

Estágio em uma casa de parto do Japão: relato de experiência

Traineeship in a Japanese birth center: experience report
Pasantía en una casa de partos de Japón: relato de experiencia

Luiza Akiko Komura Hoga¹

Introdução

O Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de casas de parto ou centros de parto normal no país e instituiu o Projeto Casas de Parto e Maternidades-Modelo em consideração às experiências positivas de funcionamento desta modalidade de instituição (Brasil, 1999 a). Em seguida, divulgou a Portaria de Criação do Centro de Parto Normal, entendida como unidade de saúde prestadora de atendimento humanizado e de qualidade, destinada exclusivamente à assistência ao parto normal (Brasil, 1999 b).

São medidas que resultaram do trabalho desenvolvido por vários atores sociais visando reverter a situação precária da assistência ao nascimento e parto no contexto brasileiro. Desde então houve a implementação de casas de parto ou centros de parto normal em várias regiões brasileiras.

Modelos assistenciais específicos, sobretudo os inovadores, requerem avaliação contínua segundo diferentes perspectivas. Pressupõe-se que o conhecimento a respeito do cuidado oferecido em outras instituições possa trazer uma contribuição à ampliação do olhar a respeito das possibilidades de assistência realizada junto às gestantes e suas famílias nas casas de parto. A partir desta perspectiva, buscou-se conhecer as características do cuidado desenvolvido em casas de parto de outros contextos socioculturais. Com este objetivo, desenvolveu-se um estágio em uma casa de parto localizada no Japão, país em que este tipo de instituição não é nova e, até hoje, valorizada socialmente.

A crença de que o conhecimento da diversidade cultural ajuda a reconhecer melhor o que é próprio e promove a autocrítica das próprias práticas foi o que impulsionou o presente relato da assistência oferecida em uma Casa de Parto japonesa.

¹ Resultado de convênio de cooperação bilateral Universidade de São Paulo e Universidade Cidade de Osaka.

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. <kikatuca@usp.br>

O desenvolvimento do estágio

O estágio foi realizado em uma Casa de Parto localizada na Cidade de Osaka, Japão, no decorrer do mês de agosto de 2000, período em que foi possível acompanhar todas as atividades de assistência à mulher e sua família, durante o ciclo grávido e puerperal, desenvolvidas na instituição.

Dados históricos e conjunturais relativos à Casa de Parto

A Casa localiza-se em uma das maiores metrópoles daquele país. Dados de 1999 revelam que no Estado de Osaka habitavam 8.801.000 pessoas do total de 126.686.000 de japoneses (Health and Welfare Statistics Association, 2001).

A população japonesa conta com a proporção de 13,16 leitos hospitalares/1.000 habitantes (Government of Japan, 1999), o que retrata uma situação tranqüila em termos de disponibilidade de leitos para internação, em qualquer especialidade médica.

No Japão, tradicionalmente, por costume do país, a gestante sempre recebeu cuidados profissionais durante o ciclo grávido-puerperal em seu próprio domicílio. A prática de assistência ao parto no domicílio por parteira tradicional predominou até 1955, alguns anos após o término da Segunda Guerra Mundial, em agosto de 1945 (Ito, 1991). No ano de 1946, foi promulgada a Constituição do Japão, escrita sob grande influência americana. Esta Constituição determinou grandes mudanças nos costumes, até então vigentes, inclusive na área de assistência obstétrica (Ito, 1991). A gravidez passou a ser vista como uma condição que envolvia graus de risco e deveria ser realizada no contexto de internação em uma unidade de saúde, a partir daí, todos os partos, obrigatoriamente passaram a acontecer em instituições oficiais de saúde, inclusive em casas de parto.

Este fato fez com que as enfermeiras obstétricas que realizavam parto domiciliar, ficassem sem emprego, o que as levou a se unir. A associação profissional a que pertenciam solicitou ao governo japonês permissão para adequar suas casas e realizar os partos em suas residências. Assim, com esta reforma, passariam a ter recursos característicos de Unidades de Saúde que possibilitariam a internação. Os governantes atenderam à solicitação. A partir da década de 1960, resultou no aparecimento de muitas casas de parto.

