

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

MARIA CLARA SANCHES RICCE

PARTO DOMICILIAR E COTIDIANO: espaço de morar,
gerar e parir.

SÃO CARLOS - SP
2021

MARIA CLARA SANCHES RICCE

PARTO DOMICILIAR E COTIDIANO: espaço de morar, gerar e parir.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Terapeuta Ocupacional em saúde.

Orientador(a): Sabrina Helena Ferigato


São Carlos-SP
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de aprovação.

Assinatura da examinadora que avaliou e aprovou o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna Maria Clara Sanches Ricce:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aline', with a long horizontal stroke extending to the right.

Mr. Aline Zacchi Farias
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

AGRADECIMENTO

Agradeço à Professora Doutora Sabrina Helena Ferigato que me guiou, ensinou e proporcionou essa linda experiência. Agradeço à Aline Zacchi Farias que sempre esteve disposta a me ajudar e tirar dúvidas. Agradeço aos meus pais, Maria Lúcia Sanches Ricce e Eliseu Ricce, que me ofereceram e capacitaram todas as boas oportunidades que tive na vida para chegar até aqui. Meu eterno obrigada.

RESUMO

O presente trabalho se caracteriza em um estudo qualitativo exploratório, reunindo análise de narrativas publicadas no ciberespaço de mulheres que realizaram parto domiciliar. As narrativas foram analisadas com base em estudos de terapia ocupacional no cotidiano buscando as marcas da vida diária que influenciam nesse acontecimento, tendo como objetivo identificar e analisar situações da cotidianidade da mulher presentes no momento do parto e seus efeitos no processo de parir, fortalecendo o protagonismo da mulher. Para isso, no âmbito de uma pesquisa qualitativa, partimos do método da cartografia de relatos de parto disponíveis no ciberespaço. Os resultados apontam para as diferentes formas em que o cotidiano da mãe, da família e da casa podem produzir transformações no processo de parto. A ação de parir em casa se conflui e se expressa nas relações do corpo e escolhas da parturiente com pessoas, objetos, ambientes, sentimentos e profissionais.

Palavras-chave: Parto domiciliar. Parto humanizado. Mulheres. Cotidiano. Terapia ocupacional.

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

The present work is characterized in a qualitative exploratory study, gathering analysis of narratives published in the cyberspace of women who underwent home birth. The narratives were analyzed based on studies of occupational therapy in daily life looking for the marks of daily life that influence this event, aiming to identify and analyze situations in the daily life of women present at the time of delivery and their effects on the process of giving birth, strengthening the role of women. For this, in the scope of qualitative research, we started with the method of cartography of reports of childbirth available in cyberspace. The results point to the different ways in which the daily life of the mother, the family and the home can produce changes in the delivery process. The actions of giving birth, gestating and living come together and are expressed in the relationships of the parturient's body with people, objects, environments, feelings and professionals.

Keywords: Home birth. Humanized birth. Women. Daily life. Occupational therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

T.O.	Terapia Ocupacional
PD.	Parto Domiciliar
TP.	Trabalho de parto

LISTA DE SIGLAS

DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ReHuNa	- Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
OMS	- Organização Mundial de Saúde
Febrasgo	- Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Figo	- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
NHS	- National Health System

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	TRAÇANDO PARALELOS – O DOMICÍLIO E O PARIR	19
2	METODOLOGIA	21
2.1	COLETA DE DADOS	23
2.1.1	Análise	23
3	RESULTADOS	26
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO A - Parecer CEP 4192882	57

1 INTRODUÇÃO

Desde a pré-história, o parto era uma função social exercida por algumas mulheres, bem como o parto, constituindo uma prática natural e comum por muito tempo; ocorrendo pelas mãos “leigas” de parteiras, aparadeiras ou comadres; mulheres que detinham um conhecimento empírico e assistiam domiciliarmente gestantes, realizando partos e acompanhando puerpérios. Elas eram escolhidas por sua prática e conhecimentos culturais acerca do parto. Em sua maioria, o conhecimento era passado de mulher para mulher. As parteiras eram mulheres consideradas puras, santas e não recebiam nenhuma remuneração pela assistência prestada (CUNHA AA, 2012).

Foi a partir do século XVI, e no Brasil a partir de 1808 com a vinda das escolas de medicina e cirurgia da Bahia e Rio de Janeiro, que a profissão de parteira começou a cair em declínio, com a entrada do homem no cenário obstétrico, juntamente com as tecnologias criadas para “facilitar” o processo de parto. A medicina alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, tornou o parto uma atividade reservada majoritariamente aos homens, de forma que a situação das parteiras e das curandeiras tornou-se uma ameaça ao monopólio do saber, transformando o processo de parir em um acontecimento médico e hospitalizado, que necessita na maioria das vezes de tratamento medicamentoso e cirúrgico, ocupando com o passar do tempo, cada vez mais espaço nas práticas perinatais (BRENES, 1991; VIEIRA, 2002).

O surgimento da obstetrícia como ciência ocorreu na França nos séculos XVII e XVIII. Outro momento marcante foi a criação da anestesia, da antissepsia e a substituição das parteiras pelos obstetras, já no século XIX (CUNHA AA, 2012). O Brasil sofreu uma forte influência desse modelo tecnocrático, onde o cenário do parto domiciliar foi se alterando e se tornando cada vez mais raro ou relacionado à situações de precariedade/falta de acesso à serviços de saúde.

Com o crescimento do modelo hospitalar, o parto e o nascimento cada vez mais foi se transformando, deixando de se caracterizar como um evento fisiológico, feminino, familiar e social para um ato médico. Gradativamente, as mulheres e os bebês perderam o protagonismo desse acontecimento, tornando o médico o sujeito

ativo desse processo, cabendo a ele as escolhas e a autoridade de tomada de decisões (SANFELICE, et al, 2014).

A alienação gerada por esse modelo tecnocrata e médico-centrado moldou a cultura do parto levando-nos a naturalizar essa transformação cultural e acreditar que essa forma de parto é a melhor escolha, a mais saudável e indicada para parir/nascer, e o hospital seria o local mais seguro para esse processo.

Há 25 anos, como reação ao “parto tecnocrático” e ao uso irracional de tecnologia no parto, inicia-se um movimento internacional e nacional, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, exigindo a utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento - movimento este chamado de humanização do parto (DINIZ, 2005).

Por parto humanizado entende-se, a grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (CARNEIRO; 2011, p. 13).

Frédéric Leboyer, obstetra francês publica, em 1974, *Pour une Naissance sans Violence* (Para um nascimento sem violência) resgatando a discussão do recém-nascido como um ser sensível e a importância de propiciar um ambiente físico e emocional acolhedor ao nascimento. Leboyer lançou uma crítica à forma violenta com que o bebê era recebido: pendurado de cabeça para baixo e levando palmadas para respirar, numa sala com intensa iluminação e baixa temperatura. Ele sustentou que o parto é um processo simples e natural e que o bebê deveria ser recebido num ambiente acolhedor, colocado sobre o peito da mãe para ser acariciado e sentir-se protegido. Recomendou o corte do cordão umbilical depois do contato pele a pele do bebê com a mãe, quando ele já estivesse respirando por si mesmo, sem palmadas.

Moisés Paciornick, médico ginecologista e obstetra brasileiro que atuou no Paraná, e publicou, em 1979, *Parto de Cócoras – Aprenda a Nascer com os Índios*.

Preconiza a adoção de técnicas simples que respeitem a fisiologia do parto e estimulem o parto normal e vertical, resgatando a importância do parto domiciliar e o valor de atores não médicos na assistência ao parto, como as parteiras tradicionais indígenas.

Como nos indica Faúndes e Cecatti (1991), o modelo obstétrico tecnocrático hegemônico reverbera em um índice injustificável de parto cirúrgico (cesárea) e em taxas de prematuridade, mortalidade materna e neonatal ainda bastante altas, com indicadores perinatais piores que os encontrados em outros países com índices de desenvolvimento socioeconômico igual ou inferior ao do Brasil.

De acordo com o DATASUS, no ano de 2013, no Brasil, tivemos 2.904.027 nascidos vivos. Desse total, 1.644.557 foram por meio de parto cesáreo, ou seja, aproximadamente 57% dos partos registrados, demonstrando o quão longe nosso país está do ideal no panorama referente a assistência ao parto (DATASUS, 2013). Além disso, 25% das mulheres que tiveram parto normal relatam ter sofrido algum tipo de maltrato ou violência obstétrica, segundo estudo desenvolvido pela Fundação Perseu Abramo no início de 2012.

Temos visto acontecer, no contemporâneo, um fenômeno de transformação de situações corriqueiras em objeto de tratamento da medicina. Um dos efeitos produzidos com a chamada medicalização da vida é a redução das experiências singulares a meros fenômenos bioquímicos, como o momento do parto e nascimento. Para mudar essa realidade e favorecer a saúde de mães e bebês, é preciso transformar o modelo de atenção e protagonismo feminino no parto, no puerpério e gestação.

O movimento de fortalecimento do direito da mulher para parir onde se sente mais segura, incluindo o direito pela opção do parto domiciliar é uma das expressões dessa mudança de modelo e um movimento instituinte e ainda contra-hegemônico no SUS, que tem no cerne de sua formulação a defesa da humanização em saúde, da liberdade, da democracia e dos direitos humanos referentes ao parto e ao nascimento no Brasil (GONÇALVES, et al, 2014). Embora evidências científicas de estudos nacionais e internacionais atestem a ineficiência do nosso modelo obstétrico, esse cenário ainda persiste por fatores objetivos e subjetivos que invadem a cena do parto e a construção histórica da obstetrícia nacional (MAIA, 2010).

Entre estes fatores, podemos citar o processo de institucionalização do nascimento, as características das instituições hospitalares e das corporações médicas brasileiras, a sobrevalorização de tecnologias duras (MERHY, 2002), a mercantilização das práticas em saúde e a medicalização da vida. Um fato importante a ser destacado é a insuficiência de evidências científicas para produzir mudanças no modelo de atenção perinatal (GONÇALVES, et al, 2014), por isso também a construção deste trabalho.

Illich (1975), em estudo sobre a expropriação da saúde, aponta que a transformação de situações corriqueiras ou variações cotidianas em objeto de estudo da medicina estigmatiza as pessoas, gera medo, insegurança e dependência de serviços médicos. Estes fatores favorecem a baixa participação e pouco conhecimento dos usuários em relação aos respectivos tratamentos, por conta disso a necessidade de um debate consciente, sincero e horizontal (GONÇALVES, et al, 2014).

O fenômeno conhecido como apropriação médica do conhecimento popular, tendo como causa a comodidade do médico e equipe, os médicos brasileiros se inspiraram em propostas surgidas em Londres e Paris no século anterior, e as mulheres deixaram de parir na posição agachada ou de cócoras como acontecia no Brasil colônia e passaram a ter que adotar a posição deitada ou posição ginecológica (COLLAÇO, 2002). Crizóstomo, Nery e Luz (2007) ressaltam nessas mudanças o desrespeito aos mecanismos fisiológicos do parto e o prejuízo na qualidade do atendimento ao parto normal de baixo risco (GONÇALVES, et al, 2014).

Em um contexto de medicalização social, ou seja, por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como problemas médicos, produz-se dificuldade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas, que desemboca em um consumo abusivo e contraprodutivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação por parte dos usuários (TESSER, 2006). Tal fenômeno se expressa, por exemplo, na crescente medicalização e intervenção do parto, que deixa de ser visto como processo natural e fisiológico e passa a ser tomado como objeto exclusivo da medicina, como já dito. (GONÇALVES, et al, 2014).

Especificamente, em relação ao parto e ao feminino, na cultura ocidental, é preciso lembrar também da presença da herança cristã que culpabiliza a

sexualidade e compreende as dores do parto por castigo. Nietzsche é bastante preciso: “(...) para os gregos, por isso, o símbolo sexual era o símbolo venerável em si, o verdadeiro sentido profundo dentro da inteira religiosidade antiga. Toda particularidade do ato de geração, da gravidez, do nascimento, despertava os mais altos e solenes sentimentos. Na doutrina dos Mistérios a dor é declarada santa: as “dores da parturiente” santificam a dor em geral – todo vir-a-ser e crescer, tudo o que garante futuro condiciona a dor. Para que haja o eterno prazer de criar, para que a vontade de vida afirme eternamente a si mesma, é preciso também que haja eternamente o “tormento da parturiente” (NIETZSCHE, F. In *O Crepúsculo dos ídolos ou como filosofar com o Martelo*, 1888)

O modelo obstétrico vigente acrescenta outra camada à essa dor, patologizando a gestação, infantilizando e objetificando a mulher. Entende-se que esse modelo se agudiza no projeto neoliberal de sociedade, onde valores capitalistas como o consumo da saúde, o poder fálico, a superestimação dos riscos, a eficiência temporal e a lucratividade invadem a cena do nascimento, transformando-o em uma mercadoria, em um objeto de disputa de poder sobre a vida (GONÇALVES, et al, 2014), ou como diria Foucault (2008, 2009) em um regime de biopoder que se estende a toda textura social, em todos os setores da vida.

“Abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia, seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência” (DIAS E DOMINGUES, 2005, p. 700) acreditando que é um fato político da maior relevância para o debate da humanização do parto e do nascimento, enfatizando aqui nessa discussão o direito de escolha do local do parto.

Esse debate tem ganhado cada vez mais importância e polêmica no Brasil, especialmente quando partos domiciliares, realizados por equipes especializadas e por parturientes de classes socioeconomicamente favorecidas, ganham visibilidade na mídia. Um exemplo de apoio a esse processo foi a criação, em 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil que tem tido um importante papel na estruturação desse movimento hoje denominado “humanização do parto/nascimento”. (GONÇALVES, et al, 2014).

A Política de Humanização destaca a uma mudança de postura das equipes e profissionais para que a fisiologia do parto e de cada corpo seja respeitada, e para

que intervenções desnecessárias sejam evitadas (como ultrassonografias sem indicação clínica, episiotomia de rotina, cesariana eletiva sem indicação clínica e/ou sob falsos pretextos, exames de toque antes do trabalho de parto sem indicação clara, descolamento de membranas antes de 41 semanas de gravidez, internação precoce, jejum, tricotomia e enema, restrição à liberdade de movimentos, uso rotineiro de soro com ocitocina, aspiração de rotina das vias aéreas do recém-nascido, entre outros) (GONÇALVES, et al, 2014). Processo que deve ocorrer em sintonia com os movimentos subjetivos da atualidade que prezam pelo respeito à temporalidade singular de cada parto e mulher e, principalmente, acreditam na potência feminina para parir, seja em ambiente domiciliar ou hospitalar.

No modelo de assistência atual, o PD está relacionado às práticas culturais de comunidades isoladas com as parteiras e à dificuldade de acesso das mulheres/usuárias aos hospitais, seja pela ausência ou distância, e à falta de recursos econômicos da população (GONÇALVES, et al, 2014). Mas é notório que o PD planejado em grandes centros urbanos relaciona-se com questões de escolha pessoal da mulher (MEDEIROS et al., 2008). A inclusão da opção da casa como lugar para o nascimento nos grandes centros urbanos indica mudança nos valores, comportamentos e sentimentos quanto à maneira de dar à luz (SOUZA, 2005).

Apesar da posição contrária de alguns conselhos regionais de Medicina e da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), que vêm sistematicamente desaconselhando o PD, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) como a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (Figo) respeitam o direito de escolha do local de parto pelas mulheres e reconhecem que, quando assistido por profissionais habilitados, há benefícios consideráveis para as mulheres que querem e podem ter partos domiciliares (OMS, 1995; OMS, 1996; FIGO, 1992).

As principais pesquisas que apontam para os benefícios do PD são dois estudos realizados na Holanda, um primeiro publicado em 2009, envolvendo mais de 500 mil partos (DE JONGE et al, 2009), e uma mais recente, publicada em 2011, com uma coorte com mais de 679 mil partos (VAN DER KOOY et al., 2011). Há também um estudo realizado no Reino Unido pelo National Health System (NHS), com mais de 60 mil partos, publicado em 2011 (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011). Este último mostra que, em partos de baixo risco

bem assistidos, não há diferença significativa na mortalidade neonatal entre o parto hospitalar e o domiciliar.

Diversas pesquisas têm destacado a vantagem do PD em relação ao parto hospitalar por resultarem em redução das intervenções e indicarem maior satisfação das mulheres (JOHNSON & DAVIS, 2005; HUTTON et al., 2009; JANSSEN et al., 2009). A casa como ambiente protegido, o acompanhamento de parceiros de forma ativa no trabalho de parto e a escolha de equipe de profissionais torna praticamente inviável a existência de práticas de violência e abuso de poder (GONÇALVES, et al, 2014).

Segundo Amorim (2012), a irrelevância da diferença de mortalidade materno-infantil entre partos assistidos em domicílios e partos assistidos em ambientes hospitalares foi corroborada na revisão sistemática publicada em 2012, envolvendo 22 grandes estudos observacionais, e reforçam a conclusão de maior satisfação da mulher quando o parto ocorre em ambiente domiciliar atendido, seja por obstetras certificadas ou obstetras que realizam partos em casa. Concluem que, embora nenhuma diferença de mortalidade perinatal tenha sido encontrada, enfatizando a importância de qualificação permanente das equipes de acompanhamento ao parto e a necessidade de existência de serviços de pronto atendimento para eventuais complicações intraparto (MCINTYRE, 2012).

No Brasil, um estudo transversal recente, realizado em Florianópolis/SC por Koettker et al. (2012), apresentou resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas semelhantes às pesquisas internacionais. Foram coletados prontuários de 100 parturientes assistidas de 2005 a 2009, e desse total, constatou-se a necessidade de 11 transferências hospitalares, sendo nove submetidas à cesariana. Apenas 1% das parturientes sofreram episiotomia e 49,4% não necessitou, de sutura perineal. A maioria apresentou batimentos cardíacos fetais (94%) e evolução no partograma (61%) normais. Dos recém-nascidos, 98,9% receberam Apgar do 5º minuto > 7. A análise corrobora com a indicação dos estudos internacionais de que o PD é seguro (AMORIM, 2012)

Nesse sentido, a possibilidade de escolha do local de parto implica trocas e debates a respeito dos direitos, dos medos, dos desejos, das informações e do conhecimento científico que são cada vez mais propiciados por grupo de gestantes e

equipes multiprofissionais como psicólogos, terapeutas corporais, médicos obstetras, enfermeiras, doulas e parteiras.

A realização de PD sugere a ampliação do dispositivo pré-natal, não mais reduzido a consultas médicas, embora estas sejam fundamentais. Mostram-se também fundamentais que o pré-natal se complexifique em uma configuração grupal, transdisciplinar e dialógica, sem o qual as políticas do medo dificilmente serão superadas (GONÇALVES, et al, 2014).

Para além dos indicadores epidemiológicos de morbimortalidade e de segurança no parto ou da garantia de direitos, gostaríamos de trazer para a o debate um tema sempre presente, no entanto minimizado nas discussões teórico-práticas majoritárias da saúde no que se refere ao parto domiciliar. nos referimos ao tema da cotidianidade e das suas múltiplas formas de expressão no momento do parto.

Por isso, um dos alicerces conceituais deste estudo, será o cotidiano, dando uma base importante para aprofundar a pesquisa e as relações processuais que atravessam o momento de um parto domiciliar, um processo em que os espaços de morar, parir e gestar se confluem. Segundo Galheigo, 2003, acredita-se que é o estudo das práticas sociais, que atravessam o cotidiano, que possibilita a compreensão da realidade social e abre as portas para sua transformação.

O foco está na cartografia de aspectos da vida cotidiana de parturientes para a produção de sua subjetividade mulher-mãe (e tantos outros papéis que se atualizem neste espaço), identificando o que a favorece ou a desfavorece neste ambiente como ambiente de trabalho de parto.

A cotidianeidade, ao invocar aspectos teórico-práticos do processo de produção de conhecimento, nos leva a pensar se a realidade pode ser reduzida apenas à concepção que as teorias hegemônicas fazem dela. O debate, se há um espaço entre a teoria social e a interpretação que fazemos da vida social, subjaz um debate maior entre teoria sociológica e pesquisa social, entre a macroteoria (que se preocupa com o comportamento do conjunto das pessoas e as análises das estruturas e sistemas sociais) e a microteoria que se preocupa com a interação face a face entre pessoas no seu cotidiano (MAY, 1993).

Foucault (1978, 1983, 1984) busca documentar que as relações do saber-poder e produção de subjetividade, manifestadas nas formas de controle social do cotidiano pela disciplinarização e normatização dos corpos, só podem ser conhecidas como tal numa análise que vá além do simples conhecimento das

práticas cotidianas e das concepções que as pessoas fazem delas, além disso, é preciso escavá-las, identificar as variações que elas produzem ou induzem em sua microfísica. A cotidianidade varia conforme o contexto, a classe social, os laços culturais, o gênero e a idade. Segue os ritmos e as regularidades de cada tempo histórico (CARVALHO, 2000).

O Estado, as instituições e corporações da saúde são também produtores e controladores tenazes da vida cotidiana, mas também traz em si a marca da singularidade do sujeito em suas ações de cuidado, e toma forma a partir de suas necessidades, valores, crenças e afetos.

Nesse sentido, o cotidiano de cada pessoa/usuária que atravessa as práticas de saúde é único e não se repete, na medida em que essas são condições inequívocas da condição humana. “A vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de auto-cuidado e auto-manutenção, nas manifestações de solidariedade(...)” (GALHEIGO, 2003, p.108).

Nesta pesquisa, pretendemos dar ênfase a força da conexão do cotidiano de vida de uma mulher gestante para com seu dia a dia e processo de parto; também considerando a dimensão política do direito de escolha da mulher sobre o próprio corpo e local do parto, aspecto relevante para o debate da humanização do parto e nascimento (MEDEIROS et al., 2008).

A fim de valorizar as singularidades dos processos de cada mulher em situação de partear, sendo o cotidiano um tema relevante sobre o qual já se reúne amplos conhecimentos no âmbito da terapia ocupacional, busca-se identificar e analisar suas variantes no processo de evolução na cena do parto domiciliar; como colocado por Santos e Fornereto (2020, p.750) “enquanto terapeutas ocupacionais atuando na gestação, parto e puerpério, (...) a profissão tem muito a contribuir, com destaque para as questões relacionadas às transformações e impactos no cotidiano, aquisição de novos papéis ocupacionais e vinculação mãe-bebê.” Através de suas sutilezas, pretendemos dar passagem à pequenos gestos até escolhas importantes desse momento na vida das mulheres mães e que se mostraram relevantes para o bem-estar dessa laboração, no esforço de recolocar o protagonismo da mulher em relação ao seu corpo e suas escolhas reprodutivas, oferecendo parâmetros e argumentos para a potencialização feminina.

Junto aos conhecimentos importantes reunidos pela terapia ocupacional sobre o cotidiano, o corpo e a autonomia que irão contribuir para uma análise singular desse momento de vida das mulheres, buscamos nos aproximar dessas experiências através da valorização de narrativas dos sujeitos das experiências para a produção de conhecimento sobre fenômenos pessoais e coletivos investigados em saúde, como é o caso do parto e nascimento.

1.1 TRAÇANDO PARALELOS – O DOMICÍLIO E O PARIR

O ambiente ideal para uma mulher dar à luz está relacionado com a escolha de um local que lhe permita assistência adequada, viável e segura, ao seu ponto de vista. No caso de uma gestante de baixo risco, esse local pode ser um centro de parto normal, uma maternidade de um hospital, ou também como seu próprio domicílio (GONÇALVEZ, et al., 2014).

A casa como ambiente protegido, o acompanhamento de parceiros de forma ativa no trabalho de parto e a escolha de equipe de profissionais dificulta a existência de práticas de violência e abuso de poder. Além disso, as práticas de PD humanizado buscam incluir na cena do cuidado aspectos sociais e culturais para que seja possível garantir suporte emocional para que intervenções desnecessárias sejam evitadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) recomenda que o parto normal não seja medicalizado, e que seu acompanhamento se dê com a utilização de um mínimo de intervenções realmente necessárias. Esta assistência deve estar direcionada a reduzir o uso excessivo da tecnologia sofisticada, quando procedimentos mais simples podem ser eficientes e sem oferecer riscos.

Dar à luz é uma situação limite da mulher, onde ela se expõe, se afirma e se compõe junto aos elementos ali presentes na cena: acompanhantes familiares e amigos, equipe de saúde, o bebê, os sons, objetos e ambiente; a própria dor é ressignificada quando é permitido ao corpo da mulher conduzir o processo de parir. No modelo hegemônico de parto, as inúmeras intervenções constroem uma ação corporal mais potente, esse estancamento de forças de fluxos (musculares e relacionais) geram o que podemos chamar de padronização corpórea e comportamental (nos corpos e nas relações) (FERRACINI et al., 2012), quando não, violência institucional.

Por fatores como esse o PD tem sido proposto como um modelo de humanização das práticas em saúde e como dispositivo de reexistência feminina e resistência no seu sentido mais afirmativo: uma resistência que produz, e produz a vida (GONÇALVES, et al, 2014).

De forma geral, qualquer atendimento domiciliar em saúde engloba uma estratégia de atenção, mais do que o fornecimento de um tratamento padrão. É um método aplicado ao paciente com o objetivo de enfatizar sua autonomia e realçar suas habilidades em seu próprio ambiente, o domicílio (Duarte e Diogo, 2000).

