

Vivências de mulheres com o parto domiciliar: resgate por meio da história oral

Women's experiences with home birth: retrieval through history

Las experiencias de las mujeres con la casa del nacimiento: rescate por medio de la historia

Walkiria Paz Serres^I Greice Machado Pieszak^{II} Giovana Calcagno Gomes^{III} Lisie Alende Prates^{IV}
Andressa Peripolli Rodrigues^V

Resumo: Objetivo: resgatar as vivências de um grupo de mulheres a respeito do parto domiciliar. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada no domicílio de 11 mulheres que tiveram seus partos em ambiente domiciliar e que foram captadas a partir da técnica de amostragem em bola de neve. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2017, por meio de entrevista História Oral Temática. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** a parturição no domicílio mostrou-se envolta de representatividades, cuidados familiares, rituais e crenças populares, aliadas à atuação representativa da parteira. **Considerações Finais:** é preciso refletir a respeito dos modelos de assistência obstétrica, construídos ao longo dos anos, caracterizados pela perda gradativa do protagonismo e da autonomia da mulher e de sua família, como também incitar novas possibilidades de assistência ao parto, pautadas no cuidado cultural, humanizado, personificado e integral.

Descritores: Saúde da mulher; Parto domiciliar; Enfermagem

Abstract: Objective: to retrieve the experiences of a group of women regarding home birth. **Method:** qualitative, exploratory and descriptive study, performed in the household of 11 women who had had their deliveries in the home environment and whose acquisition occurred from the snowball sampling technique. The data collection occurred from August to October 2017, through Thematic Oral History interview. The data were submitted to thematic content analysis. **Results:** The parturition in the household was involved by representativeness, family care, rituals and popular beliefs, allied to the midwife's representative work. **Final thoughts:** it is necessary to reflect the concerns of the models of obstetric care, constructed over the years, characterized by the gradual loss of the lead role and autonomy of

^I Enfermeira. Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões, Santiago, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: walkiria.paz@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7092-6456>

^{II} Enfermeira. Docente. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: greicepieszak@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4980-3253>

^{III} Enfermeira. Docente. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2464-1537>

^{IV} Enfermeira. Docente. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lisiealende@hotmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5151-0292>

^V Enfermeira. Docente. Doutora em Enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha Campus Santo Ângelo, Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andressa.rodrigues@iffarroupilha.edu.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7599-4674>



women and their families, as well as encourage new possibilities to childbirth care, guided by the cultural, humanized, personified and integral care.

Descriptors: Women's health; Home childbirth; Nursing

Resumen: Objetivo: rescatar las experiencias de un grupo de mujeres con respecto a los partos en el domicilio.

Método: estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, realizado en el hogar de 11 mujeres que habían tenido sus partos en el hogar y que fueron captadas en la técnica de muestreo en bola de nieve. La recogida de datos se produjo durante los meses de agosto a octubre de 2017, por medio de entrevista de Historia Oral Temática. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** el parto en el hogar estaba cubierto de representatividades, el cuidado de la familia, rituales y creencias populares, aliado a la actuación representativa de la comadrona.

Consideraciones finales: es necesario reflejar las preocupaciones de los modelos de atención obstétrica, construidos a lo largo de los años, caracterizados por la pérdida gradual de activismo y la autonomía de las mujeres y sus familias, así como alentar nuevas posibilidades de la atención del parto, guiadas por el cuidado cultural, humanizado, personificado e integral.

Descriptor: Salud de la mujer; Parto domiciliario; Enfermería

Introdução

O parto pode ser representado como um evento natural, fisiológico, feminino e singular, que no passado ocorria no domicílio, com a presença das parteiras e amparado pelo contexto familiar. Gradualmente, foi transferido para o ambiente hospitalar e passou a ser marcado pelo desenvolvimento de rotinas e normas, que nem sempre valorizam o protagonismo e a autonomia feminina.¹ Com o avanço das evidências científicas, a assistência ao parto e nascimento deixou de se restringir apenas ao cenário hospitalar, abrangendo outros espaços, como o domicílio e as Casas ou Centros de Parto Normal.²