Atualmente, no Estado de Osaka, existem 51 instituições intituladas casas de parto que são classificadas segundo os tipos de serviços que oferecem. Existem as que prestam assistência à mulher durante o ciclo grávido-puerperal e inclusive assistência ao parto com leitos disponíveis para internação. Outras prestam assistência de enfermagem no ciclo grávido-puerperal, porém não oferecem leitos para internação nem fazem partos; as mulheres que fazem seguimento pré-natal e puerperal nestas casas, buscam assistência ao parto nos hospitais. As demais casas oferecem serviços de consulta e assistência de enfermagem relativos ao cuidado neonatal e ao cuidado com a saúde na gravidez, parto e puerpério e saúde da mulher. Dentre as 51 Casas de parto existentes no Estado de Osaka, 21 dispõem de leitos para internação e prestam assistência ao parto (Japanese Midwife's Association, 1999).

No ano 2000, existiam 33 casas de parto na cidade de Osaka. Elas são distribuídas geograficamente em seus diversos bairros, muito tradicionais e conhecidas pela população. Famílias que têm preferência pela assistência em Casas de parto, buscam aquelas próximas de seus domicílios. Este é um costume que facilita o acesso das gestantes às casas e aos profissionais, e vice-versa, no momento das visitas domiciliares.

Ao participar de um encontro da Associação de Enfermeiras Obstétricas da cidade, foi



possível constatar que a assistência em casas de parto constitui um trabalho com envolvimento de outros membros da família que auxiliam nas tarefas afins, como o preparo das refeições e sua distribuição, entre outras ajudas. Embora exista um processo de aprendizado formal na escola, os conhecimentos relativos a esta profissão vão sendo transmitidos de uma geração a outra. Houve oportunidade de conhecer famílias em que três gerações de mulheres do mesmo clã trabalhavam juntas no exercício da enfermagem obstétrica na casa de parto da família.

Embora já exista uma tradição de meio século com enfermeiras obstétricas prestando assistência em casas de parto, há tendência de diminuição do número de profissionais que exercem atividades nesses locais. Dados de 1987, demonstram que naquele ano havia 5.489 enfermeiras obstétricas trabalhando em casas de parto e 14.075 em hospitais. Em 1998, a quantidade de profissionais atuando em casas de parto decresceu para 2.078 e aumentou para 16.944 o número de enfermeiras obstétricas que trabalham em hospitais (Japanese Nursing Council, 2000). No ano de 1986, 1.994 enfermeiras obstétricas eram donas de casas de parto no país (Okamoto, 1999).

As gestantes japonesas encontram grande facilidade de acesso aos serviços ofertados e fazem suas próprias escolhas em termos de assistência obstétrica, num leque de opções variado, incluindo hospitais, clínicas ou Casas de parto. Esta escolha é real, pois qualquer que seja a instituição prestadora do serviço de assistência obstétrica, esta é paga pela própria cliente. No Japão, as instituições governamentais não prestam assistência gratuita na área de obstetria pelo fato de a gestação e parto não serem considerados doenças (Aikawa et al., 1997).

A Casa onde o estágio foi realizado foi fundada no ano 9 da Era Showa², o que corresponde ao ano de 1934 da cronologia cristã, pela sogra da atual diretora, que também era enfermeira obstétrica. Situa-se num bairro de Osaka, perto de uma estação de trem, e as gestantes chegam, em geral, de bicicleta, de trem ou táxi. A Casa dispõe de algumas bicicletas e dois carros que são utilizados para visitas domiciliares.

A edificação é constituída de um prédio de três andares e dispõe de um pequeno jardim a sua frente. Na fachada há uma placa luminosa indicando o nome da Casa e o número do telefone. No "hall" de entrada estão dispostos bancos com almofadas, um telefone público, revistas e uma geladeira com bebidas que podem ser adquiridas com moedas. Nas paredes, estão fixados quadros com folhetos explicativos voltados à educação em saúde e, outro, com fotografias de mães com as crianças que nasceram ali.

