

42 24 69

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ROSIMERY BARÃO KRUNO

PARTO DOMICILIAR NA VOZ DAS MULHERES

Uma Perspectiva à Luz da Humanização

Porto Alegre

2004

ROSIMERY BARÃO KRUNO

PARTO DOMICILIAR NA VOZ DAS MULHERES
Uma Perspectiva à Luz da Humanização

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre

2004

ENF
T
444 K94p

05123838

[000422469] Kruno, Rosimery Barão. Parto domiciliar na voz das mulheres : uma perspectiva à luz da humanização. 2004. 105 f.

T 444	<p>K94p Kruno, Rosimery Barão Parto domiciliar na voz das mulheres : uma perspectiva à luz da humanização / Rosimery Barão Kruno ; orient. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2004. 106 f. : il. color.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2004.</p> <p>1. Parto domiciliar: enfermagem. 2. Mulheres. 3. Humanização do parto. I. Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi. II. Título.</p> <p style="text-align: right;">LHSN: 446 NLM: WQ 155</p>
----------	---

Catlogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

BIBLIOTECA
Escola de UFRGS
Reg. n.º 862
Porto Alegre, 13.08.04

ROSIMERY BARÃO KRUNO

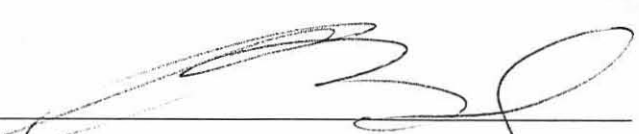
PARTO DOMICILIAR NA VOZ DAS MULHERES

Uma Perspectiva à Luz da Humanização

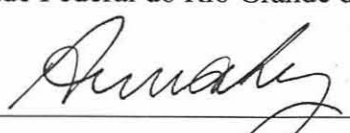
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 5 de maio de 2004.

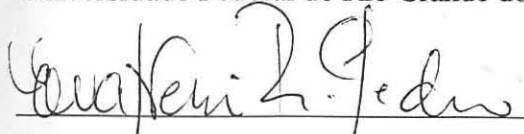
BANCA EXAMINADORA



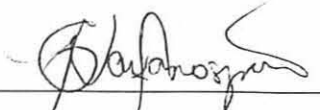
Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Prof. Dra. Anna Maria Hecker Luz
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Prof. Dra. Eva Neri Rubin Pedro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



Prof. Dra. Elizete Navas Sanches Próspero
Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI - SC



“Algum dia, quando tivermos dominado os ventos, as ondas, as marés e a gravidade... utilizaremos as energias do amor. Então, pela Segunda vez na história do mundo, o homem descobrirá o fogo” (Chardin apud Weber, 1986, p. 163)

AGRADECIMENTOS

À Inteligência Criativa e Amorosa que reside no íntimo de cada um de nós e que me inspirou;

Aos meus pais: o primeiro impulso.

Ao meu grande companheiro, amor e amigo: Ramiro.

À expressão máxima de meu amor na Terra: meus filhos Raphael e Ryam.

À minha sogra, por cuidar de meus filhos, nas horas infindáveis, à frente do computador.

À colega Isolda, pela prestatividade em realizar “trocas”, para que eu conseguisse assistir as aulas do mestrado.

À minha orientadora, Prof.a. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, por ter oportunizado meu crescimento profissional, por ter mostrado caminhos, pela atenção e carinho.

Às equipes que realizam partos domiciliares –“pontos de mutação” em nossa sociedade, pelas indicações.

Às mulheres maravilhosas que abriram seus corações e concederam seu tempo para contarem suas vivências de partos domiciliares, tornando possível esse trabalho.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, cujo objetivo foi conhecer as vivências, preparação, sentimentos e motivações de mulheres que optaram por partos domiciliares. Participaram da pesquisa dez mulheres que tiveram, pelo menos, uma experiência de parto domiciliar, em Porto Alegre, nos últimos cinco anos. As informações foram coletadas por meio de entrevista semi-estruturada e analisadas segundo a proposta de Minayo, sendo organizadas em quatro grupos: motivações (decisão, influência familiar); preparação (preparo pessoal, do ambiente); sentimentos (vulnerabilidades, fragilidades, medos); vivências (resgate da força feminina, parto e transformação pessoal, filhos). Os dados indicam que as mulheres que optaram por partos domiciliares não aceitam o que o sistema hospitalar atualmente oferece às parturientes e reconhecem que, para algumas, o parto hospitalar é a melhor opção, seja por questões que envolvem decisões pessoais ou de saúde.

Descritores: parto domiciliar; mulheres; humanização do parto.

RESUMEN

Tratase de un estudio descriptivo exploratorio, cuyo objetivo fue conocer a las vivencias, preparación, sentimientos y motivaciones de las mujeres que eligieron parto en casa. Participaron de esta investigación diez mujeres que tuvieron, por lo menos, una experiencia de parto en casa en Porto Alegre, Brasil, en los últimos cinco años. Las informaciones fueron colectadas por medio de entrevista semi-estructurada y analizadas a través de la propuesta de Minayo. Fueron entonces clasificadas en cuatro grupos: motivaciones (decisión, influencia familiar); preparación (preparo personal y del ambiente); sentimientos (vulnerabilidades, fragilidades, miedos); experiencias de vida (rescate de la fuerza femenina, parto y transformación personal, hijos). Los datos indican que las mujeres, que eligieron parto en casa, no aceptan lo que el sistema hospitalar ofrece a las parturientas actualmente pero reconocen que, para algunas mujeres, el parto hospitalar es la mejor opción para ellas, sea por razones que envuelven decisiones personales o de salud.

Descriptores: parto domiciliario; enfermería; mujeres; humanización del parto.

Título: Parto domiciliado en la voz de las mujeres: una perspectiva a la luz de la humanización.

ABSTRACT

This paper is about a descriptive exploratory study undertaken with the objective of getting acquainted with life experiences, preparation, feelings and motivations of women who opted for home delivery. The subjects of the research comprised ten women who had at least one experience of home delivery in Porto Alegre, Brazil, in the last five years. Semi-structured interviews supplied all of the information that was analyzed according to Minayo's proposal and classified into four groups: motivations (decision, family influence); preparation (personal and environmental preparation); feelings (vulnerabilities, fragilities, fears); life experiences (rescue of women's strength, delivery and personal change, children). The data indicate that the women, who opted for home delivery, do not accept what the hospital system offers to women in labor at present but they do recognize that, for a few women, hospital delivery is the best choice for them, be it for reasons that involve personal decisions or health ones.

Descriptors: *home childbirth; nursing; women; humanizing delivery.*

Title: *Home delivery as voiced by women: a perspective in the light of humanization.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Delineamento do tema e motivação.....	10
1.2	O caminho profissional.....	14
2	A EVOLUÇÃO DO PARTO.....	18
2.1	O parto: da antigüidade aos dias de hoje.....	18
2.2	Tecnologia e intervenção: o predomínio do paradigma vigente.....	25
2.3	Humanização: o nascimento de um paradigma emergente.....	28
2.4	Parto domiciliar na visão de alguns autores.....	31
3	METODOLOGIA.....	37
3.1	Opção metodológica.....	37
3.2	Tipo de estudo.....	38
3.3	Coleta de dados.....	38
3.4	Local do estudo e participantes.....	39
3.5	Aspectos éticos.....	41
3.6	Análise das informações.....	42
4	PARTO DOMICILIAR NA VOZ DAS MULHERES.....	44
4.1	As motivações para um parto domiciliar.....	44
4.1.1	A decisão.....	44
4.1.2	A influência da história de parto na família e a posição desta em relação ao parto domiciliar.....	56

4.2 A preparação.....	60
4.2.1 O preparo pessoal.....	62
4.2.2 O preparo do ambiente: a construção do ninho.....	66
4.3 Os sentimentos.....	70
4.3.1 A vulnerabilidade e a fragilidade.....	71
4.3.2 Os medos.....	74
4.4 As vivências.....	77
4.4.1 Resgatando a força do feminino, do ser mulher.....	77
4.4.2 O parto como veículo de transformação pessoal.....	80
4.4.3 Os filhos do parto domiciliar.....	81
4.4.4 Complementando os relatos de partos na voz das mulheres.....	84
5 SÍNTESE E REFLEXÕES.....	89
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICE - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	103
ANEXO A- Comitê de ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.....	104
ANEXO B- Comitê de ética da Universidade Federal do Rio do Grande do Sul.....	105

1 INTRODUÇÃO

O parto domiciliar já foi uma realidade predominante em nosso país, especialmente antes da Segunda guerra mundial. Na década de cinquenta, cerca de 55% dos partos ainda eram domiciliares (MEIRA, 2002). No mundo, a institucionalização do parto, tornou-se evidente a partir da década de trinta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 1996).

Os fatores que contribuíram para que a institucionalização do parto ocorresse, no Brasil, foram: a propagação das escolas de Medicina e Cirurgia, novos conhecimentos sobre assepsia, antibióticoterapia, anestesia e as altas taxas de mortalidade materna e neonatal (WESSHEIMER, 2002).

1.1 Delineamento do tema e motivação

A partir dos anos 70, a Obstetrícia evoluiu vertiginosamente. O modelo biomédico brasileiro adotou os moldes americanos de assistência ao parto. A academia passou a dar ênfase ao diagnóstico por meio de uma tecnologia vanguardista, fascinando estudantes de Medicina e de Enfermagem, profissionais experientes e usuárias. O surgimento da ultrasonografia permitiu a detecção precoce de malformações fetais, bem como, o prazer de visualizar o bebê, ainda intra-útero, antecipando a descoberta do sexo e a escolha do nome; a monitorização ante e intra-parto, cujos gráficos servem para traçar o bem-estar fetal e a quantidade e eficiência das contrações uterinas, passou a decidir o destino imediato da via de parto, diante de qualquer alteração. O fórceps, como instrumento de alívio aos períodos

expulsivos prolongados e exaustivos, tornou-se fiel auxiliar também em cesarianas, permitindo incisões minúsculas, em benefício estético das mulheres, e do conceito, que passa por uma estreita passagem imitando o canal vaginal; e os ocitócitos, em bombas de infusão, vieram abreviar o tempo de trabalho de parto, deixando as contrações mais eficientes e ritmadas.

Com o tempo, conforme observa Carneiro (1999), houve uma supervalorização dos riscos e uma subestimação da capacidade da mulher em parir sem necessitar de todo o aparato tecnológico. Dessa forma, os significados emocionais, afetivos e existenciais do parto foram substituídos pela promessa, por parte dos profissionais, do controle de todos os riscos e perigos da parturição.

Os resultados dessa tecnologia são impressionantes, a mulher acredita não ser capaz de dar à luz sem intervenção, sem anestésicos e ser a cesárea a opção mais segura para ela e seu bebê (DINIZ, 1996).

Em minha prática profissional, como enfermeira obstetra de um hospital privado, atuando há mais de uma década em centro obstétrico, constatei a preferência de algumas mulheres pela cesariana, que acreditavam ser mais segura para elas e seus bebês e relatavam que esse procedimento poderia poupá-las do sofrimento das dores do trabalho de parto. Da mesma forma, algumas gestantes também escolhiam a cesariana por conveniência própria, do tipo: o filho nascer no final de semana, nascer no dia do aniversário de um parente querido, entre outras. Por outro lado, muitos obstetras com quem conversei informalmente, reclamavam que os convênios de Saúde remuneravam muito pouco por um parto, não sendo conveniente substituir as horas do consultório por horas em acompanhamento, nos trabalhos de partos.

Conforme dados referentes a 2004, no SUS (Sistema Único de Saúde), um médico recebe ao redor de R\$ 387,30 por uma cesariana e R\$ 263,49 por um parto vaginal; nos

convênios, o valor por uma cesariana fica em torno de R\$ 1 mil, sendo que para o parto vaginal esse valor cai para R\$ 600,00¹

Esses dados demonstram a permanência da vantagem financeira da cesariana em relação ao parto vaginal, embora o governo tenha limitado o pagamento dos partos cirúrgicos pelo SUS, a partir de 1998. Diante desse quadro, o índice de cesarianas chegava a ser de aproximadamente 74 % / mês de todos os nascimentos registrados naquele hospital².

Não menos preocupante que o índice elevado de cesarianas era o de partos vaginais com analgesias (próximo a 100% dos partos atendidos) e todas as demais intercorrências decorrentes (sofrimento fetal agudo, passividade materna no período expulsivo, hipotensão súbita, entre outras).

Nesse contexto, percebi em muitas parturientes uma certa apatia ou inexpressividade emocional em relação ao nascimento de seus filhos. Especialmente entre as cesariadas, notava-se uma espécie de prorrogação do vínculo com o recém-nascido, já que, em geral, essas mulheres encontravam-se sob efeito anestésico ou de opióides, logo após a cirurgia, devidos à dor e/ou ao estado de tensão prévios.

Preocupada com essas observações, que ocorriam no cotidiano de minha prática profissional, procurei engajar-me nas questões de humanização do parto e nascimento, vinculando-me à Rede pela Humanização do Parto e Nascimento³ de Porto Alegre, filiando-me às Amigas do Parto através da Internet, lendo autores afins às idéias de humanização do parto, como Michel Odent, Frederick Leboyer, Ruth Osava, entre outros e participando de grupos de estudos, seminários e palestras. Foi então que tomei conhecimento de formas de parto e nascimento muito diferentes daquelas que eu estava acostumada a ver no hospital.

¹ <http://www.amigasdoparto.com.br>

² Conforme dados estatísticos realizados, mensalmente, pela equipe Técnica do Centro Obstétrico desse hospital, correspondentes ao ano de 2002 (Fonte a partir do livro de registros de nascimentos).

³ Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Órgão não governamental, criado em 1993.

Em uma dessas reuniões, tive a oportunidade de ouvir relatos de dois casais que tiveram partos domiciliares por opção (que não são os mesmos deste estudo) e percebi uma riqueza de sentimentos que envolviam suas palavras, ao relatarem suas vivências. Percebi obstetras com um discurso altruísta e apaixonado pelo nascimento sem intervenções. Inevitavelmente, pensei logo nos riscos, nas correrias para as salas de cesariana diante dos sofrimentos fetais agudos, dos períodos expulsivos complicados, dos recursos que poderiam faltar para um parto em casa.

A partir de então, fiquei profundamente interessada em conhecer, ainda mais, as mulheres que abdicaram de todas as ofertas hospitalares, dos sistemas de hotelaria atraentes disponíveis nos hospitais privados, das analgesias e das cesarianas, em troca de uma experiência singular que é dar à luz em casa. Elas também se diferenciavam daquelas mulheres de baixo poder aquisitivo que acabam tendo um parto, em casa, por falta de vagas nos hospitais da rede pública, acompanhadas por leigos e em condições precárias. Fizeram a opção por um parto domiciliar, possuindo aparentemente, um poder aquisitivo diferenciado e seus partos foram planejados e acompanhados pelo mesmo médico responsável pelo pré-natal.

Dessa forma, este estudo teve como propósito conhecer como foram as vivências de partos domiciliares dessas mulheres, os motivos que envolveram essa escolha, bem como a preparação e os seus sentimentos. Pareceu-me relevante conhecer este grupo de mulheres, já que elas se diferenciam muito do perfil de gestantes que eu estava acostumada a atender naquele hospital privado, onde a predominância eram as cesarianas, e, por isso, reportavam-me aos partos domiciliares europeus realizados por enfermeiras obstetras ou parteiras oficializadas. Acredito que os relatos das participantes deste estudo possam gerar reflexões a todos os profissionais atuantes na área obstétrica, bem como contribuir para o

desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem mais humanizada, mesmo nos centros obstétricos onde predomine o modelo intervencionista de atendimento ao parto.

1.2 O caminho profissional

O parto e o nascimento sempre foram temas que me fascinaram. Ainda na adolescência, colecionava revistas que tratavam desses assuntos. A Enfermagem fundamentou meus tenros conhecimentos e não foi difícil perceber, desde cedo, meu caminho profissional.

Meu primeiro contato com um centro obstétrico ocorreu no terceiro semestre de Enfermagem, por volta de 1987, em um Hospital Universitário de Porto Alegre, onde se desenvolviam os estágios dos acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Essa época coincidiu com uma frequência acentuada de partos de cócoras, assistidos por alguns médicos residentes, possibilitando-me conhecer as duas formas de partejar: uma, voltada para o modelo americano, tecnológico e intervencionista; outra, voltada para um modelo humanizado, naturalista. Assisti a diversos partos de cócoras, realizados em uma cadeira especial que fora construída para esse fim e projetada pelos próprios médicos residentes.

Desde então, nunca mais me desvinculei da Obstetrícia, realizando estágios voluntários naquele mesmo centro obstétrico, no transcorrer de minha Graduação. Logo após formada, ingressei na Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, pela UFRGS, e aprendi a fazer partos. No entanto, meu aprendizado estava centrado em um modelo biomédico, baseado na intervenção. Por isso, praticávamos incansavelmente a episiotomia e a episiorrafia

(corte no períneo da parturiente, por ocasião do período expulsivo e sua sutura, respectivamente) como uma prática incontestável.

Encerrando a Pós-Graduação, comecei a trabalhar no mesmo Hospital Universitário, já citado, porém em área clínica, onde permaneci por quase três anos, aguardando uma vaga no centro obstétrico ou na maternidade daquela Instituição. Aprendi os procedimentos referentes às urgências, às paradas cardíaco-respiratórias, à morte, quando minha paixão era trabalhar com os nascimentos. Foi válida a experiência, pois hoje posso dizer que experienciei a chegada e a saída de um ser, no mundo, com todas as implicações físicas e emocionais envolvidas e isso não só se constituiu em um grande aprendizado profissional, como também em um aprendizado de vida.

Em 1992, fui chamada para trabalhar em um centro obstétrico de um hospital privado, onde atuei até maio de 2003. Ao ingressar, necessitei resgatar tudo que aprendi nos meus tempos de estágios voluntários e da Pós-Graduação. Eu e uma colega fomos as primeiras enfermeiras obstétricas a ingressar naquele setor, sofrendo resistências das auxiliares de enfermagem que há muito trabalhavam ali, sem supervisão direta de uma enfermeira. Por serem antigas, dominavam certas rotinas por elas estabelecidas, realizavam as avaliações obstétricas, e não raro, realizavam os partos, em caso de atraso dos médicos assistentes. Tudo isso, passou a ser de nossa competência, trazendo alguns confrontos. Logo, vencemos essas dificuldades e passamos a trabalhar como uma equipe, cada qual em seu papel.

Durante oito anos, realizamos avaliações obstétricas e alguns partos. Em 2000, o Centro Obstétrico foi ampliado, com o ingresso de médicos plantonistas, por 24 horas. As enfermeiras ficaram responsáveis pelo setor que ganhou maior número de salas de partos, cesáreas, pré-partos, admissão dos recém-nascidos (antes havia berçário), sala de recuperação, cirurgias ginecológicas e neonatais. Em esquemas de plantões, nos finais de semana, ficávamos responsáveis por uma Unidade, cujos pacientes eram pós-operatórios pediátricos,

ginecológicos, alguns clínicos e, é claro, as mães e seus bebês. Com a chegada dos plantonistas, ficamos mais voltadas à função administrativa do setor, afastando-nos inevitavelmente do contato mais direto com as parturientes. Assim, foi crescendo uma insatisfação pessoal, uma sensação de impotência profissional, naquele local.

Nesse ínterim, surgiam eventuais comentários sobre algumas mulheres que estavam optando por ganharem seus bebês, em casa. Intuitivamente senti que algo novo estava surgindo, embora não o compreendesse racionalmente. Entretanto, seguia trabalhando em um meio, cuja predominância dos nascimentos eram cesarianas e quase todos os partos eram induzidos e com analgesia.

Em compensação, freqüentemente recebíamos alunas estagiárias de várias universidades, exercitando, assim, o ofício de ensinar. Descobri, então, os prazeres de transmitir conhecimentos, não vacilando diante da possibilidade de um dia dar aulas.

A partir de maio de 2003, fui contratada para trabalhar em um posto de saúde do PSF (Programa de Saúde da Família), em uma vila de Porto Alegre. Para minha grande satisfação, hoje realizo consultas de pré-natal, programas de saúde da mulher, como coleta para o preventivo do câncer de colo uterino e mamas, consultas ginecológicas, bem como orientações sobre anticoncepção. Além disso, atendo às crianças em consultas de Puericultura, quase sempre as mesmas que auscultava nas consultas de pré-natal, quando ainda se encontravam intra-útero. Não é por pouco que me considero muito feliz em meu trabalho atual. Meu grande sonho? Realizar um atendimento às mulheres desde o instante em que eu der a notícia de um exame positivo de gravidez, acompanhá-las no pré-natal, acompanhá-las no trabalho de parto e, por que não, estar presente durante o parto, oferecendo um cuidado amparado pelo vínculo e pelo afeto; logo após, acompanhar seus bebês, desde o nascimento e ao longo das consultas de Puericultura.

Por acreditar que o modelo atual de assistência à mulher e seu bebê, na ocasião do parto e nascimento, pode sofrer uma transformação sutil e verdadeira, por acreditar no despertar de alguns profissionais, sobretudo de algumas mulheres quanto à grandeza e profundidade do momento do parto para a vida da mãe, da criança e das sociedades do futuro, decidi realizar este trabalho de pesquisa.

2 A EVOLUÇÃO DO PARTO

A seguir, faz-se uma retrospectiva histórica sobre a posição social das mulheres, nas mais diversas culturas, traçando-se um viés comparativo com o comportamento feminino atual na circunstância da parturição.