Contudo, apesar do incremento e reconhecimento desses outros locais e das ações governamentais a favor da humanização e da adoção de boas práticas, no Brasil, em 2017, ocorreram aproximadamente 2.878.089 milhões de nascimentos em ambiente hospitalar. Destes, 1.619.781 ocorreram pela via cirúrgica e 1.256.489 foram vaginais.³ No mesmo ano, no Rio Grande do Sul, os números foram semelhantes, de um total de 141.005 nascimentos, 88.951 foram cesarianas e 52.021 partos vaginais.⁴

Sob esta perspectiva, reconhece-se que as cesarianas, sob indicação real, contribuem para salvar vidas, porém do contrário, podem acarretar em riscos e no aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal.¹ Portanto, evidencia-se a utilização de práticas obstétricas intervencionistas e o abuso na realização de cesarianas, os quais consistem em grave transgressão dos direitos das mulheres.¹ Ademais, pondera-se que, por vezes, os procedimentos são realizados sem a permissão da gestante/parturiente, podendo configurar em violência obstétrica.¹

Com isso, mudanças têm sido propostas, nos ambientes em que ocorrem os nascimentos, na intenção de torná-los mais acolhedores.^{2,5} Ao mesmo tempo, revela-se a importância de resgatar o parto como um evento fisiológico, menos intervencionista e medicalizado.

Diante do exposto, infere-se que o resgate das perspectivas de mulheres em relação às vivências de seus partos domiciliares emerge como uma possibilidade de sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral a respeito de outros modelos de atenção ao parto e ao nascimento. Frente ao exposto, apresenta-se a questão de pesquisa que guiou este estudo: quais são as vivências de mulheres residentes no interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, a respeito do parto domiciliar? O estudo tem por objetivo resgatar as vivências de um grupo de mulheres a respeito do parto domiciliar.

Método

Estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo, realizado com 11 mulheres que tiveram seus partos em ambiente domiciliar e que residiam no interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O município de residência das participantes possui 11 Estratégias Saúde da Família (ESF) e para o desenvolvimento do estudo, optou-se pelo sorteio de uma ESF para captação das participantes. Ao acessar o serviço sorteado e esclarecer aos profissionais de saúde sobre os objetivos da pesquisa, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) indicaram a primeira

participante. Esta, por sua vez, indicou a segunda participante e, assim, sucessivamente, segundo a técnica de amostragem em bola de neve.⁶

Dentre os critérios de inclusão encontraram-se as mulheres que tiveram parto em ambiente domiciliar, sem limite etário e nem recorte temporal quanto à ocorrência dessa vivência. Não foram delimitados critérios de exclusão para as participantes. O número de entrevistas não foi predeterminado e para a interrupção da coleta de dados, adotou-se o critério de saturação dos dados⁷. Uma vez que a leitura e a interpretação dos discursos revelaram-se suficientes para a obtenção do objetivo da pesquisa.

Realizou-se contato com as mulheres indicadas pessoalmente e por meio de ligações telefônicas, com o intuito de convidá-las para participar do estudo. Todas as mulheres acessadas e convidadas aceitaram participar da pesquisa. Mediante o aceite foi realizado agendamento para realização da coleta dos dados por meio da técnica de História Oral Temática.⁸

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2017, no domicílio das participantes, e as entrevistas foram áudio gravadas e tiveram duração de 13 a 49 minutos. Previamente, utilizou-se um instrumento para caracterização das participantes e, na sequência, conduziu-se a entrevista a partir da questão: “Conte-me como foi desde a descoberta da gestação até o momento do parto e pós-parto”. Após a entrevista, os dados foram transcritos e agendado novo encontro com cada uma das participantes para validação dos dados, por meio da leitura das transcrições e textualização das suas histórias.⁸

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.⁹ Na primeira etapa, denominada de pré-análise, as entrevistas foram transcritas em formato *Word*, após, impressas para a realização da leitura flutuante e identificação das unidades de significação. A seguir, realizou-se a exploração do material por meio da categorização temática. Nesta fase, foram destacadas as falas, com diferentes cores. Por fim, desenvolveu-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes, emergindo três temas que serão abordados nos resultados.