No andar térreo, há uma sala utilizada para consulta pré-natal e consulta de retorno do binômio mãe-filho. Nela estão dispostas duas mesas de exames, sendo uma destinada para exame físico e realização de ultra-sonografia e a outra para monitoragem obstétrica. Dispõe também de aparelhos como o esfigmomanômetro, balança para adulto e recém-nascido, o Sonar Doppler, fita métrica, telefone, uma caixa registradora para guardar o dinheiro cobrado nas consultas e todos os impressos usados para registro dos dados das gestantes.

Na sala contígua fica a cozinha, onde são preparadas as refeições por uma pessoa contratada para esta finalidade, que são servidas às mulheres internadas e às profissionais. Os acompanhantes não recebem alimentação feita na Casa. Do outro lado do "hall", há uma pia para lavagem das mãos e um banheiro para uso da clientela. Próxima a ela, está a sala de parto. Para entrar, é necessário trocar os chinelo por outros. A sala dispõe de uma mesa de parto controlada eletronicamente, o que possibilita dispor a parturiente em diversas posições. Ao lado da mesa, há um acolchoado forrando

² A história do Japão é dividida em períodos correspondentes aos reinados dos imperadores. A era Showa foi de 1925 a 1989 (Aikawa et al., 1997).

o chão, onde a parturiente passa a fase final do período de dilatação. Estão disponíveis outros equipamentos como a monitoragem obstétrica, o Sonar Doppler, aspiradores para reanimação do recém-nascido, fonte de oxigênio e pia para lavagem e anti-sepsia das mãos e outra pia para o banho do recém-nascido.

Ao fundo do "hall" de entrada existem três quartos, cada qual com um leito, um berço, um sofá, criado-mudo e televisão destinados às puérperas, recém-nascidos e familiares. Perto dos quartos, há um banheiro com chuveiro para uso das mulheres internadas.

No primeiro andar, existe uma sala grande que é utilizada para sessões de educação para a saúde e ioga. Nesta sala, há uma estante contendo muitos livros e fitas de vídeo, aparelho de vídeo e televisão e uma mesa baixa. No mesmo andar, fica o quarto da diretora; no terceiro, o quarto que é ocupado pelas enfermeiras obstétricas que moram na Casa. As dependências são equipadas com aparelho de ar condicionado e o lixo produzido é coletado por um serviço especializado em coleta hospitalar.

Todo o trabalho de assistência obstétrica desenvolvido na Casa é realizado por seis enfermeiras obstétricas, três das quais moram na própria Casa, entre elas, a diretora, proprietária do estabelecimento. Esta se dedica integralmente às atividades da Casa. As enfermeiras que moram na Casa trabalham durante o dia ou à noite com direito a seis folgas mensais. As enfermeiras de tempo parcial cobrem os horários noturnos e as folgas de tempo integral. Há sempre três enfermeiras trabalhando durante a manhã e duas à tarde de segunda a sexta-feira; sempre há uma de plantão nos horários noturnos e finais de semana.

As atividades desenvolvidas na Casa ou associadas a ela incluem: assistência pré-natal, grupos de educação em saúde, ioga, hidroginástica, assistência ao parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, visita domiciliar e consulta de enfermagem de retorno do binômio mãe-filho.

A **assistência pré-natal** inicia-se depois que é constatado o atraso menstrual. Na primeira consulta, as gestantes preenchem um questionário auto-aplicado e o entregam à enfermeira obstétrica que o lê e começa a dar seqüência ao atendimento. A enfermeira completa a anamnese com uma entrevista e, em seguida, procede aos exames físico e obstétrico, com a mensuração do peso e altura da gestante, a altura uterina e a circunferência abdominal. A ausculta obstétrica é finalizada com a ultra-sonografia para o diagnóstico da idade gestacional.