Segundo Paskulin e Dias (2002), o atendimento domiciliar pode propiciar um contato mais estreito dos profissionais de saúde com o usuário e seus familiares em seu próprio meio, podendo este momento ser útil para uma avaliação das condições que o cercam, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento. O cuidado em saúde no domicílio é definido para profissionais de saúde pela inserção no cotidiano do usuário e seus familiares, identificando demandas e potencialidades da família em um clima de parceria terapêutica. Para isso concorrem fatores como a humanização do cuidado, a ausência de riscos iatrogênicos de origem hospitalar e o resgate das formas de cuidar calcadas nas práticas tradicionalmente usadas pela população embasadas na sua bagagem cultural.

Aprofundando em nosso contexto de trabalho, no desenvolvimento de casa para cena do parto temos a chegada de diversas sensações, objetos e personagens atuando nessa obra uma vez que a velocidade em que esse movimento passa a se apresentar nos relatos é de tamanha fluidez e sutileza que exprimem uma força sem igual, própria do acontecimento que precede.

A partir das vivências, convivências e seus entrelaços, o cotidiano estará na casa a seguir, sinônimos neste trabalho e buscaremos olhar como ambos permeiam essa vivência íntima e pessoal de cada relato. Acreditamos que a casa e os movimentos dela-nela expressam parte importante da cotidianidade de uma vida. E nada mais justo em um acontecimento que se faz de dentro do corpo, ter como cenário sua própria sutileza de lugar, seu próprio cheiro, tempo e regras. As mulheres, como geradoras desse evento, regem assim todos os atos dessa peça, em seu habitat mais conhecido ou em outros termos “seu ninho”.

A casa-cotidiana será elemento transversal da análise que se apresentará e permeia os eixos de análise subjetivos e de espaço-tempo das narrativas de parto. A análise desse movimento nos permite observar a casa rotineira se tornando local de

parto, com a chegada das profissionais e assim configurando-se também em local de trabalho em saúde.

A situação posta traz consigo os profissionais, os instrumentos, o tempo de espera, a dor, as técnicas, as vocalizações, a ânsia, a força; sentimentos incomuns ao ambiente de um lar. Nos permite definir “casa” e “domicílio” como settings com aspectos diferentes que irão coexistir. A partir disso, o foco de análise investigará as potencialidades e fragilidades nesse processo.

2 METODOLOGIA

Classifica-se este estudo por uma pesquisa qualitativa exploratória cartográfica. De acordo com Denzin e Lincoln (2005), a palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades, sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, quantia, intensidade ou frequência. Ele ressalta que a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida.

Neste contexto, pode-se procurar utilizar um amplo arcabouço de métodos de pesquisa buscando melhor entender o foco de atenção do estudo. As investigações em terapia ocupacional (TO) estão cada vez mais diversificadas e complexas. Elas têm superado a perspectiva única e individual, na qual o foco centrado unicamente “na pessoa”, e passam a considerar seu contexto, esta perspectiva pode ser corroborada com outras visões críticas que permitem identificar de forma mais profunda os enlaces que operam as atividades que as pessoas desempenham em seus cotidianos.

Dentro das múltiplas possibilidades que se abrem com as metodologias qualitativas, cada uma trazendo o mundo interpretado de diferentes formas, ao darmos ênfase aos processos de produção de subjetividade como eixo de destaque nas ações em saúde e, também, na produção de saber, nos aproximamos da cartografia (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Pesquisar em saúde na perspectiva cartográfica é dar condições de visibilidade e dizibilidade ao que se passa individual e coletivamente nos processos de produção de saúde, de cuidado e de vida. Para isso, o devir-pesquisador deve estar aberto para atravessar e ser atravessado pelo processo de pesquisar e de cuidar. (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

De acordo com Deleuze e Guattari (1995), a cartografia é útil para descrever processos, salienta-se o termo processo e a possibilidade de a cartografia contribuir para as pesquisas qualitativas que se propõem ao acompanhamento de processualidades, visto que o método qualitativo pode ser caracterizado como “aquele que quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados” (Turato, 2005, p.509)

Como apontado por Ferigato e Carvalho (2011), a pesquisa qualitativa pode-se apresentar também cartograficamente:

“Sinteticamente, entendemos que isso acontece quando uma pesquisa qualitativa se propõe a acompanhar processos de forma interventiva, quando essa intervenção produz um mundo de enunciados e visibilidades até então não exploradas. Uma pesquisa que faz ver e falar linhas de força e de subjetivação que acompanham o território existencial pesquisado. Questões como essa podem não ser exclusivas da cartografia, mas estão na centralidade de sua abordagem.” (FERIGATO; CARVALHO, 2011).

Assumir a cartografia como direção metodológica compromete, portanto, com a produção de uma política cognitiva. O conceito de política cognitiva busca evidenciar que o conhecer não se resume à adoção de um modelo teórico-metodológico, mas envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, uma atitude e uma forma de olhar o acontecimento escolhido como pesquisa. O rigor da investigação cartográfica reside na irreduzível atenção aos movimentos da subjetividade, suas pontas de presente, seus fios soltos, suas linhas de fuga em relação as camadas de sua presentificação (PASSOS, et al, 2015).

Considerando que cartografia é um método de pesquisa-intervenção (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009) e está ligada ao acompanhamento de processos (POZZANA; KASTRUP, 2009), através de Barros e Barros (2013), pode-se concluir também uma temporalidade que se mostra distinta nesse processo, cujo término não coincide necessariamente com a conclusão da pesquisa. O pesquisar neste âmbito implica em um rearranjo entre sujeito e objeto: a direção da cartografia é a de dissolver o ponto vista problema pela qual surge, de maneira análoga, de uma realidade dotada de substancialidade que será reinterpretada.

2.1 COLETA DE DADOS

A produção de dados se deu a partir da pesquisa, leitura e análise cartográfica de narrativas de partos domiciliares construídos pelas próprias mulheres que os vivenciaram e publicaram suas experiências no ciberespaço.

Durante o período de março a setembro de 2020 realizou-se busca ativa para identificação, seleção e análise das narrativas de partos domiciliares, através do filtro em português (Brasil) de busca na plataforma Google, com o descritor ‘relatos de parto domiciliar’. Procuramos garantir que seriam utilizados para a pesquisa apenas disponíveis em sites e portais públicos destinados a esse fim. Foram selecionados os relatos encontrados nas primeiras 10 páginas de resultados listados.

Os critérios de seleção dos sites e das narrativas foram títulos e descrições que explicitavam e continham as palavras-chave “parto domiciliar”, “parto” ou “casa”; ou relatos que continham nos cinco parágrafos iniciais a definição da casa como lugar do parto. Foram analisadas as narrativas apenas de sítios eletrônicos que explicitem que houve autorização das mulheres para a publicização de seus relatos, de mulheres com mais de 18 anos, autorização para uso de terceiros.

A pesquisa foi aprovada pelo Sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Conep realizado através da Plataforma Brasil, com o parecer consubstanciado de número CAAE 34586820.6.0000.5504., como apresentado no Anexo A – PARECER CEP 4192882.

2.1.1 Análise

Para a cartografia, a objetividade não é algo a ser protegido de supostas investidas subjetivas. Assim, lançando luz sobre processos em que sujeito e objeto definem-se mutuamente, um em função do outro, a experiência analítica comporta tanto subjetividade quanto objetividade. A análise, assim, pode partir de um objeto com contornos precisos, mas alcança um conjunto de múltiplas relações, incluindo muitos outros aspectos, que, a princípio, trataríamos como exteriores (BARROS e BARROS, 2013).

Para Barros e Barros (2013) “(...) é preciso entender qual o sentido de objetividade: ela não necessariamente se define em contraposição a uma subjetividade constituída por representações”. Pesquisar uma experiência nos coloca, assim, diante da fronteira cambiante entre objetividade e subjetividade; é

preciso estar disponível para ambas para acolher a experiência em si (BARROS e BARROS, 2013).

O que move a análise em cartografia, portanto, são problemas. É de um problema que ela surge e seus resultados devem deixar também problemas e perguntas (BARROS e BARROS, 2013). Lembrando as indicações de Bergson (1974), de que toda “solução” é coextensiva a um modo de colocar o problema. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas.

Segundo Lourau (2004), não se trata de interpretar ou construir um discurso explicativo, mas evidenciar elementos que compõem um conjunto. Então, a análise se efetiva a partir da decomposição de um todo em elementos que a compõem.

Afirma-se que a cartografia gera efeitos e mantém um compromisso com a análise. Sendo essa, portanto, imersa num terreno inteiramente subjetivo, sem decretar a ausência de objetividade.

Como há em Foucault uma atenção ao caráter singular dos problemas, procurando situá-los, compreendê-los de maneira local, tomando os objetos a partir dos problemas, e não o inverso. (FOUCAULT, 2003b, p. 327) É assim que, na pesquisa cartográfica, não se espera ter uma explicação para o acontecimento. Ao contrário, como Foucault, procura-se “reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força etc. que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade”. (FOUCAULT, 2003c, p. 339)

Portanto, para a cartografia há um paradoxo da análise em pesquisa, que é o de acessar uma objetividade que tende à proliferação de sentidos, em vez de restringir a um sentido único. Com atenção à singularidade, a análise de processos coloca-se ao lado da experiência, o que é bem diferente de afirmar que ela se apoia em uma única evidência (BARROS e BARROS, 2013).

É importante ressaltar que ao contrário de algumas perspectivas que supõem a análise como um momento específico da pesquisa, que pode se dar depois da coleta ou em simultaneidade a ela, a análise em cartografia é, também, processual, e inerente a todos os procedimentos de pesquisa. E a abertura à multiplicidade de sentidos não pode ser especificamente localizada na pesquisa, ela se dá ao longo de todo o processo. Sustentar a atitude de abertura é, inclusive, uma das tarefas principais desse tipo de análise. (BARROS e BARROS, 2013).

Analisar é, de fato, sustentar um ethos analítico específico, permitindo que a pesquisa se volte para si mesma e se interrogue acerca da implicação e da participação, levando à problematização e ao reposicionamento do lugar dos participantes e dos temas tratados. Daí o paradoxo da análise, o de constituir-se ao mesmo tempo como um acesso à objetividade e como um procedimento de proliferação de sentidos e de singularização. BARROS e BARROS, 2013).

Outra abordagem que se considera neste trabalho é a cartografia social, que é um eficiente subsídio para incidir na política pública e mostrar a realidade ou o conflito da perspectiva de quem está envolvido diretamente com um processo.

Também para Oliveira (2007) essa prática cartográfica deseja apresentar uma dimensão da vida social como o resultado do empenho de docentes, alunos e alunas, pesquisadores e pesquisadoras das universidades, para a troca de saberes e para possibilitar que uma técnica, que originariamente serviu para ampliar a força e o poder, sirva agora às lutas populares, entre os grupos que sofrem diferentes violações.

Ressalta que a cartografia também é a manifestação de um tempo em que os interstícios das relações sociais, os fatos sutis, a afirmação de singularidades, de valores e modos de vida, as dimensões subjetivas, aqueles fenômenos relativamente considerados “menores”, que também estão sob as injunções de um Estado entrançado aos interesses privados de grupos que buscam precificar a vida e tornar o mal uma banalidade, exigem visibilidade. (OLIVEIRA, 2007).

Em uma cartografia, “dependendo do tema, poderá se ter um resultado sempre inacabado que, ao se tratar de coisas da vida humana, por meio de uma linguagem, está sujeito a retificações e complementações. Afinal, sempre podemos dizer mais sobre o mundo, o cotidiano e as interações que acontecem em diferentes escalas.” (OLIVEIRA, 2007).

Por fim, a cartografia no meio de tantas outras iniciativas humanas que, para além da sua função pragmática, de mudar as “condições objetivas” dos envolvidos em sua construção, sinaliza o quanto a micropolítica passou a ser uma dimensão da vida cotidiana substantiva.

Assim, a análise se sustentou em pelo menos 3 processos simultâneos: 1) *a análise de implicação do pesquisador* (Lourau, 2004), 2) *a análise do processo da pesquisa* e as forças que o atravessaram (que inclui a análise de contexto e

conjuntura do momento sócio-histórico de produção da pesquisa) e 3) *a análise das narrativas*.

3 RESULTADOS

Foram coletados no processo de pesquisa 33 relatos de partos domiciliares em formato de narrativas livres, encontrados dentro de 17 sites e portais filtrados pelos critérios de seleção já apontados anteriormente. Dentre esses, foram analisados efetivamente 16 relatos, dos portais *Ama Nascer* e *Amigas do Parto*, escolhidos por apresentarem consentimento de uso de conteúdo para terceiros.