2.1 O parto: da antigüidade aos dias de hoje

Por quase doze anos, recebendo mulheres de todas as idades para terem seus bebês no centro obstétrico, por diversas vezes questionava-se o porquê de tanta passividade e obediência por parte de algumas dessas mulheres, diante das rotinas hospitalares e das ordens das equipes, sem nada questionar. Embora a equipe de Enfermagem e as equipes médicas procurassem explicar seus procedimentos, descrevendo cada passo do que seria feito, ninguém perguntava a elas se queriam realmente ficar deitadas, se queriam que seus pêlos pubianos fossem depilados, se queriam ficar por horas a fio em jejum, se realmente queriam que seus partos fossem induzidos. Simplesmente informava-se, de forma delicada, a parturiente sobre o que deveria ser feito. Por outro lado, não era raro que muitas dessas mulheres desconhecessem os reais motivos de estarem indo para uma cesariana, desconhecessem sua idade gestacional, bem como o seu tipo sangüíneo. Algumas não tinham a menor idéia de como identificar uma contração uterina.

Qual seria a qualidade do pré-natal dessas gestantes? Ou melhor, o que fazia com que essas mulheres tivessem tamanha indiferença pelo seu próprio corpo, sua fisiologia, seu momento de vida?

A postura e o comportamento feminino diante da gestação e do parto, na antigüidade, parecia muito diferente do que se aprecia nos dias de hoje. Por meio de diversos estudos antropológicos, históricos e arqueológicos, constatou-se que a mulher foi o centro de vida humana e espiritual, durante milênios (FAUR, 2003).

No período Paleolítico, por exemplo, reverenciavam-se os mistérios da vida e da morte que eram associados ao poder da mulher. No período Neolítico, não muito diferente do anterior, a sociedade era matrifocal e matrilinear (centrado na mãe e na mulher); no entanto, homens e mulheres revezavam-se nas tarefas, favorecendo a complementação e a colaboração mútuos. Até que, na Europa antiga, aproximadamente 5.000 a.C., ocorreram invasões de povos bárbaros, procedentes do norte asiático, cujo modelo de organização social era dominador e hierárquico. Acredita-se, que a exaltação e a divinização da mulher estavam relacionados ao desconhecimento da participação masculina na fecundação pelo ato sexual (NUNES,1987).

Inevitavelmente a organização social passou de matrilinear para patrilinear, com estratificações sociais bem definidas, distribuição de riquezas garantidas pela força e conseqüentemente a superioridade absoluta do masculino (FAUR, 2003).

Apesar da predominância do patriarcado, tudo que estava vinculado à fertilidade, ao parto e ao nascimento continuavam sob o domínio das mulheres, que mantinham respeito e status social nesses assuntos. Os homens, em algumas ocasiões intervinham nas complicações, não por possuírem mais conhecimentos e sim pela força física de que dispunham. Nessa época eram realizadas embriotomias (redução do volume do embrião morto, por meio de instrumental) e craniotomias (perfuração do crânio, para facilitar a

embriotomia), que, segundo Rezende (1992), eram técnicas utilizadas em casos extremos (iminência de morte materna).

Vale ressaltar que nesse período, a fertilidade, o parto e o nascimento estavam dotados de um cunho eminentemente religioso ou espiritual. As mulheres não só dominavam as técnicas como também as rezas, as magias e os rituais relacionados a esses assuntos. O culto das deusas de proteção ao parto e ao recém-nascido foi perpetuado até a era cristã (FAUR, 2003).

As cortesãs, na Índia antiga, por exemplo, também tinham uma posição social elevada; a atividade sexual, os direitos das mulheres eram muito respeitados, até a introdução do bramanismo. A sacralidade da vida erótica e seu estudo contrastavam fortemente com a cultura cristã, porque não havia uma separatividade do sagrado, divino e da sexualidade. O sexo, por si, era considerado parte sagrada da vida daquele povo; por isso, as divindades hindus são freqüentemente representadas durante uma relação sexual, ou até mesmo parindo, o que reflete a importância desses atos na vida espiritual (DINIZ, 1996).

No antigo Egito, as mulheres gozavam de independência social e sexual, trabalhavam fora de casa, podiam morar sozinhas. Os templos - hospitais possuíam uma sofisticada farmacopéia e neles eram realizados rezas e rituais. Eram veneradas várias deusas, entre elas Isis, considerada protetora da Medicina, da magia, da fecundidade, da maternidade e protetora das mulheres de modo geral. Nekhbet, outra deusa venerada, presidia o processo da parturição, puerpério e amamentação, entre outros. Os homens não participavam dos partos; há descrições, nos papiros, da existência de cadeiras de parir confeccionadas de tijolos ou madeira que datam de antes de 2500 a.C. (DINIZ, 1996).

O mundo patriarcal tem suas origens por volta do oitavo milênio a.C. no Oriente Médio e Deus passa a ter um caráter eminentemente masculino. Conta o mito cristão que Deus criou a mulher (Eva) a partir da costela de Adão, o que traduz claramente a simbologia

da inferioridade e dependência feminina em relação ao masculino, a partir de então (NUNES, 1987).

Eva, protótipo da mulher, recusou-se a aceitar as imposições do patriarcalismo emergente, tendo que arcar com todas as punições mais terríveis, entre elas a bem conhecida expressão parirás com dor; passou, então, a submeter-se ao domínio do homem na Terra (FAUR, 2003).

A mulher, considerada um ser inferior, passou a ser impedida de participar ativamente das cerimônias religiosas, devido à tida impureza de seu corpo que sangrava todo mês, por causa do ato impuro de parir, ficando isolada, após o parto, para não contaminar os outros. Mas, entre as hebréias, segue a cena do parto como algo ritualístico, praticado entre sacerdotisas, recusando os limites das ordens dos homens. As parteiras eram chamadas de Meyaledeth e são citadas no Antigo Testamento com respeito e admiração (DINIZ, 1996).

Por volta de 200 a.C. todas as imagens ligadas ao divino feminino tinham desaparecido, inclusive a biblioteca de Alexandria havia sido queimada por conter informações que contrariavam as leis de Deus. Tudo que tinha alguma contribuição do feminino era considerado inferior e perigoso, devendo ser eliminado (FAUR, 2003).

Em contrapartida, a civilização grega era a única em que a mulher ainda possuía um certo grau de igualdade com os homens. As maieuticas eram mulheres que inspiravam grande respeito pelos seus conhecimentos e experiências relacionadas à reprodução, gestação, parto, puerpério e cuidados com os recém-nascidos. Eram mulheres mais velhas e que já haviam dado à luz, sendo, portanto, as mais indicadas para acompanharem as mulheres mais jovens nessas situações. O parto ocorria em casa, na companhia da maieutica e de três ou quatro parentas. Os físicos eram chamados somente na ocorrência de complicações, em que a força masculina se fazia necessária. As maieuticas conduziam seus trabalhos, junto às parturientes,

com rezas e encantamentos dirigidos às deusas de proteção da gravidez e do parto para suavizar as dores e facilitar a dilatação e o período expulsivo (DINIZ,1996).

Em Roma, sabe-se que as mulheres eram encarregadas de grandes rituais públicos relacionados à maternidade. Os cuidados, durante a gravidez e o parto, eram também associados a cultos religiosos, nos quais as mulheres dominavam os assuntos. As gregas e as romanas mantinham uma estreita relação com os filósofos da época, o que mostra o status e a consideração que desfrutavam naquela sociedade, apesar do patriarcado (DINIZ,1996).

No entanto, com o advento do cristianismo, houve uma crescente intolerância aos cultos pagãos, como também a todas as formas de conhecimentos associados ao paganismo. Com isso, vários templos e escrituras relacionadas ao parto, à sexualidade e à reprodução foram destruídos. Dessa forma, fica estabelecida a inferioridade moral da mulher, a culpa associada ao pecado original (DINIZ,1996).

Logo, iniciou-se um período de “caça às bruxas”, descrito na publicação do manual oficial da Inquisição: *Malleus Maleficarum* (O Martelo das Feiticeiras) em 1484. Do século XII ao XVI, milhares de mulheres foram mortas, na Europa, pelos representantes da Igreja e do Estado. O estímulo inicial foi o medo da incipiente classe dos varões pela concorrência das mulheres consideradas sábias como as parteiras, curandeiras e rezadeiras (FAUR,2003). Não é difícil entender o repúdio da Igreja pelas parteiras, pois seu trabalho estava relacionado aos cultos pagãos.

Posteriormente, inicia-se um período em que predomina a razão, a crítica e o liberalismo (a Reforma). A assistência ao parto passa a ser cada vez mais atribuída aos médicos. Somente as mulheres que praticassem a fé católica poderiam exercer o ofício de parteiras, não importando sua competência técnica (DINIZ, 1996).

Compreende-se uma época de intensa repressão sexual, pois a energia sexual deveria ser canalizada para o trabalho, virtude considerada máxima. A partir do século XV, as imagens de anjos substituem as mulheres, na atenção à parturiente (DINIZ, 1996).

Com o Iluminismo, há uma tentativa de assegurar um equilíbrio entre a ideologia burguesa do igualitarismo liberal, os costumes familiares antigos e a convivência pacífica entre o público e o privado (DINIZ, 1996).

Com estudos científicos sobre as diferenças anatômicas e fisiológicas entre homens e mulheres, tentou-se justificar a fragilidade e a inferioridade femininas em relação aos homens; o papel da mulher na sociedade ficava restrito ao de mãe, sendo discriminada intelectualmente, entre outros motivos, por ter os ossos do crânio menores que os do homem. As questões fisiológicas demonstravam que as mulheres tinham nervos mais sensíveis, o que as tornava mais sugestionáveis e instáveis diante das circunstâncias (DINIZ, 1996).

A partir da popularização do fórceps, nos séculos XIX e XX, a participação masculina tornou-se predominante. O parto passou a ser técnico, científico e inevitavelmente um ato médico (BRENES, 1991).

No Brasil, especificamente, em 1808, foram criadas as primeiras escolas de Medicina, na Bahia e no Rio de Janeiro, respectivamente. O primeiro curso de Obstetrícia surgiu em 1818, mas tinha cunho meramente especulativo e teórico, pois não havia uma enfermaria com contingentes de grávidas e parturientes para o estudo prático. Como na época eram as irmãs de caridade as administradoras da nascente instituição hospitalar, o parto era visto como uma falta de pudor. Da mesma forma, as mulheres sentiam-se constrangidas em exporem suas partes íntimas a outros homens, fora do âmbito domiciliar (BRENES, 1991).

A classe médica, por sua vez, iniciou esforços no sentido de conquistar a confiança dessas mulheres, através da divulgação de uma imagem de força e sabedoria a respeito da psicologia feminina, bem como do domínio do conhecimento da débil anatomia e fisiologia

da mulher. Não sendo suficientes seus argumentos para vencer os recatos femininos, houve necessidade de o governo implantar uma lei a fim de incentivar as internações e ao mesmo tempo de fazer um controle mais apurado de sua população em termos estatísticos. Essa lei obrigatória consistia em apresentar todo recém-nascido, de mãe pobre ou rica, ao subdelegado do distrito a fim de cadastrá-lo, emitindo um registro, ou o que hoje chamaríamos de declaração de nascido vivo. Evidentemente que as mulheres pobres, visando a livrarem-se de todos os incômodos, passariam a parir nas instituições, facilitando todo o processo (BRENES, 1991). Efetivou-se assim a institucionalização do parto no Brasil.

As maravilhas da evolução técnica da Obstetrícia vieram acompanhadas de uma crescente desumanização da assistência e conseqüentemente uma crescente insatisfação das parturientes com os serviços de saúde, por medo, solidão, falta de autonomia sobre seus próprios corpos. A mulher tornou-se objeto da técnica, e seu bebê, o produto final.

Hoje em dia, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Talvez porque a idéia do parto como risco tenha sido culturalmente introjetada por uma sociedade que supervaloriza a figura do médico como um profissional capaz de controlar a vida e a morte.

Assim, com essa breve revisão histórica, relacionada à posição da mulher na sociedade, ao longo dos séculos, pode-se compreender a herança internalizada do estigma da submissão, dos sentimentos de inferioridade e de fragilidade ainda visíveis nos dias de hoje, especialmente na parturição.

2.2 Tecnologia e intervenção: o predomínio do paradigma vigente

Na era eletrônica, parece que o homem passou a confiar e a depender mais de sua criação, a máquina, que em si próprio, deixando para trás habilidades como a capacidade de sentir, intuir, perceber. A máquina substituiu, em parte, seus sentidos, e bloqueou sua comunicação direta com outras pessoas. Exemplo disso são as parturientes que ficam monitorizadas durante o trabalho de parto, quando todos os olhares ficam voltados para o gráfico do monitor. A equipe de saúde e a parturiente, praticamente, não trocam palavras, pois a máquina está ali para responder se está tudo bem.

No século XX surgiram os movimentos feministas que buscavam resgatar o respeito e o valor da mulher na sociedade. No início, caracterizaram-se por uma luta pela igualdade de poderes e direitos com os homens. Essa luta inicial transformou muitas mulheres em protótipos masculinos, fazendo com que assumissem um comportamento mais viril. Ao mesmo tempo, essas mulheres, afirmavam ser um direito a opção por uma cesariana, independente da necessidade para tal. Nesse período, a amamentação também fora substituída drasticamente pelo leite em pó. No entanto, questiona-se se elas estariam bem orientadas quanto aos riscos de uma cesariana, apesar do direito de escolha. Elas, cada vez mais, abdicavam compulsoriamente de situações femininas para ganharem espaço e valorização social.

Hoje, percebe-se que algumas mulheres entenderam que essa busca de igualdades se faz através da vivência de coisas eminentemente femininas, com toda a liberdade e consciência, bem como do reconhecimento de suas capacidades físicas, intelectuais e intuitivas. Nasceram, então, entre outros, os movimentos de humanização do parto e nascimento conscientes, tentando remodelar a visão da mulher frágil e incapaz de parir sem a presença do

excessivo paternalismo tecnológico, das rotinas inflexíveis e dos protocolos massificadores. Entretanto, a técnica, os protocolos e as rotinas possuem sua importância, desde que utilizados de forma coerente, respeitando as peculiaridades de cada pessoa.

Com a valorização da tecnologia e seu emprego no parto e nascimento, introjetou-se, por exemplo, uma crença de que a cesariana não faz a pessoa sofrer, não coloca em risco a mãe e o bebê, pois está totalmente sob controle dos profissionais. O nascimento, sendo um processo controlado e previsível (em parte), passa a ser agendado quanto ao dia e a hora, facilitando planos familiares e compromissos médicos. E a anomalia dos tempos modernos: o prático, o rápido, o controlável. É possível que ocorra um dano invisível e silencioso com a despersonalização do processo do nascimento, em que, omitindo-se etapas de elaboração psicológica, tão necessárias à maturidade das pessoas envolvidas, desconhece-se as conseqüências futuras nos níveis psicológico, social e cultural da humanidade.

Há alguns hospitais que defendem um discurso humanista, embora seus profissionais adotem uma conduta intervencionista, acreditando que humanização do parto é prevenir riscos de qualquer espécie. Então, estabelecem protocolos de ação para todas as parturientes que ali estiverem: toque vaginal de h/h nas primeiras três horas, amniotomia se a progressão do trabalho de parto for menor que 1 cm de dilatação nas horas iniciais da admissão, uso de ocitocina, entre outros.

Atualmente, existem dois paradigmas referentes à assistência ao parto: o modelo biomédico, em que a mulher é objeto do processo, submetendo-se aos procedimentos que são definidos pela equipe e não tem controle sobre o que é feito com ela. O nascimento é visto como potencialmente patológico, necessitando de constantes intervenções. Este modelo mede os resultados em termos de índices de mortalidade, morbidade. O outro modelo, chamado holístico, vê o nascimento como um processo natural; a mulher é sujeito do processo do parto, ela opina, escolhe e interage com a equipe quanto às decisões do que será feito com ela

durante o trabalho de parto e o parto. Os indicadores medidos têm relação com a qualidade de vida, a satisfação, as vivências dessas mulheres (BRASIL, 1998).

O fato é que as academias brasileiras seguem as diretrizes do modelo intervencionista americano, formando profissionais nesse paradigma. Assim, a maioria dos profissionais seguem os protocolos de parto como regras rígidas a serem cumpridas, deixando em segundo plano as particularidades de cada parturiente. Tudo que foge ao protocolo possui uma conotação alternativa e não é bem visto, como por exemplo, a posição de cócoras para parir, a ingestão líquida durante o trabalho de parto. Como consequência, há uma crescente insatisfação das mulheres em relação à assistência ao parto dentro das instituições hospitalares, que são expressas verbalmente ou sob formas psicossomáticas (síndrome do pânico, síncope, outras). Esses sentimentos de insatisfação foram verificados em mulheres de várias classes sociais, como se teve oportunidade de constatar através das entrevistas com as participantes deste estudo (classe média e classe média alta), bem como com as mulheres que foram atendidas pelos hospitais da rede pública e que pertencem a uma vila de Porto Alegre onde se realizam consultas de pré-natal. Em uma dessas consultas, na comunidade carente, orientou-se, por algum tempo, uma gestante, quanto aos seus direitos, como parturiente, ao ingressar no hospital. Ela, com toda sua experiência de três filhos anteriores, olhou sorridente e disse que até poderia pedir para ficar de cócoras, mas que os profissionais que estivessem ali provavelmente não **saberiam** fazer um parto que não fosse com a mulher deitada e que seu pedido soaria como uma **afrenta** ao médico.

Através de suas palavras, percebe-se que o foco da assistência obstétrica segue demasiadamente centralizada nas rotinas e protocolos, ignorando, em geral, qualquer expressão por parte da parturiente. A mulher passa a ter a idéia de que deve manter-se passiva, sob o risco de ser tratada com desprezo pelos profissionais. Ela não possui autonomia sobre seu corpo e deve respeitar a autoridade de quem detém o saber.

Com isso, algumas mulheres estão buscando formas alternativas de parir em locais que lhe possibilitem maior autonomia e satisfação. Em Porto Alegre, os partos domiciliares são alternativas incipientes, mas restritos às mulheres economicamente privilegiadas. Em outras cidades brasileiras, existem as Casas de Partos ou os Centros de Parto, contemplando, por enquanto, uma população de menor poder aquisitivo.

2.3 Humanização: o nascimento de um paradigma emergente

Nos últimos anos, especialmente a partir da década de 70, observou-se, em nível mundial, um movimento de preocupação relacionado com a valorização do ser humano na sua totalidade. Nesta mesma década, Frederick Leboyer, médico francês, chamou a atenção do mundo com seu livro *Nascer Sorrindo* (1979). Ao mesmo tempo, em nosso País, Dr. Moysés Paciornick divulgou trabalhos sobre partos de cócoras, baseado em suas observações junto à comunidade indígena e o Dr. Galba Araújo, no Ceará, desenvolveu estudos sobre casas de partos. O conceito de humanização do parto passou a ser difundido cada vez mais, surgindo opiniões que divergiam ou se apoiavam.

De acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, humanização é um conjunto de práticas que visa à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tais práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e dinâmico do nascimento de cada bebê, nos quais as ações dos profissionais de saúde devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, de modo criterioso, os recursos tecnológicos disponíveis (BONILHA e ESPÍRITO SANTO, 2000).

Em 1979, por ocasião do Ano Internacional da Criança, foram estudadas propostas, por um comitê europeu, a fim de reduzir a mortalidade e a morbidade perinatal e materna naquele continente. Esse esforço estendeu-se mundialmente e com o apoio da Organização Mundial da Saúde. Assim, foram revisados em torno de 40.000 estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, surgindo o conceito de Medicina baseada em evidência científica. Embasados nesses estudos foi acordado que qualquer intervenção sobre a fisiologia deve ser feita somente quando se prova ser essa mais segura e efetiva que a não intervenção (DINIZ, 2001).

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, de 1985, em Fortaleza-CE, adotou um conjunto de recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) acerca das técnicas de assistência ao parto, embasadas nos estudos anteriormente citados e consideradas relevantes, em vista da importância e do direito de a parturiente ter um acompanhante de sua escolha no parto, o direito de decidir sobre sua roupa e a roupa do bebê, a alimentação, o destino da placenta e demais práticas culturalmente significativas; o recém-nascido sadio deve permanecer com sua mãe e a amamentação ocorrer logo após o nascimento, entre outras (DINIZ, 2001).

Em 1986, surgiu um documento semelhante ao divulgado em Fortaleza pela OMS, porém com um enfoque mais voltado à Neonatologia, chamado Carta de Trieste (DINIZ, 2001).

Em 1993, é lançada a carta de Campinas-SP, para debater a situação atual do nascer, quando se criou a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA). Consiste em um movimento mundial, reunindo profissionais de diversas áreas e leigos, com a proposta de repensar e modificar o atendimento à mulher, na gravidez, no parto e puerpério. Para que exista um movimento de humanização efetivo é necessário mostrar os riscos à saúde da mulher e de seu bebê, frente às práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas, resgatar

os aspectos culturais e existenciais relativos ao parto, incentivar a autonomia e o poder de decisão das mulheres sobre seus corpos na parturição, aliando conhecimentos científicos às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (REHUNA, 2002).

Entretanto, foi em 1996 que o Ministério da Saúde publicou a versão completa de pesquisas da Iniciativa Cochrane, contendo os resultados das pesquisas da Medicina baseada em evidências em Perinatologia, abordando algumas considerações relevantes, como as que seguem:

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, de 1996, em vários países desenvolvidos, as mulheres, insatisfeitas com a assistência prestada nos hospitais, iniciaram a prática do parto domiciliar, como um ambiente alternativo. Não há muitos dados estatísticos sobre esses partos. Nesses mesmos países, foram criados centros de parto, em hospitais e fora deles, onde mulheres de baixo risco podiam dar à luz numa atmosfera semelhante à domiciliar, com assistência obstétrica primária, em geral, aos cuidados de enfermeiras parteiras. Os resultados na Grã-Bretanha, Austrália e Suécia mostraram que a satisfação das mulheres com esse tipo de cuidados era muito maior do que com a assistência padrão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Atualmente, há um movimento mundial que busca o natural e ecológico. As pessoas desejam maneiras de viver menos estressantes e mais saudáveis. Conscientes dessa tendência, os hospitais de muitos países desenvolvidos abriram as salas de partos aos pais e outros familiares. Estudos randomizados relacionados a essa mudança de filosofia de atendimento dos hospitais não encontraram redução quanto ao uso de analgesia epidural, uso de fórceps e cesarianas. Esses estudos envolveram salas de partos mais atraentes e houve uma alteração no atendimento. Aparentemente, essas medidas alternativas não foram suficientes para melhorar a qualidade da assistência e o resultado obstétrico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

De qualquer maneira, frente às discussões sobre a humanização do parto, observa-se que elas seguem privilegiando a visão dos profissionais da saúde, e raramente contemplando os aspectos culturais que permeiam o parto e o nascimento, necessitando essa discussão passar fatalmente pelo real envolvimento das mulheres nessas questões (COSTA, 2002).

