a) obstétrico (a) pode apresentar menores taxas de intervenções, maior satisfação das mulheres e ser considerado tão seguro quanto o parto hospitalar^(5,7).

Os informantes também compreendem que, durante o parto domiciliar, eles podem retomar o seu protagonismo. Assim, a mulher resgata para si o próprio parto e o controle sobre seu corpo. Ela e o companheiro, ou a família, têm a oportunidade de fazerem suas escolhas com segurança⁽⁸⁾. Há um destaque para o parto domiciliar como uma maneira de restituir a intimidade e a privacidade do processo de nascimento no contexto familiar⁽¹⁵⁾. É compreendido como um local que permite/colabora para o protagonismo e a autonomia dos indivíduos, além de apresentar ambiência acolhedora relacionada ao modo de viver da família^(8,10,16).

Nessa direção, o apoio do companheiro foi reforçado como um aspecto fundamental para a decisão e idealização pelo parto domiciliar. Mais do que um acompanhante, ele pode desempenhar um papel ativo⁽¹⁰⁾, pois também pode vivenciar o parto como um ritual de passagem, no qual ele “nasce” como pai⁽¹⁾. Com isso, ele pode reafirmar a sua parceria igualitária com a companheira⁽¹⁰⁾.

Ademais, a experiência do parto representa um ritual de passagem⁽¹⁾ para todo o núcleo familiar. Para isso, a mulher necessita de uma rede de apoio que valorize e a estimule para a vivência deste processo. Assim, pode-se compreender a necessidade de os informantes comunicarem a família sobre a decisão quanto ao parto domiciliar, pois o apoio desta pode proporcionar confiança, tranquilidade e afeto, podendo favorecer um desfecho positivo⁽⁸⁾.

Além do apoio, também foram verificados alguns enfrentamentos da família a partir da decisão pelo parto domiciliar. Quando eles se defrontaram com estas percepções negativas, verificaram a necessidade de desenvolver rituais de separação⁽¹⁾, nos quais ocorreu a ruptura de uma estrutura social ou de um conjunto de condições culturais. Assim, foi preciso interromper, mesmo que temporariamente, os vínculos estabelecidos com alguns indivíduos da rede social. Autores explicam que essa ruptura dentro da estrutura social visa reafirmar a ideia de que as decisões em relação aos processos de parto e nascimento interessam apenas à intimidade familiar, não sendo necessária interferência externa⁽¹⁰⁾.

No contexto atual, no qual o modelo assistencial é predominantemente tecnocrático e baseado em explicações e procedimentos da racionalidade biomédica, as famílias que optam pelo parto no domicílio enfrentam conflitos com amigos, familiares, profissionais de saúde e a sociedade em geral para reafirmar a sua decisão⁽¹⁶⁾. Ao mesmo tempo, a formação do médico obstetra, geralmente, é direcionada para as complicações e gestações de alto risco, o que dificulta a sua aceitação quanto ao parto domiciliar, mesmo em gestações de risco habitual.

Assim, normalmente, o médico volta-se para a tecnologia e a intervenção, como é o caso da cesárea⁽¹⁴⁾.

Assim, destaca-se a importância do apoio da família para a vivência desse ritual de passagem no domicílio. Autores reforçam que a participação da família no parto é uma das prerrogativas para o resgate da humanização no nascimento⁽⁸⁾. Para isso, uma das informantes utilizou o documentário “O Renascimento do Parto” para demonstrar ao pai, à madrasta e à melhor amiga as evidências científicas que discorrem sobre a segurança do parto domiciliar.

A mesma estratégia foi identificada em estudo⁽³⁾, no qual as mulheres utilizaram o documentário com a intenção de desconstruir as percepções dos familiares quanto ao parto domiciliar planejado e gerar reflexões em relação ao modelo atual de assistência obstétrica predominantemente intervencionista. Assim, as mulheres estudam todas as possibilidades e compartilham com as pessoas com quem mantém vínculos afetivos e confiam^(10,16). Na mesma perspectiva, emergiram os rituais de preparação do filho mais velho para a vivência do parto no domicílio. Estudo enfatizou que, para os casais com filhos mais velhos, o parto no domicílio, em contexto familiar, reafirma a crença de que este deve ser vivido como um evento do ciclo vital. Assim, ratifica-se a importância de as crianças mais velhas serem envolvidas no processo⁽¹⁰⁾.

A presença do filho mais velho ainda pode ser simbolicamente entendida como um ritual de cuidado dos pais com este, como também um ritual de passagem deste indivíduo, que passa a agregar um novo *status* na família⁽¹⁾. Assim, justifica-se a importância de inclusão e participação dos demais filhos participarem desse evento, tendo em vista as profundas mudanças ocasionadas na estrutura familiar devido ao nascimento de um novo ser.

Ainda, é preciso destacar que o parto domiciliar apresenta uma lógica diferente daquela identificada no ambiente hospitalar. A família não se desloca até o hospital para buscar o novo integrante. Neste caso, o domicílio é organizado para receber o novo ser⁽¹⁰⁾. Para isso, tem-se o preparo dos materiais que serão utilizados durante a assistência ao parto, com a finalidade de facilitar o parto e proteger a tríade mãe-bebê-família. Todo esse movimento de preparação reforça o parto como um dos eventos mais importantes no ciclo vital familiar, o qual precisa ser vivido como um ritual de passagem que integra a intimidade do grupo⁽¹⁰⁾.

A aromaterapia, por meio do óleo de lavanda, emergiu como um ritual de cuidado e sua utilização pode ser justificada pela ação tranquilizante e calmante. A musicoterapia é capaz de interferir no ciclo de medo, tensão e dor, proporcionando relaxamento e

minimizando a dor⁽⁶⁾. Já as lâmpadas elétricas de alta intensidade têm sido associada à redução dos níveis de melatonina, o que gera estresse e eleva a dor, justificando a importância de baixa luminosidade no parto⁽¹⁷⁾.

Ao mesmo tempo, verificou-se a preocupação com os alimentos ingeridos nesse evento. A oferta e livre acesso aos alimentos possibilita que a mulher tenha melhores condições físicas, principalmente no período expulsivo⁽¹⁸⁾. Ademais, a possibilidade de escolher e preparar previamente, os alimentos que considera necessários, permite à mulher fazer suas escolhas e colocar em prática hábitos e costumes que tornam o domicílio adequado às suas crenças⁽¹⁶⁾. Dessa forma, a família pode vivenciar o processo parturitivo, segundo o *ethos* familiar⁽¹⁹⁾.

Na mesma direção, emerge o plano de parto, o qual pode orientar a atenção de saúde prestada durante o parto. Este instrumento favorece a comunicação entre a mulher, família e equipe de assistência ao parto, auxilia na preparação para o parto e aumenta o controle decisório da mulher⁽²⁾. No plano, os informantes também têm livre escolha para definir quem participará ou não do parto no domicílio⁽¹⁶⁾, convidando a participar os indivíduos significativos da rede social, que respeitam e compartilham percepções semelhantes. Nessa direção, o parto domiciliar representa um ritual de separação⁽¹⁾, que permite resgatar o seu caráter íntimo e familiar.