A análise permitiu uma reflexão embasada pela cartografia, que se exprimiu em sete eixos, sendo eles: (1) Corpo Casa e Corpo Hospital, (2) Primeiro Contato com o Parto Domiciliar, (3) Particularidades e Forças singulares, (4) Dúvidas e Medos, (5) Movimentos do Cenário, (6) Relações profissionais e (7) Pessoas-casa.

Os trechos destacados em negrito têm como intuito demonstrar as frases, palavras e expressões que resumem basicamente o objetivo a essência principal de cada eixo, entendendo que pode haver livre interpretação e impacto para cada um(a) que lê.

1. *Eixo Corpo Casa e Corpo Hospital*

Este eixo diz respeito às possibilidades e diferenças que se apresentaram em casa e que não ocorreriam num hospital. Objetiva-se mostrar como quebras de protocolo, possibilidades de acontecimentos e flexibilizações de tempo dão protagonismo de escolha à mulher e empodera sua própria sensação e controle do corpo no parto.

“Colocava a mão na minha vagina e sentia a cabecinha dele, o cabelinho...
A cada contração, ele se aproximava e eu o tocava melhor.” (RP 1)

“O que mais havia me incomodado durante o primeiro parto era a **impessoalidade** com a qual eu havia sido tratada, a sensação de ter sido submetida a uma série de procedimentos simplesmente porque **“é assim que fazemos; esta é nossa rotina”** sem ter sido levado em conta como indivíduo, como pessoa, **justamente num momento tão íntimo e importante da minha vida! Escapar das “rotinas” hospitalares é difícil e eu não queria ter que brigar/ discutir durante o trabalho de parto.** Mesmo sem estar 100% convencida de que era isto mesmo que eu queria, ficou claro para mim que **no hospital eu correria mais riscos de ter um parto com intervenções, de não ser respeitada,** de ter um parto parecido com o

primeiro. Quando me dizem que fui corajosa de ter meu filho em casa, discordo. A ideia de ter que passar por uma cirurgia, de ser submetida a uma cesárea me assusta mil vezes mais! (E foi um medo que tive que enfrentar durante a gravidez, me preparando para todas as possibilidades possíveis...)

(...) até pediatra eu também arrumei para ir conosco para o hospital caso precisasse! Não queria que aspirassem meu bebê sem necessidade, nem que usassem o colírio de nitrato de prata, queria que a vitamina K fosse via oral e principalmente não admitia que meu bebê ficasse 4 ou 6 horas em observação, longe de mim.

A posição mais confortável que encontrei foi de ficar sentada numa banquetinha baixa, com uma bolsa de água quente na lombar e o Marcos sentado atrás me abraçando. A Georgia pressionava uns pontos na mão que ajudavam a aliviar a dor e a Vilma também ficava por perto assistindo. **Depois as duas nos deixaram (eu e o Marcos) sozinhos por um tempo: era o que eu queria, muita calma e concentração.** Às vezes experimentava outras posições: tentei ficar de quatro e é incrível como aumentou a intensidade da dor! Mudei de novo de posição rapidinho.

Que privilégio poder ter todo o tempo do mundo para ficar olhando e namorando nosso novo bebê.

(...) que bom estar em minha casa! Que bom ficar com meu bebê o tempo todo! Que bom que ele não foi aspirado, pesado, medido, separado de mim bem neste comecinho! Que bom que nossa filha mais velha pôde participar junto (...)

O tempo era meu e da minha família. Nós fomos imprimindo nosso ritmo à chegada do nosso bebê. E não consigo expressar direito o valor que teve para mim este tempo respeitado. É um tempo sagrado, único. Não estava a serviço de regras, rotinas e normas institucionais. Foi mais ou menos uma hora de namoro, (re)conhecimento, encantamento, bate-papo, risadas. Uma hora mágica, inesquecível, a mais especial de todo o parto. (...) A laceração era bem em cima da cicatriz da antiga episiotomia (voltei a ficar com raiva de ter sido cortada sem justificativa!). Ela me deu uma anestesia local e fez a sutura enquanto a Georgia segurava minha mão. Fora o incômodo da aplicação da injeção, não senti mais nada, nem um pontinho sequer sendo dado. Aquilo me surpreendeu já que no meu primeiro parto, no hospital, cheguei a sentir cada ponto sendo dado e ainda tive dificuldades de convencer minha médica disto. Só depois de muita insistência minha é que ela reforçou a dose do anestésico. Não eram boas lembranças!

Foi tudo mais fácil, mais ameno e, por outro lado, menos intenso do que fora com minha primeira filha.” (RP 2)

“Naquela época era muito difícil um bebê nascer de cesárea... Os bebês nasciam, era muito simples. Chegava a hora, e eles nasciam. Hoje em dia eu não entendo, não sei porque tem tanta operação. Minha filha mais velha, Tânia, nasceu em 1943, em São Paulo, no bairro do Tucuruvi, em casa. Eu não fiz pré-natal, nem achei que precisasse. **A barriga foi crescendo e tudo ia bem.** Um dia, depois do almoço, recolhia os pratos da mesa e comecei a ter uma dores estranhas. De repente sumiam e só reapareciam depois de um tempo. Meu marido já tinha ido embora para o trabalho, eu estava sozinha. **Fui falar com a vizinha, que já tinha filhos** e pedi para ela ir telefonar para o Bruno, achei que tinha alguma coisa errada. **Minha vizinha na hora já percebeu e saiu rápido. Voltou depois de alguns minutos com uma parteira que morava no bairro.** Nem ligou para meu marido, pois achou que não daria tempo de me levar pro hospital.

A parteira era uma jovem senhora, mulata, muito delicada e calma. Na hora pediu para que eu me acalmasse, que o bebê ia nascer. Pediu à vizinha que fervesse água e arrumasse alguns panos para o parto. Perguntou onde eu guardava as roupinhas do bebê, eu me espantei: já? Ela me explicou que não ia demorar. Ela ficava me mandando respirar com calma, pediu que eu me deitasse na cama. Bem, depois de uma hora o bebê tinha nascido. Com 3,2 kg, era uma menina! Muito rápido!” (RP6)

“Miguel já estava com as luvas (essa foi uma solução que encontramos para que ele pegasse a irmã) e juntamente com a parteira a pegaram e a trouxeram pra o meu peito.” (RP10)

“Que sensação maravilhosa era dentro daquela piscina! Eu ficava totalmente relaxada, os braços e pernas boiando e eu quase dormia entre uma contração e outra.” (RP11)

“Nessa hora eu pedi para ser avaliada, era umas 10h da manhã.” (RP12)

“Era 00:07 do dia 20 de abril, meu marido o recebeu e o colocou nos meus braços... nosso primeiro encontro foi inesquecível!!! **Algum tempo depois eu pari a**

placenta, me emocionei em vê-la, pois sem ela eu não poderia gerar essa vida!” (RP12)

“(...) nasceu com 40 semanas e 5 dias, num parto domiciliar, com parteiras, **no aconchego e intimidade do nosso lar!**

Para tanto, foi preciso confiar na minha capacidade de dar à luz, de romper com medos arraigados de uma cultura extremamente 'cesarista' e que se refere ao parto como algo necessariamente difícil, doloroso e até mesmo negativo. Popularmente costuma se dizer “foi um parto” quando algo demora e é difícil. Temos essas memórias incrustadas no inconsciente mascarando muitas vezes nosso natural vocação de parir de forma natural!

Era preciso **aguardar o tempo** desta dança sagrada entre meu corpo e o bebê na qual a “unidade” se separa. Afinal foram 9 meses de desenvolvimento para o ápice do nascimento e **seu tempo próprio, tempo do corpo se abrir** e do bebê florescer.

(...) em cada abertura fazia força, **com meus dedos dentro da vagina, sentindo todo movimento que minha força provocava na descida do bebê**. Cada contração eu empurrava e ela descia mais um pouco. **Sentir ela descendo me ajudava muito. Eu sentia a força que eu tinha que fazer e na medida perfeita**. Se eu empurrasse demais sentia que ia romper. Já sentia como se tudo estivesse se esticando ao máximo. Até que veio a abertura final... sabia que naquela ela iria sair. A cabeça saiu! **Coloquei minha mão e senti uma circular de cordão frouxa, tirei ela com a ajuda do Enrico** e fiz mais uma força... foi quando nasceu o resto do corpinho às 15 horas e 19 minutos. (...) **Contrações, comumente chamada de dores, traz associação ao sofrimento**. O que senti não foi sofrimento e sim sensações fortes para a chegada do momento tão esperado.

Ignacio e eu **pegamos a “bolsa” juntos e quando a trouxemos para fora d’água vimos** por dentro dela os olhos bem abertos do nosso bebê! Indescritível este momento!

Enquanto curtia este primeiro amamentar pari a placenta. Foram só duas contrações e ela saiu! Ela que durante os 9 meses nutriu meu bebê tinha cumprido gloriosamente sua função. Mas, ainda assim, de tão poderosa que é, **serviu para estar ao nosso lado, numa bacia, até que o cordão efetivamente parasse de pulsar quando finalmente foi cortado pelo Ignacio.**” (RP13)

“Levantei fui ao banheiro e me avalei... as pessoas não acreditam quando conto! Constatei que ainda estava bem no início, com 1 cm de dilatação.” (RP14)

“Percebemos que Serena havia ingerido um pouco de líquido amniótico. **Eu mesma chupei o narizinho dela (foi instintivo)** e Naoli me indicou que eu a deixasse mais inclinadinha para o líquido sair das vias aéreas.

Num respiro estava ali fora de mim o ser que eu havia gerado por 40 semanas e 3 dias, com o cordão enroladinho no pescoço, havia escorregado.” (RP16)

2. *Eixo Primeiro Contato com o Parto Domiciliar*

Neste, revelam-se fontes, pessoas e profissionais de onde vieram as primeiras informações para escolha do parto domiciliar.

“**Eu queria ser cuidada, acarinhada**, como eu fazia com as minhas pacientes quando trabalhava no programa saúde da família. Mas nenhum plano para os quais liguei possuía **enfermeira obstetra** realizando pré-natal, dá para acreditar? Nenhum. Então parti para a luta. Liguei para a maternidade Leila Diniz, onde eu sabia que enfermeiras faziam partos e perguntei para a Enfermeira obstetra de plantão quem poderia fazer meu pré-natal.

Em dezembro de 2001, fui à minha 1ª consulta. O nome dela era Dra Heloisa Lessa: Helo. **Aberta, calma, experiente, inteligente, segura, firme, carinhosa, maternal**. Amei. Eu não havia pensado em parto domiciliar, apesar de já ter ouvido falar nessa ‘maluquice’, mas ela então tocou no assunto e começamos a pensar nele.” (RP1)

“Depois que a Elisa (primeira filha) nasceu, eu comecei a pesquisar, ler, aprender sobre parto **na tentativa de compreender e dar algum sentido à experiência que tinha sido quase traumática**, tão diferente do que eu esperava. Não demorou muito para que eu percebesse que **seria difícilimo ter o tipo de parto que eu queria no hospital** (pelo menos nos hospitais aqui de São Paulo!). Fui procurar a Vilma, **enfermeira obstetra** (que gosta de ser chamada de parteira). Eu a havia conhecido uns dois anos antes num dos encontros anuais da Fadyinha (yoga para gestantes). Ela era palestrante e ao ouvi-la falar sobre parto, me encantei. Alguns meses antes de engravidar, nos encontramos de novo num evento e ela me contou que fazia um ano que estava acompanhando partos em casa. Fiquei muito contente! Fora ela só tinha mais um médico que fazia partos em casa em São Paulo.” (RP2)

“Não saía da minha cabeça a ideia de um **parto tranquilo, natural, em paz**. Já tinha lido o livro ‘Parto de Cócoras’, do Dr. Moisés Paciornick, e sabia que este era o modelo de nascimento que eu desejava para mim e para o meu filho. Estava fazendo pré-natal com uma obstetra que foi indicada por minha ginecologista, pessoa na qual eu confio muito e já consulto há doze anos. **A médica obstetra era bastante profissional. E só. Eu sentia falta de sensibilidade, interesse, humanidade**. Ela era profissional e sincera. Disse que se eu não chegasse ao final da dilatação dentro de oito horas, faria uma cesárea. Ou seja, se meu filho demorasse muito pra nascer nós não seríamos considerados ‘saudáveis’. **Algo me ansiava e eu fui em busca de informações, respostas, verdade**.