As participantes foram identificadas pela letra “M”, que corresponde à inicial da palavra mulher e o número de ordem da entrevista, de modo a preservar suas identidades. As mulheres que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual foi lido e assinado antes de iniciar a entrevista, sendo também ofertada a carta de Cessão Gratuita de Direitos de Depoimento Oral e Compromisso Ético de Não Identificação do Depoente, ambos assinados pelas participantes e pesquisadoras.

Por se tratar de uma pesquisa que envolvia seres humanos, o projeto obedeceu às normas das resoluções 466/2012 e 510/200000016 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 02 de agosto de 2017, sob CAAE: 71334817.3.0000.5353.

Resultados e discussão

A faixa etária das participantes variou entre 64 e 87 anos. Em relação à escolaridade, dez das onze participantes possuíam ensino fundamental incompleto e uma delas não foi alfabetizada. No que tange à situação conjugal, sete eram viúvas, três casadas e uma divorciada. Quanto à renda, quatro eram aposentadas, quatro pensionistas (recebiam um salário mínimo), duas aposentadas e pensionistas (recebiam dois salários mínimos) e uma trabalhava e possuía renda de um salário mínimo.

Em se tratando da religião, cinco eram católicas e seis evangélicas. O número de gestações variou entre seis e dezesseis, sendo que o número de gestações não coincide com o número de partos domiciliares, pois algumas das participantes tiveram partos hospitalares ou abortos, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização das participantes com relação à idade, número total de gestações e de partos domiciliares. Santiago, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017.

Identificação da mulher	Idade	Nº total de gestações	Nº total de partos domiciliares
M1	78 anos	7	5
M2	87 anos	13	9
M3	64 anos	7	3
M4	76 anos	16	14
M5	76 anos	8	3
M6	76 anos	9	9
M7	80 anos	7	4
M8	74 anos	7	4
M9	75 anos	6	2
M10	77 anos	11	7
M11	83 anos	15	15

Após a análise dos dados⁹ emergiram três temas: “Em casa me sentia segura e não tinha medo de nada”: as representatividades do parto domiciliar; “Eu acho que sem ela eu não ganhava”: a atuação da parteira no processo de parturição e “Eles ficavam esperando, qualquer coisa estavam ali”: a participação da família no parto e no puerpério.

“Em casa me sentia segura e não tinha medo de nada”: as representatividades do parto domiciliar

O parto representa um ritual de passagem,¹⁰ que pode ser vivenciado pela mulher e sua família. Independente da via, modalidade ou local de nascimento, representa um evento biológico, imbuído de aspectos sociais, emocionais, subjetivos, espirituais e culturais. Quando ocorre no domicílio, apresenta representatividades específicas, atribuídas por cada mulher.

Em casa me sentia segura, não tinha medo de nada. (M4)

Quarenta e um anos eu tinha quando ganhei a [nome da filha] [...] parto normal em casa, só com a providência de Deus, sem nada. (M6)

Para ver como é, Deus que ajuda, porque se não fosse Deus como é que a gente ia passar? E se desse uma hemorragia? Se desse um problema no parto? O que ia acontecer com a gente? E a gente não pensava nisso. (M8)

Estão todos criados [filhos], graças a Deus, são bem sadios, todos nasceram em casa. (M11)

As mulheres manifestaram satisfação em parir no domicílio e atribuíram o auxílio de Deus como um aspecto relevante nesse processo. Sob a perspectiva cultural e simbólica,¹¹ a fé ou a espiritualidade representam elementos capazes de fornecer proteção e segurança. Portanto, infere-se que, diante da vivência do desconhecido ou inesperado no processo de parturição, a crença em Deus assumiu a representação daquele que poderia ampará-las e ajudá-las a obter um desfecho positivo.