Durante a anamnese, além do preenchimento dos itens constantes no questionário auto-aplicado, são feitas perguntas sobre hábitos de fumo, etilismo, costumes alimentares, principais preocupações, rotina diária, as características e duração do sono e repouso e complementação com dados dos demais familiares. Todas estas informações são registradas em um prontuário.

Ao final da primeira consulta, as gestantes são orientadas quanto ao custo da assistência pré-natal e quanto ao retorno. As gestantes pagam o equivalente a US\$ 50³ por consulta. A data do retorno é de escolha da própria gestante não havendo consulta agendada. As gestantes são atendidas por ordem de chegada, aguardam sua vez fazendo alguma leitura que fica à disposição delas.

A rotina do acompanhamento pré-natal é mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª e 36ª semanas e semanal entre a 36ª semana e o final da gravidez. As gestantes são orientadas a procurar um hospital, pois, segundo a legislação japonesa, todas devem ir três vezes ao hospital durante a gravidez, para fazer exames obrigatórios, laboratoriais e médicos. Elas devem ser examinadas por profissional médico na nona semana de gravidez, entre 27ª e 29ª semanas e entre a 34ª e 35ª semanas.

³ Para servir como parâmetro de comparação do valor monetário, esclarece-se que no Japão uma lata do refrigerante "Coca-cola" custa o equivalente a US\$ 1.



Nas consultas subseqüentes, são realizados o exame físico, a ausculta obstétrica e, na época apropriada, a monitoragem fetal. A ultra-sonografia obstétrica é realizada novamente sempre que isto for considerado necessário.

Os **grupos de educação em saúde** são realizados mensalmente. A freqüência às sessões grupais não é obrigatória e elas são abertas à participação dos maridos. Cada encontro têm a duração de cerca de cinquenta minutos e é desenvolvida na abordagem participativa. São fornecidas orientações gerais a respeito do período gestacional, puerperal e cuidados com os filhos. Os participantes do grupo têm a oportunidade de trocar idéias a respeito das experiências pessoais.

As **sessões de ioga** ocorrem semanalmente e duram cerca de uma hora. No início de cada sessão são dadas explicações preliminares sobre seus benefícios. A sessão é conduzida por meio de um vídeo que mostra os movimentos e posições da ioga e suas respectivas finalidades. Estas sessões podem ser freqüentadas por todas as gestantes que fazem acompanhamento pré-natal na instituição, e pela qual nenhum honorário é cobrado.

As **sessões de hidroginástica** acontecem duas vezes por semana, em uma academia localizada nas imediações. Os honorários para participação desta atividade são pagos diretamente à academia. Uma enfermeira da Casa vai à academia e verifica a pressão arterial das gestantes, antes e após a realização da sessão, que é conduzida por um professor de Educação Física.

A **assistência ao parto** é realizada quando a gestante entra em trabalho de parto. Em geral, chegam sem complicações obstétricas, pois durante a assistência pré-natal aquelas que apresentam algum problemas são encaminhadas aos serviços de maior complexidade. Dentre as 128 gestantes admitidas em trabalho de parto no ano de 1999, 12 (9,3%) foram encaminhadas a hospitais, dentre as quais oito foram submetidas à cesárea e quatro tiveram partos normais. A Casa tem um convênio formal com alguns hospitais de referência para onde são encaminhadas as gestantes e parturientes com complicações obstétricas.

No momento da admissão, a parturiente é examinada e notificada quanto as suas condições gerais e obstétricas e acomodada em um quarto, com o(a) acompanhante de escolha, em cujo recinto permanece até o final do período de dilatação.

Durante o trabalho de parto, a enfermeira faz o controle da dinâmica uterina a cada duas horas, a monitoragem obstétrica e o controle dos batimentos cardíofetais a cada hora, com maior freqüência em casos de alterações ou na aproximação do período expulsivo. Os toques vaginais são evitados ao máximo e sua freqüência é mínima. A ocitocina sintética para indução ou condução do trabalho de parto não é usada. A parturiente fica em companhia de seu acompanhante, em geral, o marido ou a mãe, cujas presenças são permitidas durante todo o processo. Eles são orientados a fazer massagens de relaxamento e alívio da dor; este procedimento é realizado também pela enfermeira.