Pesquisando na Internet encontrei o site Amigas do Parto, onde encontrei os depoimentos de parto de diversas mulheres, onde eu encontrei o Ricardo Jones. Descobrimos que ele morava em Porto Alegre e consultava aqui, meu coração se encheu de alegria e lá fui acabar com a minha insegurança e o meu medo de entregar-me nas mãos de algum carniceiro. Chegando ao consultório a confiança tomou conta de mim e do André, meu companheiro. E a proposta de ter nosso bebê em casa só completou nossos sonhos.” (RP7)

“Em abril de 1980, quando soube que eu estava esperando meu primeiro filho, **minha mãe** me enviou uma lista de artigos da revista Desperta sobre gravidez, parto, amamentação etc. Um dos artigos, intitulado ‘Nosso bebê nasceu em casa’, era o depoimento de uma pessoa que tinha tido o desprazer de ter o primeiro filho em hospital, num ambiente frio e impaciente, numa posição de ‘frango assado’, e **descrevia o prazer de ter o segundo em casa**. Nesta época, minha mãe consultou um ginecologista (...) comentou com o Dr. O sobre minha gravidez, e como gostaríamos de um parto natural, sem anestesia, e em casa. Ele topou. Disse que cerca de **80% dos partos poderiam ocorrer sem ajuda médica. ‘É por causa dos 20% de risco que eu vou à sua casa’**, disse ele.” (RP9)

“Eu sempre quis ter parto normal e, ao longo da minha gestação, fui descobrindo que o que eu conhecia como ‘normal’ podia ser ainda mais natural, sem nenhuma intervenção (tipo analgesia ou episiotomia) e ainda podia acontecer **na minha casa (‘à moda antiga’) sem eu ter que me locomover** até um hospital ou clínica.” (RP13)

“Como **eu e minha filha estávamos 100%** durante toda a gestação, após muitas pesquisas e conversas, **optamos pelo parto domiciliar.**” (RP15)

3. *Eixo Particularidades e Forças singulares*

Este eixo descreve sentimentos, objetos, pensamentos contados pelas mulheres que lhe foram singulares no momento do parto. Através dele, planeja-se explorar as sensações e sentimentos que ficaram marcados subjetivamente nessas mulheres e que na maioria das vezes lhes trouxeram apoio e força.

“**Dói mais "nos quartos", "nas cadeiras"** do que a própria barriga. Na hora eu achava insuportável, mas agora não acho tanto.” (RP1)

“**Ainda estava num estado meio alterado, não totalmente consciente. Sentia um enorme alívio. Eu havia sobrevivido**, era como se renascesse junto com meu bebê. Não sentia mais nenhuma dor e segurava meu bebê no colo. **Olhava para ele e parecia que eu o reconhecia lá de dentro de mim.** (...) Que felicidade! **Naquele momento me senti mulher:** senti aquilo que tantas mulheres relatam nesta hora, uma sensação de comunhão com todas as mulheres do mundo, desde as nossas ancestrais; uma confirmação da minha feminilidade e do nosso poder. (Afinal, parir é realmente exclusividade nossa).

Na hora, apesar de ter uma máquina por perto, não tive a mínima vontade de que alguém ficasse me filmando ou que tirasse fotos. **Aos poucos fui aceitando que minhas impressões e sensações não eram menos completas só porque eu não estava lá, consciente, acompanhando tudo.** Que mania que a gente tem de querer assistir de longe! Acabei aprendendo a valorizar o "viver" também. Mas é como se eu precisasse desses registros objetivos para assimilar direito toda a experiência.

Aprendi tanta coisa com este nascimento, com este parto. Aprendi a confiar mais na vida e no ritmo e tempo da natureza. Aprendi a confiar na minha intuição, no meu tempo e no meu ritmo. Foi uma experiência da qual saí inteira e através da qual me tornei um pouco mais eu mesma. Me sinto um pouco mais forte, mais segura e mais mulher.” (RP2)

“(...) caminhei com os pés na grama no jardim do meu prédio e recebi minha mãe que veio para participar do parto. Estava tudo tranquilo e **eu fiz coisas em casa normalmente, com uma emoção tomando conta de mim.**

(...) pude sentir verdadeiramente o que é parir sobre as próprias pernas, **totalmente entregue à percepção dos meus sentidos e respeitada na minha integridade.**

Quando a cabeça do bebê passou a emoção foi enorme, indescritível, mágico. Mesmo que a minha musculatura fizesse força, eu me sentia muito forte, com muita disposição, fiz careta de força e empurrei meu filho. **Sons, cores, cheiros, sentidos aguçados, a melhor sensação do mundo no coração.**” (RP7)

“(...) uma das sensações mais deliciosas do mundo é o "flup" do corpinho deslizando para fora após sair a cabecinha. Nenhum homem faz ideia do que seja isso. Da minha boca espirrou um agradecimento espontâneo a Deus.” (RP9)

“Eu sentia a conexão profunda de todas aquelas mulheres (Lari, Naoli, Mayra, Ayla, Mãe, Vi e Su) que estavam ali presentes. Uma corrente linda de força, mas eu olhava pra elas agradecida e honrada e sabia que era só eu mesma que faria este caminho. Que o que eu precisava delas era justamente e exatamente tudo o que elas estavam proporcionando ali: a confiança na natureza dessa vida!” (RP10).

“E eu tentava todo o tempo recordar que, por mais doloridas que fossem, as contrações me aproximavam do bebê. Essa convicção me ajudou muito!

Descobri uma sinfonia de sons que vinham ‘de dentro’ como uma forma de aliviar as contrações. Eram gritos, sussurros, ruídos, berros animais, toda a natureza instintiva brotando, se “apossando” de mim e se colocando na sua forma mais pura.

Já não era mais ‘eu’, era um ‘nós com o bebê e com o universo’. Sim, no parto é possível ascender um patamar distinto de consciência, no qual algo maior e, eu diria, divino assume o ‘controle’.

Eu olhava para as pessoas ali em volta e parecia que não via ninguém direito. É tipo uma embriaguez.

Não tenho ideia do tempo que passou, nem neste momento como durante todo o dia. Estive num ‘outro tempo’

E já me sentia num transe total. Aqui realmente o meu estado de consciência ficou completamente alterado. Um mix do turbilhão hormonal próprio de um trabalho de parto sem intervenções anestésicas, junto com a fadiga deste (para mim) exaustivo processo e a alegria de saber que agora sim estava ‘a um passo do paraíso’” (RP13)

“Meu companheiro Enrico e eu decidimos não saber o sexo do bebê... mas sentia uma energia feminina muito forte...

Pedi para ela preparar meu altar sagrado com uma toalha bordada a mão que trouxe do Peru, com as imagens sagradas da grande Mãe, tambor e muitas velas que havia recebido no meu Chá de Bençãos.

(...) estava forte e eu já estava em outro estado de consciência(...) me sentido protegida e amparada por todas as mulheres que vieram antes de mim. Sim, já que elas conseguiram passar por isso, eu também conseguiria! Me deu muita força para continuar.

Meu corpo todo gemia... um gemido que vinha lá das entranhas, um gemido visceral. Não era mais um “Ahhhhh” inteiro, mas tremido, profundo. Como se eu fosse explodir de tão avassaladora a experiência. Não é só a dor. **São muitas sensações ao mesmo tempo.** É uma abertura em todos níveis, física, mas também emocional e espiritual. **E força a energia são tão intensas que parece que você vai se desintegrar.”** (RP14)

“Minha cachorrinha vira-lata, preta e linda, a neguinha, não saía de perto de mim nem por decreto. Estava um grude. Ela sentia o que eu ainda não tinha me ligado que estava acontecendo.

(...) com a força de ser mulher e estar rodeada de mulheres, com a leveza de ser quase mãe e com o peso de parir numa sociedade que ‘não permite’, ‘não apóia’, ‘não induz’, ‘não acredita’, ‘não gosta’, ‘não aceita’ e nega de todas as formas a remota possibilidade de um nascimento da forma mais natural e humana possível.

Eu fiz tudo isso que tive vontade de fazer. Gemi alto, cantei baixinho, gemi baixinho e cantei alto. Sentia minhas mãos formigando. Meus lábios tinham vida própria. Entoei cânticos que conscientemente conhecia, mas intuitivamente foram ganhando mais força dentro de mim. Eu vi todas as minhas ancestrais parindo, eu senti a força cósmica da grande mãe natureza dentro e fora de mim. Vi minhas bisavós parindo minhas avós, minha avó parindo minha mãe e minha mãe me parindo. **Ela estava ali, minha irmã mais velha também. A presença delas me fortalecia e ao mesmo tempo me preocupava,** pois havia tensão. Medo da parte delas. Emoção. Mas, ao mesmo tempo, **havia um círculo de mulheres no entorno daquela banheira que era tão importante, uma força tão grande e magnífica** que formava uma espécie de lençol materno que me protegia e me amparava naquele momento.

(...) muitos fatores fizeram meu corpo dizer “calma”... descansa...ainda não chegou a hora!

Todos extasiados. O cheiro de vérnix solto pelo ar. Ocitocina level hard. Que momento mágico. Êxtase.” (RP16)

4. *Eixo Dúvidas e Medos*

O eixo ressalta momentos em que as parturientes descrevem ter tido pensamentos de dúvida e/ou sensação de medo, em que algumas vezes até mesmo se transformaram em paralisação do avanço do trabalho de parto. Propõe-se pensar também como o parto domiciliar traz a proximidade de questões cotidianas tencionando a mulher a lidar com elas neste momento:

“Eu estava com medo. Não de que desse algo errado. Mas de me abrir para esta passagem, para esta mudança. E a ‘pressão’ aumentava: era como se meu corpo me dissesse ‘vamos, agora não tem mais como voltar atrás, seu bebê vai nascer’ mas eu resistia e a dor aumentava. **Me senti paralisada, eu queria resistir.** O quarto estava escuro, ninguém falava nada e eu já estava metade do tempo em outro mundo, tentando sobreviver a uma contração da cada vez. Entre uma e outra, às vezes eu abria os olhos e me dava conta de onde estava. Além de respirar eu dava uns gemidos que pareciam ajudar: ‘aai, aai, aai...’ . **Fiquei uma meia hora assim, imobilizada pelo medo e tomada pela intensidade das contrações** cada vez mais seguidas. Até que a Vilma sugeriu que eu tentasse mudar de posição (eu estava sentada na banquetinha com o Marcos, o chão todo forrado com plástico). Não sabia porque estava demorando tanto. Não sentia vontade de fazer força, mesmo estando com 10cm de dilatação. Não sentia ainda meu bebê descendo. Parecia que estava tudo parado.” (RP2)

“Levantei, quis caminhar e ele me mandou para baixo do chuveiro quente. A água sempre foi um ambiente de conforto, onde me sinto bastante plena. Só que **naquele momento estranhei, pensei, questionei ‘mas agora?’**, e ele disse que sim, que eu ia relaxar.” (RP7)

“Parecia insuportável o que eu sentia. Entrei num movimento de auto exigência por não estar conseguindo me entregar de uma forma mais prazerosa ao processo. Até que chegou um momento que o Régis me perguntou o que estava acontecendo e **eu respondi que eu estava sentindo medo.** Nisso abriram muitas portas na minha consciência... acessei vários medos. **Um deles foi o medo de não dar conta de cuidar de outro filho, de ter que parar de trabalhar por meses e financeiramente ficarmos numa situação ruim. Medo de ser mãe de uma**

menina e não saber lidar. Medo do puerpério. Mas esses medos vinham à consciência e na mesma velocidade eles eram limpos e eu conseguia me entregar pra eles. Mas o que mais foi difícil, foi **o medo de ter que lidar com o Miguel com impetigo** (doença contagiosa de pele), sem poder tocar na irmã, sem poder recebê-la no nascimento como ele tinha planejado, de ter que ficar freando seus impulsos de carinho com a irmã... aiii. Nessa hora a dor veio na minha alma. Senti a dor da contração em todo o meu corpo. O desafio que seria lidar com tudo isso, sendo que, o que idealizei foi um momento de pura troca de amor e entrega.” (RP10)

“Lembro que uma hora eu pedi “alguém me ajuda por favor”, **acho que essa é a hora da covardia. Eu não aguentava mais.** Hoje eu entendo quem pede analgesia e até mesmo cesárea na reta final. Não é fácil. Não foi fácil. É foda!” (RP11)

“Afinal, eu estava numa kitnet, no centro de uma cidade movimentada, em trabalho de parto há horas, sem médicos por perto, sequer pensando em ir pro hospital, eu estava ‘insistindo’ em ter um parto natural. **Isso tudo já estava ficando assustador.** Ali somente a Doula, uma fotógrafa e duas parteiras, minha mãe e uma irmã. **Isso era muita loucura.**

Eu tinha dor, muita. **E tinha medo, muito. Serena, eu e o universo éramos apenas uma partícula de luz no infinito.**

Estava exausta. A presença das mulheres já não me acalmava e sim mantinham a tensão. **Todo o medo e o pudor. Toda a responsabilidade nas costas. Todos os ‘e se’.** Eu precisava descansar.” (RP16)

5. *Eixo Movimento do Cenário*

Este eixo descreve todos os movimentos singulares ocorridos dentro da casa, os quais a transformam e a definem como local de parto. Procura-se mostrar os movimentos do corpo da mulher tanto pelos cômodos da casa quanto em diferentes posições, dos objetos, dos acompanhantes, que a partir das necessidades da parturiente, regem e transformam a cena:

“(...) eu tomei café, fiquei um pouco com a Elisa e avisei a Georgia, que seria a doula...Voltei a me deitar para descansar um pouco e as contrações continuavam de 10 em 10 minutos (...) Até almocei, tomei uma sopinha. Mande a Elisa brincar na

casa de uma amiguinha e tentei descansar mais um pouco. Comecei a anotar o tempo das contrações no papel, ajudava a passar o tempo! Lá pelas 2 da tarde as contrações começaram a vir de 5 em 5 minutos. **Liguei para a Vilma e para a Georgia por volta das 3 e pedi que viessem logo já que as contrações estavam mais fortes.**

Ou eu andava e na hora da contração me apoiava em alguém/ alguma coisa para respirar fundo ou ficava sentada na banquetta.