Em relação aos rituais envolvendo a placenta, pondera-se que a sua pintura pode representar uma forma de registro do processo de gestação e de parturição, o qual será resgatado, no futuro com a filha. Já o plantio pode vincular-se à renovação da vida, pois ao enterrá-la junto às árvores, esta continuará alimentando outras formas de vida, assim como o fez com o bebê durante a gestação⁽⁹⁾.

Em se tratando dos rituais de preparação para a vivência do parto, estudo⁽¹⁰⁾ também verificou que o preparo do corpo foi um aspecto valorizado. As mulheres do estudo em questão consideravam as caminhadas e a alimentação saudável como práticas fundamentais para o bem-estar fetal, como também para o preparo do corpo para dar à luz. O desejo pelo parto vaginal pode impulsionar a atitude proativa de mudança comportamental, caracterizada por rituais de cuidado com o corpo. Da mesma forma, os sentimentos da mulher podem fornecer vitalidade para o feto⁽¹⁰⁾.

A presença de pensamentos, sonhos e expectativas podem catalisar forças positivas, as quais permitem projetar atitudes e posições para serem adotadas no dia do parto. Ao prepararem a mente com idealizações e perspectivas, elas introjetam exigências para si mesmas acerca das

atitudes e condutas que devem adotar para concretizar seus desejos, no momento do parto⁽⁹⁾. Já as previsões quanto ao dia do nascimento, conforme também verificado em estudo⁽¹⁰⁾, envolvem as expectativas e o planejamento da família para a chegada do bebê e, em alguns casos, envolvem os ciclos da natureza. Sob esta ótica, os indivíduos compreendem que os rituais de passagem associam-se às passagens cósmicas, como por exemplo, as fases da lua⁽¹⁾. Em diferentes culturas e mitologias, a lua é relacionada com fertilidade, gestação e parto. Estudo destaca que, embora esta crença esteja presente e seja frequentemente mencionada na cultura popular, ainda existem evidências científicas consistentes que possam comprovar a influência do ciclo lunar no processo parturitivo⁽²⁰⁾.

Limitações do estudo

O fato das narrativas das informantes gerais não terem sido privilegiadas, uma vez que durante a produção dos dados, elas foram somente observadas e não entrevistadas, pode configurar um aspecto limitador no estudo.

Contribuições para à área da enfermagem e políticas públicas

Espera-se fornecer outras perspectivas acerca do parto domiciliar, o qual ainda é uma prática à margem do sistema convencional de saúde, mas que pode ser relacionado como uma forma de promover a capacidade de livre escolha e condição de cidadania da mulher. Com estes achados, pretende-se fornecer, aos profissionais de saúde, a possibilidade de conhecer e refletir sobre os rituais de cuidado, os quais nem sempre são acessados ou valorizados e que, por este desconhecimento, geram dificuldades na promoção de um cuidado culturalmente congruente. Ainda, busca-se oferecer subsídios para novas ações de saúde, que possam garantir às mulheres e suas famílias mais acesso à informação sobre seus direitos em relação ao parto e ao nascimento, bem como a assistência profissional, independentemente de o processo parturitivo ocorrer em cenário domiciliar ou hospitalar, por via vaginal ou por meio de cesárea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias na preparação para o parto envolveram o entendimento do domicílio como um ambiente seguro, no qual a mulher e sua família poderiam colocar em prática seus desejos, hábitos e costumes, assim como todos os seus rituais de cuidado. A opção do domicílio caracterizou um ritual de separação devido à

possibilidade de reclusão e introspecção da unidade familiar para a vivência do processo parturitivo.

As famílias que já haviam vivenciado previamente o parto em âmbito hospitalar reforçaram o desejo e a idealização por uma experiência íntima, particular e significativa para a tríade mãe-bebê-família. A opção pelo domicílio revela o entendimento do parto como um evento que precisa ser vivido como um ritual de passagem da família, e não dos profissionais de saúde.

A partir da decisão pelo domicílio para abrigar esta experiência, as famílias e, em alguns momentos, especificamente as mulheres, passaram a adotar rituais de cuidado que tinham como propósito a preparação da família e do filho mais velho para a vivência do parto. Além disso, também foram observados rituais de preparação do próprio domicílio, do corpo e da mente da mulher e alguns ligados ao destino da placenta, após a sua expulsão do organismo materno.

As famílias preparam o domicílio com uma atenção centrada no dia do parto. Na preparação, são consideradas organizações específicas no domicílio, mudanças na luminosidade, inclusão de musicoterapia e aromaterapia, com o intuito de prover ambiente tranquilo para a mulher em trabalho de parto. Ainda englobam a utilização de certos chás e/ou alimentos e a própria preparação dos indivíduos que compõem a rede social e familiar da mulher. Estes rituais de cuidado têm relação com as informações obtidas ao longo do ritual de passagem, que representou a gestação, mas também têm associação com as crenças, valores, tradições, estilos de vida e visões de mundo.

REFERÊNCIAS

- 1 Genep AV. Os ritos de passagem. [trad. Roberto da Matta]. 1. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 2 Suárez-Cortés M, Armeno-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(3): 520-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf
- 3 Kruno RB, Silva TO, Trindade PT. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. *Saúde (Santa Maria)*. 2017;43(1). Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/17736/pdf>
- 4 Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014; 15(2):362-70. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>
- 5 Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1059-68. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>
- 6 Oliveira e Silva DA de, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal:

revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2013;7(esp):4161-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608

7 Sanfelice CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. Texto & contexto enferm [Internet]. 2015; 24(3):875-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf

8 Frank TC, Peloso SM. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):22-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/03.pdf>

9 Feyer ISS. Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

10 Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. Rev bras enferm [Internet]. 2013; 66(6): 879-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>

11 Leininger M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett: Sudbury MA, 2006.

12 Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(3): 665-72. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00665.pdf

13 Sodré TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. Ciênc cuid saúde [Internet]. 2012; 11(suplem.):115-20. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062/pdf>

14 Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):119-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>

15 Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013; 17(2):298-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a14.pdf>

16 Santos AA, Nunes IM, Coelho EAC, Souza KRF, Torres TCC, Lima JS. Discursos de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar como op o de parto. Rev enferm UFPE on line. 2014;8(8):2716-22. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4626/pdf_5890

17 Vale NB, Vale LFB, Cruz JR. O tempo e a anestesia obstétrica: da cosmologia caótica   cronobiologia. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2009; 59(5): 624-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n5/v59n5a13.pdf>

18 Wei CY, Gualda DMR, Santos Junior HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerp ras. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011; 20(4): 717-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/10.pdf>

19 Geertz C. A interpretação das culturas. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2011.

20 Bueno A, Iessi IL, Damasceno DC. Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constata o científica? Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constata o científica? Rev Bras Enferm [Internet]. 2010;63(3): 477-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a21v63n3.pdf>

6 DISCUSSÃO INTEGRADORA

Este estudo possibilitou desvelar os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional, a partir de uma perspectiva etnográfica, ancorando-se em autores (LEININGER, 2006; GEERTZ, 2011; LARAIA, 2011; MONTICELLI, 1996; FEYER, 2012), que têm estudado a cultura e/ou o processo gestacional sob a perspectiva antropológica e da família. Os resultados desta tese permitem indicar que o cuidado, durante o período gestacional, transcende as condutas tecnicistas e dicotomizantes desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

O processo gestacional engloba também as crenças, costumes, tradições e visões de mundo, presentes nos contextos culturais e familiares dos indivíduos. Portanto, a compreensão da cultura, na qual está inserida a gestante, direciona a atenção de sua saúde para a rede familiar ao qual ela pertence, oportunizando a possibilidade de desconstruir o paradigma biologicista sob o qual esse evento, muitas vezes, é considerado (ALVES et al., 2015).