A deambulação e alimentação são livres durante este período e a refeição é servida no próprio quarto. Não é feita tricotomia ou lavagem intestinal. As parturientes tomam banho de imersão, com água na temperatura entre 37 e 38 graus Celsius.

No final da fase de dilatação, a parturiente é levada à sala de parto e permanece sobre um acolchoado colocado no chão, até que entre no período expulsivo. Ela escolhe a posição de parto que deseja assumir e permanece sobre o acolchoado quando dá preferência à posição de cócoras. Se preferir a posição ginecológica, é colocada na mesa de parto, cujo controle eletrônico possibilita a escolha da posição que lhe seja confortável.

No momento do parto, a enfermeira prepara-se lavando as mãos, fazendo a anti-sepsia das mesmas, seguida pela colocação de luvas esterilizadas. Não são utilizados avental, gorro ou máscara. Campos esterilizados também não são usados. O recém-nascido é recepcionado por um campo atalhado, lavado e aquecido e o cordão umbilical é pinçado e cortado com tesoura. A Casa possui uma autoclave para esterilizar os materiais necessários e a caixa do parto é composta por pinças e tesoura. O coto umbilical é amarrado por um fio de algodão esterilizado.

A episiotomia não é feita, porque este procedimento não é permitido à enfermeira obstétrica, conforme a legislação japonesa. Durante o período que antecede o desprendimento cefálico, ela vai realizando um contínuo processo de proteção perineal e dando orientações sobre os esforços expulsivos e de respiração, de tal forma a favorecer o desprendimento o mais lento e gradual quanto possível.

O recém-nascido é aspirado, quando necessário com pera de borracha, seu peso é verificado e feita sua identificação, em seguida, é levado para junto da mãe. A credezação com instilação de uma gota de Nitrato de Prata é feita em cada olho e é dada uma solução contendo Vitamina K por via oral. Ele é banhado, vestido e fica em berço comum, no mesmo quarto da mãe. A Casa não usa incubadora para recém-nascidos.

Após o parto, aguarda-se a saída da placenta e a revisão do períneo é realizada. Nos casos em que ocorrem lacerações perineais, faz-se uma aproximação de mucosa por meio de um clipe de metal, que é apertado com um alicate e só retirado no dia seguinte. Terminada a assistência ao parto e os cuidados imediatos ao recém-nascido, ambos são encaminhados ao quarto, onde permanecem internados por cinco dias.

No primeiro dia de puerpério, a enfermeira prepara uma compressa morna e coloca sobre as mamas. Em seguida, inicia uma massagem com a finalidade de aumentar a circulação sangüínea na base da mama e drenar o colostro em direção ao mamilo. Diariamente pela manhã, a enfermeira faz a massagem das mamas, até o estabelecimento pleno do aleitamento materno.

Os cuidados com o recém-nascido também são explicados à mãe. Nos primeiros dias, as enfermeiras fazem a demonstração individualizada do banho e do curativo umbilical, nos dias que antecedem a alta, as mães são convidadas e incentivadas a banhar o recém-nascido e fazer o curativo do coto umbilical. Após cada banho, água açucarada é oferecida ao recém-nascido. O curativo do coto umbilical é feito com um anti-séptico e um pó secante, o fio de algodão que o amarra é trocado diariamente e o coto fica protegido por uma gaze. Em momento anterior à alta, o abdome da puérpera é enfaixado com um tecido; enquanto este procedimento é realizado, são explicadas suas finalidades. O cardápio da Casa é o usual da culinária japonesa, não tendo sido notada nenhuma restrição quanto à dieta alimentar.