Ainda, observou-se que a vivência do parto domiciliar foi representada pelos sinais de trabalho de parto. Estes foram simbolizados pelas dores das contrações e expressos como uma forma de adoecimento.

Eu estava muito ruim, muito doente e tive que ganhar. (M1)

Fazia horas que eu estava doente, horas e horas sentindo dor e não aguentava mais parar em pé. (M3)

Eu fiquei doente de tarde. Parecia que ia ganhar. (M8)

Quando eu adoecia era para ganhar. (M11)

A representação do parto como um processo de adoecimento revela a contextualização cultural deste evento.¹² Com isso, reflete os valores culturais de cada mulher a partir da atribuição de sentidos e significados às manifestações físicas e emocionais apresentadas durante o trabalho de parto e parto.

Estudos¹²⁻¹³ destacam que, para alguns grupos, o parto representa um evento dramático, marcado pela dor e pelo sofrimento físico. Autoras reforçam que essas representações abrangem uma visão cultural, que é difundida entre as mulheres, na sociedade e também na mídia.¹³ Para as participantes do presente do estudo, esse processo tem uma perspectiva patológica, que pode ser “controlada” e/ou “tratada” com o nascimento do bebê.

Logo, ao se referirem às dores das contrações, elas atribuem como algo suportável e, até mesmo, necessário. Portanto, apesar de reconhecerem como um evento marcado por cansaço,

dor e sofrimento físico, atribuem representações relativamente positivas à vivência, pois resulta no nascimento do bebê.

A mulher quando está se preparando para parir, quanto mais dor é melhor. (M2)

As dores são aquelas horríveis, que não tem consolo e dá uma cada vez mais forte que a outra e quando chega àquela hora, vem a dor forte, que o corpo se abre para o nenê nascer, aí tu grita e quando vê o bebê já está nos teus braços. (M6)

Nem era muita dor, tem umas que se queixam que é, mas não era muita, eu nunca tive. (M10)

A dor é igual uma cólica sabe? [...] uma “dorzinha” forte mesmo e cada vez mais forte, até que vem aquela dor para a criança nascer. (M11)

Frente aos relatos, pode-se inferir que a dor no trabalho de parto e parto pode se manifestar de diferentes maneiras, sendo influenciada pelo contexto cultural, em que foram elaborados e transmitidos valores, crenças, tradições e percepções.¹¹ Entretanto, no modelo tecnocrático e biomédico, instaurado na contemporaneidade, a dor passou a ser rejeitada¹⁴ e, com isso, instaurou-se um número cada vez mais elevado de cesarianas na tentativa de eliminar qualquer processo doloroso.¹

Apesar disso, as mulheres do presente estudo continuaram a vivenciar o trabalho de parto e parto no domicílio, em alguns casos, utilizando o alívio por meio de medidas não farmacológicas. Estas envolviam as massagens com óleo realizadas pelas parteiras, os movimentos da pelve que elas denominaram de “balancinho”, a oferta de chás e a própria deambulação.

Ela [parteira] chegava e ia arrumando para eu ganhar, eu ganhei com ela a primeira, ela balançava a gente para fazer as forças para ganhar e quando estava por ganhar ela dizia que a criança já iria nascer. (M1)

Ela [parteira] aquecia aquele azeite e passava na barriga, a ajuda que ela me dava era aquilo ali e o caldo da galinha crioula em casa, eles já cevavam

aquela galinha, preparavam e me traziam num copo para eu tomar, enquanto eu tomava quando estava em trabalho. (M5)

Ficava andando, caminhando, às vezes davam as dores fortes e eu me agarrava em uma cadeira, na cama, alguma coisa, ficava ali e passava aquela dor e dava outra. (M6)

Elas [parteiras] diziam, dá um “balancinho” nela e elas balançavam. Nem sei, mas ela sabia o jeito mais fácil de sair o bebê. (M9)

É possível verificar que estas parteiras apresentavam rituais¹⁰ de cuidados próprios para a assistência ao parto. Estes rituais ancoravam-se em saberes populares e tradicionais propagados entre gerações de parteiras, mas, principalmente, a partir de suas práticas no acompanhamento do trabalho de parto e parto de outras mulheres.¹⁵

Ademais, observa-se a possibilidade de a parteira ofertar, no domicílio, um cuidado mais individualizado e personalizado à mulher,¹⁶ utilizando recursos próprios da família, como o chá. Com isso, verifica-se o protagonismo exercido pela parteira nesse período, auxiliando, cuidando e acompanhando mulheres, crianças e famílias no processo de parto e nascimento. Portanto, o protagonismo desempenhado pelas parteiras contribui para o cuidado singular às mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, por meio de modos populares de cuidado.