Desci da banquetta e fiquei meio ajoelhada. Veio uma contração, igual as outras. De repente um puxo (palavra perfeita) violento, e a sensação da cabeça do meu filho já saindo. Foi um choque, de onde veio?! E sem aviso algum! Olhei apavorada para Georgia, que estava mais perto, "me ajude por favor!". Ainda tentei desajeitadamente fazer com que fosse tudo mais devagar e comecei a fazer aquela respiração de cachorrinho. Tentativa em vão. Não tinha jeito, o puxo vinha lá de dentro, poderoso, orgânico. Desisti de resistir. Me entreguei e mergulhei no desconhecido, no olho daquele furacão que tomava conta de mim. Morri um pouquinho. Parecia que eu estava sendo partida ao meio, mas nada mais importava. Soltei uns três gritos, altos, mas que ajudaram a aliviar a dor. Senti vagamente quando a Vilma deu uma puxadinha para ajudar o bebê a nascer. E pronto. Tudo calmo.

O Francisco finalmente se interessou em mamar um pouquinho e **depois senti que estava na hora da placenta sair (já havia pedido à Vilma que não a tracionasse). A Georgia me ajudou a ficar de cócoras e eu fiz força. Aos poucos ela foi saindo. Foi o segundo parto do dia, só que este foi indolor e eu estava completamente consciente! É engraçado mas me deu muita satisfação "parir" minha placenta. A Vilma me mostrou como era, realmente incrível. A Georgia pegou um saco e na hora em que a Vilma foi colocar a placenta dentro escapuliu e foi parar no chão, forrado de plástico. Morremos de rir e e a Vilma comentou que se não fosse pelo pequeno acidente, nem teria precisado do plástico no chão!**

Me levantei, fui tomar banho e me deitei na cama para descansar. O Francisco estava tão limpinho e com um cheirinho de recém nascido tão irresistível que decidi deixar para dar banho nele no dia seguinte. **A Vilma e a Georgia o pesaram e vestiram. Ele ficou na cestinha do meu lado e adormeceu enquanto eu lanchava. A Vilma ficou para jantar com o Marcos, a Elisa e minha irmã e lá pelas onze da noite foi para casa. Estávamos eufóricos!"** (RP2)

“Caminhei por toda casa, subi e desci escadas, acendi incensos, fiz ioga, cantei e respirei entre as contrações, experimentei diversas posições escolhendo as que me sentia mais confortável, ou seja, estava em meu território e ninguém tinha dúvidas de quem era a dona do terreiro!” (RP3)

“Umas 23h fui dormir e acordei às 2h da madrugada com fortes contrações. **Foi aí que todos nós nos reunimos para este momento tão esperado.** Conversamos, o pessoal tomou café, biscoitos, tudo para ficar firme e percorrer a noite. Chegou um momento em que eu fechei os olhos e vivi cada segundo dentro de mim, mal escutava a voz das pessoas, só sentia todo o processo e fazia instintivamente o que me aconselhavam, como **mudar de posição, deitar para o exame de toque, ir tomar um banho quente. Fiquei bastante tempo de quatro, alonguei muito a coluna e caminhei, e deixei a água cair nas minhas costas. Estar em movimento ajudou, a dor incomodava se eu ficasse parada.**

Sentei na cadeira para parto de cócoras que estava em meu quarto e ali fiquei um pouco ansiosa. O Ricardo me examinou, disse que eu estava com 9 cm de dilatação, e no momento do exame de toque a minha bolsa rompeu. **Levantei, quis caminhar e ele me mandou para baixo do chuveiro quente.** (...) No mesmo momento que entrei debaixo do chuveiro veio a vontade de empurrar, tudo ficou claro, tudo que estava para acontecer, e eu me agachei e fiquei de cócoras. **Ao ouvirem meu gemido todos entraram no banheiro, lembro de ter feito um sinal para deixar a luz apagada, a do corredor estava ligada e o ambiente ficou numa meia-luz.** Quando a cabeça do bebe passou a emoção foi enorme, indescritível, mágico. Mesmo que a minha musculatura fizesse força, eu me sentia muito forte, com muita disposição, fiz careta de força e empurrei meu filho.” (RP7)

“Gritei para os rapazes "façam alguma coisa, me ajudem!" enquanto os dois corriam para arrumar o cenário do parto, incluindo os sacos plásticos, opções de lugar, tudo que estava planejado. De repente, me deu vontade de empurrar. Gritei do banheiro: "Estou com vontade de fazer força!" Os dois falaram que era a transição, e eu comecei a perder o controle sobre o fazer força, que ficou totalmente involuntário e poderoso, ao mesmo tempo algo a desejar, pois por um lado a intuição corporal mostra que é a maneira de aliviar a dor, mas por outro lado, um receio de que vá doer mais, machucar e partir algo lá dentro, misturado com uma pressão e uma distensão do clitóris e da vulva tão intensas que doem.(...) ‘Vai nascer agora!’ eu gritei, e os rapazes me ajudaram a sair do banho, e no único

lugar do quarto não coberto por plástico, com o Artur me apoiando por trás, numa posição que me pareceu a única possível, entre a de pé e a de cócoras, a Beatriz nasceu, totalmente envolta na bolsa, íntegra.” (RP8)

“(...) eu estava bem tranquila. Preparamos um lanche da tarde e começamos a comer. **No meio do lanche, por volta das 17:30h / 18h, comecei a ter contrações. Uma atrás da outra. Elas vinham a cada 3 minutos e era longas e tão intensas que eu precisava agachar. O Régis fazia massagem nas minhas costas. Deixei o café no meio e tive vontade de vir pro quarto pra me sentir. Percebi que talvez seria mesmo o trabalho de parto começando.**

Resolvi entrar no chuveiro porque realmente estava intenso e queria ver se me aliviava. **Enquanto eu estava no chuveiro, o Régis avisou a equipe pois sabia que o negócio tava pegando! A Vi e a Su já estavam aqui, então eles começaram a organizar as coisas junto com a minha mãe. Nesse meio tempo encheram a banheira e eu nem vi nada. Só fiquei no chuveiro. Eles levaram a bola pra mim e ali eu fiquei, totalmente na partolândia.” (RP10)**

“Uma hora a coisa ficou séria, o bebê estava realmente saindo, e como dói esse momento! O tal círculo de fogo é uma coisa de doido! Eu dizia “tá doendo demaissssss” e elas respondiam “é assim mesmo, mas ele tá chegando!” (Ou algo assim, não me lembro direito). Uma coisa que eu lembro bem é de ter pensado, **então isso é que é a famosa partolândia? Eu olhava para pessoas ali em volta e parecia que não via ninguém direito. É tipo uma embriaguez. A melhor parte de ter um bebê em casa é que a vida segue seu rumo. O Ben voltou**

da escola doido pra conhecer a irmãzinha. Foi uma cena linda também. Depois disso, ele saiu pra brincar mais um pouco e eu e a Ana Rosa dormimos.” (RP11)

“Tínhamos uma piscina de plástico inflada no meio da sala, bola de pilates, tapetinho de yoga, cds de Rosa Zaragoza, guloseimas naturebas, mel e muitas velas!

Uma necessidade de movimento tomou conta de mim. Já não era possível comer (só colheradinhas eventuais), ficar sentada, deitar então nem pensar! (...) **Fiz intermináveis idas e vindas no pequeno corredor que separa a sala do meu quarto. (...)E eu ia passando do corredor para a bola de pilates, ficava de cócoras, levantava, me apoiava no Ignacio, na Mayra e na Naoli (...) Vandinha**

fazia compressas de água quente para eu colocar na parte baixa do ventre e me trazia colheradas de mel.

Lá pelas 16hs fomos averiguar em que 'pé' estava minha dilatação. Eu tinha 'trabalhado' o dia todo, mas mantive os mesmos 5 cm das 9 da manhã. Ufa! E já estava muito cansada! Todavia, agora mais do que nunca, era preciso manter a energia, autoconfiança e paciência em alta. Foi aí que fui para o 'banquinho de cócoras'. Um banquinho baixo cuja parte do meio é aberta. Tentava estar sentada ali quando vinham as contrações sem levantar, o que para mim, naquela altura do "campeonato", era quase impossível! Então fui para o chuveiro com o tal do banquinho na esperança de obter um alívio por meio da água caindo quentinha....

Neste ínterim, entre ir para o chuveiro e voltar, a piscina estava sendo devidamente aquecida e preenchida com idas e vindas de baldes de água esquentados num panelão no fogão, mais uma mangueira que levava água quente do chuveiro até a piscina.

Ficamos ali juntinhos na piscina abraçadinhos e em seguida fomos para a cama. Ali já comecei a amamentar e Ignacio perguntou se era menino ou menina (até então não tínhamos nos preocupado em saber, pois estávamos absortos neste momento tão único) e soubemos que era um menino." (RP13)

"Pelas 7h da manhã meu marido Enrico acordou e se deu conta que alguma coisa diferente estava acontecendo. Eu estava gemendo de 5 em 5 minutos! **Ele me perguntou se tinha começado.. eu falei que achava que sim! Então ficamos mais um pouco na cama e resolvemos levantar para comer algo antes que não conseguisse mais. Comecei a fazer um suco na centrífuga, mas demorou muito para ficar pronto pois as contrações já estavam a cada 3 minutos, então dava tempo de colocar uma cenoura e ficava de quatro para abertura, levantava colocava mais uma maçã e ficava de quatro... e assim foi, até eu terminar de tomar o suco, já tinha passado uma hora! (...)** Nisso o Enrico estava organizando o ambiente para receber nosso bebê! Entre as ondas ainda conseguia raciocinar e pedir para ele algumas coisas.

O chuveiro

Eu fui para o banho por volta das 9h e fiquei cerca de 1 hora, coloquei um tapete de yoga no chão para poder ficar de quatro apoios no chuveiro, pois não conseguia ficar em pé durante a abertura. **O chuveiro foi bom, mas não aliviou muito o desconforto**. Saí do chuveiro e fui para minha cama ficando sentada sob meus joelhos e quando vinha a abertura eu ficava de quatro na cama e gemia muito e movimentava o quadril para frente e para trás com muita vontade!!! Lembro que pedi para o Enrico secar meu cabelo pois não conseguia e não queria ficar com ele molhado.

Então ela (enfermeira obstetra) **me avaliou sentada em um banquinho baixinho**, pois não conseguia nem pensar em me deitar...

(...) levantei e resolvi ir no banheiro antes fazer xixi. Mas não saiu quase nada e tive uma abertura no vaso que só lembro de ter gritado “Enricoooooo”, cadê a minha mão! Não conseguia sem a mão dele. **Então passou e eu fui rapidamente até a sala, mas não deu tempo de entrar na banheira antes de ter a próxima abertura. Assim, foi, fiquei de quatro na sala movimentando o quadril. Quando passou, entrei na banheira.**

O ambiente estava silencioso, só a música tocava. Lembro de conseguir pedir para tocar Ave Maria que havia selecionado. Meu pai tocava tambor, minha mãe e todos rezavam, se conectando com essa força maior do universo. O parto é um portal. Todos presentes sentem. Eu não podia perder o fio de conexão, senão eu perderia o meu centro. Ninguém podia falar.” (RP14)

“Comi um belo prato de arroz, feijão e salada para o almoço sentada em uma bola de pilates para maior conforto na chegada das contrações.” (RP15)

(...) já havia montado o cenário com todos os apetrechos necessários ao parto domiciliar. (...) **Enquanto todas se organizavam e também se revezavam no sofá e nos três únicos cômodos do apê, enquanto era um troca troca de mãos massageando minha lombar.**

(...) há mais ou menos **25h de trabalho de parto**, após uma regressão na dilatação, algo muito incomum,(...) após tentar comer um ovo frito (sem óleo feito pela diva Naoli) e não conseguir, eis que me encontro novamente com dilatação total. (...) **Estava exausta. Não consegui!! Pedi que todas fossem embora e que chamassem o pai de Serena, agora eu precisava me concentrar novamente.** Aquele momento era só de nós três e era hora de nos tornarmos um!! **Eu precisava**

de mais tempo. Meu corpo pedia arrego. Minha mente pedia foco. Meu coração pedia amor e a Serena pedia mais um ato antes do gran finale!