Com a intenção de acrescentar informações para dar sustentação às propostas de humanização do parto e nascimento, buscou-se contemplar neste estudo, relatos de algumas mulheres de nosso tempo que fizeram a opção de parir no âmbito doméstico, contrariando, de certa forma, toda uma crença de medo e de dor, apoiada numa prática intervencionista criada ao longo de anos. Essa crença, de certa forma, privilegia o controle do parto por sua institucionalização, seguindo um modelo centrado no médico.

Então, o que torna as mulheres que escolhem pelo parto domiciliar tão diferentes? O que será tão importante vivenciar que as fazem optar por um parto considerado ultrapassado e arriscado, sob o ponto de vista do modelo biomédico atual? O que será mais prazeroso, apesar da dor? O que as fazem vencer as influências freqüentemente contrárias à idéia de um parto em casa? Em que aspectos suas vivências podem contribuir para a reflexão dos profissionais?

2.4 Parto domiciliar na visão de alguns autores

Segundo Jakobi (2002), nos últimos cinco anos, 91,5% dos partos no Brasil ocorreram em Unidade hospitalar. Já em Porto Alegre, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 1999, cerca de 95% dos partos ocorreram em hospitais. Porém, em comparação aos últimos dois anos (1997 e 1998), houve um aumento relativo de 18,1% nos partos domiciliares, nesse mesmo Município (PORTO ALEGRE, 1999; 2001).

Entretanto, atualmente há dois aspectos relativos ao parto domiciliar que devem ser considerados. O primeiro está relacionado às mulheres de baixa renda, cujo acesso aos centros obstétricos é dificultado pela superlotação dos hospitais da rede pública e que por isso não conseguem internação. O critério de internação, em geral, é estar em franco trabalho de parto, ou com uma dilatação no colo uterino de pelo menos 3 cm; isso, quando conseguem ser avaliadas pelos profissionais, passando pelo porteiro da entrada do hospital que, em geral, está encarregado de comunicar à gestante se há superlotação. Em Porto Alegre, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, foi criada, recentemente a territorialização dos hospitais da rede pública, visando a dar maior cobertura para o parto às mulheres, conforme a região onde residem. Por exemplo, um hospital localizado na zona norte deve acolher parturientes residentes nessa zona e arredores, sendo referência para o parto àquelas mulheres. Assim, elas não peregrinariam pela cidade atrás de uma vaga na maternidade, pois essa estaria garantida em seu hospital de referência. Essa iniciativa visa também a fazer com que a instituição hospitalar estabeleça um vínculo com a atenção primária (postos de saúde), perpetuando a assistência à mãe e seu bebê, no pós-parto, por meio de consultas de acompanhamento nos postos de saúde de sua região. Na prática, esse processo de territorialização da assistência ainda não se efetivou na sua plenitude, por estar em fase de organização.

O segundo aspecto diz respeito àquelas mulheres cujas condições sócio econômicas lhes possibilitam manter um convênio de saúde e podem optar pelos hospitais da rede privada, desfrutando de um atendimento diferenciado, de um sistema atraente de hotelaria. Para elas não há risco de falta de vagas; no entanto, fazem a opção de ter um parto domiciliar, sendo assistidas, comumente, pelo mesmo obstetra que acompanhou o pré-natal. Por algum motivo, dispensam as ofertas hospitalares, as analgesias, e rejeitam a idéia de uma cesariana. Este estudo tem o propósito de conhecer os motivos pelos quais este segundo grupo de mulheres elegem o parto em casa. Percebe-se que são tão fortes esses motivos que parecem sobrepujar

os medos e inseguranças tão comuns a partir do terceiro trimestre de gestação, tornando essas mulheres diferentes no comportamento diante da dor e na resistência física, durante o trabalho de parto.

O parto domiciliar por opção da gestante tem gerado grande polêmica entre os profissionais da Obstetrícia e da Neonatologia, o que pode ser percebido claramente nas descrições a seguir.

Constantino (2002) contrapõe-se ao parto domiciliar, pelos seguintes motivos: as condições de higiene ambiental nem sempre são adequadas para a realização do parto em domicílio e não existe treinamento dos profissionais para o atendimento, principalmente se for necessária uma reanimação do recém-nascido.

No entanto, alguns partos domiciliares que ocorrem em Porto Alegre, são previamente planejados por parte das mulheres e realizados por obstetras, acompanhados de uma enfermeira obstetra e/ou pediatra (conforme registros das Amigas do parto e da REHUNA - Porto Alegre de 2003).

Lessa (2002) afirma que os partos hospitalares não reduzem as taxas de mortalidade e nem garantem que os bebês nasçam com vitalidade. Esta autora complementa, dizendo que o parto em casa concilia tecnologia, sonar, oxigênio, material para reanimação, porém em um ambiente acolhedor que favoreça a mulher quanto ao trabalho de parto. Segundo ela, é fundamental um pré-natal de qualidade que defina o diagnóstico entre uma gravidez de risco e uma gravidez fisiológica.

No entanto, Martins-Costa (2002) não compactua com a mesma opinião, dizendo que a classificação de gestantes como de baixo ou alto risco de nenhuma maneira identifica gestantes sem risco:

Não há para o trabalho de parto e o puerpério imediato, escore de risco com um mínimo de capacidade de prever complicações graves. Trabalho de parto disfuncional, sofrimento fetal agudo, hemorragia puerperal e asfixia

perinatal, são algumas das mais comuns complicações do parto, podendo surgir sem aviso prévio e que exigem imediata intervenção médica especializada em regime hospitalar (MARTINS-COSTA, 2002, p. 11).

É conveniente lembrar que são as complicações decorrentes das cesarianas que ocupam lugar de destaque nas principais causas de mortalidade materna em nosso país, embora elas ocorram em locais considerados assépticos e seguros. Osava (1997) afirma, inclusive, que alguns estudos demonstram uma relação diretamente proporcional entre o tempo de permanência das mulheres no hospital e o aumento dos riscos perinatais, chamando isso de risco institucional.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), a gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há um pequeno número de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco".

Contudo, fica-se a questionar se o trabalho de parto disfuncional, o sofrimento fetal agudo, entre outras anormalidades, não estariam relacionadas, na maioria, às constantes intervenções, como por exemplo, às rupturas prematuras de membranas, executadas em estágios iniciais do trabalho de parto, às rotineiras induções de trabalho de parto, às analgesias realizadas com doses anestésicas mais altas, dificultando a parturiente de mover-se da cintura para baixo e, por isso, deixando o período expulsivo por conta da força braçal do anestesista ou de alguém da equipe de enfermagem.

Durante a prática profissional, percebia-se, freqüentemente, o fenômeno véspera de feriado, em que o movimento dentro do centro obstétrico aumentava consideravelmente e, com ele, todas as intercorrências. Nesses períodos, tornavam-se comuns as induções de partos

com hora marcada para terminar, tendo como resultado, não raro, uma cesariana. Eram freqüentes também as cesarianas com idade gestacional abaixo das trinta e sete semanas de gestação, sob a justificativa de tratarem-se de urgências. A pressa em resolver o procedimento resultava, sem dúvidas, nas mais variadas e imprevisíveis formas de intercorrências.

Meira (2002) ressalva que ambos os partos, hospitalares e domiciliares, têm suas indicações. A decisão final vai ser tomada somente quando a gestante entrar em trabalho de parto. É importante, segundo o autor, que o médico vá à casa antes de a mulher entrar em trabalho de parto, que planejem o local da casa onde o parto poderá ocorrer, o material necessário, como por exemplo, uma lanterna, caso falte luz, lençóis, plásticos de proteção ao colchão, bem como o tipo de transporte rápido, caso necessite ser transferida para um hospital, previamente estabelecido. Por outro lado, o médico deverá levar drogas de urgência, material para reanimação do recém-nascido, oxigênio, entre outros.

O parto hospitalar, especificamente a cesariana, estaria sempre indicado em situações como placenta prévia, situação fetal transversa, pré-eclâmpsia, entre outras, minimizando os riscos de mortalidade materna e perinatal (MAIA FILHO e MATHIAS, 2001).

Pereira (1994, p. 21) teve três partos domiciliares, por opção própria, e relata que em casa não tem obrigação de obedecer às orientações de todas as enfermeiras que aparecerem, ciosas e desejosas de que a criança nasça saudável e bem, mas, às vezes, sem a informação necessária para proporcionar o que a mulher realmente precisa. Ela complementa dizendo que em casa pode levantar, tomar banho, ouvir música, ficar acorada, o que não é permitido normalmente em um hospital.

As palavras de Pereira traduzem sua aversão ao sistema de assistência institucional, cercado de regras e rotinas inflexíveis. Comumente percebe-se uma tendência das mulheres que ganham seus bebês nos hospitais de adotarem uma postura de obediência e entrega a essas rotinas. De acordo com Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997), essa tendência se expressa

por uma atitude de extrema passividade, em que a mulher se entrega nas mãos dos médicos e às máquinas sem questionar e sem querer saber de coisa alguma do que será feito com ela, como se o tecnicismo fosse a garantia maior. Segundo os três autores supracitados, essa atitude se expressa mais em mulheres que não contam com seus próprios recursos naturais de sensibilidade e afeto. (AYO, 1993). O caminho metodológico é baseado na abordagem qualitativa.

Gualda (1993) entrevistou mulheres economicamente carentes a fim de estudar o que a vivência do parto significava em suas vidas e constatou que a maioria gostaria de continuar tendo seus bebês em casa, com as parteiras da região, porém outras salientaram as vantagens hospitalares, como as anestésias, o privilégio do repouso e do descanso após o parto, sem necessitar realizar os afazeres domésticos, logo após o nascimento do bebê.

O parto hospitalar, algumas vezes, pode parecer interessante às mulheres da classe social menos favorecida, pois significa que elas terão descanso e comodidade após o parto, o que não é de praxe em suas vidas. Outras mulheres de grandes metrópoles, escolhem ter um parto em casa, na medida em que isso gera expectativas importantes a elas. Provavelmente tenham condições de contar com alguma ajuda remunerada (ou não) por alguns dias, após o parto. Na Holanda, por exemplo, as parteiras recebem o equivalente a R\$ 700,00 por parto e fazem todas as tarefas da casa, até o completo restabelecimento das suas clientes (CONSTANTINO, 2002). O estudo observou que as mulheres que optaram pelo parto em casa, mesmo com isso,

Frente aos relatos dos autores anteriormente citados, percebe-se que tanto o parto domiciliar quanto o parto hospitalar possuem riscos e vantagens. Contudo, há ressalva de alguns obstetras abordados informalmente, de que por mais fisiológico que um parto possa ser, sempre há uma certa imprevisibilidade. As intercorrências, como sofrimento fetal agudo, hemorragias, hipersistolias, entre outras, devem ser imediatamente detectadas pela equipe de profissionais responsáveis e as providências tomadas rapidamente, mesmo que isso implique uma hospitalização e até mesmo uma cesariana.

3 METODOLOGIA

A metodologia consiste o caminho e o instrumental próprios para a abordagem de uma realidade (MINAYO, 1993). O caminho metodológico adotado para este estudo, será descrito a seguir:

3.1 Opção metodológica

Para este estudo, a metodologia escolhida seguiu uma abordagem qualitativa, pois, nesta abordagem, o conhecimento sobre os indivíduos ocorre a partir da descrição de suas experiências vividas e definidas pelos próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995).

Conforme Minayo (1997), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados.

As mulheres deste estudo vivenciaram seus partos domiciliares e, com isso, contemplaram as entrevistas com uma riqueza incomensurável de detalhes, traduzidos por significados, valores e indícios da sua cultura.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório, cujo objetivo foi conhecer com mais profundidade as vivências das mulheres que optaram pelo parto domiciliar, seu preparo, sentimentos, bem como os motivos relacionados à escolha por essa forma de parir.

Os estudos descritivos caracterizam-se por exigir, do pesquisador, informações anteriores relacionadas ao assunto que se deseja pesquisar. O conhecimento prévio do fenômeno a ser pesquisado permite melhor exatidão ao descrevê-lo. A associação do estudo descritivo ao exploratório, permite a ampliação de tal conhecimento, aumentando também a experiência do pesquisador (TRIVIÑOS, 1987).

3.3 Coleta de dados

As informações foram coletadas através de uma entrevista semi-estruturada. De acordo com Triviños (1987), este tipo de entrevista caracteriza-se por partir de alguns questionamentos básicos, apoiados em hipóteses do pesquisador e que permitem um amplo campo de indagações, que podem surgir à medida que o informante responde às perguntas realizadas.

Antes de iniciar as entrevistas, cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice) emitido em duas cópias: uma cópia para ficar arquivada nos documentos da pesquisadora e a outra, assinada por essa para ficar em mãos da entrevistada.

3.4 Local do estudo e participantes

As participantes foram selecionadas a partir de indicações de nomes, concedidos pelas respectivas equipes que atuam hoje nos partos domiciliares em Porto Alegre. Todos os contatos foram feitos por telefonemas prévios, combinando o local de suas preferências para as entrevistas. Foram entrevistadas dez (10) mulheres que tiveram, pelo menos, uma (1) experiência de parto domiciliar, por opção própria, nos últimos cinco (5) anos em Porto Alegre. Das dez mulheres, apenas três preferiram conceder as entrevistas em seus locais de trabalho; as demais foram entrevistadas em suas residências. O critério para determinar o número de participantes foi o de saturação dos dados.

Conforme Sandelowski (1995), o tamanho da amostra depende do tipo de estudo qualitativo a que o pesquisador se propõe. Para a autora, uma amostra adequada, na pesquisa qualitativa, é aquela que permita uma análise profunda dos dados e que resulte numa nova e rica compreensão do fenômeno. Tratando-se de um tema específico como parto domiciliar, o número de entrevistas limitou-se em dez devido a saturação das informações obtidas.

De acordo com os dados coletados, as mulheres entrevistadas tinham uma faixa etária predominante de trinta anos, a maioria já cursara nível superior e possuía uma renda mensal média entre R\$ 1.500 e 6.000/mês.

Quatro (4) das entrevistadas tiveram, pelo menos, uma (1) experiência anterior de parto hospitalar e fazem comparações espontâneas entre suas experiências de partos hospitalares e domiciliares, respectivamente. As outras seis (6), tiveram apenas partos domiciliares. Uma dessas seis, foi para o hospital para cuidados do puerpério imediato, logo após o nascimento de seu primeiro bebê, em casa, sem assistência médica. O mesmo aconteceu com seu segundo filho, porém com os outros três filhos houve a participação de

uma das equipes que assistem partos domiciliares e, por isso, não foi necessária sua procura hospitalar após o parto. Cinco (5) das entrevistadas eram primigestas.

Achou-se relevante saber que tipo de crença ou filosofia essas mulheres tinham em suas vidas, pois, no meio hospitalar, há um estereótipo relacionado às mulheres que tentam meios alternativos de parir, sendo chamadas, freqüentemente, de bichos grilos, mulheres zen, entre outros rótulos. Três participantes diziam-se católicas, as demais diziam-se espiritualistas, seguindo basicamente uma filosofia oriental em suas vidas.

Visando ao anonimato das participantes, seus nomes foram substituídos por nomes de deusas da mitologia das mais diversas culturas, como forma de homenagear um tempo em que as mulheres acreditavam na sua capacidade de parir e faziam do nascimento um ritual de celebração à vida. São elas:

Artemis: 36 anos, agrônoma, primípara. Teve um parto domiciliar, há um ano e sete meses.

Belit: 31 anos, artista plástica, múltipara. Teve uma cesariana, um parto hospitalar humanizado e um parto em casa, há menos de um mês.

Deméter: 34 anos, administradora de empresa, múltipara. Teve um parto hospitalar humanizado e um parto domiciliar, há dois anos.

Diana: 35 anos, professora universitária, múltipara. Uma experiência de cesariana e um parto domiciliar, há dois anos.

Egéria: 31 anos, médica, primípara. Parto domiciliar, há dois anos.

Eva: 43 anos, professora, múltipara. Cinco partos domiciliares, por opção, sendo os dois primeiros sem assistência médica e os outros três com a presença da equipe de profissionais que atuam nos partos domiciliares. Último parto, há dois anos.

Ilícia: 41 anos, empresária, múltipara. Um parto hospitalar humanizado e dois partos domiciliares, sendo o último, há um ano e sete meses.

Inãna: 23 anos, estudante (nível superior incompleto), primípara. Um parto domiciliar, há oito meses.

Ísis: 28 anos, advogada, primípara. Um parto domiciliar, há quatro meses.

Nekhbet: 39 anos, terapeuta corporal, primípara. Um parto domiciliar, há quatro anos.

3.5 Aspectos éticos

A coleta das informações teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo A e B).

Ao entrar em contato telefônico com as participantes, foram prestadas informações sobre o tema da pesquisa, objetivos, anonimato e a possibilidade de desistir da entrevista a qualquer momento. Por questões de segurança, já que algumas entrevistas seriam cedidas em suas residências, tomou-se o cuidado de identificação da pesquisadora como referenciada pelas equipes que atuam nos partos domiciliares em Porto Alegre, dando nomes dos respectivos médicos ou da doula⁴.

⁴ Doula: mulher que dá suporte físico e emocional, acompanha a parturiente durante o trabalho de parto e o parto.

3.6 Análise das informações

A fim de compreender os significados das informações obtidas, utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo (1993).

Nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (MINAYO, 1997).

A análise temática envolve três etapas:

a) Pré-análise:

Nessa fase, escolhem-se as informações a serem analisadas, de acordo com os objetivos da pesquisa, a fim de elaborar indicadores úteis para a interpretação final. Assim, após transcrever as fitas, os textos digitados foram lidos repetidamente, buscando pontos centrais, idéias em comum para logo serem agrupados por similaridade, formando os temas;

b) Exploração do material:

Este é o momento onde ocorrem os recortes dos textos, compondo-os em Unidades de registros. Logo, realiza-se a classificação e a agregação das informações, optando-se pelas categorias teóricas, especificando os temas. Este estudo selecionou quatro grandes temas;

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:

Com as informações em destaque, faz-se a relação entre essas informações e os referenciais teóricos, buscando responder aos objetivos propostos. Minayo (1997) recomenda que nessa etapa seja estabelecido um movimento contínuo

entre o empírico e o teórico, entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, num movimento dialético, visando ao concreto pensado.

Dessa forma, para uma análise final, as informações foram organizadas em quatro grandes temas, contendo seus respectivos subtemas:

1. As motivações para o parto domiciliar

- a) A decisão
- b) A influência da história de parto familiar e a opinião da família

2. A preparação para o parto domiciliar

- a) O preparo pessoal
- b) O preparo do ambiente: a construção do ninho

3. Os sentimentos

- a) A vulnerabilidade e a fragilidade
- b) Os medos

4. As vivências

- a) Resgatando a força do feminino, do ser mulher
- b) O parto como veículo de transformação pessoal
- c) Os filhos do parto domiciliar

4 PARTO DOMICILIAR NA VOZ DAS MULHERES

A seguir, os temas e subtemas serão descritos e analisados em profundidade:

4.1 As motivações para um parto domiciliar

Quando as mulheres deste estudo foram questionadas sobre os motivos da escolha por um parto domiciliar, emergiram dois aspectos principais em suas respostas: de que forma e por que nasceu essa decisão, bem como a opinião e a influência familiar nesse contexto, o que será descrito a seguir.

4.1.1 A decisão

Como profissional, percebeu-se que as mulheres que usufruem do atendimento na rede privada, quando podem, e com frequência, decidem sobre a via de parto de sua preferência, ao contrário das mulheres que utilizam os serviços da rede pública, cujos protocolos determinam as condutas médicas a serem tomadas, de acordo com cada situação, independente da opinião da parturiente.

Há, inclusive, estudos relacionando o grau de instrução das mulheres com as taxas de cesarianas, concluindo que os índices de cesarianas entre mulheres sem nenhuma escolaridade passa de 35%, e entre as mulheres de nível superior passa de 73% (DINIZ, 2001).

Conclui-se que a cesariana é a via de parto de eleição das mulheres mais bem instruídas ou que possuem o privilégio financeiro para decidir. Porém, grau de instrução nem sempre significa informação. A partir de experiência profissional, observou-se que a busca de informações independe do nível de escolaridade, podendo uma gestante, que faz um pré-natal em uma comunidade economicamente carente, saber mais sobre seu corpo grávido que outra que faz seu pré-natal em consultório particular. O nível de informação também está relacionado com o nível de interesse da mulher sobre seu momento de vida, bem como com a disponibilidade do profissional, que faz o pré-natal, em dialogar com a gestante.

Assim, parece ser surpreendente que um número cada vez maior de mulheres em melhores condições econômicas e sociais estejam optando por partos domiciliares. A decisão por um parto em casa significa trocar tudo que o Sistema de Saúde oferece de mais seguro e moderno em termos hospitalares por um local considerado ultrapassado e inapropriado para parir, de acordo com a opinião da maioria das pessoas e dos profissionais da saúde. Que buscam essas mulheres, fora do sistema hospitalar, para o seus partos?