A compreensão de que, ao engravidar, não é somente o corpo feminino que vai se transformando, mas que também existem mudanças que envolvem o contexto familiar e que precisam ser consideradas (ALVES et al., 2015), permite compreender o processo gestacional como um ritual de passagem (GENNEP, 2011) que se diferencia, de acordo com o contexto cultural em que é vivenciado. Logo, percebe-se que, para compreender a vivência gestacional, também é necessário entender a visão de mundo que cada indivíduo traz consigo sobre esse processo.

Considerar esta experiência que, ao mesmo tempo, é subjetiva e real, não é algo simples, pois a concepção e os significados atribuídos à gestação são singulares e particularmente interpretados por cada membro do grupo familiar. Nessa direção, é preciso agregar aspectos sociais, culturais e econômicos, ampliando o olhar sobre os diferentes atores sociais que vivenciam esse processo, isto é, a mulher, o companheiro, os filhos, os familiares e outros indivíduos que compõem a rede de apoio social.

Ademais, as mulheres, seus companheiros e filhos, assim como o restante da estrutura familiar, podem ser caracterizados como seres resultantes de culturas particulares. Culturas estas que foram transmitidas de geração em geração e podem ser definidas como uma teia de significados, que orienta de forma padronizada as decisões e condutas dos indivíduos (GEERTZ, 2011) em relação à gestação. A cultura, nessa perspectiva, pode ser entendida,

ainda, como tudo aquilo que foi aprendido e compartilhado na família. Representam os valores, crenças, normas e estilos de vida transmitidos e que são capazes de guiar o pensamento, as decisões e as ações (GAUDREAU; MICHAUD, 2012), assim como os rituais de cuidado.

As famílias estudadas podem ser consideradas “herdeiras” de um longo processo acumulativo, que engloba todos esses valores, crenças, regras, saberes e experiências (LARAIA, 2011). Nessa perspectiva, os rituais de cuidado desenvolvidos pela mulher e seus familiares resultam do meio cultural em que foram socializados (GEERTZ, 2011) e desempenham um papel significativo na percepção e experiência da gestação. Eles estão balizados nas representações e significados culturais do processo gestacional, bem nos papéis sociais definidos e/ou redefinidos e que são necessários para acolher o novo ser ao grupo familiar (BORGES; SHIMIZU; PINHO, 2009).

Em uma vertente antropológica, a análise dos padrões culturais, permitiu perceber as famílias como sujeitos de suas próprias histórias, que percebem e agem segundo suas experiências singulares, contextos culturais e saberes construídos e compartilhados nos diferentes espaços de produção da saúde. Entre eles, a família, o Grupo Nascer Sorrindo, as consultas de acompanhamento pré-natal, as trocas com mulheres da rede social, entre outros. Assim, reconhece-se a importância de valorizar o saber dos indivíduos e das famílias e considerar as suas subjetividades, enquanto atores históricos de sua realidade cultural. Mais do que isso, é preciso valorizar o modo como as famílias percebem o processo gestacional e como inserem, neste, seus rituais de cuidado.

Em uma sociedade plural e diversificada, os rituais cumprem a função de manter e restituir o significado simbólico do cuidado (BORGES; SHIMIZU; PINHO, 2009). Os rituais reforçam, ainda, a importância de o profissional de saúde não se restringir apenas às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, valorizando o contexto cultural e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, em uma perspectiva de construção de um novo paradigma de atenção à saúde.

No que concerne à gestação, visualizou-se que o conhecimento e a valorização contexto sociocultural das famílias pode contribuir para o transcurso do período gravídico-puerperal. Alves et al. (2015) destacam que, ao conhecer a realidade em que vive a gestante e sua família, é possível direcionar o cuidado desenvolvido pelo profissional de saúde para as reais necessidades de saúde dos indivíduos, acolhendo a todos e envolvendo-os no cuidado gestacional.

Ao longo da produção dos dados, pode-se visualizar o processo gestacional como um dos eventos mais importantes das vidas das famílias pesquisadas. Foi um período de aprendizado e preparação, em que foram vivenciadas transformações físicas, sociais e psicológicas. Ainda, representou um evento desejado, idealizado e planejado pelas famílias, que precisaram investir não apenas no âmbito econômico, mas também em questões de ordem biológica, afetiva e social, como também na procura por conhecimento fundamentado em evidências científicas e profissionais capacitados para fornecer à assistência necessária nessa fase.

Em consonância, emergiram os aspectos culturais pertencentes a cada contexto familiar estudado. Eles representaram os elementos centrais na compreensão das experiências de gestação vivenciadas pelas três famílias. Foram capazes de influenciar do comportamento dos indivíduos em relação às demandas de saúde, gerando a necessidade de desenvolver rituais de cuidados, que pudessem proteger o trinômio mãe-bebê-família.

A gestação pôde ser visualizada como um ritual de passagem (GENNEP, 2011), que se configura como uma vivência da família. Desde a descoberta da gestação, os rituais manifestam-se como aspectos-chave para a compreensão do significado desse evento para as mulheres e suas famílias. Assim, a revelação da gestação ao companheiro e à família inaugura o desenvolvimento dos rituais, pois para que a mulher e os demais familiares possam passar pela transição de *status* e papéis sociais, e também para que o bebê seja agregado à estrutura familiar, são necessários rituais de revelação deste evento, que inicialmente são praticados exclusivamente pela mulher, mas que, na sequência, são compartilhados e desenvolvidos, em conjunto, pela família.

Frente à revelação, a família pode iniciar o seu ritual de transição, que ocorre de maneira gradual. A mulher, gradativamente, se percebe como “mãe” ao ver o corpo se transformando e perceber as suas necessidades e do bebê revelando a necessidade de rituais de cuidado relativas à alimentação e à redução do esforço físico; a figura paterna vai se manifestando, aos poucos, diante dos rituais de cuidado desenvolvidos pelo companheiro ao se inserir nas ações de acompanhamento pré-natal e nos preparativos para a chegada do bebê; e o filho, quando existe, é convidado e estimulado a participar desse processo, nas consultas de pré-natal, nas ultrassonografias e nos demais rituais de cuidado desenvolvidos pelos indivíduos da rede de apoio social, contribuindo, assim, para a sua passagem de filho para irmão. O próprio bebê também vivencia essa transição, a partir dos rituais de cuidado desenvolvidos pela família, que o auxiliam a integrar-se à cultura da qual ele fará parte. Nesse

contexto, essa estrutura assume a condição de família grávida, que, ao longo desse período transicional, precisa desenvolver rituais de cuidado para proteger a saúde materno-infantil e preparar o corpo, a mente, o ambiente domiciliar e a própria estrutura familiar para a chegada do novo ser.