Minha mãe e irmãs saíram. Tristes comigo. Elas queriam muito estar ali. As parteiras foram descansar. Vivi também. Doula no cantinho ao lado, imperceptível. **Agora ficaríamos sem fotos. Sem torcida. Sem equipe. Sem nada além da respiração. Era preciso tirar a mente de cena.** Foi então que consegui dormir. Por aproximadamente duas horas. Voltamos à estaca zero. Contrações efetivas de 6 em 6 min. Muita intensidade. Salada de fruta feita. **Bola. Chuveiro. Posições “atravancadas” que somente elas aliviavam a dor. Tempo entre uma contração e outra diminuindo. Tempo de duração das contrações aumentando. Agora sim o bicho estava pegando novamente. Eu sentia cada vez mais Serena perto de mim. Massagem. Cama. Sofá. Chão. Suco de laranja.** Horas e horas se passaram.” (RP16)

6. *Eixo Relações Profissionais*

O eixo representa as influências dos profissionais, a partir das percepções das mulheres com a presença destes na cena do parto domiciliar . Pretende-se ilustrar como sua chegada, suas técnicas impactam positivamente as pacientes, mostrando a segurança que lhes transferem, a forma como interagem durante todos os períodos do trabalho de parto e a maneira como dão espaço e luz ao protagonismo da parturiente:

“Em seguida elas chegaram. Que alívio! Fizeram massagem,deita, senta, levanta, anda, vira... E a dor continuava. Aliás, aumentava. A cada contração ela aumentava e permanecia até a próxima contração.

Minha dilatação era de dois dedos apenas e **elas disseram que só fariam toque vaginal novamente quando achassem apropriado**, mesmo que eu pedisse. E eu implorava.” (RP1)

“A Vilma me mostrou como era, realmente incrível. A Georgia pegou um saco e na hora em que a Vilma foi colocar a placenta dentro escapuliu e foi parar no chão, forrado de plástico. Morremos de rir e e a Vilma comentou que se não fosse pelo pequeno acidente, nem teria precisado do plástico no chão!

A Vilma ficou para jantar com o Marcos, a Elisa e minha irmã e lá pelas onze da noite foi para casa. Estávamos eufóricos!” (RP2)

“Decidi ir fazendo o pré-natal com ela...Com 12 semanas deu para escutar o coração do nosso bebê batendo (**Vilma tinha um aparelho portátil**) e uns dias depois fiz o primeiro e único ultrassom, (**com pedido médico de um amigo da Vilma, já que os laboratórios e planos de saúde não aceitam pedidos de enfermeiras**).

Eu me encontrava com a Vilma uma vez por semana e quando não era para avaliar aspectos mais técnicos (peso, pressão, crescimento da barriga, ouvir o coração do bebê), **batíamos papo, fazíamos exercícios de alongamento e massagens também. A Vilma sempre tinha alguma dica natural para lidar com aqueles desconfortos típicos da gravidez, desde nariz entupido até azia.**

Com vontade de saber como andava a situação **pedi à Vilma que me examinasse** (era dia 19 dezembro, um dia antes do parto) e o veredito foi um colo já bem macio, com 1cm de dilatação.

Avisei o Marcos e **liguei para a Vilma para contar a novidade**. Disse a ela que estava tudo tranquilo e que as contrações vinham de 10 em 10 minutos. Não achei necessário que ela viesse por enquanto e **combinamos que eu voltaria a ligar quando as coisas ‘apertassem’**.

A Vilma sugeriu que eu fosse ou para o chuveiro ou para a banheira. **Escolhi** a banheira e ela colocou umas gotas de óleo de lavanda na água....

A Vilma me examinou pela segunda vez e me perguntou "quer que nasça aqui ou lá no quarto?!".

(...) (Agradecimentos) **à Vilma que tornou possível a realização do parto em casa e que, com sua descrição fez com que o parto fosse realmente meu; à Georgia, cuja presença me trouxe muita tranquilidade e que teve sensibilidade para saber quando se afastar e quando se aproximar, quando e como ajudar.**”
(RP2)

“**Convidei minhas amigas** Ana Flávia d’Oliveira e Dagmar Ramos, que cuidariam da cozinha e da fotografia, além de Vera Murakami como pediatra.” (RP8)

“**Naoli perguntou se eu queria que ela visse se era a bexiga que me incomodava. Eu topei** (...)”

Régis me deixou ali sozinha um pouco para eu **conversar com a Naoli**. Falei pra ela que estava difícil encontrar meu caminho. Eu toparia tudo naquele momento que pudesse me ajudar a mergulhar. (...) **Nos intervalos das contrações conseguíamos conversar mais sobre tudo aquilo.**

(...) respirei... a dor ficou ainda mais insuportável e **Naoli me convidou** para sair do chuveiro para que ela tentasse me ajudar chacoalhando meu quadril. Saí e fiquei de quatro apoios na minha cama e eles chacoalhavam meu quadril.” (RP10)

“Nessa hora **as meninas só ficaram me olhando, elas até comentaram que não precisavam fazer nada, eu estava indo muito bem.**

A certa altura a **Mayra perguntou se eu queria ser avaliada**, mas eu tive muito medo.

Passado um tempo na banheira, **elas me sugeriram** sair da água e procurar outras posições. Nessa hora, a Mayra me avaliou novamente e viu que eu tava com quase dilatação total, mas tinha uma bordinha de colo que não tava deixando o trabalho de parto evoluir. Então, **colocou a banqueta de parto na minha frente para que eu apoiasse os pés ali e a cada contração ela fazia um procedimento pra ajudar a saída do bebê.**” (RP11)

“Estávamos eu, Ignacio, meu marido que apoiou incondicionalmente a minha decisão, **Vanda, nossa anja que veio de Sampa para cuidar da gente, e as queridas Naoli e Mayra, as parteiras contemporâneas (como se auto intitulam) que me guiaram e empoderaram neste “mergulho” nas minhas profundezas para que emergisse da mais instintiva e pura natureza: bebe e mãe.**”(RP13)

“A Naoli e a Marcela também ficaram silenciosamente no cantinho do quarto. (...) **O silêncio, a presença e a força de cada um era a melhor coisa que podiam me dar.** A Marcela fez um pouco de massagem na minhas costas, pois queria sentir essa massagem que para muitas mulheres ajuda tanto.” (RP14)

“**Fui muito bem alimentada, tanto na parte física como emocional, com aconchego, conforto e olhares de pleno amor**” (RP15)

“Naoli tirou a bolsa do seu rosto. **Pedi que eu fizesse mais uma forcinha (e foi bom ter pedido, pois ali eu estava em transe ainda, ê partolândia boaaa)**” (RP16)

7. Eixo Pessoas Casa

Esse eixo mostra a influências das pessoas mais próximas, tais como companheiros, companheiras e familiares, conforme os relatos de mulheres que

narram. Pretende-se ilustrar a importância desse amparo e a força da presença dessas pessoas, as quais se mostram como casa para a mulher que fala, tornando o momento mais íntimo e acolhedor:

“O papizão me dava muita força. Me esqueço de suas palavras, mas não do tom de voz. Só me lembro que ele repetia várias vezes seguidamente algo como: "Vai passar" ou "Vai dar tudo certo.” (RP1)

“A gente "vive" um parto, não o assiste ou observa, e eu precisei da ajuda de todos que estiveram lá comigo (Marcos, Vilma e Georgia) para aos poucos elaborar aquilo que eu tinha vivido.” (RP2)

“(..) entrei no chuveiro com a Bruna, minha filha mais velha, 18, que foi a minha doula e respirávamos juntas a cada contração, o que foi de um conforto inestimável.” (RP5)

“Tive muito carinho de todos os presentes” (RP7)

“Depois de um tempo, o Régis entrou no chuveiro comigo. Foi muito bom ele ali comigo, pois tava bem intenso e senti mais segurança com sua presença.

(...) o Miguel (filho mais velho) entrou na minha frente, olhou nos meus olhos profundamente e me conduziu numa respiração profunda. Isso me levou a uma explosão interna. (RP10)

“Mayra (irmã) estava com a Ayla (sobrinha) no colo do meu lado e me deu a mão. Essa mão!!! Foi a força divina de todas as mulheres presentes nesse universo. Senti a potência da vida!

O Diego finalmente conseguiu focar no parto, e como era bom tê-lo junto comigo! Cada vez que ele vinha fazer carinho ou segurar minha mão parecia que a dor ia para outro lugar!

(...) o que mais me marcou foram as mensagens maravilhosas que eu recebia no quadril e as palavras de incentivo. Aliás em todo trabalho de parto ouvi coisas incríveis, parecia que essas palavras vinham exatamente quando eu estava precisando ouvi-las. Quando as pessoas me perguntam se dói, ou me chamam

de corajosa, eu só consigo pensar que eu estava rodeada de muito amor e respeito o tempo todo, então a dor e o sofrimento ficam em outro plano.

Todo mundo festejou!” (RP11)

“Como é importante ter “braços”, ter apoio físico e, sobretudo emocional nesta hora.

Procurava força nos olhares e nas mãos do Ignacio e da Naoli. Veio a Vandinha para somar energia. Precisava de toda a energia, não só a minha, mas do grupo.” (RP13)

“Minha irmã veio me abraçar, ela tinha parido há alguns dias atrás. Ter mulheres que já passaram por esse portal me deu muita força.

A Mão

O Enrico foi para minha frente, na cama e me deu sua mão. Nossa, que mão! Uma vez que eu encontrei essa força não deixei ele sair mais do meu lado. Eu precisava daquele pilar de apoio.” (RP14)

“Fui muito bem alimentada, tanto na parte física como emocional, com aconchego, conforto e olhares de pleno amor.”(RP15)

“(…) atrás de mim minha irmã mais velha, a Ange, meu anjo que tanto me apoiou na minha escolha de parir em casa, ao lado minha irmã Laura que acabara de chegar com um chimarrão e que tinha feito um panelão de sopa na noite anterior pra equipe se alimentar e em minha frente, a mãe. Presenças importantes neste momento.” (RP16)

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir das narrativas apresentadas anteriormente, buscamos evidenciar como o cotidiano se expressa de muitas formas no parto domiciliar. A Casa perpassa todos os cantos da análise de cada eixo. Porém, há de se ressaltar o principal protagonista dos eixos, a mãe, que está parindo e nos relatando suas emoções, que é a narradora e intérprete de toda matéria-prima deste trabalho como a atriz principal que se resalta em todas as livres possibilidades e escolhas que relatam.

Particularidades e Forças apresentam-se os elementos que caracterizaram o ambiente do nascimento como próprio, como seu e que propiciam retirar deste meio forças para si. *Movimento de Cenário, Profissionais e Pessoas Casa*, respectivamente, nos mostra como tudo se move ditado, ao redor e para a mulher que dá a luz.

Diante disso, temos a casa como objeto protagonista e a mulher como pessoa protagonista de toda análise cartográfica, e a partir destes dois elementos transversais, observamos as convergências entre os eixos, e até mesmo como todos eles em dado momento se permeiam.

As *Pessoas Casa* e os *Profissionais*, compõem sempre o *Movimento de Cenário* onde o corpo e as necessidades da mulher fazem a movimentação do cenário que é montado pelos profissionais e familiares. Esses dois elementos permeiam-se quando, nos relatos dos eixos, vemos que os profissionais dispõem de tanta confiança e amparo à paciente que compartilham dos mesmos sentimentos da família com aquele nascimento. Também se percebe que as narradoras marcam com hora exata a chegada das pessoas da casa e dos profissionais, nos revelando como essas duas figuras ocupam lugares de amparo àquele momento.

À medida que o *Movimento do Cenário* acontece com tantas possibilidades, a identifica-se nos relatos uma sutil construção da cena do parto. Por se tratar de pessoas em sua casa, aparentemente com a noção de tempo distorcida e descrições detalhadas, presentes em diversos eixos, refletem claramente através do relato uma sensação intensa e orgânica do que aconteceu no ambiente, como nos diz Galheigo (2003) quando focamos na subjetividade, nos atemos aos significados que as pessoas dão às suas experiências e aos objetos que a rodeia.

Os relatos nos trazem a força da percepção das mulheres, dando lugar à referências subjetivas e narrações únicas a partir de singularidades, como foi dado destaque por diversas mães ao afirmarem o parir da placenta de forma prazerosa, algumas vezes, mas marcante em todas.