As respostas são ofertas para muitas reflexões, como relata Nekhebet:

[...] e uma coisa mais serena, sem estresse. So tem o estresse teu ai e parece que vai chegando o momento de tu ganhar, parece que os teus pensamentos vão ficando só ali, naquilo ali mesmo, nada mais te remete pra fora. É aquele momento ali; não tem ninguém te apressando. Tu tá na tua casa, tu pode fazer o que tu quer. Eu tava tão bem que não fiquei deitada. Isso é bom pra alma feminina, pro ser mulher, que no hospital tu perde porque tu tem um tempo pra sair do quarto, teu nenê eles levam e tu te estressa e eles trazem de volta, fica uma coisa confusa. E ali não. É só o chorinho do nenê, e pegar no colo, dá de mamar. O mais importante que eu acho nisso é o bebê. Não é nem se eu gosto ou não do hospital, mas o nascimento dele como é importante pra vida dele.

Nekhbet traduz a necessidade da introspecção durante o trabalho de parto, da importância em respeitar a mulher na sua privacidade. Embora não tenha experiência de parto hospitalar, a sua defesa intuitiva contra a pressa hospitalar traduz uma característica dos partos realizados dentro dessas instituições. Detentores de tarefas a cumprir, os profissionais que trabalham ali estão mais voltados para a quantidade do que para a qualidade do atendimento, tornando-se este momento algo impessoal, massificado. Isso não é de fato culpa desses funcionários, pois há muito tornou-se um condicionamento do sistema. Há muitas parturientes para atender, há muitos bebês e poucos berços, há muitos médicos, cada qual fazendo suas exigências pessoais, há salas para organizar, e, diante disso, há poucos recursos humanos. Os poucos funcionários em atividade, muitas vezes, ficam estressados, pois não conseguem realizar seu trabalho com qualidade, da forma como gostariam, o que é exigido é a produtividade. Tudo deve ser contabilizado, desde o instante em que a gestante entra na sala de parto: quantas agulhas usou, quantos pacotes de gazes abriu, se usou o pacote de parto mais caro ou o mais barato, entre outras coisas.

Como um único funcionário responsável pelas salas de partos ou outras consegue realizar toda a contabilidade (que lhe é cobrada) e ao mesmo tempo dar atenção à singularidade do parto de cada mulher?

Assim, a experiência de parir em um hospital pode ser vista como algo aterrorizante, ou confusa como coloca Nekhbet. Desde a internação, a mulher passa a não ter mais o controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar a ela (BRÜGGEMANN, 2001).

Quando Nekhbet relata que “os pensamentos vão ficando só ali e nada a remete pra fora”, fica evidente que, quando uma mulher está parindo, sem medicações, ela tem uma tendência a isolar-se, ficando bastante introspectiva. Dessa forma ela está reduzindo o controle exercido pelo neocórtex (“cérebro racional”), o que significa o aspecto mais

importante da fisiologia do parto, na prática. Com isso, os hormônios similares à adrenalina ficam reduzidos, deixando agir as endorfinas (analgésico natural), a prolactina (produção do leite) e a ocitocina (contratibilidade uterina). Ao contrário, todos os estímulos externos (medo, perguntas, luz forte, insegurança...), podem elevar os níveis de adrenalina no organismo materno, interferindo nessa cadeia hormonal e prejudicando o andamento natural do trabalho de parto (ODENT, 2002,2003).

O desconhecimento ou a omissão em relação a esse aspecto fundamental da fisiologia do parto é o que se vislumbra, todos os dias, em nossos centros obstétricos. Não seria esse um dos fatores de relevância, contribuindo para índices de cesáreas tão altos? Afinal, desde que a gestante entra no centro obstétrico passa por diversos estímulos estranhos: responde a perguntas (mesmo que esteja com dor), faz os procedimentos de rotina, na admissão (tricotomia e enteroclistma), entra na sala de pré-parto e logo é instalado um soro, dificultando sua movimentação.

A privacidade não acontece, até porque, dentro da instituição hospitalar, os funcionários devem respeitar determinadas obrigações legais, preenchendo formulários a fim de registrar, além dos sinais vitais, como foi o pré-natal, se teve alguma intercorrência durante a gestação, entre outras perguntas. O fato é que ganhar bebê em casa, com a mesma equipe que acompanhou toda sua gestação, dispensa algumas formalidades necessárias num hospital.

Porém, é necessário salientar, que a mulher que se propõe a ter um parto hospitalar humanizado deverá ser prevenida de que não contará com a mesma privacidade disponível em sua casa, pois os registros hospitalares são necessários e, inevitavelmente, ela será abordada pelo pessoal da enfermagem, pelo menos por algumas vezes, para fins de higiene e verificação dos sinais vitais.

Em casa, a parturiente conhece todo o seu espaço, o cheiro, a cor, o som de cada canto; nada é novidade ou a remete para o externo. Os únicos estímulos são os do seu próprio

corpo, daí o relaxamento e a introspecção favorecidos. São as palavras de Belit que confirmam:

“Essa é a minha casa, o meu canto, o meu cheiro, as minhas coisas, eu queria que meu filho nascesse aqui”! Eu acho que hospital é lugar de doente...e as pessoas ainda vem te perguntar se ter parto em casa não é sujo! Mas quer melhor lugar pra ti pegar doença do que um hospital?

Belit deixa evidente seu conceito de parto como um evento fisiológico e não patológico, o que diferencia toda uma concepção atual a respeito desse assunto. Atualmente se traduz como parto normal o nascer via vaginal, porém um parto poderá ser via vaginal, mas cercado de medicalizações, analgesias e até fórceps, não sendo, portanto, fisiológico.

Na realidade há um condicionamento conceitual a esse respeito. Por normal entenda-se uma atitude ou um comportamento que podem variar de acordo com as localidades. Em nossa sociedade, por exemplo, pode ser considerado normal que as mulheres ganhem seus bebês na posição deitada; no entanto, na civilização indígena o normal é ter bebê acorada ou em pé, o que significa que o conceito de normal varia de cultura para cultura.

Entretanto, fisiológico sempre será um ponto de referência quando se trata de, pelo menos, seres de uma mesma espécie (ODENT,2002).

A concepção do parto potencialmente patológico, como um momento de sofrimento e perigo pela fragilidade e vulnerabilidade do corpo feminino, arraigou-se desde o século XVII, quando a obstetrícia pré-moderna começa a ganhar terreno. A entrada dos homens nos quartos de parir, associou-se com a incorporação da tocologia à prática cirúrgica oficial (DINIZ, 1996).

Atualmente, o problema com relação ao parto, é que um número desproporcionalmente alto de mulheres foi classificado como de risco, com o conseqüente critério para um elevado nível de intervenções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE,1996).

Para a Organização Mundial da Saúde, uma gestante de baixo risco, no início do trabalho de parto pode vir a ter complicações. Por outro lado, muitas gestantes de alto risco poderão ter uma evolução para o parto sem complicações.

Em suma, hoje os partos podem ser considerados de baixo ou alto risco, mas sempre de risco, o que implica a desvalorização do aspecto fisiológico, em detrimento do potencialmente patológico.

As mulheres entrevistadas, em geral, possuem conhecimento sobre conceitos de risco:

Na verdade tem os riscos. mas se há uma preparação, se tá tudo tranqüilo, sem nenhum problema maior...claro, se houvesse indicação de cesárea, não haveria dúvidas, porque a gente tem que respeitar isso. Na realidade, eu não acredito nesse modelo dos hospitais (EGÉRIA).

O modelo hospitalar é exatamente aquele que intervém com toda a tecnologia, tentando amenizar, impedir os riscos e, com isso, desencadeia outros riscos ainda maiores, tendo como consequência, não raro uma cesariana de urgência. É também aquele que inclui nas condutas destinadas ao alto risco todas as mulheres, independente se tiveram uma gestação tranqüila e saudável.

As mulheres entrevistadas valorizam a qualidade do pré-natal como pré-requisito fundamental para a determinação da escolha por um parto domiciliar:

E a gravidez toda foi muito tranqüila, a gente tava tendo um pré-natal muito bom, todos os exames, fazia ecografia, né! A princípio não tinha porque dar errado, mas se desse, nós estávamos preparados, né! (Deméter).

Eu acho que a gente não pode ser irresponsável; eu acho que quem decide ter um nenê em casa tem que fazer um bom pré-natal, tem que ter a sua saúde monitorizada, tem que ser uma pessoa que não tenha histórico de asma, problema cardíaco, hipertensão, sei lá! (Artemis).

A partir dos relatos, até agora descritos, pode-se perceber três motivos básicos que justificaram a escolha pelo parto domiciliar: a busca de privacidade e intimidade, favorecendo o relaxamento, o conceito de parto como um ato fisiológico, sendo a instituição hospitalar

destinada às pessoas doentes ou que possuam risco de complicações evidenciadas durante o pré-natal, e a qualidade da interação com o bebê, logo após o nascimento.

Nekhbet, Diana, Ilícia e Ártemis colocam as vantagens quanto à permanência do recém-nascido junto à mãe, considerando esse momento como culminante no parto domiciliar:

[...] ele estar ali em contato contigo, ele não foi pro outro quarto, ficou ali o tempo todo (Nekhebet).

[...] no parto hospitalar a criança nasce, eles mostram pra mãe e levam embora; esfregam a criança, põem na balança e medem e me dá muito a sensação de que a criança tá sendo coisificada, de que é uma coisa que tem que medir, pesar, limpar e depois vai levar para a mãe. E a minha filha mais velha foi uma coisa assim... de me mostrarem, eu não podia nem tocar nela porque eu tava com soro, assim, deitada, quase dormindo. Aí eu queria mexer nela e não podia. Levaram embora; devem ter feito tudo isso com ela, porque daí você não tem controle, né! (Diana).

Muitas vezes, o centro obstétrico lembra uma fábrica de trazer bebês ao mundo de forma seriada, devido ao intenso movimento de nascimentos, favorecendo a pressa dos profissionais em liberar rapidamente a sala de parto (ou cesárea) para a próxima parturiente. Essa situação é bastante comum em hospitais da rede pública, porém acontece também nos hospitais privados. Com isso, a mãe vê seu bebê em rápidos minutos a fim de que o mesmo seja submetido a todas as rotinas preconizadas.

Essas rotinas hospitalares preconizam que logo depois do período expulsivo, sejam aspiradas as secreções das vias aéreas do bebê e cortado o cordão umbilical. Caso o bebê esteja bem, é colocado no colo materno ou apenas mostrado à mãe e levado ao berço aquecido para não perder calor corporal. Logo, é detalhadamente enxugado com compressas esterilizadas, é feita a aspiração das vias aéreas a fim de retirar as secreções que restaram, ou para o pediatra comprovar que não há atresia de esôfago (obstrução). Após, é realizado o exame físico, o bebê é identificado com pulseiras que levam o nome da mãe, pesado, medido,

destinada às pessoas doentes ou que possuam risco de complicações evidenciadas durante o pré-natal, e a qualidade da interação com o bebê, logo após o nascimento.

Nekhbet, Diana, Ilícia e Ártemis colocam as vantagens quanto à permanência do recém-nascido junto à mãe, considerando esse momento como culminante no parto domiciliar:

[...] ele estar ali em contato contigo, ele não foi pro outro quarto, ficou ali o tempo todo (Nekhebet).

[...] no parto hospitalar a criança nasce, eles mostram pra mãe e levam embora; esfregam a criança, põem na balança e medem e me dá muito a sensação de que a criança tá sendo coisificada, de que é uma coisa que tem que medir, pesar, limpar e depois vai levar para a mãe. E a minha filha mais velha foi uma coisa assim... de me mostrarem, eu não podia nem tocar nela porque eu tava com soro, assim, deitada, quase dormindo. Aí eu queria mexer nela e não podia. Levaram embora; devem ter feito tudo isso com ela, porque daí você não tem controle, né! (Diana).

Muitas vezes, o centro obstétrico lembra uma fábrica de trazer bebês ao mundo de forma seriada, devido ao intenso movimento de nascimentos, favorecendo a pressa dos profissionais em liberar rapidamente a sala de parto (ou cesárea) para a próxima parturiente. Essa situação é bastante comum em hospitais da rede pública, porém acontece também nos hospitais privados. Com isso, a mãe vê seu bebê em rápidos minutos a fim de que o mesmo seja submetido a todas as rotinas preconizadas.

Essas rotinas hospitalares preconizam que logo depois do período expulsivo, sejam aspiradas as secreções das vias aéreas do bebê e cortado o cordão umbilical. Caso o bebê esteja bem, é colocado no colo materno ou apenas mostrado à mãe e levado ao berço aquecido para não perder calor corporal. Logo, é detalhadamente enxugado com compressas esterilizadas, é feita a aspiração das vias aéreas a fim de retirar as secreções que restaram, ou para o pediatra comprovar que não há atresia de esôfago (obstrução). Após, é realizado o exame físico, o bebê é identificado com pulseiras que levam o nome da mãe, pesado, medido,

enrolado e conduzido à mãe novamente. Alguns minutos depois, é novamente levado ao berço aquecido para cumprir todas as rotinas de admissão, encontrando-se com a mãe algum tempo depois. As rotinas de admissão do recém-nascido, via de regra, envolvem a instilação do nitrato de prata nos olhos, a administração da vitamina k intramuscular e a aspiração e/ou lavagem do conteúdo gástrico. Após esses procedimentos, é realizado o banho e a verificação dos sinais vitais.

As mulheres entrevistadas relatam que, no parto domiciliar, o bebê nasce e é acomodado sobre o ventre materno. São colocados panos para cobri-lo. A família fica por algum tempo interagindo com o bebê, sem que as pessoas da equipe interfiram nessa relação. Quando o cordão umbilical deixa de pulsar, então o pai, outro familiar ou a própria mãe fazem o clampeamento, mediante o auxílio do médico obstetra ou da enfermeira obstetra. Nesse momento é incentivado o aleitamento materno por alguém da equipe, mas quase sempre a própria mãe coloca seu bebê para sugar instintivamente. Somente depois o bebê toma seu primeiro banho, não com a finalidade de limpeza, mas a de promover o relaxamento e o bem estar. O pai ou alguém da família realiza essa tarefa, se assim o desejar, ou apenas assiste. O banho, em geral, é sob os olhos atentos da mãe, enquanto esta é preparada para descansar. O bebê é vestido e colocado junto a ela.

Diversos estudos comprovam que a primeira hora, após o nascimento, é de fundamental importância para a mãe e o bebê. Este período, chamado de Período Primal, segundo Odent (2002), contribui, não apenas para o bom andamento da conclusão do trabalho de parto por fatores hormonais, como também influencia na maneira desse bebê se relacionar com o mundo e as pessoas, no futuro. Durante a expulsão do feto, hormônios adrenérgicos são estimulados, oferecendo energia extra à mãe e ao bebê. Nesse momento, a mãe passa a ficar mais alerta, favorecendo o reconhecimento do filho, tal qual acontece com os outros mamíferos; por outro lado, o bebê também está alerta, podendo fazer o reconhecimento da

mãe através de seus órgãos dos sentidos, especialmente a visão e o olfato. Segundo este autor, esse é um momento de suma importância, pois não só aumenta os níveis de ocitocina (o que ajuda na expulsão da placenta e ejeção do leite) e de prolactina (produção do leite), como também, através da ocitocina, auxilia na formação do vínculo.

A informalidade, a simplicidade e o contato com pessoas queridas da parturiente, durante o parto domiciliar, também vieram a favorecer essa escolha, conforme o relato a seguir:

E pô, aquela coisa da minha mãe tá junto, a minha filha, o meu pequeno do meio tava dormindo no quarto, e eu fui pra sala ganhar nenê, quinze minutos depois ele nasceu, o outro acordou, apareceu lá na sala, foi abraçar o mano, dá chupeta; então isso sempre foram coisas que eu defendo assim um monte o parto em casa! (Ilicia).

Outro fator relevante na decisão por um parto em casa é quanto à disposição física e mental da mulher, logo após o parto. A medicalização do parto, nas instituições hospitalares, resulta freqüentemente, em mulheres no pós-parto (ou pós-cesáreas), exaustas, sonolentas, queixosas de dor, imóveis, o que vem a dificultar a interação da mãe com seu bebê, no período imediato ao nascimento.

[...] aesae o primeiro segundo eu tava disponivel pro meu nene; meu leite tava ok, porque não tinha nenhum tipo de hormônio, medicamento, nem coisa nenhuma (Ártemis).

Ainda em relação à decisão por um parto domiciliar, observou-se que a maioria dessas mulheres já tinham optado pelo parto em casa, antes mesmo de qualquer sugestão médica, como veremos a seguir:

Eu conheço algumas pessoas que tiveram nenê em casa, por acidente; outra amiga minha tinha ido para uma comunidade alternativa lá no meio do mato, mas tudo correu bem. Digo, sabe do quê? Vou fazer a mesma coisa, só que de propósito! (Ártemis).

Ártemis conta que alguns obstetras com quem conversou sobre parto, durante sua gestação, falavam muito em tragédias, o que a desagradou muito. Então, em uma aula de ioga para gestantes, viu fotos de um parto domiciliar, e:

[...] porque raspam a gente quando vai ganhar bebê no hospital, o que era uma coisa que me deixava desesperada, sabe? Pô, são as minhas partes íntimas, eu não queria que ficasse assim! Aí eu comecei a conversar e...esse cara faz o que eu quero! Aí eu comecei a consultar com ele. (Ártemis).

Ártemis não concebia a idéia de rasparem seus pêlos pubianos, pois tratava-se de sua intimidade! Nota-se que sua decisão, embora com alguma insegurança, já estava formulada antes mesmo da consulta com o médico.

As palavras de Belit também ressaltam que a opção por um parto domiciliar envolve também o companheiro ou um familiar mais próximo que compactue com a idéia:

[...] aí a gente tinha convicção mesmo de que queríamos... eu queria parir em casa mesmo, no meu cantinho, com o nosso cheiro, com as nossas coisas. Eu nunca vi necessidade de ter um filho no hospital, a não ser que tu tenhas algum problema de saúde, né! (Belit).

Percebe-se que a necessidade de romper com o que o sistema hospitalar preconiza às parturientes, em geral, aconteceu já nos estágios iniciais da gestação, determinando a necessidade de uma mudança; e por não haver outras opções, em nossa sociedade, além do parto hospitalar, então a escolha direcionou-se por um parto em casa:

“Não foi uma gravidez planejada, mas assim que eu engravidei, a primeira coisa foi... eu quero romper com isso”. [...] Aí, claro, até então eu já havia visitado todos os hospitais, e aí, por que não fazer no meu ninho?” E aos poucos fui criando uma coragem e ao mesmo tempo uma vontade de ir quebrando com todos aqueles paradigmas. (Egéria).

Elas buscam segurança no profissional acima de qualquer expectativa :

[...] eu não me senti influenciada pelo médico, mas me senti amparada por ele. Eu tinha claro que eu queria fazer isso, mas eu precisava me sentir segura que ele podia dar conta disso. (Diana).

[...] Aí quando eu fiquei grávida, fiquei imaginando se eu tivesse um parto no hospital, né...era uma coisa assim, é uma intuição que agente tem...não sentia que seria uma coisa legal. Daí eu fiz o pré-natal. Cada vez que eu chegava no hospital sentia uma opressão, não me sentia muito à vontade. E aí eu resolvi que ia fazer em casa. Mas aí eu pensei comigo...é uma coisa minha no sentido que eu devo ser fiel a mim mesma, a minha intuição e isso pra mim é uma questão de ser fiel aquilo que você percebe ser mais verdadeiro dentro de você. O médico que eu fiz o pré-natal não sabia. (Eva).

Eva reporta-se a sua primeira gravidez. Teve dois partos em casa, sozinha, por opção própria. Ao engravidar do terceiro, uma vizinha comentou sobre um médico que fazia partos domiciliares:

Aí entrei em contato com ele e disse: é o seguinte, eu tive uns partos em casa e eu gostaria que esse próximo também fosse. (Eva).

Eva buscou um médico que realizasse seu terceiro parto em casa, com a finalidade de evitar ter que ir para o hospital, após o parto, como fizera antes, por dois motivos: não separar-se dos filhos mais velhos com uma provável internação e por não se sentir bem naquele ambiente. Certa de sua decisão e entusiasmada, durante a entrevista, continuou:

Mas esse é um momento assim... que você separa as suas convicções de tudo aquilo que a tua cultura diz. Minha cultura dizia tudo ao contrário do que eu estava fazendo. Mas eu penso que estava certa (Eva).

Com Ilícia ocorreu uma situação inusitada. Com o falecimento de seu sogro, em seu apartamento, naquele mesmo dia teve uma intuição muito forte:

[...] que legal se eu fizesse o parto em casa; que renovaria aquela energia da morte do meu sogro, sabe! Eu fui pro consultório com essa intuição...Cheguei lá, nem fui eu quem falei pro médico, foi ele quem me sugeriu- quer fazer em casa? (Ilícia).

A primeira médica que eu fui era a favor da cesárea, né. Foi até o motivo que eu troquei de médico, optando pelo parto domiciliar, porque cesárea só em último caso pra eu fazer; queria todo o melhor pro bebê. Eu achei o doutor no site das amigas do parto; eu entrei no site, queria saber sobre parto humanizado, porque não dá pra acreditar plenamente assim no que o médico fala- ah, ele é que sabe tudo, né! Não! Tem que vê quais as outras

possibilidades, quais os outros tipos de parto que tem, o que pode ser feito e tal, o que é melhor pro meu filho, né?! (Inãna).

[...] porque primeiro, eu não imaginava um parto no hospital...eu sabia que tinham uma pessoas que faziam esse parto humanizado e aí eu não imaginei nenhuma outra possibilidade. Eu pensei: Ah, é isso aí que a gente vai fazer! Mas aí na hora mesmo é que a gente decidiu fazer em casa. (Ísis).

A decisão por um parto em casa, segundo Meira (2002), deve ser tomada quando se entra em trabalho de parto, mesmo com condições propícias de um pré-natal normal. Nesse momento, a parturiente é examinada, o bebê é auscultado, avaliam-se as condições maternas, quanto à pressão arterial, as contrações, o colo uterino. Em todo o período do trabalho de parto, ambos, bebê e mãe, devem ser supervisionados pelo obstetra.