A **visita domiciliar** é realizada uma semana após o retorno da puérpera a sua casa ou de sua mãe. Antes de sair para a visita, a enfermeira telefona para confirmar a presença e avisar sobre sua ida. Conforme a distância e as condições climáticas, o trajeto é percorrido de carro ou bicicleta e são levados balança para pesagem do recém-nascido, um aparelho para medir o grau de icterícia neonatal, o esfigmomanômetro, a fita métrica e o prontuário.

Realiza-se o exame físico do recém-nascido e verifica-se o peso, o grau de icterícia e calculado o ganho ponderal. A enfermeira vai esclarecendo os familiares sobre as condições do neonato e anotando os dados no prontuário. Questiona sobre o aleitamento e funcionamento intestinal; quando existe alguma dúvida ou problema, estes são esclarecidos. A puérpera é lembrada sobre a data de retorno à Casa para a consulta do



binômio mãe-filho.

A **consulta de enfermagem de retorno do binômio mãe-filho** na Casa ocorre cerca de um mês após o parto. A consulta é iniciada com questionamentos sobre o aleitamento materno, frequência e características das eliminações, seguida pelo exame físico de ambos. Realiza-se o cálculo do ganho de peso e esclarece todos os dados constatados. São fornecidas orientações relativas a dieta alimentar, aleitamento materno, função intestinal, exercícios físicos, retorno da atividade sexual, planejamento familiar e espaçamento dos filhos. Responde também aos questionamentos feitos pela puérpera ou sua mãe.

Os honorários são equivalentes aos dos hospitais (cerca de US\$ 2.500), relativos ao custo da assistência ao parto e internação. Não são cobrados honorários relativos à visita domiciliar, pois esta faz parte da assistência ao parto.

Quanto aos **aspectos do relacionamento interpessoal** estabelecido com as mulheres, percebeu-se uma grande atenção voltada à não-invasão do universo pessoal, incluindo o aspecto físico e o estilo de vida das gestantes. O toque corporal restringe-se ao estritamente necessário.

As profissionais mostram-se sempre atentas e tomam conta de todos os aspectos, desde os cuidados propriamente ditos até a manutenção da higiene e limpeza do ambiente. O espírito de cooperação está sempre presente; assim que uma enfermeira conclui sua atividade com uma gestante, imediatamente se dirige para auxiliar a colega que ainda esteja cuidando de alguém. A divisão nítida do trabalho não faz parte da cultura destas enfermeiras, pois todas estão aptas e prontas para executar todos os tipos de atividades.

Nas práticas e comportamentos do cuidar, notamos uma grande atenção voltada à preservação da privacidade das gestantes. Estas, por sua vez, assumem uma atitude de grande respeito ao que está sendo feito com elas ou orientado pelas profissionais tanto nas dependências da Casa como nas visitas domiciliares. Quando as gestantes dirigem a palavra às profissionais, este ato é realizado com muito respeito e com o objetivo de sanar alguma dúvida que tenha surgido.

Considerações finais

A análise da assistência prestada na casa evidencia que ela está mais próxima do modelo europeu de assistência obstétrica (Rattner, 1998), que se caracteriza por privilegiar o bem-estar da parturiente e seu recém-nascido, respeitar o processo fisiológico do parto, utilizar a tecnologia de forma apropriada e incentivar a presença dos acompanhantes, entre outros aspectos.

A ênfase recai na captação das particularidades individuais e na preocupação com o pleno atendimento destas necessidades. Este é um trabalho louvável e requer um grande preparo e dedicação profissional, tendo em vista que em cada cultura a forma de manifestação e a respectiva captação das demandas por cuidados pode ter muita variabilidade.

Percebemos clara preocupação em considerar a mulher como um ser com particularidades que demanda assistência individualizada. Notamos um forte desejo de preservação da mulher diante da conduta intervencionista do modelo biomédico e da hegemonia profissional que tendem a prevalecer nas grandes instituições de saúde. Esta identificação percebida confirma o pressuposto de Goer (1995) de que a obstetriz, como sempre denomina esta autora, já possui tradição de visualizar a gestação e o parto como eventos normais e que o binômio mãe-filho constitui centro do processo de



trabalho desta profissional.