“Eu acho que sem ela eu não ganhava”: a atuação da parteira no processo de parturição

A parteira emergiu nos depoimentos como uma figura fundamental para a vivência positiva do parto. Algumas, inclusive, se consideravam incapazes de parir sem a presença da mesma.

A sorte é que nunca fiquei machucada, a parteira era muito boa, eu melhorava rápido, eu acho que sem ela, eu não ganhava porque quando veio a outra parteira eu já estranhei, ela fazia o parto e ia embora e depois nos três dias seguidos, ela vinha ver como é que eu estava e dava banho na criança porque o trato era esse. (M1)

Trazia ela [parteira] e ela fazia o parto. (M5)

A gente ia antes que apertassem muito as dores, corriam buscar a parteira para que na hora que fosse ganhar o nenê ter a parteira junto. (M8)

A parteira foi mencionada como alguém imprescindível para a boa evolução e recuperação do parto, com a qual era estabelecido um forte vínculo. Nessa direção, estudo destaca a atuação representativa e importante da parteira tradicional no cenário de parturição, especialmente no passado, em que seu trabalho era valorizado e respeitado.¹⁷

Neste sentido, remete-se ao cenário atual de atenção obstétrica, que em alguns países, como a Irlanda, têm-se maternidades lideradas exclusivamente por parteiras.¹⁸ Estas atuam na assistência às mulheres de baixo risco, ofertando o cuidado seguro, por meio de critérios rigorosos para a transferência de parturientes em casos de necessidades.¹⁸ Tais ações resultam em baixos índices de complicações obstétricas e de intervenções sem respaldo científico.¹⁸

Entretanto, também foi possível verificar a influência das parteiras no processo parturitivo. Elas direcionavam a experiência de parturição destas mulheres a partir dos movimentos, da respiração e da posição a serem adotados durante o trabalho de parto e parto.

Ela [parteira] botava a gente em cima de uma caixa de madeira, só com o cóccix apoiado e a gente ficava escancarada e ela ficava ajudando, puxando, ajeitando. (M6)

Ela [parteira] tem que ir levando a gente, e a respiração não pode inspirar, tem que só expirar, não pode inspirar que daí ele [bebê] vem para cima e elas apertam aqui [região epigástrica], de modo que faça a criança descer, e cuidam lá em baixo [vagina] se a criança vem no jeito de nascer. (M7)

Ganhava na cama, porque ela dizia que quando passavam as dores a mulher descansava. (M8)

Ela [parteira] dizia para gente não abrir a boca, tinha que aguentar com a boca fechada, não podia porque se inspirasse, cada inspiração que dava, puxava ele [bebê] mais para cima. (M8)

Nos relatos, percebe-se que o poder de decisão era majoritariamente da parteira e a mulher seguia suas ordens, pois confiava na sua prática e saberes; apesar de estudos destacarem o parto domiciliar como um processo revestido pela autonomia e protagonismo da parturiente.^{15,19} Ademais, embora as participantes não reconhecessem como prejudiciais devido

às poucas evidências científicas conhecidas e existentes na época, algumas das condutas adotadas pelas parteiras que assistiram seus partos consistiam em práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que, no presente, recomenda-se que sejam eliminadas,²⁰ como o esforço de puxo prolongado e dirigido e o uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto. Outras práticas como a pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto e as manobras para o manejo do polo cefálico e manipulação ativa do feto no momento do parto, hoje são práticas sem evidências suficientes para apoiar sua recomendação.²⁰

Na mesma direção, constataram-se práticas, atualmente, reconhecidas como benéficas e recomendadas durante o trabalho de parto, como o contato precoce entre mãe e filho e a amamentação na primeira hora após o parto.²⁰ Nos relatos, as participantes destacam que, após o nascimento, a prioridade era realizar o banho e vestir o recém-nascido.