Quando eu fui procurar o médico, ele não fazia parto em casa, não era uma proposta dele. E aconteceu assim, eu tinha uma amiga que me mostrou umas fotos da barriga. Bonitas as fotos! E aí ela disse assim: Como tá, dava pra fazer o parto em casa (tinha uns colchonetes no chão). Então eu disse: Ah, é? Fui lá e pedi pra ele fazer o meu. (Nekhbet).

Percebe-se que a maioria das mulheres já tinham a idéia de um parto fora do âmbito hospitalar, antes mesmo de ser uma iniciativa ou sugestão do profissional, inclusive trocando de médico quando este não correspondia às suas expectativas, como mencionado por Ilícia:

Quinze anos depois do parto da minha primeira filha, tô fazendo pré-natal em um posto de saúde, né; até com uma médica um pouco mais aberta, quando ela disse: -até te deixo ficar de cócoras, mas na hora de nascer não pode mais!- Então já fiquei meio assim, né, digo- Não! Peraí, o filho é meu, sou eu quem quero, já tenho experiência, foi muito bom ter tido de cócoras e quero de novo! Claro que se eu quiser deitar eu vou deitar, mas quero um médico que me respeite na posição que eu quiser ficar! Daí não fui mais na médica também [...], foi através da Liga Homeopática que eu descobri outro médico (Ilícia).

Porém, para uma das entrevistadas, a sugestão de um parto em casa partiu do médico. Para as outras mulheres, quando o profissional sugeriu o parto domiciliar, elas já tinham essa convicção, sendo mais rápida a decisão, conforme descreve-se a seguir:

[...] quando eu fiquei grávida da segunda vez, eu voltei lá e conversei com ele e aí ele veio com a idéia de ter em casa. Aí eu disse: - Ai, não, calma! (Deméter).

No entanto, percebe-se que as histórias de partos nas famílias dessas mulheres influenciaram sobremaneira as expectativas que alimentavam em relação aos seus partos.

4.1.2 A influência da história de parto na família e a posição desta em relação ao parto domiciliar

No transcorrer das entrevistas, várias mulheres citaram pelo menos uma situação de parto domiciliar nas suas famílias, comparando-as inevitavelmente com seus momentos de vida e demonstrando certa expectativa, baseada na história dos partos de suas tias, avós e de suas mães. Notou-se que o otimismo em relação aos seus partos estava diretamente relacionado ao sucesso dos partos de suas familiares e que a opção pelo parto domiciliar ficou facilitada quando a história familiar fora positiva. Nos relatos de Nekhebet e Ísis há inclusive o resgate da experiência de seus próprios nascimentos de partos domiciliares:

[...] a minha mãe me ganhou em casa também! (Nekhebet).

[...] eu fiquei imaginando uma coisa muito legal...uma mãe participando do parto de uma filha. Eu acho que seria muito legal, porque o parto é um momento, eu acho, que tu repete muito ao teu nascimento. O meu nascimento foi "tri bom"; eu tenho uma mãe corajosa, então foi super legal. Eu gostaria de estar no parto da minha filha (Ísis).

Ártemis também relatou a ocorrência de partos domiciliares em sua família e, subjetivamente, esperava repetir a tradição de partos fáceis e rápidos como foram os partos da avó:

“A cada minuto que passava eu pensava bom, agora isso não pode demorar mais, porque assim, dos relatos das pessoas da minha família, os partos eram super rápidos; quatro, cinco horas, né!” [...] a minha avó, mãe do meu pai, teve uns quantos filhos, tudo em casa. E o último ela teve no hospital e teve uma infecção terrível! (Ártemis).

Percebe-se uma evidente tendência a querer perpetuar uma tradição de partos familiares. A auto-afirmação de ser capaz de parir como pariram as mulheres de suas famílias tinha uma força veemente em seus relatos:

[...] então eu conversei com a minha família e ela aceitou. Minha mãe também já tinha história de ter feito três ou quatro partos por aqui; ela era meio como uma parteira; eu já ajudei ela, inclusive, em alguns partos, então nesse sentido ficou tranqüilo. E talvez por ter uma família com característica matriarcal tenha ajudado. (Egéria).

Entretanto, ainda que os relatos de partos familiares de Deméter não tenham sido positivos, ela parecia tomar consciência que podia fazer sua história diferente. Nesse caso, a sua decisão por um parto domiciliar partiu da necessidade de provar que poderia mudar a tradição de partos difíceis, característicos das mulheres de sua família:

[...] a minha família tem história de partos difíceis, complicados, sem dilatação, essas coisas todas. A minha vida toda eu me criei ouvindo essas histórias de que minha mãe quase morreu no parto, de que eu fui tirada com fórceps, tudo muito complicado. Mas eu acho que todas essas coisas que a gente tem de família ficam no inconsciente da gente, né! (Deméter).

Vale lembrar que a história de partos na família de Deméter, inevitavelmente refletiu em sua insegurança inicial na decisão do local do parto, porém ela transcendeu e fez sua própria história de partos com sucesso. Apesar do pessimismo da família em relação ao parto em casa, Deméter manteve-se convicta. Em geral, as influências do meio exercem uma extraordinária força na decisão. A personalidade da mulher, sua verdade interna, sua força feminina, seus valores superam ou não essas resistências.

O comportamento da gestante vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto sócio econômico, personalidade e simbolismo (MALDONADO, 1988).

Uma das características marcantes em todas essas mulheres é que elas possuíam uma força, uma convicção interna marcantes. Isso pode ser confirmado nas palavras de Eva:

[...] aí você pensa....bom, eu ir contra o mundo? Então acho que nesse momento de crise, ou ela se deposita nas mãos de quem ela confia, sem questionamentos, que é o que a maioria das mulheres fazem...ou, como eu li várias coisas de diversos ângulos, então eu tinha meu posicionamento a respeito ao assunto. Sou juha da mesma família de minha irmã e ela não pensa como eu de forma nenhuma. Ela cresceu comigo, mas ela nunca questionou as coisas que eu questionei. É uma questão de pessoa para pessoa. Cada pessoa é um indivíduo. (Eva).

As famílias, em geral, ficam surpresas ou assustadas com a possibilidade de um parto domiciliar, já que a idéia dos riscos e tragédias está intensamente incorporada em nossa cultura:

Eu tinha comentado com uma tia minha [...] que estava pensando em fazer o parto em casa, e ela disse: - tu tá louca! Um perigo isso! Porque o fulano morreu, porque a ciclana, filha de não sei quem...sempre tinha uma história triste pra contar. Mas eu tava tranqüila; sabia que não ia arriscar. Eu acredito que as coisas não são por acaso. [...] dessa vez eu avisei a minha família só depois que ele nasceu! (Deméter).

Quando eu falava, comentava, diziam: - Ah, você é louca! Imagina, isso aí é selvagem ainda. Então, eu não comentei com ninguém e fiquei muito comigo mesma! (Eva).

A experiência de Inãna demonstra uma forte convicção interna em sua capacidade de parir e de confiar nos profissionais que ali estavam, apesar da insegurança de sua mãe que assistia o parto. Nesse caso, a influência pouco otimista da mãe não foi suficiente para abalar sua escolha pelo parto em casa.

[...] a minha mãe tava bem mais ansiosa do que eu...Éta: - sera que a gente não vai levar ela pro hospital? Eu tava muito tranqüila, confiante nos profissionais. (Inãna).

A família, não podendo exercer uma influência positiva ou negativa prévia ao parto, poderá entretanto, fazê-la posteriormente, como aconteceu com Ilícia:

Eu não comuniquei nem a minha mãe, nem a minha sogra. Só eu e meu marido sabíamos disso desde que a gente partiu prá decisão, né! [...] todo mundo no começo achou super legal, mas depois...começaram a incomodar – Como é que tu deixou tua mulher fazer isso? Se tivesse acontecido alguma coisa com teu filho! E encheram tanto a cabeça dele que ele começou a se sentir culpado. (Ilícia).

A concepção de que o hospital é o único local adequado e seguro para parir, vem da idéia de que o parto significa uma situação de risco iminente, mesmo tratando-se de mulheres sadias e com uma gestação sem intercorrências. Quanto mais tecnológico o parto, maior a impressão de segurança, quando, são as inúmeras intervenções que levam, na maioria das vezes, às iatrogenias hospitalares. Por exemplo: a gestante entra no centro obstétrico e logo lhe é colocado um soro, pois deverá ficar em jejum, cuja justificativa, conforme explicações de alguns médicos, em conversas informais, seria de prevenir uma aspiração pulmonar no caso de a gestante vomitar após uma anestesia geral; ou ainda, colocar um soro como forma de segurança, dispondo de um acesso venoso, se necessitar administrar rapidamente medicamentos ou em casos de aumentar a volemia em situação de maior sangramento.

Entretanto, há a chance de uma hipoglicemia materna, ao longo de dez ou doze horas de trabalho de parto em jejum, ou mesmo uma hipoglicemia neonatal, já que a sobrecarga de glicose recebida pela mãe, através do soro, implicará maior quantidade de insulina circulante no organismo da criança após o nascimento. Certamente, é mais provável que ocorra uma situação de hipoglicemia que uma situação de anestesia geral na parturiente, o que acontece em casos extremos de urgência. Outro exemplo de iatrogenia hospitalar é a indução do parto com ocitócitos que leva, seguramente, à monitorização intra-parto, (porque se torna

necessário observar com mais atenção o comportamento das contrações uterinas e também o comportamento da atividade cardíaca fetal); imóvel, a mulher fica impedida de utilizar formas alternativas para aliviar a dor; então faz-se necessária uma analgesia. A analgesia de parto, por sua vez, conduz ao uso de fórceps na maioria dos partos induzidos e não raro a uma cesariana, motivada por sofrimento fetal agudo.

Para Meira (2002), todo parto é potencialmente um momento de risco, independente de ocorrer em casa ou no hospital; no entanto, deve ser assumido por todos. Ambos os partos, hospitalar ou domiciliar têm suas indicações. Há casos em que vão ter contra-indicação médica para ocorrer em casa, para estes, o parto hospitalar é o melhor.

Por outro lado, a cesariana tem riscos, tanto para o bebê quanto para a mãe, com uma mortalidade de até 12 vezes mais que no parto normal e para a morbidade de 7 à 20 vezes mais (BASILE, 2000).

A dimensão que a influência familiar exerce não atinge somente as decisões positivas ou negativas quanto ao local ou o tipo de parto que julgam mais apropriados, como também fazem diferença na influência que exercem durante o pré-natal ao relatarem às suas gestantes casos de partos complicados ou de partos felizes de outras mulheres.

4.2 A preparação

A preocupação em relação ao preparo para o momento do parto esteve inerente a todas as entrevistadas. Observou-se que o preparo ultrapassa a dimensão do corpo (exercícios, caminhadas), atingindo também dimensões simbólicas (figuras, flores, incensos...). Lembravam certos rituais, tais quais eram exercidos pelas mulheres na antigüidade, a fim de

celebrar os momentos marcantes e de transição como nascimento e morte. Havia um cuidado todo especial em relação ao ambiente, também chamado de ninho, por muitas das entrevistadas.

A expressão ritos de passagem foi adotada por estudiosos europeus para definir todos os rituais e cerimônias que propiciam a passagem de uma pessoa para uma nova forma de vida ou novo status social (FAUR,2003).

Para Kitzinger (1978), a gravidez é um estado ritual, na maioria das sociedades. Ter um bebê não é apenas um processo de importância biológica ou sociológica, pois há muitos níveis de significado e fornece um dos temas mais importantes e ricos de todo ritual.

Segundo essa autora, ao ser realizada a despersonalização do parto (com a institucionalização e seus rituais próprios), fica-se com o invólucro físico, mas o significado transcendente foi eliminado. Assim, atinge-se o objetivo que está implícito em todas as civilizações altamente tecnológicas – o controle mecanizado do corpo e a completa anulação de todas as sensações.

Entretanto, o parto hospitalar não deixa de ter seus rituais, pois desde a internação, a parturiente segue, como numa linha de montagem, uma série de procedimentos, próprios da organização hospitalar e que não lhe deixam escolhas, como por exemplo: raspagem dos pêlos, colocação de um soro, afastamento dos familiares, entre outros (OSAVA, 1997). Como afirma Davis- Floyd (1992), poderíamos até considerar este ritual de hospitalização como o maior de todos os tempos já visto.

Ainda assim, essa ritualização nos hospitais perde seu valor para algumas mulheres por ser desprovido de significados pessoais.

O ressurgimento do sagrado feminino está ativando a memória ancestral das mulheres em relação a rituais. Mudando os velhos paradigmas, elas estão reivindicando sua verdadeira essência, consagrando assim seu cotidiano (FAUR,2003).

4.2.1 O preparo pessoal

Algumas das mulheres entrevistadas já tinham algum preparo físico anterior à gravidez e atribuem o sucesso do parto a esse preparo corporal:

[...] eu atribuo um pouco isso ao fato de eu ter sido sempre uma pessoa fisicamente ativa e na minha profissão a gente fica, por exemplo, muito acororada, todo o trabalho da horticultura a gente faz acororado, vai andando de ladinho assim, sabe?! (Ártemis).

Eu já fazia artes marciais e ioga. Sempre fiz. Nada de muito especial, específico para o parto. (Belit).

Fiz ioga pra gestantes, comecei com sete meses. (Inãna).

Sempre pratiquei esportes, eu fazia balé desde os quatro anos, dormia no chão, vivia de cócoras. (Ilícia).

E também um preparo mental:

[...] na preparação do corpo- shiatsu, caminhadas- facilitou um monte. Foi a preparação do corpo e da mente, porque tu vai entrando naquela idéia. (Egéria).

A Medicina alternativa colaborou na preparação de Nekhbet:

[...] todo mês eu fiz pré-natal e no final o médico me deu homeopatia pra facilitar o parto, pra musculatura. Eu fazia e faço um trabalho com florais. Tem florais que ajudam nas questões do parto. Porque o médico aceitou em fazer o meu parto em casa a partir do momento que ele viu como eu me cuidava, o que eu fazia; como que eu estava [...] como foi uma gravidez tranqüila e eu bastante saudável, então deu chances. (Nekhbet).

A introspecção, a busca da própria essência através do contato com a natureza, o resgate da valorização dos instintos, foram recursos utilizados por Ísis durante a gravidez:

[...] é um mês antes parar e sem aquela loucura de ir atrás de dinheiro [...] pra depois não ter que se estressar muito com isso. É entrar em contato com a natureza. Tem que ir pro mato, pro mar, tomar banho de rio, vai ser muito melhor, vai sentir muito mais tua essência. É claro que na cidade, rodeada de concreto, te faz ficar muito mais distante [...], eu ia ia pra varanda, olhava o céu, fazia um pedido pra que tudo desse certo, uma coisa simples, pequena; é ir se conectando com a natureza, com o processo da vida. (Ísis).

O preparo específico do períneo, segundo Deméter foram importantes para o sucesso de seu parto:

[...] porque durante a ioga, aprendi os exercícios e eu fazia também massagens com azeite de oliva no períneo. Fazia exercícios de relaxamento e contração do períneo. (Deméter).

Outro aspecto relevante é que a busca de informações, esclarecimentos durante a gestação destacou-se entre um dos preparos mais importantes:

[...] Eu acho que elas (as mulheres) deveriam se informar mais sobre parto, porque lendo e sabendo mais sobre esse tipo de parto, com certeza elas fariam, né! (Inãna).

As mulheres deviam se informar mais pra ter noção da diferença que é a cesariana do parto normal. Eu acho que a grande maioria das mulheres entra na cesariana por falta de informação, por muito medo da dor. A dor do parto nem entra na minha concepção de dor, porque tu sabe que a cada contração mais forte, o nenê tá perto de estar no teu colo. É diferente da dor de dente, da dor de cabeça. (Belit).

O preparo psicológico, interno foi também amplamente comentado. A necessidade de passar pelo parto com toda a consciência, sentindo a experiência na sua totalidade, certamente é um propósito a considerar quanto à escolha por um parto domiciliar.

Nos hospitais privados, é freqüente o obstetra entrar no centro obstétrico acompanhado de seu anestesista. Por um lado, é uma questão de segurança caso precise de uma cesárea de urgência e não tenha nenhum anestesista de plantão; por outro, é observada uma ansiedade do profissional e de toda a equipe do centro obstétrico diante de uma parturiente gemente de dor. Daí, o silêncio comum nos corredores dos centros obstétricos dos hospitais privados.

O sentimento de ter que fazer alguma coisa diante de alguém que geme é compartilhado por todos, quando o não fazer nada, o não intervir, é justamente o que algumas mulheres desejam.

Eu acho que tinha que haver, por parte das mulheres que se propõem a ter um filho, uma conscientização um pouco maior do que isso significa, porque eu vejo que na nossa sociedade todo mundo quer as vantagens e ninguém quer arcar com os ônus de certas coisas; então, quer ter um filho como se fosse uma bonequinha que veio ali pra eles brincarem, aonde o ônus de um parto propriamente dito nem passa na cabeça delas; se fosse possível tomava uma anestesia e só acordava depois que tudo já tivesse pronto. (Ártemis).

No relato das mulheres percebeu-se uma integração entre a gestante e o ambiente onde ocorreria o parto:

Eu fiz uma preparação forte psicológica. Eu fiz vários quadrinhos de parede com mães: virgem Maria, ou mães que artistas tinham pintado, há muitos anos atrás e tal, e espalhei pela casa, querendo que aquela imagem e o arquétipo ali ficassem, invadindo a minha casa, invadindo tudo, pra que na hora desse certo. (Ísis).

Todo dia à noite eu fazia tipo uma meditação; visualizava o bebê com todo o meu processo dando certo, ele nascendo, vindo pro meu peito. Era uma forma de preparar aquele momento e já construir tudo como aconteceria; que seria tranquilo, não teria problemas. (Egéria).

Eva ainda foi mais adiante e afirmou que a mulher necessita ter um autoconhecimento apurado para enfrentar um momento de crise como é o parto, com firmeza e tranquilidade:

Você tem que ter uma vida interior. Uma pessoa que vive na superfície a vida inteira, ela jamais vai suportar uma situação de medo, de dor... Você tem que se questionar, questionar sua existência, sua sexualidade, suas motivações, os seus desejos mais profundos. Então, nessa hora não se faz um parto feliz numa pessoa que não questiona sua existência, isto é, você ter um filho é você entrar dentro da humanidade, no mais profundo dela. Mas a mulher tem que ter uma boa firmeza...se ela não se conhece, não conhece o seu corpo, não sabe como é que ele funciona...não apenas biologicamente, mas num todo... (Eva).

Já Deméter, atribui à figura do médico, papel fundamental para o sucesso do parto. É necessário que ele seja o elo de segurança à mulher, satisfazendo suas expectativas como gestante. Porém, se assim não for, a mulher deverá procurar isso em outro profissional:

O principal pra uma pessoa que tá grávida é ela procurar aceitar qualquer imprevisto que venha, isso é básico, né? [...] tu tem que te abrir pra vida, tá bem amparada pelo médico, com o pai, tá bem tranqüila, tirar todas as dúvidas com o médico, sabe! Se não sentir firmeza com o médico, troca de médico. O médico deve ser uma pessoa muito especial, né! Seja qual for o tipo de parto, ele tem que deixar ela tranqüila, tem que orientar, explicar como funciona, ele tem que tirar todas as dúvidas que ela tiver. (Deméter).

A confiança no profissional, durante o pré-natal, passa por uma seleção de critérios que essas mulheres já trazem dentro de si. Um pré-natalista que aborda somente riscos e patologias em potencial, gerando ansiedade, é automaticamente rejeitado por essas mulheres, conforme narrou Ártemis:

[...] quando eles me descreviam os procedimentos, eu ficava assim, até meio assustada, porque eu nunca vi fazerem aquilo com bicho nenhum, sabe! Tu chega e eles já te pegam na veia. Tá, mas por quê? Ah, porque pode acontecer isso e aquilo e não sei o quê, e dêle desgraça!

Conforme Odent (2003), uma das principais características do pré-natal na era industrial é justamente valorizar as complicações em potencial, causando o efeito “nocebo”, ou seja, gerando um estresse desnecessário e nocivo à gestante. Com isso, ele potencializa a idéia de que a gestação é sinônimo de doença. E assim, a mulher acaba, inconscientemente, assumindo uma postura de passividade e entrega na hora do parto, anulando-se totalmente.

O parto realizado em uma instituição hospitalar reforça essa premissa, despersonaliza a mulher, na medida em que generaliza as condutas e rotinas. A parturiente que emite opiniões ou questionamentos a respeito das condutas que são tomadas a seu respeito, em geral não é bem vista pelas equipes que se sentem melindradas. A boa parturiente é aquela que fica calada e quietinha seguindo todas as orientações e ordens.

E Ártemis reafirmou essa questão, dizendo:

Num hospital todo mundo é paciente, né? E paciente é a última palavra que pode ser aplicada com propriedade a minha pessoa; eu não gosto de ser objeto de ninguém; [...] eu queria ser o sujeito do meu trabalho de parto!

4.2.2 O preparo do ambiente: a construção do ninho

O local da casa onde acontecerá o parto é pormenorizadamente preparado. Alguns detalhes assumem importância, de acordo com a crença, a filosofia e a personalidade de cada mulher. As mulheres entrevistadas traduziram o nascimento como algo sagrado; acreditam que a harmonia com que o bebê nasce é de relevante importância para a vida futura da criança. De certa forma, algumas mulheres relataram uma preocupação com a contribuição do novo ser ao mundo, na medida em que sejam pessoas mais equilibradas e pacíficas, de acordo com a forma como foram recebidos ao nascerem.

O local onde acontece o nascimento assemelhou-se a um cenário de um rito de passagem. Como todos os ritos de passagem, há um ponto de referência onde ocorrerá a cerimônia. Acredita-se, por outro lado, que uma vez o ambiente estando detalhadamente ornamentado por ela mesma e familiarizado, a parturiente terá mais facilidade em abdicar das influências externas, concentrando-se em si própria durante o trabalho de parto. Como já foi citado anteriormente, o fato de ter um ambiente conhecido facilita consideravelmente o fluxo da cadeia hormonal inerente à fisiologia do trabalho de parto e do próprio parto. Outro aspecto a considerar é que nesse ninho, como costumam chamar as mulheres, sendo de propriedade da parturiente (foi ela quem o criou), não necessitará controlar-se, conforme os padrões esperados de comportamento social de nossa sociedade. Poderá gemer ou gritar;

poderá ficar de quatro ou de pé; poderá rezar em voz alta, se desejar, poderá ficar totalmente despida, sem os olhares e críticas alheios, tão freqüentes nos meios hospitalares.