Por conseguinte, os rituais de cuidado envolveram a revelação da gestação, a alimentação, a utilização de homeopatia e chás, além da reorganização da família, a preparação do quarto do bebê, as vestimentas do bebê, o chá de fraldas, as escolhas futuras da criança, o apadrinhamento e o registro da gestação por meio de álbuns. Na preparação para o parto, os rituais de cuidado estavam ligados, sobretudo, à escolha pelo domicílio, caracterizando-se como um ritual de separação da família para a vivência desse processo. Também envolveram rituais de preparação da família e do filho mais velho para a vivência do parto, além de rituais de preparação do domicílio, do corpo e da mente da mulher, de alimentação e prática de atividades físicas, e relacionados ao destino da placenta. Todos esses rituais emergiram na rotina, fazendo com que os indivíduos se aproximem, fortalecessem a cultura e renovassem os elementos que englobavam as crenças familiares.

Pelo exposto, coadunando-se às ideias de Monticelli (1996), ratifica-se a importância dos rituais de cuidado, para a prática dos profissionais de saúde, pois estes permitem analisar o comportamento dos indivíduos em relação ao corpo, à saúde, à doença, à vida e à morte, em qualquer grupo ou comunidade. Logo, torna-se fundamental a valorização e a compreensão do contexto sociocultural em que se desenvolve a gestação, para o fornecimento de cuidados culturalmente congruentes (FEYER, 2012).

É preciso resgatar a cultura para o cerne da relação entre indivíduo e profissional de saúde, valorizando as práticas populares (SANTOS et al., 2012), e no caso deste estudo os rituais de cuidado, dentro de seu contexto. Entende-se que é um desafio constante buscar a compreensão das crenças, costumes, valores e rituais de cuidado dos indivíduos, pois conforme destaca Alves et al. (2015), os profissionais de saúde estão imersos em uma cultura profissional e pessoal, da qual eles têm dificuldade de se distanciar para evitar atitudes etnocêntricas.

Portanto, infere-se que é preciso que o profissional de saúde coloque em suspensão seus valores e concepções culturais, por alguns momentos, para que possa ver a mulher e sua família no seu mundo de vida, entendendo suas ações e rituais de cuidado. Assim, reforça-se que o cuidado vai além dos procedimentos técnicos, pois a compreensão do modo de viver do

outro também fornece subsídios que favorecem a reflexão e a autonomia para a tomada de decisão (SEIMA et al., 2011).

O profissional de saúde e, em especial, o enfermeiro precisa incorporar em suas ações de atenção, perspectivas e atitudes que contemplem as subjetividades, especificidades e singularidades de cada família envolvida no processo gestacional, buscando, assim, a interface da cultura ao cuidado prestado (ALVES et al., 2015). Salienta-se que não se pretende desconsiderar o conhecimento científico e profissional, mas agregar as contribuições dos saberes populares, folk e profissionais (HELMAN, 2014), durante o processo gestacional, considerando que as crenças, valores, experiências e visões de mundo podem refletir nos comportamentos e hábitos de vida dos indivíduos (SEIMA et al., 2011).

O enfermeiro precisa visualizar além de sua própria cultura, ampliando seu olhar à mulher, sua família e seu contexto de vida, focalizando a diversidade cultural que permeia o cuidado. É preciso reconhecer que os indivíduos agem e reagem influenciados por herança cultural (GEERTZ, 2011), balizadas na interpretação que fazem de suas vivências. Por isso, infere-se que é possível agregar as práticas de cuidado dos profissionais de saúde aos rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, a partir do exercício da escuta, da valorização do ambiente familiar e do seu saber e, principalmente, do envolvimento dos indivíduos que vivenciam a gestação. Pondera-se que estas estratégias são capazes de contribuir para a mudança do modelo de cuidado à saúde vigente.

Para isso, é preciso o desenvolvimento de um cuidado culturalmente competente, ou seja, um cuidado capaz de abranger os diversos valores, crenças e comportamentos, valorizando as diferenças e as práticas culturais (ARAGAW; YIGZAW; TETEMKE; AMLAK, 2015), em que os profissionais de saúde permitam-se aprender com os indivíduos e suas famílias. Um cuidado culturalmente competente é um cuidado sensível e respeitoso, que tem como base a rede de símbolos e significados que permeia o contexto cultural dos indivíduos (FEYER, 2012). Portanto, urge a necessidade de sensibilizar o profissional de saúde para que este possa desenvolver um cuidado, que não reduza à gestante ao seu corpo biológico e a descontextualize social e culturalmente. É preciso oferecer ações de cuidado que ultrapassem a racionalidade clínica e o paradigma patologizante e medicalizado, que desconsidera a multidimensionalidade do processo gestacional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese defendida nesta investigação é a de que o processo gestacional, em sua multidimensionalidade, pode ser concebido como um ritual de passagem, que não abrange apenas a mulher, mas também a família, a qual pode ser designada como “família grávida”. Durante a gestação, a família percebe a importância de fornecer cuidado, especialmente, à díade mãe-bebê e, com isso, desenvolve rituais de cuidado, que estão diretamente ligados às crenças, valores, tradições da rede familiar.

Para a defesa dessa tese, o objetivo delineado nesta investigação foi o de conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional. Para isso, utilizou-se a etnografia como técnica para a produção dos dados, a qual representou uma opção pertinente com o delineamento da pesquisa. Contudo, revelou-se como um desafio frente à inexperiência da doutoranda com o método. Logo, a utilização do método exigiu leitura e aprofundamento, como também em relação ao objeto de estudo escolhido, que apesar de representar uma temática de interesse da doutoranda, emergiu como um conhecimento novo, que demandou maior apropriação.

Nessa direção, é preciso destacar que a trajetória estabelecida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, desde o mestrado, somado às vivências no Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, na linha de pesquisa “Saberes e práticas em saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida” e às trocas com colegas, docentes e, especialmente, com a orientadora desta tese, permitiram o crescimento e o amadurecimento da pesquisadora, durante o percurso do doutorado e ao longo da produção dos dados. Portanto, pondera-se que o caminho trilhado até aqui ainda continua, mas que muito do que se conquistou e produziu, tem como base as experiências possibilitadas nesses espaços potencializadores de conhecimento.

Sob a perspectiva de enfermeira, este estudo permitiu que a pesquisadora reforçasse a sua concepção de que o conhecimento da cultura pode permitir que as ações de saúde sejam pensadas e planejadas em conjunto com os indivíduos, culturalmente congruentes com os seus contextos de vida. Com isso, ratificou-se a importância de conhecer os espaços de produção de saúde e, em especial, de desenvolvimento dos rituais de cuidado, os quais consistem, principalmente, no domicílio.