Quando nascia, ela [parteira] dava o banho primeiro e botava a roupinha na criança, depois que ela botava para mamar, mas naquele tempo as crianças não mamavam quase, porque eram uns três dias para descer o leite e aí davam chazinho, o leite do peito não sai assim tão logo. (M1)

0Depois que nascia dava o banho, trocava e amamentava, todos eles no peito. (M3)

Ela [parteira] banhava, botava a roupinha, enrolava e o bebê ia para cama e ficava no costadinho. (M4)

Levavam o nenezinho, botavam as roupinhas, botavam na minha cama junto comigo e ficava no meu braço, daí a poucas horas já estava mamando. (M5)

Ela [parteira] cortava o umbigo do nenê, dava banho e me entregava. (M10)

Percebe-se que a interação imediata entre mãe e filho e a própria amamentação não demandavam urgência para as parteiras. Todos os outros cuidados e etapas precediam o contato precoce entre a díade, uma vez que, possivelmente, nesse período, os benefícios destas práticas não eram conhecidos. Nesse contexto, vale ressaltar a importância da estimulação a lactação ainda no pós parto imediato, pelo contato pele a pele entre mãe e filho.²¹ Pois este período é o

ideal para iniciar e garantir a eficácia da amamentação, além de diminuir as taxas de internações hospitalares nos primeiros dias de vida.²¹ Conquanto, mesmo que conhecidos os seus benefícios de tal ação para a mãe e bebê, não se trata de uma prática realizada universalmente.²²

Constatou-se neste estudo, que a atuação das parteiras foi expressa de forma positiva pelas participantes, à semelhança de outras pesquisas.^{15,23} Essa percepção pode decorrer do atendimento diferenciado fornecido pelas parteiras,¹⁵ mas também porque, na época, elas eram conhecidas e indicadas por familiares e amigos, moravam próximo e cobravam um preço acessível para assistência ao parto.²³

“Eles ficavam esperando, qualquer coisa estavam ali”: a participação da família no parto e puerpério

A participação da família foi ressaltada como um aspecto importante na vivência das mulheres, especialmente, no pós-parto. A presença e a participação das mães, irmãs, sogras e do companheiro reforçam a ideia de que pessoas próximas e de escolha da parturiente são capazes de fornecer segurança e confiança.

O meu marido participava, ele fica junto e eu tinha minha mãe também, ela ia e eles ficavam esperando, qualquer coisa estavam ali. (M2)

A mãe no costado sempre, a mãe e a sogra, minha sogra me queria muito bem, meu sogro então. (M7)

Ele [marido] ficava passando a mão na minha cabeça, me acalmando, porque ele via que eu estava sofrendo. (M8)

Embora a família não apresentasse atuação específica durante o processo de parturição, sua presença era necessária para essa vivência. Autores de estudo sobre parto domiciliar planejado reforçam que a participação da família no parto contribui para o resgate da humanização no nascimento, implicando em maior segurança, tranquilidade e afeto para a mulher.²⁴ Assim, ratifica-se a importância de a família participar de todo o processo parturitivo,

uma vez que com a institucionalização do parto gradualmente houve o afastamento familiar, contribuindo para a artificialidade e desumanização do nascimento.²⁴

Em relação à recuperação pós-parto, as participantes descrevem cuidados, crenças, hábitos e costumes, orientados tanto pelas parteiras como pelos familiares. Dentre estes, ressaltam os alimentos que deveriam ser ingeridos e os cuidados nesse período.