A necessidade das mulheres de se isolarem pode ser considerada como um instinto de fazer ninho. Isso pode ser traduzido, também, quando a mulher resolve, inesperadamente, arrumar a casa, fazer faxina logo antes do trabalho de parto começar (ODENT,1991).

Alguns fatores que ocorrem no parto hospitalar desfavorecem a introjeção da parturiente, ativando o neocórtex cerebral, como por exemplo:

a) Questionamentos

Fazer perguntas e observações dirigidas à parturiente no trabalho de parto. Imagine alguém perguntar o número da identidade, quando se estiver quase dormindo.

b) Luminosidade e observação

A luz estimula o neocórtex, favorecendo o estado de alerta. A observação tende a inibir o comportamento natural e a espontaneidade, pois surge a preocupação com a aparência e com o julgamento crítico de outras pessoas (ODENT, 2002).

O ambiente externo e o ambiente interno de cada ser humano interagem constantemente, pois não só responde-se aos estímulos externos de uma forma biológica, como também de uma forma comportamental, baseada em experiências passadas, expectativas, propósitos e, sobretudo, baseada na interpretação simbólica individual. Um cheiro poderá evocar uma sensação de medo ou de prazer, por exemplo (CAPRA,1988).

Assim, um ambiente completamente familiar gerará mais confiança e relaxamento, como expressaram as mulheres deste estudo:

[...] e aí eu fui arrumando a casa, enchendo de flores e cortinas, ou seja, estabelecendo o meu ambiente, e isso foi dando segurança. A espiritualidade aflora, cada coisinha era preparada: acendia uma vela, ouvia uma música, acendia um incenso. Foi um mês de ritual, preparando a mim e esse meu espaço, pedindo luz, paz, tranquilidade...é como um passarinho, e quando vimos nosso ninho tava pronto. (Egéria).

Nekhbet, por sua vez, assegurou que o preparo do ambiente, onde ocorre a chegada da criança ao mundo, proporciona o estabelecimento de uma espécie de segurança primária, necessária ao longo da vida daquele ser:

A gente começou a ajeitar a casa, pintamos a casa, como que pra receber mesmo a criança. Então me deixou mais segura. Tu cria um ninho e naquilo ali tu fica o primeiro dia, o primeiro mês. É importante porque a energia que rola e que cria ali é importante pra criança ficar mais segura com ela mesma no espaço Terra. (Nekhbet).

Uma vez que o ambiente foi pormenorizadamente preparado, os dias que antecedem o parto são particularmente especiais:

E assim, naquela semana, não houve nenhum estresse, sabe. Deixei sempre luzinhas baixas, a gente não ligou a tv durante uma semana. (Ísis).

O ambiente hospitalar, certamente não proporciona esses detalhes no preparo do ambiente por razões óbvias, sendo o parto domiciliar favorecido àquelas mulheres que valorizam esse tipo de situação, como por exemplo, o descrito a seguir:

Então fica aquele clima gostoso; peguei um incenso, pus pra queimar, peguei umas músicas, levei pra sala...queria que ele nascesse ouvindo os golfinhos. (Ilícia).

Algumas mulheres detiveram-se mais nos aspectos práticos:

Então a gente preparou o chão, colocamos uma banquetinha pro meu marido ficar sentado pra me segurar. (Deméter).

Claro, o carro aí na frente à disposição, tudo certinho! Nós perguntamos que tipo de risco podia ter, o que podia acontecer, estávamos bem informados! (Belit).

A participação de uma doula no cenário do parto, ainda não é permitido em muitos hospitais brasileiros, embora o Ministério da Saúde e a OMS reconheçam essa personagem como fundamental para a redução dos índices de cesariana e do uso de anestésicos, durante o trabalho de parto. No parto domiciliar, a doula é valorizada e chamada, antes mesmo do chamado médico:

Aí eu tinha comprado uns plásticos no dia anterior pra forrar a minha cama, e eu arrumei um ninho assim, no chão, com os cobertores dobrados e tal, botei aqueles plásticos em cima, depois uma coicha, ae tempo ae arrumar tudo direitinho, e eu chamei a doula, porque tavam super próximas as contrações, né! (Ártemis).

Então a gente decidiu em fazer aqui na sala mesmo. A gente começou a puxar panos e fazer um ninho aqui, e deu tudo certo. (Ísis).

O depoimento de Ártemis, complementando o primeiro, sobre a importância do preparo prático do parto em casa, mostra um lado pouco romântico e até mesmo engraçado dessa situação:

[...] eu me lembro que olhei em volta e pensei: que horror! Que mixórdia que ficou o meu quarto, porque tava numa imundice, uma sangüera por tudo. Bendita hora que eu pus aqueles plásticos ali!

Para efeito de informação, a mesma equipe que realiza o parto faz a limpeza do local, em geral com a ajuda do familiar que estiver ali. Em uma das equipes é oferecida uma sopa à mãe, após o parto, a fim de restabelecer a energia despendida durante o trabalho de parto.

Conforme relataram as mulheres, as equipes que atuam nos partos domiciliares seguem um sistema interdisciplinar, sem a preocupação hierárquica que conduz a uma divisão

de papéis. Todos cuidam, todos limpam, fazem massagens, acariciam, confortam, pois o centro de suas atenções não são as divisões das tarefas e sim a mulher e sua criança.

Por outro lado, nas instituições hospitalares, a assistência ainda é fragmentada, hierarquizada e centrada em tarefas. Quem higieniza, por exemplo, não é a mesma pessoa que realiza o parto. Dessa forma, em uma maternidade, há uma diversidade considerável de pessoas estranhas que entram em contato com a mulher, no período de sua internação (copeiras, pessoal da higienização, da administração, equipes de enfermagem de vários turnos, médicos). Isso torna a assistência de certa forma impessoal, sem vínculos efetivos e exaustiva, pois a todo o instante pessoas desconhecidas entram e saem dos quartos, não permitindo a privacidade da mãe, do bebê ou da família.

4.3 Os sentimentos

Entre os sentimentos relativos ao parto destacados pelas mulheres entrevistadas estão aqueles vinculados à vulnerabilidade, fragilidades e medos, desde o momento em que inicia o trabalho de parto até o parto propriamente dito.

A mulher, ao longo do tempo, introjetou a idéia de que seu corpo é frágil, sujeito a todas as imprevisibilidades patológicas associadas ao parto. A gestação, não sendo considerada uma doença, mas potencialmente assim o é, de acordo com o modelo biomédico atual, deve ser cercada de todas as precauções para a iminência de uma situação de emergência. Assim, a ansiedade é completamente natural nesse período. Seria estranho se alguém ficasse imparcial a esse tipo de pressão. Existe até uma frase popular que enfoca essa questão: “mulher grávida tá com o pé na cova”! Literalmente essa frase expressa a morte

como o medo mais iminente. É evidente que esse medo existe, embora algumas mulheres entrevistadas não tenham demonstrado essa preocupação:

[...] e se fosse pra acontecer, digamos eu morrer, acontecer uma tragédia assim, sei lá, a morte faz parte da vida, as coisas acontecem como elas tem que ser... (Ártemis).

[...] porque eu morava no décimo sétimo andar, então às vezes faltava luz, então todo mundo pensou nas coisas ruins, e nós graças a Deus sempre pensamos nas coisas boas, né? Se acontecesse, na hora, agente ia resolver...e até porque pode acontecer dentro dos hospitais, né! (Ilícia).

Por outro lado, poderíamos pensar também no medo da morte simbólica, própria de um período de crise ou transição. Algo novo dá lugar ao velho, seja no sentido psicológico ou social. Mesmo que não se trate do primeiro filho, ter dois filhos não é a mesma coisa que ter um; ter três é bem diferente de ter dois, e assim por diante. Como ficará a vida depois do parto? Como ficarão os compromissos sociais, a sexualidade, a relação com os outros filhos?

Isso é tão imprevisível quanto as ocorrências físicas, e não é um sentimento com que apenas as gestantes compactuem, mas também seus familiares.

4.3.1 A vulnerabilidade e a fragilidade

Conforme o dicionário de língua Portuguesa, a palavra vulnerável significa: “que pode ser ferido, ofendido; designativo do lado fraco” (ROSA, 1999). Quando as mulheres deste estudo foram questionadas sobre quais foram seus *sentimentos* diante de seus partos em casa, elas citaram a vulnerabilidade, no sentido de sentirem-se fragilizadas, expostas a influências externas, embora alguns psicólogos não considerem *vulnerabilidade* como um sentimento.

Porque é um momento muito importante, um momento que tu fica completamente vulnerável, né! Porque é uma situação que agente desconhece e que tu fica vulnerável, até pela posição, né! (Deméter).

A situação do parto expõe a mulher quanto ao aspecto psicológico, já que diante da dor ninguém consegue manter um superego inabalável; também a coloca numa exposição física, da própria intimidade. A posição deitada reforça, de certa forma, a idéia de passividade e, conseqüentemente, de fragilidade, de entrega.

Percebe-se também que para as gestantes, de modo geral, durante o trabalho de parto, a influência médica parece ser mais significativa devido a dor, cansaço e medo próprios da parturição, o que é diferente de qualquer decisão firmada ao longo da gestação, de forma consciente e centrada. Como anteriormente descrito, a escolha por um parto domiciliar fora tomada antes, o que não significa que essa decisão não pudesse ser mudada na última hora:

[...] e aliás, pra ti ser bem honesta, se ali, na reta final o médico chegasse e dissesse: -Sinto muito, vai ter que ser cesárea! I-Eu ia dizer: -Graças a Deus! (Ártemis).

Porém, Ártemis complementa sua entrevista dizendo:

E se fosse pra ter uma ninhada de loirinhas que nem ela, eu ia ter os outros em casa também. As candidatas aí a terem seus filhos em casa, eu recomendo! (Ártemis).

Fica claro que seu sentimento durante o trabalho de parto não implicou arrependimento, até mesmo pelo contrário.

Ísis reforçou as questões da vulnerabilidade, no momento do parto, conforme descrito abaixo:

[...] na hora tu não decide nada mais, muita coisa tu faz o que os outros dizem pra tu fazer; tu perde a razão e fica só com o instinto. No momento do parto teve uma hora que eu quase vacilei. Teve um momento que eu disse: - Mas o que mais eu posso fazer? Porque já tinha feito várias posições...e aí, eles (referindo-se à equipe) disseram: - Não! Continua assim! Essa foi a melhor posição! Foi aí que entrou o médico me dando uma segurança (Ísis).

É interessante ressaltar que as primigestas fazem uma idéia de que o parto acontece de forma mais rápida, mesmo que sejam prevenidas antes de que um trabalho de parto possa ser longo. Daí a necessidade da reafirmação por parte dos profissionais, de que o trabalho de parto é assim mesmo, demorado, apesar de a gestante considerar-se muito bem preparada. É fundamental que o profissional seja positivo e elogie os esforços da parturiente, nesse momento. Um profissional que busque influenciar a mulher quanto a via de parto que mais lhe convier, é nesse momento que ele obtém sucesso, podendo, por exemplo, sugerir uma cesariana.

Eva ressaltou que a existência prévia de uma convicção interna, gerada pelo exercício do autoconhecimento, favorece a mulher nesses momentos de vulnerabilidade, ficando menos influenciável aos fatores externos:

[...] você cria uma mulher boneca (que vive somente na superfície), uma boneca não sabe assumir sua existência; a mulher boneca você modela ela por fora, você mutila ela por dentro e você usa ela. Mas uma mulher que pensa, ela não se sujeita a certas coisas [...] e essa coisa de você chegar lá e o médico te tratar bem...não basta te tratar bem e te induzir, porque a pessoa ignorante, ela vai aceitar tudo o que ele disser. Se o médico chegar e disser o seguinte: parto normal é a melhor coisa...mas se o cara não acredita nisso, vai dizer: vamos fazer uma cesárea, porque parto normal é horrível...bom, ele é uma autoridade! O que ele não tá pensando é na mulher. A mulher que não sabe ou nunca pensou, ela vai acreditar piamente, ela se põe na mão do médico(Eva).

Assim, através da reflexão de Eva, constata-se que a informação e a busca do autoconhecimento prévios minimizam os sentimentos de vulnerabilidade e a sensação de fragilidade na hora do parto.

4.3.2 Os medos

Nekhbet demonstrou reconhecer os fatores de segurança que estão inseridos em nossa cultura sobre parto hospitalar; entretanto o significado que o parto representa para ela e seus valores pessoais faz com que superar a necessidade de ir para um hospital. Buscou nos recursos internos essa segurança, bem como através do conhecimento e do preparo físico, durante a gestação. Ela não descartou a ocorrência dos medos, comuns a qualquer mulher nesse momento:

Porque se tu não vai serenando e não vai te trabalhando, tu pode pirar! Porque tu vai te deparando com teus medos. É um enfrentamento, então como é que tu vai ter tranqüilidade? Tu vai estar com um médico e uma enfermeira, só! Acho que é o trabalho antes, o pré-natal, o preparo físico, o preparo mental... (Nekhbet).

Deméter, por sua vez, expressou a insegurança diante do não convencional, do novo, solicitando o direito de retornar ao que é preconizado, se achar necessário. Isso deve ser respeitado pelo profissional, para que não se caia no outro extremo de impor a própria verdade, sobrepujando o direito de escolha da mulher.

Eu tinha muito medo no começo, né; aí a gente foi conversando, eu comecei a fazer ioga, fui me encorajando pra experimentar, né! [...] mas eu combinei com ele: se por acaso eu quiser desistir do parto natural e quiser parto convencional ou cesariana, tu vai deixar, né? (Deméter).

Ao mesmo tempo em que Deméter expressou sua insegurança, no transcorrer da entrevista, acabou demonstrando valoroso conhecimento de como lidar com a dor, um dos fatores de maior medo entre as gestantes.

Mas é que tu tem medo de fazer a força, porque tu tem a sensação de que vai te arrebentar [...] quando dá aquela dor assim, tu fica bem quietinha, esperando passar. A impressão que dá é que se tu fizer força ela vai

aumentar e tu não vai agüentar. Mas é o contrário! Se tu fizer força ela diminui bastante, sensivelmente! (Deméter).

É conhecida a ação das endorfinas produzidas pelo próprio organismo, no pico de uma dor forte, o que justifica a experiência de Deméter.

Muitas vezes os fantasmas da dúvida e do medo não são tão assustadores como parecem ser. A dor física existe com certeza na ocasião do trabalho de parto, porém há medos e dúvidas internas que fazem com que essa dor pareça ser muito maior e insuportável. Isso é reforçado, muitas vezes, durante o pré-natal pelo próprio pré-natalista, bem como por familiares e pela mídia. Deméter, em seu enfrentamento pessoal, descobriu que a dor poderia ser muito menor quando ela fazia força, bem ao contrário do que ela supunha antes.

Ainda assim, percebe-se que as mulheres que optaram pelo parto domiciliar não são diferentes das que realizaram um parto hospitalar no que diz respeito aos medos e inseguranças. É possível também que o ambiente hospitalar represente para a mulher que teve um parto em casa, uma ameaça muito maior, por ser um ambiente desconhecido, por ter muitas pessoas lidando com o seu corpo, seu filho, sua intimidade, e principalmente porque tudo isso não corresponde a sua expectativa de vivência de parto.

Atualmente, os cursos preparatórios para o parto, incluem em suas agendas a visita das gestantes à maternidade e ao centro obstétrico do hospital onde planejam ganhar seus bebês. Essa iniciativa é bastante válida na medida em que desmistifica muitas fantasias das mulheres em relação ao ambiente onde nascem os bebês. Porém, em geral, o passeio ao centro obstétrico limita-se à porta de entrada do mesmo. Para muitas mulheres essa necessidade de vínculo não possui uma importância maior, porém para outras isso se torna fundamental.

O fato é que a sala de parto e até o próprio ato de parir sempre estiveram envolvidos num clima de mistério. Hoje, as salas de partos e os rituais hospitalares são conhecidos somente pelas equipes que trabalham ali. As roupas, os instrumentais, são desconhecidos e

amedrontadores, as salas são fechadas, reforçando mitos e fantasias dos leigos e da imaginação feminina, que, muitas vezes, culminam com sua entrada num centro obstétrico:

Dentro de uma mulher existe a cultura milenar do medo. O medo pra você enfrentar, você tem que ter uma vida interior. Uma pessoa que vive na superfície a vida inteira [...], quando suas angústias mais internas vem pra fora, ela tende a fazer uma anestesia ou uma cesariana, ou então ela morre de medo, morre literalmente, porque nós somatizamos muitas coisas. (Eva).

Egéria relatou sua própria experiência, em que conseguiu transmutar sua idéia de dor associada ao sofrimento em oportunidade de sentir e participar ativamente do nascimento de seu filho:

Eu mesma achava antes que era uma tortura pras mulheres não fazer analgesia de parto, aí quando eu comecei a entender o processo, eu vi que não, que na realidade é o contrário. Eu optei em não fazer analgesia para poder realmente sentir, poder controlar, diminuir os riscos. A dor não é aquele monstro, só te engrandece! (Egéria).

Vale ressaltar que em alguns momentos da prática no centro obstétrico encontraram-se mulheres que, em relação ao risco/benefício, entravam no centro obstétrico sem condições mínimas psicológicas para um parto sem o auxílio da analgesia. A analgesia foi de extrema utilidade, já que elas se encontravam emocionalmente muito abaladas, querendo fugir, automutilando-se ou agredindo a equipe. Naquele momento não havia outras formas alternativas para acalmá-las. Concorda-se com Eva quando diz que o enfrentamento diante de um momento de dor e medo requer um preparo interno, próprio daquele ser, conquistado antes até da gravidez. Numa situação desesperadora para alguém, de nada vale impor nossas verdades. A conduta mais humana seria compreender e aceitar a singularidade de cada um.

4.4 As vivências

Considerando os objetivos deste estudo, situam-se as descrições das vivências como ponto culminante deste trabalho. Aqui somente é possível colocar em palavras escritas aquilo que foi relatado, perdendo, portanto, muito de sua riqueza, já que não há como demonstrar os sentimentos, as emoções expressas em cada entrevista em algumas folhas de papel. Todas as mulheres que foram entrevistadas demonstraram forte emoção ao falarem de seus partos, pois ele significou não somente o nascimento de suas crianças, como também o resgate de uma força feminina, arquetípica e histórica, há muito esquecida. Seus partos provocaram transformações internas profundas, tanto na postura, diante de circunstâncias da vida, quanto nos seus valores pessoais. Falam nos filhos com carinho, mas com o pensamento voltado ao coletivo, à humanidade, a um futuro melhor.

4.4.1 Resgatando a força do feminino, do ser mulher

Diversas vezes as mulheres relataram o encontro de uma força feminina dentro de si, por ocasião do parto.

O feminino e o masculino não são essências ligadas unicamente à condição sexual, mas representam princípios psíquicos que podem ser negados ou vividos, tanto pelo homem, como pela mulher. Na verdade, masculino e feminino são modos de existir, de percepção e de relação com a vida, com os outros e consigo mesmo. A relação do feminino com a natureza é

mais estreita do que o masculino. O princípio masculino está mais ligado ao social, ao cultural, ao civilizado, que são expressões de sua essência (CAVALCANTI, 1993).

Dessa forma, na cultura atual vive-se e se é exigido a viver de um modo muito mais masculino, onde são valorizados aspectos como competitividade, sucesso social, hierarquia de poderes.

Os aspectos femininos da personalidade não são tão valorizados como os referidos acima, pois envolvem sentimentos, intuição, sensação, compaixão. Assim, homens e mulheres passaram a viver as exigências dessa cultura masculinizada. O parto é um processo eminentemente feminino que, quando vivenciado na sua totalidade, parece fazer emergir essa força interna, há algum tempo adormecida em nosso inconsciente coletivo; como se pôde perceber nas palavras das mulheres:

[...] e todas as vezes que eu comentava para os homens sobre parto em casa, eles achavam o máximo [...], quando eu contava para as mulheres, elas ficavam horrorizadas e previam uma tragédia imediatamente; é triste porque a gente sabe que a metodologia usada nos partos, ela se desenvolveu junto com uma expropriação que foi feita do poder das mulheres, inclusive do poder sobre o próprio corpo, né! [...] que na minha opinião, recuperar o poder das mulheres, na sociedade, significa vivenciar coisas femininas, como, por exemplo, ter um filho. (Ártemis).

Para muitas mulheres, o parto simboliza a passagem para a vida adulta, o ser capaz de enfrentar desafios e superá-los com as próprias forças:

[...] a partir dali tu é uma mulher mesmo. Não é mais a filhinha da mamãe ou do papai. (Deméter).

E como já disse Ártemis, resgatar o poder das mulheres é justamente poder vivenciar coisas femininas, como ter um filho, por exemplo:

[...] e é bom tu ter esse contato contigo mesma, porque talvez tu resgate muito da tua feminilidade, do ser mulher, do feminino. (Nekhbet).

[...] a gente também ouviu um som muito bom e eu quis assim...ter a força feminina dentro de mim. Eu acho que esse é um momento em que todas as

mulheres tinham que passar, porque isso é ser mulher. Tu é mulher porque tu tens que levar a humanidade prá frente. (Ísis).

Acho que é uma questão de tu ter posse da tua feminilidade e resgatar o poder de parir. Isso é uma coisa importante, porque nos foi tirado esse poder, né! Foi usurpada essa força interna que muitas vezes nos faz como raça, como seres humanos... (Egéria).

É o fato de tu te sentir mais mulher, mais fêmea mesmo. (Belit).