O domicílio é o local mais adequado para que os profissionais de saúde possam compreender o contexto de vida dos indivíduos e suas famílias. Neste ambiente, é possível

visualizar o que há de mais íntimo, particular e real da estrutura familiar. Neste, estão imbricados todos os fatores sociais e culturais que influenciam a visão de mundo e os valores, crenças, atitudes, percepções e condutas dos indivíduos.

Por conseguinte, acredita-se que a trajetória da doutoranda até o desenvolvimento desta tese, vêm contribuindo para que ela possa reafirmar a sua afinidade pelos estudos socioculturais na área da saúde da mulher. Assim, salienta-se que a sua aproximação com a antropologia tem oportunizado aprendizado a nível acadêmico, profissional e pessoal, pois vem auxiliando na ampliação do olhar sobre seus pacientes e sociedade em geral.

Nesse sentido, a antropologia da saúde e da doença tem contribuído profundamente para a formação da pesquisadora enquanto profissional da saúde, pois vem sensibilizando-a e tem proporcionado reflexões sobre o processo saúde-doença e sua relação com aspectos socioculturais. Com isso, ela tem percebido que seu conhecimento biológico, por si só, não é suficiente para entender a complexidade das vivências dos indivíduos e suas famílias.

Em se tratando dos rituais de cuidado no processo gestacional, é preciso destacar a literatura incipiente sobre o tema. Tal achado aponta para uma lacuna do conhecimento, especialmente na área da enfermagem, na qual identificam-se muitos estudos ressaltando a importância de ênfase aos aspectos culturais, mas, em contrapartida, pouca produção específica sobre estes.

Assim, é preciso destacar que, em quase todos os grupos culturais do mundo, existem cuidados de saúde apoiados em rituais. Logo, é necessário investir em pesquisas que possam abordar os rituais de cuidado, envolvendo diferentes indivíduos e eventos do ciclo vital.

Além disso, é preciso considerar que, muitas vezes, os rituais de cuidado podem ser conflitantes com as práticas profissionais. Logo, compreende-se que outras pesquisas, sob a perspectiva cultural, poderão contribuir para que o enfermeiro e os demais profissionais que assistem à mulher durante o processo gestacional possam estabelecer rituais de cuidado culturalmente congruentes.

Permanece, também, o desafio de buscar a compreensão dos significados que as famílias possuem acerca do processo gestacional e sua expressividade e, com isso, mediar saberes e práticas que incluam as singularidades e as subjetividades presentes nesse processo. Reforça-se a importância de ampliar a concepção sobre o processo gestacional, visualizando-o como um evento familiar, que envolve um grupo inserido em uma cultura específica, que a modula e que também é modulada por ela, e na qual estão presentes símbolos e significados sobre a gestação, bem como rituais de cuidado.

Cabe destacar, ainda, o papel da equipe de enfermeiras obstetras junto às famílias, durante toda a vivência desse processo. Ao assistir às famílias, nos seus próprios contextos de vida, elas desenvolveram um cuidado centrado nas mulheres e suas famílias. Diferente das lógicas verificadas nas instituições, em que os usuários precisam se ajustar às rotinas e procedimentos institucionais, foram as enfermeiras que se ajustaram aos contextos familiares. Com isso, muitas vezes, elas devem ter colocado em suspensão suas crenças, tradições e concepções pessoais, e centram-se sua atenção nas necessidades e expectativas da mulher e da família.

Verificou-se que as enfermeiras, frequentemente, incluíam as famílias, pois as compreendiam como aliadas para a evolução fisiológica do parto e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de um cuidado respeitoso e mais humanizado. Elas estimularam a autonomia e o empoderamento dos indivíduos, e adotaram uma postura profissional na qual prevalecia a responsabilidade compartilhada entre as famílias e a equipe.

Apesar da atuação destas profissionais não representar o foco deste estudo, é preciso destacar que o (a)(s) enfermeiro (a)(s) são peças-chave para a transformação da atenção obstétrica. Ele (a)(s) são capazes de compreender os processos de parto e nascimento além das questões biológicas, abrangendo a mulher e a família no seu todo, os quais estão inseridos em um contexto cultural com suas crenças e valores.

Portanto, reforça-se a necessidade de, no cuidado à família, durante o processo gestacional, conhecer e valorizar o seu contexto cultural, valores, crenças e rituais de cuidado, sob uma perspectiva de construção de um novo modelo de saúde. A compreensão e a valorização dos rituais de cuidado que abrangem o preparo para o parto podem representar o ponto crucial para que os profissionais de saúde possam se aproximar da cultura das famílias grávidas, ampliando sua visão de mundo e seu papel social, bem como desenvolvendo uma nova postura profissional.

Sugere-se a realização de estudos, envolvendo indivíduos e famílias de diferentes contextos culturais a partir da perspectiva dos rituais de cuidado. Como exemplo, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas acerca dos rituais de cuidado desenvolvidos em gestações de alto risco, considerando que as mulheres da pesquisa em questão, vivenciavam gestações de risco habitual. Ademais, é preciso considerar a ótica de famílias que não optaram pelo parto no domicílio e em situação financeira inferior e/ou condição de vulnerabilidade, entre as quais, os rituais de cuidado podem ser muito diferenciados frente aos revelados nesta produção.

Ressalta-se a obtenção pioneira de dados de saúde de famílias assistidas pela equipe de enfermeiras obstetras do município, considerando que inexistem pesquisas com este público, o qual é um grupo diferenciado que tem acesso à educação e aos serviços de saúde de forma mais facilitada que o restante da população. Ademais, é um estudo a partir do olhar dessas famílias, que além de serem cuidadas pela equipe, também desenvolvem os seus próprios cuidados.

Depreende-se que o conhecimento dos rituais de cuidado desenvolvidos no processo gestacional das famílias poderá auxiliar na compreensão quanto ao modo de viver e à cultura familiar, bem como fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam respeitar e valorizar estes rituais ao assistir à “família grávida” e, nesta direção, qualificar a atenção pré-natal. Nessa direção, almeja-se que o estudo possa promover a discussão quanto aos rituais de cuidado desenvolvidos durante o processo gestacional nas famílias. Considera-se que os rituais de cuidado representam questões culturais essenciais para o cuidado à “família grávida”, e que sua identificação e compreensão poderão contribuir para a prática do enfermeiro no cuidado humanizado à mulher e sua família.

Além disso, no ensino, pretende-se contribuir para a construção de conhecimento na área da Enfermagem e nas demais profissões que assistem à mulher e sua família, durante o processo gestacional, possibilitando a reflexão sobre a importância de valorizar as características culturais e as singularidades de cada contexto familiar. Assim, espera-se que esta tese oportunize a sensibilização, análise e reflexão dos profissionais de saúde acerca da interface entre cuidado e cultura, contribuindo, tanto para o aprofundamento da temática, quanto para a sua importância em auxiliar os indivíduos a transpor as experiências, eventos e situações, que abrangem o processo gestacional, o qual representa um dos maiores rituais de passagem no ciclo de desenvolvimento familiar.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E. O. Gestação na adolescência com enfoque no casal: movimento existencial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 457-64, 2011.
- ALVES, C. N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 265-271, 2015.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 120-8, 2007.
- BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. esp., p. 71-8, 2006.
- BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na Etnoenfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 698-702, 2005.
- BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.
- _____. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 90-6, 2002.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 16. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BORGES, M. S.; SHIMIZU, H. E.; PINHO, D. L. M. Representações sociais de parteiras e benzedeiras sobre o cuidado. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 257-263, 2009.
- BORGES, Z. N. **Cultura, saúde e educação: o ensino de antropologia para a área da saúde**. In: NIETSCHE, E. A. O processo educativo na formação e na prática dos profissionais de saúde: desafios, compromissos, utopias. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2009. p. 95-108.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: jun. 2013.
- BRÊTAS, J. R. S. et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 404-11, 2008.
- BUDÓ, M. L. D. et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 36-43, 2007.