Os dados deste trabalho indicam a necessidade de um conhecimento pleno da fisiologia do parto pela enfermeira obstétrica; que os dados precisam ser aprofundados por meio de pesquisas clínicas. Para a assistência em casa de parto ou centro de parto normal, é preciso ver a pessoa em sua integralidade e, sobretudo, como um ser sadio que poderá ou não apresentar complicações. Assim sendo, torna-se fundamental que os futuros profissionais que pretendem atuar nesses locais adquiram a concepção da gestação e do parto como fenômenos fisiológicos a que se associam todos os demais atributos do ser humano como os aspectos sociais, emocionais e culturais.

As casas de parto ou centros de parto normal assumem importância vital na formação das futuras gerações de profissionais, que com esse novo perfil poderão atuar com independência, baseados em pressupostos próprios e responder ética e legalmente pelos seus atos de forma mais explícita, o que contribuirá para que a profissão seja socialmente mais bem valorizada.

O cuidado oferecido na casa de parto japonesa condiz com a práxis material sensível que, em termos gerais, é entendida como aquela por meio da qual se produz um trabalho que satisfaz as próprias necessidades e, ao mesmo tempo, transforma-se, reproduzindo-se a si mesma. O ser humano define-se por sua atividade produtiva e, simultaneamente, é produto de seu próprio trabalho (Camargo, 1991).

A análise da assistência de enfermagem realizada com base no Guia Prático para Assistência ao Parto Normal (Organização Mundial da Saúde, 1996) indica que naquela Casa são seguidas as “*práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas*”, nos itens referentes à assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Os itens referentes às “*práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas*”, também não são realizadas nelas.

Percebeu-se que naquela instituição é oferecido um cuidado humanizado, que inclui relações profissionais/clientes, procedimentos técnicos, estrutura do serviço e relacionamento da equipe de profissionais. O produto final positivo destes itens resulta em uma assistência integral, com respeito à individualidade do ser humano considerando sua inserção social, sua bagagem cultural, suas crenças, valores e estilo de vida. Na esfera do parto e nascimento propriamente dito, existem alguns tópicos considerados essenciais à assistência. Enfatiza-se a importância do respeito à evolução fisiológica do parto, à individualidade da mulher, considerando-a como um ser com atributos físicos, sociais e emocionais e a visualização do parto como um evento da mulher e de sua família, no qual seja possível estar com a pessoa que se deseja no momento do parto (Rattner, 1998).

Mostraram-se evidentes o preparo e o grande envolvimento das profissionais ao tentar prestar um cuidado de qualidade a mulheres. Nessa perspectiva como pesquisadora fica a sensação de grande satisfação em ter compreendido e descrito, de forma sistematizada, um trabalho realizado com muito empenho pessoal e profissional, uma práxis verdadeiramente humana.

A descrição da assistência prestada em uma casa de parto japonesa pode auxiliar na ampliação do olhar e na autocrítica a respeito das práticas de cuidado desenvolvidas nas Casas de Parto e Centros de Parto Normal existentes no Brasil. Por outro lado, deve-se respeitar as diferenças, tendo em vista a diversidade cultural e socioeconômica de cada contexto.

Referências

AIKAWA, T.; AOYAGI, R.; ABE, M.; IKEMOTO, K.; ISHII, M.; IJIRI, K.; OGITA, M.; OKUNISHI, S.; KIMURA, T.; SAKUSA, K.; SATOU, Y.; SUGITO, S.; SEINO, M.; TAKAHASHI, M.; TAKEUCHI, J.; TANAKA, S.; CHINO, K.; NAKAMURA, Y.; HONDA, S.; MATSUDA, M.; YAMAZAKI, C. **Japan as it is**. Tokyo: Gakken Co, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 888/GM**, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo. Brasília, 1999a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 1 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 985/GM**, de 05 de agosto de 1999. Estabelece critérios para criar o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do SUS. Brasília, 1999b. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 1 jun. 2001.