O resgate dessa força interna do feminino observado nas mulheres entrevistadas demonstra que uma cultura patriarcal, rígida e onipotente já não está sendo aceita em nossa sociedade como há algum tempo.

E, embora a corrente cultural principal, associada ao patriarcado, tenha se firmado, minorias aparecem para aos poucos flexibilizar ou transformar alguns elementos, dando-lhes nova configuração (CAPRA,1988).

Hegel, por exemplo, que era um filósofo, entendia a evolução humana como uma espiral que passava por uma unidade, depois por uma fase de desunião e desta para uma reintegração, numa etapa superior.

Parece que, após um longo período de desvalia ao feminino, inicia-se um movimento de resgate a este, no entanto, de uma forma menos radical, mais equilibrada. Entende-se que resgatar a força feminina não signifique abdicar dos valores masculinos da sociedade, assim como humanizar o parto e o nascimento não signifique deixar de fazer uso de toda a tecnologia disponível e, às vezes, necessária.

4.4.2 O parto como veículo de transformação pessoal

Várias mulheres relataram que, após a experiência do parto, ocorreram-lhes transformações internas muito fortes, modificando modos de pensar e agir em suas vidas. É claro que, sendo a experiência do parto um período de transição ou de crise, se poderia esperar esse comentário de toda mulher que passasse pela experiência da maternidade. Entretanto, aquelas que tiveram outras experiências de parto ou cesariana, comentam que a vivência do parto domiciliar foi muito mais marcante em suas vidas, acionando transformações, antes não percebidas, de forma tão clara como pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] quando eu não dou conta das minhas coisas, eu posso resgatar essa força do feminino, do ancestral, de me sentir forte. [...] e isso ressoa até hoje na minha vida, depois de dois anos! (Diana).

[...] me sinto feliz, uma vitoriosa, assim, sabe? É assim...dá uma força, dá um poder de ver que tu pode, né! Que tu consegue! (Inãna).

Eu precisava passar por essa experiência pra introjetar que realmente eu tava grávida, que realmente eu tinha um filho, que realmente a minha vida ia mudar a partir dali; que aquele parto ali era uma demonstração clara de que eu realmente tinha tido um filho com todas as responsabilidades; eu precisava desse ritual de passagem. (Deméter).

Em diversas tradições a gente encontra o parto como um tipo de iniciação; eu acho que aconteceu uma coisa mais ou menos assim...no outro dia eu tava empoderada, e o meu ponto de vista acerca de muita coisa mudou. Ter minha filha ...a entrada dela não me pareceu um elemento novo, ainda que fosse, mas eu via que a minha postura em relação a algumas coisas mudou. [...] eu perdi completamente a paciência com coisas que eu considero falta de respeito, ou desconsiderarem alguma coisa que eu fiz. É uma idéia muito forte de que eu posso fazer as coisas, porque se eu agüentei dezessete horas naquele estado lamentável.... (Ártemis).

[...] olhando o parto, eu pensei, ele é uma coisa muito terapêutica, porque é um momento onde tu pode botar pra fora da tua vida um medo, qualquer

medo, porque ali, naquele momento tu tem que confiar em ti. Porque é um momento que tu pode dizer coisas, jogar pra fora o medo; eu tinha muitas inseguranças antes de ter o bebê e agora me parece que elas se foram. (Ísis).

Apesar de suas afirmações serem reveladoras, as mulheres entrevistadas tinham um preparo emocional prévio, uma lucidez que nem todas as mulheres possuem, no momento do parto. Este preparo emocional freqüentemente não é percebido nas mulheres que têm seus filhos no âmbito hospitalar.

A gestação e o parto são experiências marcantes na vida da mulher que podem deixar saldos negativos ou não (medo de ficar grávida outra vez, depressão pós- parto, entre outras); assim como relatos de outras mulheres que trazem experiências negativas também podem influenciar quanto ao medo, incertezas (NASCIMENTO, SANTOS E SOUZA, 1997).

Indiscutivelmente, a lucidez das mulheres deste estudo, na ocasião do parto, é uma característica que dificilmente fora encontrada nas demais mulheres durante a prática profissional. Observa-se que para as que optaram pelo parto domiciliar, os desagradados físicos (dor, medo, e outros) ficam em segundo plano, sendo mais valorizadas as transformações internas, pessoais que a vivência ofereceu, bem como o encontro com o recém-nascido, logo após o nascimento.

4.4.3 Os filhos do parto domiciliar

Um estudo, comentado por Maldonado (1988), observou, imediatamente após o parto, a reação materna em relação aos recém-nascidos, e constatou que nos partos domiciliares as mães participavam mais ativamente dos nascimentos. Elas pegavam os bebês, acariciavam a

face com a ponta dos dedos e em seguida massageavam o corpo e a cabeça com as palmas das mãos; a amamentação ocorria minutos após e os pais falavam com os bebês com um tom de voz mais agudo. Verificaram também, um grau de euforia mais acentuado nos pais de partos domiciliares que nos de partos hospitalares. Muitas mães que tiveram partos em casa relataram, nesse estudo, a presença de sensações prazerosas, semelhantes ao orgasmo, durante o período expulsivo.

O ambiente que cerca a relação mãe - filho contribui para a qualidade da reatividade de ambos, sendo que num ambiente turbulento, confuso e cercado de pessoas, a ansiedade materna, bem como a inquietação do bebê tenderão a ser maiores (MALDONADO, 1988).

Assim, podemos dizer que os processos interativos que ocorrem desde os primeiros segundos de vida, incluindo a vida pré-natal, e com especial relevância para o momento do nascimento, são fundamentais para a criação de impressões sobre o ambiente (GASPAR, POLITO, 2003).

De acordo com Odent (2002), a primeira hora após o nascimento, pode ser determinante, em parte, quanto à maneira da criança se relacionar com outras pessoas e com o mundo, influenciando na sua capacidade futura para amar. Este autor enfatiza também que as necessidades básicas de uma mulher em trabalho de parto- pouca iluminação, quietude e calor- são as mesmas para o recém-nascido.

As mulheres entrevistadas demonstraram uma preocupação salutar em relação à qualidade do primeiro contato do recém-nascido com o mundo, o que algumas até apontaram como um dos fatores principais de sua escolha pelo parto domiciliar:

[...] mais importante que eu acho nisso tudo é o bebê. Não é nem se eu gosto ou não de hospital, mas o nascimento dele, como é importante pra vida inteira dele. Quanto mais tranqüilo o nascimento, quanto mais sereno, melhor vai ser pra criança; vai ser mais equilibrada. (Nekhbet).

[...] que pra mim não era assim...questão de honra que ele nascesse em casa...se ele não tivesse afim de nascer em casa, eu ia pro hospital e ia respeitar a vontade dele também! Eu acredito muito neste tipo de coisa, né! (Deméter).

Outro aspecto relevante a considerar é a qualidade que elas atribuem às suas crianças em função do tipo de parto:

Sabe, a gente não teve uma noite que a gente precisasse ficar acordado! Ele acordava, eu dava de mamar e ele dormia na caminha dele. Mas ele é uma criança "tri" tranqüila. [...] Claro, nós somos tranqüilos e a nossa relação é bem harmoniosa, mas eu acho que o parto influenciou muito, é claro! (Isis).

Eu sinto que meu filho é bem equilibrado, a gente vê a diferença dele pras outras crianças; as pessoas falam da diferença dele. [...] não é elétrico; ele tem bastante energia, mas é bastante tranqüilo, centrado. (Nekhbet).

Bom, a K. sempre foi uma criança extremamente tranqüila; eu atribuo um pouco disso ao fato de ela ter nascido super tranqüila. O parto domiciliar tem muito aquela, né...a criança nasce no escurinho, lava-se com água morninha, com cuidado. Então, mais o fato de o leite tá sempre ok. E pra todos aqueles que viviam me assustando com lesão cerebral, eu digo que ela tem um ano e meio e já sabe as letras, quer dizer, tá bem longe de ser uma retardada. Eu acho que isso tem a ver com o parto em casa sim. Acho que as primeiras impressões são muito marcantes [...] muito significativas do que vai ser a vida, sabe! Talvez isso ajude a formar seres humanos mais pacíficos, mais ponderados, mais sábios...(Ártemis).

A partir de pesquisas sobre a influência do ambiente no recém-nascido e suas reações a esses estímulos, alguns estudiosos do assunto passaram a propor uma reflexão sobre as condições do meio que acolhe o bebê, logo após o nascimento e sobre a necessidade de adequá-lo quanto à luminosidade, o barulho, os berçários, alterando irremediavelmente a atual prática hospitalar (KLAUS, KLAUS, 1989).

4.4.4 Complementando os relatos de partos na voz das mulheres

A seguir, passa-se a complementar os relatos de partos, conforme as palavras das mulheres entrevistadas. Penso ser importante contemplar relatos que não fizeram parte da análise em sua totalidade, já que partos domiciliares não são freqüentes em nosso meio:

O Parto de *DIANA*:

Quando a doula chegou, eu tava com muita dor, eu tava muito nervosa e acho que essa chegada foi bem legal, porque o fato de ter alguém que cuide de você nessa hora...eu me sentia bem mais calma. Então, daí ela fez massagens, ficou conversando comigo até o médico chegar. Quando o médico chegou eu já tava com bastante dilatação.[...] era uma hora que eu não tinha mais controle sobre o meu corpo, isso é muito legal de viver. Porque aí não era eu que fazia a força e sim o meu corpo. Então é uma coisa legal de poder se entregar um pouco pra vida; e os movimentos que eu fazia eram espontâneos. Eu lembro que o médico pontuava – “isso é legal, isso é importante...”, eu nem sabia porque tava fazendo aquilo. Eu fazia porque dava vontade. E aí foi muito rápido a hora que ele nasceu. Eu tive uma sensação muito legal [...] eu me sentia como se pertencesse a um clã ancestral de mulheres, que eu pudesse fazer parte disso, porque eu dei conta de realizar o que elas também fizeram. E como isso faz diferença na vida da gente...na minha vida isso ressoa até hoje, depois de dois anos!

O Parto de *EVA*:

E aí meu marido tava dormindo; ele acordava às seis horas para ir ao trabalho e eu fui pro banheiro, daí começou a nascer. Quando ele escutou o chorinho, ele se acordou. Daí ele me ajudou. Foi uma experiência mística, é uma coisa tão íntima o nascimento de um filho! [...] Peguei o bebê e botei imediatamente pra mamar, e aí ele falou – “Eva, e agora o que é que eu faço”? Nós não tínhamos nem tesoura naquele dia; aí ele esterilizo uma faca e cortou o umbiguinho. Depois nós fomos pro hospital. [...] O meu quarto filho nasceu de tarde, eles tavam tudo em casa, então eu estava lá e eles tudo em volta de mim. Daí eu fui pro banheiro e aí eles escutaram o chorinho, aí veio todo mundo ver!

O Parto de *ILÍCIA*:

Foi num domingo, eu atendi quatro aniversários [...] me faltou uma das meninas que seria o puf, então eu tive que ser o puf. Eu entrei em trabalho de parto na festa, praticamente. [...] Cheguei em casa e ainda atendi o que veio com a cama elástica. Dez horas da noite eu liguei pra minha filha que

tava trabalhando em outra festa – “A mãe provavelmente tá entrando em trabalho de parto, não te assusta, tô super bem, vou ligar pra doula”.- Tomei um banho e fui deitar, fazer uma oração. Eu conversei com a barriga bastante [...] dormi acho que uma hora e meia mais ou menos, até a meia-noite. Levantei da cama nova, como se tivesse ido prum paraíso. Meia-noite, a minha mãe já tava em casa, a minha filha já tinha chegado, o namorado dela também tava lá em casa, todo mundo ia assistir o parto. Então fica aquele clima gostoso; peguei um incenso, pus pra queimar, peguei umas músicas, peguei uns cds com golfinhos; queria que ele nascesse ouvindo os golfinhos! E foi muito em paz...três horas ele tava ali!

O Parto de **INÁNA:**

Foi maravilhoso, assim, quando tu tá ganhando o filho, tu sente que não dói tanto como eu pensava antes, né! Com o parto normal não é tão dolorido, porque a gratificação, o prazer é muito maior! Foi numa quarta-feira, comecei a sentir as dores, daí o médico e a doula, que faz massagens, vieram pra cá e passaram o dia inteiro comigo, acompanhando, né! Tomei banhos de água morna pra ajudar na dilatação, cromoterapia, massagens. E todo assim, aquele afeto, aquele apoio, nos deixam muito à vontade.

O Parto de **BELIT:**

[...] a equipe médica toda junto, né; direitinho! Então a coisa foi assim, de ter uma realização como fêmea, de parir assim, no meu ninho. Essa foi a idéia! Ganhei de sexta pra sábado e no domingo fui fazer janta; tava super bem. O meu corpo voltou ao normal mais rápido. O marido o tempo inteiro junto [...] Mas aí nasceu e no outro dia já tava todo mundo aqui, a família toda veio visitar. [...] Tem uma equipe que vem; tem o médico, tem a parteira e tem a doula. Então tem massagem, tem cromoterapia. Só de ter uma pessoa te fazendo um carinho na hora que vem a contração mais forte, isso faz toda a diferença!

O Parto de **DEMÉTER:**

Em casa tu tá a vontade, então eu tava de camiseta, tomava banho quando eu queria tomar banho, porque a água quente ajuda a tirar um pouco da dor. Tomava chazinho, bolachinha, né! Aí a empregada tava lá, ajudava, fazia alguma coisa, com os olhos deste tamanho! Então eu tava muito tranqüila, o médico me tranqüilizou, disse que ia levar todos os equipamentos necessários pros primeiros socorros se eu precisasse me deslocar pro hospital, se o bebê tivesse algum problema, né! Quando vinha a dor, eu aproveitava e fazia força, porque o organismo descarrega endorfinas e anestesia um pouco a dor, então ela diminui bastante. A gente fazia cromoterapia, eu procurava fazer os exercícios. Eu ficava meia hora debaixo do chuveiro...eu sempre tive muito medo da anestesia, do método invasivo. [...] Ficar presente, tá vendo tudo, tá acompanhando tudo, quer dizer, era a minha contribuição pra ver a parte que eu queria, né! Ela dizia: tu faz força e quando ele tiver saindo a cabeça tu pára de fazer força e aí faz bem devagarinho, que daí desce devagar. Eu achava assim que quando eu

olhasse pra carinha dele eu ia tá apaixonada por ele, e não foi assim que funcionou, sabe! Então tu fica maravilhada, tu chora e tudo, mas eu achei que na hora fosse aquela explosão dentro da gente. Mas eu vi que é uma relação de dia-a-dia sabe, que tem que ser construída, a dependência dele contigo vai construindo o amor, vai aumentando.[...] Aí tu vai lá dá o depoimento (Deméter foi chamada para dar depoimento no Ministério público a fim de provar que o filho era seu), levei os exames, as fotos do parto, né! O Promotor ficou olhando, como quem diz assim: -“essa mulher é doida”! Então foi uma experiência assim, bem diferente em todos os aspectos, até depois de nascer, né!

Obs: Deméter foi a única das mulheres entrevistadas que passou por essa situação. As demais entrevistadas não tiveram problemas para registrar seus bebês, mediante a apresentação de um atestado médico, comprovando seu parto, ou mediante duas testemunhas acompanhantes em cartório.

O Parto de **ÁRTEMIS**:

[...] quando chegou a doula na minha casa, ainda desci as escadas do edifício pra abrir a porta...Então eu fiquei dezessete horas em trabalho de parto. Desde o início eu tive contração de três em três minutos, tu vê, não é uma dor tão insuportável assim, né! Porque eu não teria agüentado. Dói, se tu me perguntar, mas eu não queria que tivesse doído. Só que parto dói, não tem muito como a gente escapar e aquilo foi muito menos pior do que eu tinha imaginado! Bom, fazia muito tempo que eu não comia, eles queriam me dar de comer, mas eu tinha certeza absoluta que se eu comesse qualquer coisa ia vomitar! Eu acho que o organismo entra num processo expulsivo mesmo. Aí o bebê nasceu; ele mamou e nós dormimos; no dia seguinte, de manhã, eu tava subindo e descendo escadas do edifício, de novo, pra abrir a porta pras visitas. A mil, claro! Não levei cortes, não fui costurada, com todo gás, né! E depois, tudo aquilo que dava pra considerar esquisito, assim, aquelas hemorróidas horríveis, regrediram completamente, agora eu não tenho mais nada! No “playground” tá tudo em ordem, não estragou nada! E durante o parto eu ficava lembrando das divindades que presidiram os partos em diversas culturas, né! Divindades femininas, né! Mais acho que assim, foi uma confiança mesmo de que a natureza faz do jeito que tem que ser. A minha experiência de parto não foi nada terrível como eu imaginava, eu não perdi nenhum pedaço da vida. Aliás, foi bem legal, eu adorava, achava muito legal dar de mamar, eu achava muito animal, assim!

O Parto de **EGÉRIA**:

Com a dor, a sensação que dá é que tu tá num mundo diferente, num mundo à parte. Durante todo o trabalho de parto tu fica nesse processo, né! Teu tempo é diferente, o espaço é diferente, a tua percepção parece mais aguçada. Parece que tu tá envolta numa bolha, então tá tudo mais lento, diferente, mais aguçado. Ao mesmo tempo, tu tá numa situação que tá

internalizada, tu consegue até enxergar melhor. É tão grande a experiência que parece que tudo tá maior, não só a barriga, mas todo o ser humano. Eu comecei com as dores às quatro da manhã e o bebê nasceu às onze e cinquenta e nove da manhã, então foi super tranquilo! Quando começava aquela dor assim, eu saía a caminhar; eu ritualizei com essa roupa azul e esse chale branco, que tem um significado pra mim; [...] meu marido olhava pra mim e dizia “- tu pode gritar, tu pode chorar se tu tá sentindo dor”! Mas a minha vontade não era de chorar e nem de gritar, era de experimentar aquela dor; é uma dor que tu pode lidar.[...] Tu sabe que aquilo ali vai passar, que é uma fase e que aquilo tá te engrandecendo de alguma forma, eu não sei explicar! Era uma sensação boa, porque tinha controle e isso dava um sentimento de segurança. Na hora do nascimento, ele demorou um pouco pra sair, ele tava coroando e não saía ;isso foi me dando um pouco de angústia, mas ao mesmo tempo eu pude experimentar as várias posições, alternando e utilizando minha força. Na realidade a posição de cócoras é mais fácil de vir. [...] Quanto a questão gravitacional é importante! Bom assim que ele nasceu, já veio pro meu peito, já mamou, já peguei, já vi, então essa é uma ligação afetiva, olhar no olho, ver que ele tá bem! [...] o pai dele cortou o cordão umbilical. O bebê não foi lá fazer procedimentos; porque se precisasse, teria feito, né! Tinha todo o material! E a alegria era tanta que assim que terminou a gente fez uma roda e aí demos as mãos; e eu coloquei o quanto era importante estar vivendo aquele momento, agradecendo ao bebê, ou seja, eu consegui fazer aquilo que eu queria e isso pra mim foi importante; e ter a sensação de ter podido oferecer pra ele um caminho de respeito ao ser humano, de respeito à vida!

O Parto de **NEKHBET**:

Quando tu ganha o bebê é que tu vai ficando mais alerta, é emocionante! Só tem o estresse teu ali e parece que os teus pensamentos vão ficando só ali, naquilo ali mesmo; mais nada te remete pra fora! [...] É emocionante, viu, vou repetir essa palavra. Tu vê a essência do nenê, a cara. Depois começa a mudar, mas aquele é um momento que tu nunca mais esquece, daquele rosto, daquele jeito, assim... Esquece que tu passou dor. O depois também, daí tu fica ali com o nenê, sabe! Muitas vezes o tipo de parto que tu tem, por mais que tu queira um tipo, a criança muitas vezes tem que passar por aquilo, pela experiência de vida que ela veio buscar nesse mundo. Acredito um pouco nisso. Nada é por acaso! O parto é uma abertura. Então é bem legal...eu olhava pro meu rosto no espelho e achava muito diferente, porque eu tava muito aberta, todo o meu rosto tava mudado.

O Parto de **ISIS**:

Eu esperava que na hora a vida seguisse seu rumo normal, sabe! Eu pensava assim, na quantidade de mulheres que já tinham tido filhos desse jeito e aí eu pensei assim...que era um momento onde eu tinha que acreditar, confiar no processo da vida. Então não criei muita expectativa, porque quanto mais expectativa, mais chance de dar errado. Mas teve um momento que eu quase vacilei [...] e aí eles disseram “- continua assim, essa foi a melhor posição”! Foi assim que entrou o médico me dando uma segurança.[...] E foi das cinco até às onze, mas eu achava que ia ter o filho

mais rápido! Então por isso eu não tive medo! Fui muito positiva o tempo todo, sabe! [...]. Então, nos intervalos das contrações, eu conseguia parar, relaxar um pouco, quase dormia. Aquilo ali foi legal; tá mas aí as coisas foram se intensificando e aí acontece que eu deixava o olho muito fechado, sabe. E aí teve um momento que a pediatra me disse: -“ abre o olho, fica no agora, fica aqui presente; vem pra terra”! porque eu tava muito assim... no alto! Eu tinha que botar a tensão aqui, aterrar! Quando ela disse “abre o olho”! Eu ...opa! É mesmo, tem que nascer! Aí eu comecei a puxar mais a coisa pra baixo, pra terra. E aí foi bem engraçado, porque eu olhei para aquelas estátuas ali e aquela estátua gordinha...ela lembra mãe, maternidade. Eu acho super importante tu ter símbolos ao teu redor, que possam te ajudar, porque é um momento que tu fica como que com o inconsciente coletivo dentro de ti, sabe! [...] então a avaliação que eu fiz foi essa: o inconsciente coletivo te invade e todas as mães que já tiveram seus filhos, elas, ali, naquele momento, de alguma forma, estão ali! É um momento...imagina! Por onde entrou a vida, a vida tem que sair, e por isso é tão importante o parto natural e não a cesariana! [...] Depois quando terminou tudo, eu e o meu marido nos olhamos e dissemos: “a gente achou que seria muito mais difícil. A gente achou que foi fácil até!”.