CAIRO, C.; MARÍN, J. J. Clifford Geertz y el ensamble de um proyecto antropológico crítico. **Tabula Rasa**, n. 8, p. 15-41, 2008.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia Y Enfermería**, v. 16, n. 2, p. 115-25, 2010.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 214-7, 2005.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. 2. ed. Bauru: EDUSC, 2002.

DA MATTA, R. **Você tem cultura?** NAUI – Dinâmicas urbanas e patrimônio cultural. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: http://nau.ufsc.br/files/2010/09/DAMATTA_voce_tem_cultura.pdf Acesso em: 20 out. 2013.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá (PR): Eduem; 2004.

FAVA, S. M. C. L. et al. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-7, 2013.

FERNANDES, G. C. M. **Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Catarina, 2011. 244 p.

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

FIGUEIREDO, A. A. **Consumo da beleza e trabalho feminino: um estudo sobre rituais de cuidados pessoais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Administração. Rio de Janeiro, 2012. 134 p.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 137-45, 2007.

GAUDREAU, S.; MICHAUD, C. Cultural factors related to the maintenance of health behaviours in Algonquin women with a history of gestational diabetes. **Chronic Diseases and Injuries in Canada**, v. 32, n. 3, p. 140-148, 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. Ed. [reimpressão] Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GENNEP, A. V. **Os ritos de passagem**. [trad. Roberto da Matta]. 1. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 410-22, 1997.
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no Rio Grande do Sul**. Censo 2012.
- HELMAN, C. **Culture, health and illness: an introduction for health professionals**. [e-Pub]. 2a ed. Grã-Bretanha: Butterworth; 2014.
- HIGGINBOTTOM, G. M. A. et al. "I have to do what I believe": Sudanese women's beliefs and resistance to hegemonic practices at home and during experiences of maternity care in Canada. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 51, p. 1-10, 2013.
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Chapters 2 and 3. University of California Press, 1980.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados**. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2006.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2010.
- LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 24^a reimpr. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- LEANDRO, S. S. **Mulheres ciganas no sertão paraibano e a vivência no processo de gestação, parto e nascimento**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2008. 137 p.
- LEININGER, M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: LEININGER, M.; McFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. Second Edition. Jones and Bartlett: SUDBURY, M. A, 2006.
- _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- _____. **Qualitative research methods in nursing**. In: LEININGER, M. Ethnography and ethnonursing models and modes of qualitative data analysis. Orlando: Grune & Stratton, 1985. p. 33-71
- LEMOS, R. C. A. et al. Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 354-359, 2010.
- LIMA, E. C. et al. Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 354-61, 2008.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes; 1997.

MARCON, S. S.; ELSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 1, n. 1/2, p. 21-6, 1999.

MARTINS, L. A. et al. Inserção da família na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão sistemática. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 4, p.876-83, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MEIRA, R. B.; MEIRA, T. B.; SILVA, L. R.; MACEDO, E. C. Rede de apoio social durante a fase gestacional de mulheres. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. esp, p. 7024-33, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de triagem para a evidência de incorporação Saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-64, 2008.

MICHEL, T.; LENARDT, M. H. O trabalho de campo etnográfico em instituição de longa permanência para idosos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.17, n. 2, p. 375-80, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTICELLI, M. Abordagem cultural do nascimento como um rito de passagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 9, n. esp., 41-4, 1996.

MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 434-40, 2005.

MÜLLER, C. P.; ARAÚJO, V. E.; BONILHA, A. L. L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 858-65, 2007.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 79-82, 2002.

OKIYAMA, M. C. O.; MONTICELLI, M. Promovendo o autocuidado de famílias “grávidas”: uma aproximação entre a enfermeira e as famílias na fase de aquisição. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 89-94, 2005.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

OLIVEIRA, K. et al. Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 36-42, 2014.

PEIRANO, M. Temas ou Teorias? O estatuto das noções de ritual e de performance. **Campos**, v. 7, n. 2, p. 9-16, 2006.

PICCININI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n. 3, p. 303-14, 2004.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 739-44, 2009.

PIRES, R. R.; XIMENES, V. M.; NEPOMUCENO, B. B. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 31, n. 3, p. 507-521, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, A. T.; SANTOS, R. S.; PASCHOAL JÚNIOR, A. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: métodos de investigação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 14-22, 2003.

SANFELICE, C. et al. Crenças e práticas do período gestacional. **Saúde (Santa Maria)**, v. 39, n. 2, p. 3548, 2013.

SANTO, L. C. E.; SANTOS, F. S.; MORETTO, V. L. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério. In: OLIVEIRA, D. L. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**. Notas de Aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

SANTOS, A. C. B. et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista do NUFEN**, v. 4, n. 2, p. 11-21, 2012.

SASSÁ, A. H.; MARCON, S. S. Avaliação de famílias de bebês nascidos com muito baixo peso durante o cuidado domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 442-51, 2013.

SEIMA, M. D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 851-857, 2011.

SILVA, E. N. **Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Salvador, 2013. 188 p.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R. da. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 393-401, 2009.

- SILVA, R. A. Entre "artes" e "ciências": a noção de performance e drama no campo das ciências sociais. **Horizontes Antropológicos**, v. 11, n. 24, p. 25-65, 2005.
- SILVA, R. M. C. R. A. et al. Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1165-71, 2008.
- SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-70, 2005.
- SOUZA, T. A. et al. Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 4, p. 794-804, 2012.
- TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 205-21, 2011.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. M. D. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 2004.
- VAGHETTI, H. H.; PADILHA, H. H.; MAIA, A. R. C. O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares. **Cuadernos de Administración**, v.19, n. 32, p. 179-94, 2006.
- VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- ZANI, A. V. et al. Sentimentos vivenciados pela família de recém-nascido de risco: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 1, p. 269-78, 2013.
- ZEFERINO, M. T. et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 3, p. 345-0, 2008.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: guia para a avaliação e intervenção na família**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Roca; 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

Aspectos a serem observados:

1- O ambiente:

- conteúdo e localização dos itens no espaço;
- relação dos indivíduos com o espaço;
- modificações ao longo da observação;
- distância com relação ao pesquisador.

2- O comportamento dos indivíduos no grupo:

- postura corporal;
- as normas de conduta;
- os toques;
- o contato visual.