A cabeça não podia lavar antes dos quarenta dias nem que ficasse suja, era muito perigoso dar uma “suspensão” para cabeça e matar, como dizia os antigos e minha mãe, que a sujeira não mata [risos] e a gente tem que aguentar e eu me cuidava muito, tinha muito medo, porque acontece tanta coisa. (M1)

O primeiro filho que eu ganhei eu morava com a minha sogra e ela era italiana e as italianas tinham essa tal de quarentena, dentro dos quarenta dias era para me cuidar, nem a cabeça era para lavar, não era para tomar banho mesmo, só se lavar. (M6)

Os quarenta dias não comia essas comidas grosseiras era um caldinho, uma sopinha de carne de galinha, só carne de galinha. (M7)

Um ano e pouco eles [filhos] mamaram, depois não, eu não tinha muito leite porque eu tive recaída em quase todos os partos deles. A recaída é assim: o leite diminui, porque a gente já levantava lidando, fazendo o serviço, porque não tinha quem fizesse, lavando roupa, puxando água de poço, porque naquela época não tinha nem água encanada, para lavar as roupinhas tinha que puxar a água do poço. (M9)

Os saberes populares ou familiares eram difundidos e valorizados entre as mulheres, que acreditavam que o não cumprimento das orientações poderia acarretar em algum resultado indesejado. Ainda hoje, muitas tradições e crendices populares se perpetuam, apesar do conhecimento e da difusão contínua de evidências científicas.

O parto e o nascimento representam eventos imbuídos de diferentes significados, são visualizados de formas distintas em cada grupo e/ou sociedade, segundo o contexto sociocultural

e familiar de cada mulher. Logo, entende-se que as crenças, orientações e restrições citadas pelas participantes possuem valor cultural para elas e suas famílias.

Considerações finais

Observou-se que o evento da parturição em ambiente domiciliar era envolto de várias representações, que englobavam desde a forma como era constatado o início do trabalho de parto, isto é, como um processo de adoecimento, até como a dor era vivenciada e aliviada por essas mulheres e suas parteiras. Nem sempre a mulher atuava como protagonista ou figura central desse processo, sendo a parteira valorizada e considerada como o centro do cuidado devido sua bagagem de conhecimento e prática, embora as participantes não tenham manifestado essa percepção.

A família se mostrava próxima e atenta às necessidades da parturiente e sua presença conferia segurança e tranquilidade à mulher. Além disso, eles também eram responsáveis pela propagação das crenças, saberes e tradições, especialmente, no que se refere aos cuidados durante o período puerperal.

Como limitações encontradas no estudo identificou-se as dificuldades das participantes ao rememorar as vivências devido à idade avançada, além do fato dos relatos dos familiares e outros indivíduos do contexto cultural e familiar das mulheres não terem sido privilegiados. Este fato mostra a necessidade de novas pesquisas envolvendo a rede familiar que vivenciou, junto à mulher, o processo parturitivo no domicílio, assim como os profissionais de saúde e as parteiras que as assistiram.

Dentre as implicações deste estudo, tem-se a possibilidade de resgatar as vivências de um grupo de mulheres sobre o parto domiciliar, modelo de atendimento que, atualmente, encontra-se à margem do sistema convencional de saúde, mas que, no passado, representava a primeira, senão a única, opção de nascimento. Com estes achados, espera-se fornecer reflexões a respeito

dos modelos de assistência obstétrica construídos ao longo dos anos, caracterizados pela perda gradativa do protagonismo e da autonomia da mulher e de sua família, como também incitar a importância de (re)pensar novas possibilidades de assistência ao parto, pautadas no cuidado cultural, humanizado, personificado e integral.