5 SÍNTESE E REFLEXÕES

Este estudo constatou um movimento insipiente de mulheres que estão reivindicando seu espaço de expressão no ato de parir e que questionam o paradigma atual de assistência ao parto, preconizado nas instituições hospitalares. Esse paradigma, segundo a opinião das entrevistadas, trata o parto como doença iminente, o corpo feminino, como uma máquina defeituosa que necessita de constantes intervenções e seus bebês, como produtos finais de um processo. Por isso, a decisão por um parto domiciliar partiu da necessidade de cada uma dessas mulheres retomarem a autonomia sobre seus corpos, na parturição, de serem as protagonistas de seus partos, de expressarem suas características pessoais com liberdade e integralidade.

O parto para as mulheres desse estudo é eminentemente fisiológico, sendo a instituição hospitalar, segundo elas, destinada às doenças ou aos partos decorrentes de gestações complicadas. As iatrogenias hospitalares procedentes das inúmeras intervenções desnecessárias, durante o trabalho de parto, parecem representar um perigo a essas mulheres, sendo que o parto domiciliar, amparado por um pré-natal de qualidade e por profissionais competentes, configura mais segurança e tranquilidade a elas.

A preocupação com a qualidade da chegada do novo ser ao mundo foi citada diversas vezes pelas mulheres, como fator relevante para a escolha por um parto domiciliar. Segundo elas, o bebê recebido com silêncio, luz baixa, acariciado pelo colo materno, imediatamente após nascer, poderá ter uma qualidade de vida muito melhor que aqueles bebês nascidos sob o estresse das salas de parto. Algumas mulheres criticam a forma mecanizada e rotinizada de como os bebês são admitidos nos centros obstétricos e salientam a falta de controle que parecem ter sobre suas crianças, após o nascimento, quando ocorrido nos hospitais. Preferem

o parto domiciliar porque seus bebês saudáveis permanecem com elas o tempo inteiro, no mesmo espaço, e não sofrem procedimentos que julgam desnecessários.

Outro aspecto decisório relacionado à escolha pelo parto domiciliar é a possibilidade da presença de pessoas queridas durante o parto, inclusive dos filhos mais velhos, como foi citado por algumas mulheres. Para elas, a integração familiar, no momento do parto e no pós-parto imediato, é tão importante quanto a interação com o recém-nascido, logo após o nascimento. Parece que o parto em casa, segundo seus relatos, possibilita um ambiente informal, simples e proporciona a espontaneidade de todas as pessoas envolvidas. O ambiente hospitalar, de acordo com essas mulheres, não contempla esses aspectos devido às regras e rotinas inflexíveis que visam à boa organização dos serviços. As mulheres que tiveram partos domiciliares ressaltam a disposição física e a sensação de empoderamento no período que segue o parto, como aspectos importantes que favorecem a formação do vínculo com o recém-nascido, bem como o início da amamentação precoce. Elas relacionam essa disposição física ao fato de não estarem submetidas a nenhuma medicalização, comparando, inevitavelmente, com o que ocorre nos partos hospitalares.

Das dez mulheres entrevistadas, nove já tinham decidido por um parto diferente do modelo hospitalar, antes mesmo de uma decisão ou sugestão médica, ou seja, essas mulheres não foram sugestionadas pelo profissional e fizeram a escolha a partir de suas próprias convicções.

Percebe-se que o parto domiciliar, para essas mulheres, foi um ideal construído ao longo de toda a gestação, demonstrado através da preocupação com detalhes, tais como o local da casa onde ocorreria o nascimento, os móveis, os objetos simbolicamente significativos para elas. Essa característica não é comumente percebida nas outras gestantes, que trazem a preocupação com os detalhes do parto, em geral, somente a partir do último trimestre da gravidez.

A decisão das entrevistadas também esteve relacionada à história de partos domiciliares de suas avós, mães e tias. Elas referem que ao vivenciarem seus partos, resgataram muito da história de seus próprios nascimentos. Nesse estudo, observou-se uma tendência das mulheres que tiveram partos domiciliares a seguirem uma tradição familiar de partos em casa, com exceção de uma das entrevistadas, cuja tradição de partos em sua família era de partos hospitalares difíceis e complicados. No entanto, parece que essa mulher, necessitou transformar essa tendência de que todos os partos de sua família eram complicados, tornando o inverso verdadeiro por meio do sucesso de seus próprios partos em casa.

Observou-se também que, embora alguns familiares fossem pessimistas em relação ao parto domiciliar, as mulheres que fizeram essa opção mantiveram suas convicções e seus valores inabaláveis, apesar das influências contrárias.

Conforme citado anteriormente, a preparação para o parto domiciliar aconteceu ao longo de toda a gestação. Quanto aos aspectos físicos dessa preparação foram citadas as caminhadas, o shiatsu, a yoga, os exercícios com o períneo, como formas predominantes de preparação. Algumas mulheres relacionaram suas atividades físicas anteriores à gestação como facilitadoras no processo de parturição, como ficar muitas horas de cócoras, fazer balé desde criança, entre outras. O preparo mental para o parto, concomitante ao preparo físico, foi largamente citado e incluiu mentalizações, meditações, contato com a natureza como forma de buscar a essência íntima. Além disso, foi relatado o uso de florais e homeopatia como facilitadores do parto. Elas destacaram a busca de informações sobre gestação e parto, através de leituras, palestras e cursos como fator importante para melhor situarem seus momentos de vida. Da mesma maneira, o preparo do ambiente para o parto levou em consideração características pessoais, como flores, incensos, quadros, entre outros, tornando-se aconchegante e seguro como um ninho para o nascimento do bebê. Para as mulheres

entrevistadas, o ambiente hospitalar não leva em consideração aspectos pessoais de cada gestante em nome das rotinas, desfavorecendo um ambiente acolhedor e confiável.

As mulheres desse estudo não descartaram a possibilidade da dor e desconforto em seus partos; sentiram-se frágeis, vulneráveis e tiveram medos, como qualquer mulher em processo de parturição; entretanto, preferiram enfrentar esses sentimentos como forma de conhecer seus limites, de controlar o próprio corpo, e sobretudo fizeram da vivência de nascimento de seus filhos uma oportunidade de crescimento pessoal. Todas descreveram o trabalho de parto como um período de grande vulnerabilidade da mulher, quando ela fica à mercê de qualquer decisão alheia, por isso referiram a importância de uma postura positiva e otimista do profissional como fundamental para o sucesso do parto.

O resgate da força do feminino, por ocasião do parto, está entre as vivências mais marcantes nas palavras das mulheres deste estudo. Elas são cientes de que essa força feminina lhes foi expropriada há muito tempo pela predominância do patriarcado em nossa sociedade e por isso sentem-se vitoriosas em reconquistá-la durante a parturição. Para elas, recuperar o poder das mulheres significa vivenciar coisas eminentemente femininas, como parir um filho, por exemplo, com toda integralidade. O parto para as mulheres que optaram pelo parto domiciliar representou, sobretudo, um veículo de transformação pessoal. Para elas, muitas coisas em suas vidas mudaram, a partir dos seus partos; muitos pontos de vistas foram modificados, muitos valores transformados. Elas relataram menos paciência com coisas que julgam fúteis, relataram também a aquisição de mais autoconfiança, coragem para enfrentar outros desafios em suas vidas. Algumas dessas mulheres afirmaram, inclusive, o desaparecimento de medos e inseguranças existentes antes de seus partos. O parto para algumas das entrevistadas foi comparado a um rito de passagem, conduzindo-lhes para um nível de consciência diferenciado em relação às suas vidas.

Os filhos do parto domiciliar, de acordo com os relatos de suas mães, são crianças com características próprias de um nascimento sem estresse. Eles parecem ser mais equilibrados, calmos e inteligentes, sendo características percebidas, inclusive por outras pessoas.

A partir do que foi constatado através deste estudo, acredita-se em um crescente movimento de mulheres que cada vez mais buscam reivindicar seus direitos, sua autonomia, como uma tendência irreversível em nossa sociedade, e que se faz sentir principalmente durante o processo de parturição. Embora ainda haja um número expressivo de mulheres que não compactuem com essas reivindicações, principalmente relacionadas ao parto, considera-se relevante admitir um aumento no número daquelas que começam a abdicar do hospital como lugar de referência para partos saudáveis (receberam-se em torno de trinta nomes de mulheres que tiveram partos domiciliares, em Porto Alegre e cidades vizinhas, nos últimos cinco anos como referências para entrevistar). Verifica-se, da mesma forma, a criação de sites na Internet de grupos que discutem e informam sobre parto humanizado, sobre os direitos das gestantes e parturientes ao ingressarem nos centros obstétricos, sobre a criação de casas de parto e também sobre partos domiciliares. Esses movimentos não se constituem em fatos isolados e sua força deixa clara uma necessidade emergente de mudança na forma como os partos têm sido assistidos, em nossa sociedade, pelos hospitais.

Há defensores do modelo médico-hospitalar vigente que consideram utópicas as questões sobre parto humanizado como as descritas pelas mulheres deste estudo. Esses defensores também consideram um retrocesso os partos domiciliares e inclusive as casas de parto que a cada dia se tornam uma realidade. Entretanto, se toda a tecnologia utilizada de forma tão expressiva em nossos centros obstétricos, hoje, fosse tão eficiente, certamente não haveria um índice tão elevado de mortalidade materna no Brasil (não inferior a 100/100.000 mortes maternas, conforme a OMS). Por coincidência, também possuímos um índice alto em números de cesarianas: 28% (Brasil, 2001), cujas infecções são as principais complicações.

Como se poderia mudar essa realidade, sem desconsiderar a importância da tecnologia, desde que usada de forma não abusiva?

Tem-se o modelo americano de assistência ao parto como aquele que mais se assemelha ao brasileiro. Apesar de as taxas de cesariana, nos EUA, estarem em torno de 25%, as mulheres americanas já estão reivindicando práticas como movimentar-se livremente durante o trabalho de parto, usar outras formas alternativas para aliviar a dor que não sejam as analgesias, entre outras. Na Holanda, 35% dos partos são domiciliares e o índice de cesarianas fica em torno dos 10%. As mulheres podem optar por um parto hospitalar ou em casa, acompanhadas pela obstetrix (profissional com curso superior em Obstetrícia e não necessariamente com formação em Enfermagem). Os médicos atuam em gestações e partos de risco e para essa definição há uma escala de graus que definem quais as gestantes que necessitam da assistência do profissional médico. Quando não há escore de riscos nessa classificação, as mulheres são acompanhadas no pré-natal por uma obstetrix, que atende posteriormente ao parto e ao pós-parto (amigasdoparto.com.br).

No Brasil, as Casas de Parto e os Centros de Parto Normal têm significado uma opção a mais às mulheres que não desejam parir conforme o modelo hospitalar, sendo reconhecidas e incentivadas pela OMS, CLAP (Conselho Latino Americano de Perinatologia) e pelo Ministério da Saúde. A experiência das Casas de Parto (Sapopemba-SP, Casa de Juiz de Fora-MG, entre outras), bem como dos Centros de Parto Normal (Itapeirica da Serra- SP) têm demonstrado resultados positivos, tanto em relação à diminuição no número de cesarianas quanto nas questões relacionadas à satisfação das mulheres na parturição. Isso leva a crer que é possível, sim, uma mudança no paradigma atual da assistência ao parto, porém com apoio dos profissionais voltados às propostas de humanização, dos movimentos de mulheres, das autoridades políticas e da sociedade em geral. O esclarecimento público sobre esses serviços por parte da mídia, bem como a divulgação de estudos e pesquisas sobre partos fora do

modelo hospitalar, ajudaria muito a desmistificar informações pré-concebidas relacionadas a riscos, índices de mortalidade e morbidade ditos maiores que aqueles encontrados nas instituições hospitalares.

Por outro lado, os profissionais que atuam em partos hospitalares e as próprias instituições hospitalares poderiam rever condutas que fossem ao encontro das reais necessidades das mulheres e que estivessem mais próximas de suas expectativas, como por exemplo, as questões relacionadas ao livre movimento durante o trabalho de parto e a escolha pela posição que mais lhe convier durante o período expulsivo. Para isso, é provável que exista a necessidade de reestruturar o ensino acadêmico na área obstétrica, cujo foco de atenção da assistência ao parto, atualmente, está centrado nos profissionais de saúde, nas rotinas das instituições e em seus protocolos. Quanto aos protocolos, esses serviriam como guias em casos específicos, mas não como uma conduta padrão de assistência a todas as mulheres. Seria fundamental respeitar o significado da situação para cada uma delas, já que nesses significados vem implícita uma história de vida que não pode ser desconsiderada.

Acredita-se que humanizar o parto seja individualizar a assistência, devolver à mulher seu papel de protagonista, utilizando a tecnologia e a intervenção quando essas se fizerem realmente necessárias e não como rotina, nos centros obstétricos.

A Organização Mundial da Saúde, inclusive, sugere que seja desenvolvido um plano individual para o parto feito pela mulher, com direito a ser informada sobre suas possibilidades de escolha no parto, tais como: o local para dar à luz, o profissional e acompanhantes que estarão presentes, os procedimentos eletivos na assistência. Com isso, haveria uma parceria entre a usuária e os serviços. Não seria um compromisso sem possibilidades de modificação no transcorrer do parto, mas seria uma oportunidade comunicativa e educativa para a mulher, sua família, os profissionais e o serviço (DINIZ, 2001).

No Estado do Rio Grande do Sul, o modelo de assistência ao parto é eminentemente hospitalar e intervencionista. Em algumas cidades, o índice de cesarianas pelo SUS supera os 50%, como por exemplo: 64,8%, em Gramado e 58% em Caxias do Sul (DATASUS, 2000)⁵. Uma mulher que possua expectativas de vivenciar seu parto de maneira plena não tem outra opção, dentro do Sistema de Saúde, para dar à luz, a não ser em sua própria casa, ou seja, sair do próprio Sistema. Em Porto Alegre, os partos domiciliares são, em última análise, os únicos recursos às mulheres que valorizam acima de tudo a privacidade, a autonomia sobre seus corpos, seus partos e suas crianças. Elas rompem corajosamente com o sistema intervencionista e deflagram um desafio à sociedade: como conciliar as expectativas que as mulheres buscam vivenciar em seus partos com o que está disponível em relação à assistência ao parto em nosso Sistema de Saúde atual?

Acredita-se que a capacidade dos seres humanos de buscar outros pontos de vista, de buscar alternativas criativas para romper paradigmas que satisfaçam melhor seus modos de viver é o que realmente impulsiona as significativas transformações, no mundo. Com isso é natural que existam idéias contraditórias, pois é nelas que, com o passar do tempo, encontra-se um ponto em comum, de equilíbrio, ainda que temporário, até o nascimento de novas necessidades. Por isso foi escolhido um tema tão envolvente e polêmico em nossos dias, e buscou-se conhecer mais sobre parto domiciliar, centralizando o foco de interesse nas palavras das próprias protagonistas. Procurou-se conhecer como as mulheres vivenciaram essa experiência, o porquê e os motivos dessa escolha desafiadora que poderia ser chamada até de uma “contracultura” do nosso tempo, já que nossa sociedade considera os hospitais como os locais de excelência para o nascimento de crianças.

⁵ <http://tabnet.datasus.gov.br> -2002.

E nessa discussão, lembra-se Morin em sua obra “Ciência com Consciência” (2001, p.123) referindo-se ao pesquisador e sua responsabilidade diante da sociedade: “é necessário destruir a sólida rocha das convicções, desintegrando as falsas certezas e as pseudo-respostas quando se deseja achar as respostas adequadas”. Reportam-se as palavras de Morin a todos os profissionais da área de Saúde para que essa afirmação possa ser refletida e exercitada, desde a academia até suas vidas práticas. Tão necessário quanto saber construir idéias e obter respostas, é ter o desprendimento, a flexibilidade para deconstruí-las, transformando-as no novo.

Assim, encerra-se esse trabalho com mais inquietações do que no seu início, o que ressalta seu verdadeiro valor: criar inquietações, provocar reflexões e incentivar mudanças!

REFERÊNCIAS

- BASILE, A. L. O. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto litotômica e lateral esquerda**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000. 109 f.
- BONILHA, A. L. L.; ESPÍRITO SANTO, L. C. Humanização no parto e nascimento: revisando uma história recente. **Boletim Informativo da ABENFO-RS**, Porto Alegre, v. 6, n. 19, p.4-6, dez. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Luz. **Relatório de Conferência Nacional sobre Organização de Serviços para Maternidade Segura à luz da Humanização**. Fortaleza, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. 4. ed. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência à mulher**. Brasília, DF, 2001.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.
- BRÜGGEMANN, O. M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. *In*: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M.. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 61-71.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1988.
- CARNEIRO, L. M. Casa de parto: um novo paradigma na atenção ao parto. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 2., 1999, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Associação dos Enfermeiros Obstétricos, 1999. p. 27-33.
- CAVALCANTI, R. **O Casamento do sol com a lua: uma visão simbólica do masculino e do feminino**. São Paulo: Cultrix, 1988.

CONSTANTINO, C. F. Parto domiciliar: sem condições. **Jornal da SOGESP**, São Paulo, 3 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.jornaldasogesp.com.br/edicao2/2.html>>. Acesso em: 3 jul. 2002.

COSTA, L. H. R. da. **Memórias das parteiras**: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.139 f.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1992.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. 207 f.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. 255 f.

FAUR, M. **O legado da deusa**: ritos de passagem para mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

GASPAR, C. A. F.; POLITO, F. M. **Do nascer ao morrer**: a consciência da integração do ser humano com seu meio. Programa de pós-graduação de Engenharia de Produção. Introdução ao Estudo da Consciência. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em <<http://www.amigasdoparto.com.br>>. Acesso em: 11 out. 2003.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993. 247 f.

JAKOBI, H. R. **O parto no Brasil**: a assistência ao parto no Brasil. Rio de Janeiro: [2000-?]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br>>. Acesso em: 5 jul. 2002.

KITZINGER, S. **Mãe**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença, 1978.

KLAUS, M.; KLAUS, P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

LESSA, H. **Parto domiciliar planejado**. Rio de Janeiro: [2000-?]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br>>. Acesso em: 5 jul. 2002.

MAIA-FILHO, N. L.; MATHIAS, L. Cesárea anterior e prova de trabalho de parto: alterando as tendências. **GO ATUAL**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 11/12, p. 11-13, nov./dez. 2001.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

_____. **Psicologia da gravidez**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

MARTINS-COSTA, S. H. Sobre as casas de parto. **Jornal da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n. 3, p. 11, abr. 2002.

MEIRA, A. S. **Parto domiciliar, clínica, casa de parto**. Campinas, 2002. Disponível em: <<http://www.adailton@maternatura.med.br>>. Acesso em: 5 jul. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 5.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NASCIMENTO, M. G. P.; SANTOS, O. M. B.; SOUZA, M. L. Vivenciando o processo do nascimento. **Texto-Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 157-167, jan /abr. 1997.

NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade**. Campinas: Papyrus, 1987.

ODENT, M. **Água e sexualidade**. São Paulo: Siciliano, 1991.

ODENT, M. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ground, 2003.

_____. **A cientificação do amor**. 2.ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

_____. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

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

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. 129 f.

PEREIRA, A. V. **Do ventre ao berço, em casa**. São Paulo: Antroposófica, 1994.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Prá-Saber**. Porto Alegre, 1999.

_____. **Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde**: equipe de informação. Porto Alegre, v. 5, n. 1, jul. 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **REHUNA**. Campinas, 1993. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br>>. Acesso em: 5 jul. 2002.

ROSA, U. **Minidicionário de Língua Portuguesa**. 9. ed. São Paulo: Rideel, 1999.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. **Obstetrícia fundamental**. 6. ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1992.

SANDELOWSKI, M. Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**. New York, n.18, p. 179-183, 1995.

TRIVINÔS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

WEBER, R. **Diálogos com cientistas e sábios: a busca da unidade.** São Paulo: Cultrix, 1986.

WEISSHEIMER, A. **O parto na cultura teuto-gaúcha.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. 125 f.

APÊNDICE – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezada colaboradora: _____ Data: _____

Como aluna do curso de mestrado em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estou realizando um estudo sobre Parto domiciliar com o objetivo de conhecer como foi a vivência das mulheres que fizeram essa opção, suas expectativas, seus sentimentos e, sobretudo, os motivos dessa escolha.

Para tanto, solicito sua colaboração, concedendo-me uma entrevista em sua casa, em horário de sua conveniência que será gravada em fita cassete, se permitires. As fitas, após transcrição, serão guardadas por cinco (5) anos, bem como os registros por escrito.

Os dados coletados (motivos da escolha desse tipo de parto, sentimentos, expectativas) serão utilizados somente para a elaboração de um trabalho de pesquisa.

Asseguro que seu nome não será divulgado, podendo você desistir da sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Coloco-me à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas pelo fone : 33165428 - Escola de Enfermagem da UFRGS.

Dra. Ana Bonilha
Professora orientadora

Enfa. Rosimery Kruno
Pesquisadora

Colaboradora

ANEXO B- Comitê de ética da Universidade Federal do Rio do Grande do Sul



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PROPESQ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

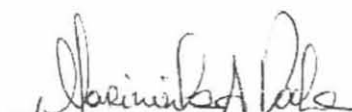
Número:2003128

Título do projeto: Parto Domiciliar: uma perspectiva à luz da humanização

Investigador(es) principal(ais): Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha(Orientadora)/Rosimery Barão Kruno (Mestranda)

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião 20, ata 41, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 24 de julho de 2003.


 P/ Prof. Luiz Osvaldo Leite
 Coordenador CEP/UFRGS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Av. Paulo Gama, 110 - 7º andar Porto Alegre-RS 90046-900
 Fone: 0(xx51) 3316 3629 Fax: (0xx51) 3316 4085 E-mail: pro-reitoria@propesq.ufrgs.br