CAMARGO, M. A. J. G. O conceito de prática. **Didática**, n.27, p.69-81, 1991.

GOER, H. **Obstetric myths versus research realities**. London: Bergin & Garvey, 1995.

GOVERNMENT OF JAPAN. **Statistical handbook of Japan: 1999**. Tokyo: Statistics Bureau Management and Coordination Agency, 1999.

HEALTH AND WELFARE STATISTICS ASSOCIATION. **Vital statistics in Japan**. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2001.

ITO, T. Nihon ni okeru kaiguio josampu no katsudoo: kakoo, guenzai to 21 seiki ee. (activities of midwife as independent practitioner in Japan: past, present and 21 century). **Josampu**, n.45, n.1, p.27-30, 1991.

JAPANESE MIDWIFE'S ASSOCIATION. **Birth house map in Japan**. Osaka: Coadekikaku, 1999.

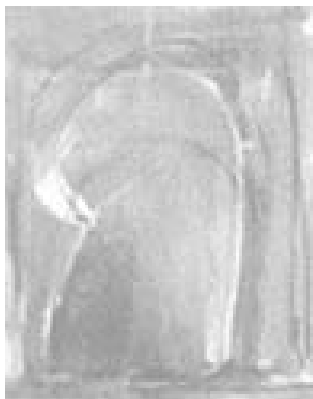
JAPANESE NURSING COUNCIL. **Statistical data on nursing service in Japan, 2000**. Tokyo: Association of Japanese Nursing Problems, 2000.

OKAMOTO, K. Josampu kakudoo no reshiki (History of midwives activities). **Perinatal Care** (special number), p.55-68, 1999.

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

RATTNER, D. Humanizando o nascimento e parto – o workshop. In: SEMINÁRIO ESTADUAL “QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 1998, Curitiba. **Síntese...** Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná, 1998. p.24-7.





An understanding of birth care as provided in other societies can promote self-criticism regarding our own professional practices. This article is a report on a traineeship held at a Japanese birth center, an institution offering pre-natal care, health education groups, yoga, water-exercise, birth and postpartum care, newborn care, home visits, and postpartum and newborn nursing consultations. The care principles guiding birth care at that institution are in line with the recommendations of the World Health Organization. They provide support for recommending the adoption of the methods that the birth center in question employs, subject to adapting them to specific socio-cultural contexts.

KEY-WORDS: birth. birth center. care. Japan.

O conhecimento da assistência ao parto desenvolvida em outras sociedades pode promover a autocrítica a respeito de nossas próprias práticas. Este artigo relata a experiência de um estágio desenvolvido em uma Casa de Parto do Japão. A Instituição oferece assistência pré-natal, grupo de educação em saúde, ioga, hidroginástica, assistência ao parto e puerpério, cuidado com o recém-nascido, visita domiciliar e consulta de enfermagem da puérpera e recém-nascido. Os princípios que norteiam a assistência desenvolvida naquela Casa, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, fornecem suporte para recomendar a adoção dos modos de cuidar ali desenvolvidos, com a necessária adaptação ao contexto sociocultural específico.

PALAVRAS-CHAVE: centro de parto normal. cuidado. Japão.

El conocimiento de la asistencia al parto desarrollada en otras sociedades promueve la autocrítica de las propias prácticas. Este artículo es un relato de una pasantía realizada en una Casa de Partos de Japón. La Institución ofrece asistencia prenatal, grupo de educación para la salud, yoga, hidrogimnasia, asistencia al parto y al puerperio, cuidado con el recién nacido, visita domiciliar y la consulta de enfermería a la puérpera y al recién nacido. Los principios que rigen la asistencia practicada en la Casa, en conformidad con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, proporcionan el soporte para recomendar la adopción de los modos de cuidar allí empleados, con la necesaria adaptación al contexto sociocultural específico.

PALABRAS CLAVE: parto. centro de parto normal. cuidado. Japón.

Recebido para publicação em: 04/10/04. Aprovado para publicação em: 01/11/05.