Referências

1. Matos GC, Demori CC, Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK, Gonçalves KD. Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2017 [acesso em 2017 out 29];9(2):393-400. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5052/pdf> doi:10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2017 abr 06]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
3. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Tabnet: nascidos vivos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 fev 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
4. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Tabnet: nascidos vivos. Rio Grande do Sul, RS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 fev 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
5. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 10];21(4):e20160366. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n4/pt_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366
6. Vinuto J. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jun 23];22(44):203-20. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cd8e/3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456.pdf>
7. Fusch PI, Ness LR. Are we there yet? Data saturation on qualitative research. Qualit Rep [Internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 16];20(9):1408-16. Disponível em: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf>
8. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2005.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Genneq AV. Os ritos de passagem. Petrópolis: Vozes; 2011.
11. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
12. Medeiros RMK, Grando BS. Análise do nascimento Bororo: aspectos culturais da dor de parto. Mundo Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 12];40(2):160-8. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/analise_nascimento_Bororo.pdf doi: 10.15343/0104-7809.20164002160168
13. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 12];36(N Esp):143-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0143.pdf>
14. Odent M. L’humanité peut-elle survivre à la médecine? Rio de Janeiro (RJ): Ground; 2016.
15. Guerra CS, Brito LPB, Moraes MN, Cordeiro RC, Araújo VS, Dias MD. The importance of care provided to women by traditional midwives during household childbirth. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 09];7(8):5214-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11795/14169>
16. Coddington R, Catling C, Homer CSE. From hospital to home: Australian midwives’ experiences of transitioning into publicly-funded home birth programs. Women Birth [Internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 13];30:70-6. Disponível em: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(16\)30074-9/pdf](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(16)30074-9/pdf) doi: 10.1016/j.wombi.2016.08.001
17. Cardoso MAS, Nascimento R. The dom and gift among midwives from Amapá: an ethnographic approach. Saude Soc. São Paulo [Internet]. 2019 [acesso em 2020 jan 16];28(1):235-49. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2019.v28n1/235-249/pt/> doi: 10.1590/S0104-12902019170010
18. Dencker A, Smith V, McCann C, Begley C. Midwife-led maternity care in Ireland – a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 18];17:101. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1285-9> doi: 10.1186/s12884-017-1285-9
19. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 16];38(1):64677. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164677.pdf>

20. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 2020 jan 16]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
21. Agudelo S, Gamboa O, Rodriguez F, Cala S, Gualdrón N, Obando E, et al. The effect of skin-to-skin contact at birth, early versus immediate, on the duration of exclusive human lactancy in full-term newborns treated at the Clínica Universidad de La Sabana: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 nov 18];17:521. Disponível em: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1587-7> doi: 10.1186/s13063-016-1587-7
22. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, Onis JV, Fernandez L, Raop PNS. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 nov 18];18:48. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1033-y> doi: 10.1186/s12887-018-1033-y
23. Leister N, Riesco MLG. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 12];22(1):166-74. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf
24. Frank TC, Pelloso SM. The perception of professionals regarding planned home birth. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 ago 12];34(1):22-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_03.pdf

Autor Correspondente

Andressa Peripolli Rodrigues

E-mail: andressa.rodrigues@iffarroupilha.edu.br

Endereço: Instituto Federal Farroupilha/ Campus Santo Ângelo (RS), Brasil

Contribuições de Autoria

1 – Walkiria Paz Serres

Concepção do projeto de pesquisa, desenvolvimento da pesquisa, coleta e análise dos dados, construção do artigo e revisão crítica do manuscrito.

2 – Greice Machado Pieszak

Planejamento, suporte e orientações para a concepção do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados, bem como a construção do relatório de pesquisa, elaboração do artigo e revisão crítica do manuscrito.

3 – Giovana Calgano Gomes

Suporte e orientações no desenvolvimento da pesquisa, na elaboração do artigo e na revisão crítica do manuscrito.

4 – Lisie Alende Prates

Suporte e orientações no desenvolvimento do projeto de pesquisa, na elaboração do artigo e na revisão crítica do manuscrito.

5- Andressa Peripolli Rodrigues

Suporte e orientações no desenvolvimento do projeto de pesquisa, na elaboração do artigo e na revisão crítica do manuscrito.

Como citar este artigo

Serres WP, Pieszak GM, Gomes, GC, Prates, LA, Rodrigues, AP. Vivências de mulheres com o parto domiciliar: resgate por meio da história oral. Rev. Enferm. UFSM. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e51: 1-18. DOI:<https://doi.org/10.5902/217976923484>