3- A linguagem:

- verbal e não verbal;
- o tom de voz;
- o vocabulário próprio.

4- As relações estabelecidas:

- entre os informantes;
- entre os informantes e a pesquisadora;
- o comportamento/participação da própria pesquisadora nos eventos observados;
- como as ações dos informantes se relacionam com o que eles falam.

5- O tempo em que ocorrem os processos observados:

- o tempo de duração do evento observado;
- a sequência dos eventos;
- os diferentes momentos das observações.

APÊNDICE B – Roteiro de Observação com alguma Participação

1) Identificação da família

Iniciais da gestante: _____ Idade: _____

Iniciais do companheiro: _____ Idade: _____

Iniciais de outros membros da família:

Grau de parentesco com a gestante: _____ Iniciais: _____ Idade: _____

Grau de parentesco com a gestante: _____ Iniciais: _____ Idade: _____

Grau de parentesco com a gestante: _____ Iniciais: _____ Idade: _____

Naturalidade dos membros da família - Tempo de residência (onde nasceram? Onde viveram?)

Há quanto tempo moram no município?)

Religião/crenças espirituais

Experiências anteriores com a gestação, parto e nascimento

Expectativas com relação à gestação, parto e nascimento

2) Dados obstétricos e neonatais :

G: Pv: Pc: A:

DUM:

DPP:

USG:

3) Rituais de Cuidado

- Rotina da família durante a gestação
- Familiares que mais têm participado da gestação (sequencia, papéis, palavras e gestos) e a participação que têm efetuado
- Cuidados familiares relacionados à gestante e ao bebê
- Comportamentos e significados relacionados à gestação (para a gestante/família)
- Participação dos outros filhos e papéis desempenhados
- Percepção de saúde e doença (o que fazem para manter a saúde, o que provoca doença e o que fazem para preveni-la)
- Profissionais/terapeutas envolvidos com a gestação e funções/papéis esperados
- Itinerário terapêutico (quem procuram, quando, onde, porque)

- Experiências anteriores com benzedeiras, vizinhos, curandeiras, parteiras ou outros especialistas populares e/ou do sistema profissional
- Disposições e arranjos efetuados no ambiente físico durante a gestação
- *Status* do bebê para a família
- *Status* da gestante para a família
- Rituais desenvolvidos durante a gestação
- Pessoas envolvidas nos rituais e suas funções
- Ações realizadas
- Horário, frequência e repetição dos rituais
- Símbolos utilizados e significados (vestimentas, alimentos, amuletos, orações, cantos, danças, etc.)
- Expressões, manifestações, desejos referidos/apresentados durante a realização dos rituais
- Sentimentos, manifestações, expressões verbais ou não verbais e demandas expressadas pela “família grávida” durante o transcurso da gestação
- Posturas/comportamentos adotadas pela “família grávida” durante a manifestação dos rituais
- Onde/com quem aprenderam os rituais
- Experiências anteriores com gestações e com rituais de cuidado ao bebê e à mãe

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

1. Vocês estavam planejando engravidar? E vocês desejavam engravidar?
2. Vocês realizaram algum preparativo para engravidar? Quais foram as pessoas envolvidas nestes preparativos e as suas funções? Quais foram as ações realizadas? Vocês utilizaram alguma vestimenta, alimento, amuleto, oração, canto, dança, etc? Por quê? Como foi, para vocês, realizar estes preparativos?
3. Como foi a descoberta da gravidez?
4. O que vocês sentiram/pensaram ao descobrir a gravidez?
5. O que vocês fizeram após a descoberta da gravidez? Realizaram ou passaram a realizar alguma atividade diferente da rotina?
6. Qual é o significado desta gravidez?
7. Esta gravidez modificou algo na vida da família?
8. Vocês se sentem uma “família grávida”?
9. Vocês precisaram realizar alguma alteração na rotina ou no domicílio devido à gravidez?
10. A família tem desenvolvido algum cuidado com a gestante e/ou o bebê? Quais?

**APÊNDICE D - Solicitação de autorização para realização do estudo ao Grupo Nascer
Sorrindo**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Santa Maria, 29 fevereiro de 2016.

Venho por meio deste, informar que Lisie Alende Prates, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), solicita realizar pesquisa de campo de sua Tese de Doutorado, com o apoio dos docentes do PPGENf da UFSM. Durante a realização da pesquisa, ela solicitará às gestantes e suas famílias a realização de observação participante da rotina destes indivíduos, além de entrevista relativa aos cuidados desenvolvidos no processo gestacional da família. A pesquisa está vinculada ao projeto de tese de doutorado intitulado: “Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico”.

Atenciosamente,



Profª Lúcia Beatriz Ressel
Professora Associada do Curso de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto de pesquisa: Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel – contato: (055) 3220-8263

Doutoranda: Enfa. Ms. Lisie Alende Prates – contato: (055)8427-6746

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de captação dos informantes: Grupo Nascer Sorrindo – Santa Maria, Rio Grande do Sul

Local de realização da pesquisa: Domicílios das gestantes e outros locais designados por elas

Informantes: gestantes e suas famílias

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. Fui convidada (o) para participar voluntariamente (sem receber nenhum auxílio financeiro) desta pesquisa. Sei que a pesquisa envolverá: 1) observações realizadas pela aluna (doutoranda) em diferentes ocasiões vivenciadas pela minha família; e 2) entrevistas comigo e com alguns integrantes da família. Fui esclarecida (o) do objetivo da pesquisa, que é conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional.

Fui informada (o) que tenho o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tenho direito. Fui avisada (o) de que os áudios das entrevistas serão gravados, mas não serão filmados, e os depoimentos de todas (os) as (os) informantes serão digitados. Os depoimentos serão gravados para que a doutoranda possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser.

Também foi esclarecido que, durante a digitação dos depoimentos, não vou ser identificada (o) pelo meu nome. Serei identificada (o) por um código definido pela doutoranda e isso vai garantir o meu anonimato, pois ninguém vai descobrir que sou eu e minha identificação vai ficar protegida. As informações produzidas nessa pesquisa serão utilizadas pela doutoranda em espaços acadêmicos, artigos científicos e também na forma de um relatório para o Grupo Nascer Sorrindo.

Os materiais obtidos com a pesquisa serão guardados por cinco anos na sala 1339, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa (professora Dra. Lúcia Beatriz Ressel) e, depois desse período, serão eliminados.

O local de realização da pesquisa será, principalmente, na minha casa, podendo também ocorrer em outros lugares determinados por mim e por minha família ao longo da pesquisa. Em todos esses momentos, fui informada (o) que a minha privacidade (intimidade) será respeitada.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Também fui avisada (o) que esta pesquisa pode me causar risco mínimo físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Mas foi destacado que alguns sentimentos podem surgir durante as visitas na minha casa para a realização da pesquisa, pois algumas conversas

podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar de alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro pode ser interrompido e retomado após eu me sentir melhor.

Fui avisada (o) que a doutoranda e a professora responsável irão divulgar os resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode se mostrar como um benefício indireto para mim, pois os profissionais da saúde poderão compreender os cuidados desenvolvidos durante o processo gestacional da família e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco.

Sei que após o esclarecimento de todas as informações, no caso de eu aceitar fazer parte dessa pesquisa, devo assinar ao final deste documento, que foi impresso em duas vias. Uma delas é minha e a outra é da pesquisadora responsável.

Por fim, se eu tiver dúvidas, poderei telefonar a cobrar para a doutoranda Lisie Alende Prates (telefone: (055)8427-6746).

Santa Maria, ____ de _____ de 2016.

Assinatura da (o) informante da pesquisa



Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE F – Termo de Confidencialidade

Título do projeto de pesquisa: Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel – contato: (055) 3220-8263

Doutoranda: Enfa. Ms. Lisie Alende Prates – contato: (055)8427-6746

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de captação dos informantes: Grupo Nascer Sorrindo – Santa Maria, Rio Grande do Sul

Local de realização da pesquisa: Domicílios das gestantes e outros locais designados por elas

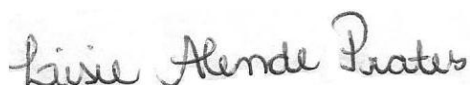
Informantes: gestantes e suas famílias

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos informantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de observação e entrevistas, nos seus domicílios e em outros locais que julgarem necessário. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1339 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da professora Lúcia Beatriz Ressel. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número CAAE

Santa Maria, 14 de abril de 2016.



Lisie Alende Prates

Doutoranda em Enfermagem



Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Grupo Nacer Sorrindo para participação da doutoranda nos encontros

Santa Maria, 3 de março de 2016.

Venho por meio deste, informar que autorizamos Lisie Alende Prates, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a participar dos encontros do Grupo Nacer Sorrindo, a fim de estabelecer contato e vínculo com as gestantes informantes para realização de sua pesquisa de campo referente ao projeto de Tese de Doutorado intitulado: “Rituais de cuidado desenvolvidos por famílias no processo gestacional: um estudo etnográfico”.. Estamos cientes de que, durante a realização da pesquisa, ela solicitará às gestantes e suas famílias a realização de observação participante da rotina destes indivíduos, além de entrevista relativa aos cuidados desenvolvidos no processo gestacional da família.

Atenciosamente, as integrantes do Grupo Nacer Sorrindo

Kelen da Costa Pompeu

Luana Kazniewski

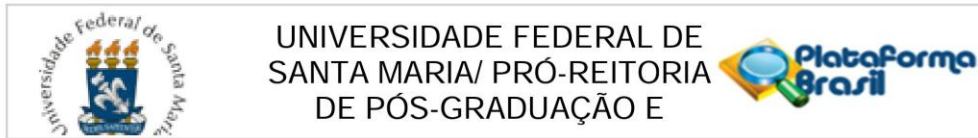
Amélia

Prates

Lizandra Flors Pimenta

Tomaz

ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RITUAIS DE CUIDADO OPERADOS POR FAMÍLIAS NO PROCESSO GESTACIONAL: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53928116.6.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.505.211

Apresentação do Projeto:

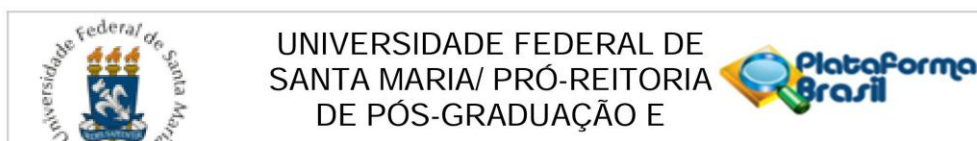
Projeto de tese vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM.

Apresenta como temática os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional e a identificação de como estes rituais se estruturam no processo gestacional da família. Trata-se de um estudo etnográfico, a ser desenvolvido com gestantes e suas famílias, em seus domicílios. Serão incluídas famílias de gestantes que estejam no primeiro trimestre da gravidez e que participam do Grupo Nascer Sorrindo, durante o ano de 2016. Prevê-se a participação de seis a 10 famílias, podendo abranger 12 a 15 informantes-chave e 20 a 25 informantes gerais. Será adotado o modelo de Observação-Participação-Reflexão (OPR), e também será utilizada a entrevista em profundidade e o diário de campo para registro dos dados. A análise será fundamentada na análise de dados da etnoenfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família no processo gestacional.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.505.211

Objetivos secundários: conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pela família em cada trimestre gestacional e analisar como esses rituais de cuidado são estruturados no universo cultural da família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta a seguinte descrição de riscos e benefícios:

"Também fui avisado que esta pesquisa pode me causar risco mínimo físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Mas foi destacado que alguns sentimentos podem surgir durante as visitas na minha casa para a realização da pesquisa, pois algumas conversas podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar de alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro pode ser interrompido e retomado após eu me sentir melhor.

Fui avisado que a doutoranda e a professora responsável irão divulgar os resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode se mostrar como um benefício indireto para mim, pois outros profissionais da saúde poderão compreender os cuidados desenvolvidos durante o processo gestacional da família e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco."

Acrescentar a esta descrição que o participante pode desistir de participar a qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

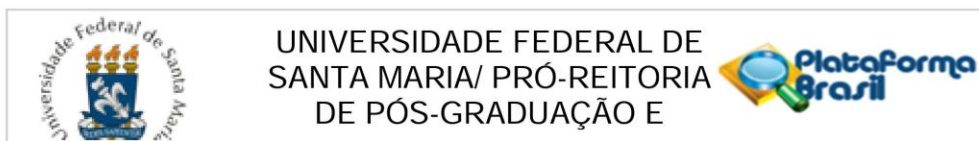
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

O e-mail do CEP que consta na nota de rodapé do TCLE está desatualizado.

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.505.211

DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

À descrição de risco acrescentar que o participante pode desistir de participar a qualquer momento.

O e-mail do CEP que consta na nota de rodapé do TCLE está desatualizado.

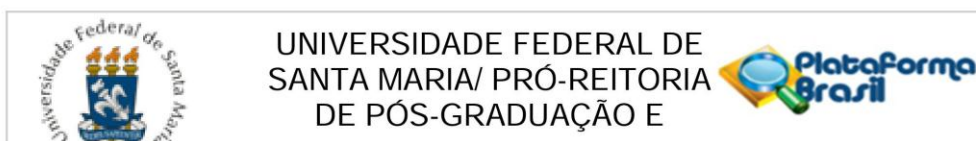
Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673462.pdf	14/04/2016 20:51:23		Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	14/04/2016 20:48:31	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento.pdf	14/04/2016 20:37:07	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/04/2016 20:36:46	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/04/2016 20:36:29	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 1.505.211

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/04/2016 20:36:08	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	06/03/2016 20:33:13	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	Solicitacao.pdf	06/03/2016 20:31:40	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	06/03/2016 20:30:47	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	Roteiroobs2.pdf	06/03/2016 20:26:17	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	Roteiroobs1.pdf	06/03/2016 20:25:49	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	06/03/2016 20:25:21	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	06/03/2016 20:19:40	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	SIE042371.pdf	03/03/2016 20:48:54	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 18 de Abril de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com