Essas afirmações nos levam a considerar que partos contados a partir da visão hospitalar, muitas vezes não trazem referência à intrínseca importância do parir da placenta, pois é dado como parte do trabalho rotineiro da equipe técnica, mas ainda assim é parte do processo do trabalho de parto que deve ser levada em consideração nesse momento. O que reforça o dizer de Sanfelice e Shimo, 2016, de que as mulheres, ao optar pelo parto domiciliar, pedem por relações democráticas com os profissionais da saúde no que tange às decisões que as envolvem, querem ser ouvidas e respeitadas enquanto sujeitos ativos no processo e anseiam por autonomia em suas experiências de parto.

O *Primeiro Contato com o Parto Domiciliar*, nos explicita que o caminho percorrido entre a ciência até a decisão do parto domiciliar, se não já imerso no contexto de trabalho da mulher relatora, advém, na maioria das vezes, de uma busca própria e/ou de familiares, baseada em experiências de outras mulheres de sua rede ou com notoriedade pública, mas nunca de um médico(a).

No eixo *Dúvidas e Medo* podemos perceber as consequências do acontecimento se dar por conta do cotidiano da casa, trazendo inseguranças junto ao processo do trabalho de parto, culminando assim em momentos de medo e dúvidas sobre a assertividade na escolha de parir em domicílio.

O parto domiciliar traz proximidade com a vida, nos fazendo entender o papel da subjetividade presente nela, como sinaliza Heller (2000, p. 17), “a vida cotidiana é a vida do homem inteiro”, onde colocam-se “seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias”.

Observando o relato de uma parturiente de 1943: “Os bebês nasciam, era muito simples. Chegava a hora, e eles nasciam. Hoje em dia eu não entendo, não sei por que tem tanta operação.” (RP6). Essa narrativa nos remete a Carvalho (2000), que diz que a cotidianidade varia conforme o contexto, a classe social, os laços culturais, o gênero e a idade, segue os ritmos e as regularidades de cada tempo histórico.

No eixo *Os Profissionais* fica claramente ilustrado o lugar de suporte e ajuda, que as parteiras, doulas, obstetizas e/ou enfermeiras obstetras ocupam no

momento do trabalho de parto, colocando sempre em primeiro lugar a vontade e a segurança da mulher que está parindo, permitindo sua fluidez, protagonismo e empoderamento. Bem como nos cita Paskulin e Dias (2002), o atendimento domiciliar pode propiciar um contato mais estreito dos profissionais de saúde com o paciente e seus familiares em seu próprio meio, podendo este momento ser útil para uma avaliação das condições que o cercam, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento.

Entendemos que todos os eixos exprimem a transformação do cotidiano no momento do parto, e que com o estudo das práticas sociais, que atravessam o cotidiano, que possibilita a compreensão da realidade social e abre as portas para sua transformação; nos permitindo concluir que o cotidiano e as suas vertentes, auxiliam e elevam a experiência de um parto domiciliar., pois perpassa por caminhos sensíveis e são neles em que reside a potência de acontecimentos. (GALHEIGO, 2003)

Essa pesquisa, reafirma a ideia que é preciso escavar as práticas cotidianas e as concepções que as pessoas fazem dela, para identificar as variações que essas produzem ou induzem na microfibra da tessitura da vida (FOUCAULT, 1980). Trechos como: “Todo mundo festejou!” (RP11), “O paizão me dava muita força. Me esqueço de suas palavras, mas não do tom de voz” (RP1), “A gente “vive” um parto, não o assiste ou observa, e eu precisei da ajuda de todos que estiveram lá comigo” (RP2), expressam a força, a presença e a integridade com que aconteceram esses trabalhos parto em casa de uma forma subjetiva, uma forma pessoal e íntima, que em suma, nos escancara o cotidiano em suas múltiplas formas de expressão, atravessando esse espaço híbrido de parir, habitar e morar

A forma de exposição das narrativas e a metodologia cartográfica busca transmitir ao leitor a intensidade das palavras e a intimidade dos detalhes, mas sobretudo, a força da experiência vivida e narrada.

Apesar de se apresentar nos padrões acadêmicos, as narrativas do cotidiano e o relatar da vida buscam a atualização do vivido, a amostra e produção de marcas, de sentidos e de contornos. Construindo, como cita a cartografia, territórios existenciais que podem se fazer morada; visando também trazer para o cuidado em saúde experimentações que visam permeabilizar as formas muitas vezes enrijecidas e mortificadas no cuidado em saúde (LIMA, In *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação*, 2016).

Na lógica paradigmática da Terapia Ocupacional e sua aproximação com o conceito de cotidiano, emerge o pensar de uma saúde singular, que favoreça ao sujeito que a experimente e dê significação às suas ações, favorecendo o afeto e a criação de espaços saudáveis. Para terapeutas ocupacionais, a valorização do cotidiano não se faz pelo cumprir de tarefas, rotinas, afazeres, atividades de vida diária, mas sim, pela construção de novos sentidos e significados das realizações pelo sujeito em seu cotidiano, de “um novo sistema de valores” Benetton (1994, p.106), através das vivências e experimentações (MARCOLINO, In *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação*, 2016).

Essas concepções que também nos amparam na valorização de relatos de parto domiciliar benéficos do ponto de vista das mulheres-mães que a partir da oportunidade de escolha e endosso de profissionais capacitados criaram seus espaços saudáveis, acolhedores e seguros, por terem grande valor de sentido no empoderamento e protagonismo da própria saúde, com seus próprios processos de afetos e enaltecimento de si.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se o percurso metodológico, o recorte apresentado, bem como os eixos apontados e todos os trechos de relatos escolhidos, esse trabalho teve como objetivo enfatizar o protagonismo da mulher no seu momento de dar a luz, realçando as sutilezas do processo de parir em casa através da narração das próprias parturientes, ressaltando o favorecimento de processos de saúde e parto desmedicalizado e humanizado, que oferece lugar aos instintos, às particularidades e aos processos subjetivos que percorrem o tempo e espaço de parir.

Esse trabalho, que desde o surgimento de sua ideia, foi pensando nas mulheres, suas forças e no poder de seus corpos, que como ninho para gestação, teve a pretensão de mostrar que o parto domiciliar oferece um ambiente acolhedor e poderoso, especialmente pelas forças que se produzem quando o espaço cotidiano de morar se transforma também do espaço de parir.

Importante destacar a pequenez do início dos estudos desse tema no âmbito da saúde, desfocado da patologização, embora ainda seja alvo de muitas dúvidas e preconceitos, vem aumentando. Os artigos e referências aqui utilizados reforçam o domicílio como lugar seguro, quando respeitados os critérios de saúde da mãe e do bebê, numa gestação de baixo risco, acompanhamento profissional e um plano de parto.

Por fim, é importante salientar que o parto domiciliar não é um serviço oferecido formalmente pelo SUS, portanto não sendo um modelo de assistência acessível a todas as mulheres. As que optam por este modelo são as que apresentam um nível socioeconômico elevado ou àquelas não tem acesso à assistência hospitalar. Deste modo conclui-se que é preciso incentivar estudos que subsidiem as políticas públicas de saúde, tornando a assistência cada vez mais humana, fomentando assim políticas públicas capazes de viabilizar a humanização do parto e saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, M. R. N. et al . Saúde da família: cuidado no domicílio. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 53, n. spe, p. 117-122, Dec. 2000.
- ARQUIVOS RELATOS DE PARTO. Ama Nascer. [s.d.]. Relatos de Parto. Disponível em: <<https://www.amanascer.com/blog/relatos-de-parto/>>. Acesso em: 03 de mar. de 2020.
- BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 2, p. 373-390, Maio/Ago. 2013.
- BENETTON, M. J. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. 1994. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- BERGSON, H. O pensamento e o movente (Introdução). In: Os pensadores: Bergson e Bachelard. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 135-149, June 1991 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 19 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.
- CUNHA, A. A. A controvérsia do parto domiciliar. FEMINA; 40 (5), Set-out/2012.
- Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Campinas. Tese [Doutorado em Ciências Sociais] - Universidade Estadual de Campinas; 2011.
- Ministério da Saúde. DATASUS. Informação de saúde. Nascidos vivos, 2013. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> >. Acesso em: 14/09/15.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage, 2005.

DEPOIMENTOS. Amigas do Parto. [s.d.]. Depoimentos. Disponível em: <<https://www.amigasdoparto.com.br/depoimen.html>>. Acesso em: 03 de mar. de 2020.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.669-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

LIMA, E. M. F. A. Subjetivação e Criação: linhas para uma terapia ocupacional construtiva. *In*: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. cap. 8, p. 147-165.

FERIGATO, Sabrina Helena; SILVA, Carla Regina e AMBROSIO, Leticia. A corporeidade de mulheres gestantes e a terapia ocupacional: ações possíveis na Atenção Básica em Saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** [online]. 2018, vol.26, n.4 [citado 2020-06-10], pp.768-783. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400768&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2526-8910. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1173>.

FERIGATO, S.H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

FERRUFINO, A.H.; MIRANDA, V.L.; MORRISON, R.; YATES, G.M.; SILVA C.R. Transacionalismo, Interseccionalidade Feminista e Método Narrativo: aportes para a pesquisa em Terapia Ocupacional e Ciência Ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2019. v.3(1): 150-161.

FOUCAULT, M. A Poeira e a Nuvem (1980). In: MOTTA, M. B. (Org.). *Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b. Coleção Ditos & Escritos, v. 4, p. 323-334.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003c. Coleção Ditos & Escritos, v. 4, p. 334-351.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2012. Disponível em <http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>
Acesso em: 13 de fevereiro de 2020.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 104-9, set./dez. 2003.

GONÇALVES, L; FERIGATO, S; SOUZA, T.P; CUNHA, G.T. Parto Domiciliar como um Dispositivo de Humanização das Práticas de Saúde no Brasil 1, *Caderno HumanizaSUS Humanização do Parto e do Nascimento*, Ministério da Saúde, v.4, Brasília-DF, 2014.

LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Points, 1974.

LOURAU, R. Analista em tempo integral. ALTOÉ, S. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2004.

MARCOLINO, T. Q. Como trabalhamos com a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar, 2016. cap. 6, p. 105-122.*

MAY, T. Social research: issues, methods and process. Buckingham: Open University Press, 1993. 193p.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Anna Nery –Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4. p. 765-772, dez. 2008.*

OLIVEIRA, A. Análise cartográfica do cotidiano. FASE, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://fase.org.br/pt/informe-se/artigos/analise-cartografica-do-cotidiano/> Acesso em: 09 de março de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Care in normal birth; a practical guide. Genebra, 1996.

ONOCKO, C.R.T.; FURTADO, J.P.; Narratives: use in qualitative health-related research. *Rev Saude Publica* 2008; 42(6):1090-1096.

PACIORNIK, M. Parto de Cócoras – Aprenda a Nascer com os Índios. Brasiliense, 1997.

PASKULIN, L. M.; Dias, V. R. Como é ser cuidado em casa: as percepções os clientes. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 140-145, mar./abr. 2002.*

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). Pistas*

do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. 207 p.

SANFELICE, C.F.O., ABBUD, F.S.F., PREGNOLATTO, O.S., SILVA, M.G., SHIMO, A.K.K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev. Rene*; 15(2): 362-370, Mar-abr/2014.

SANTOS, V.M., FORNERETO, A.P.N. Sobre o ser doula: possíveis atuações de terapeutas ocupacionais no parto e nascimento. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. 2020. v.4(5)

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez. 2000.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, p.507-14, 2005

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.

ANEXO A – Parecer CEP 4192882



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Parto Domiciliar e Cotidiano: espaço de morar, gerar e parir.

Pesquisador: ALINE ZACCHI FARIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34586820.6.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.192.882

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo que explora narrativas publicizadas em sítios eletrônicos acerca da interface do parto domiciliar e a cotidianidade das mulheres parturientes. Assumem que serão analisadas as narrativas apenas de sítios eletrônicos que explicitem que houve autorização das mulheres para a publicização de seus relatos; e de mulheres maiores de 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Identificar e analisar amparos do cotidiano ou aspectos da cotidianidade da mulher presentes no momento do parto e seus efeitos no processo de parir.

Objetivos secundários: apresentar possíveis contribuições teórico-práticas da terapia ocupacional em torno do conceito de cotidiano e sua análise no contexto do PD; produzir conhecimentos que fortaleçam o empoderamento das mulheres em seu direito de escolha do local de parto, com respaldo nas evidências científicas e metodológicas; identificar e analisar os efeitos da cotidianidade da parturiente que se expressam nos relatos dos processos de parir.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há previsão de riscos visto que serão utilizadas narrativas já publicizadas em sítios eletrônicos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.192.882

como websites (blogs e portais).

Os benefícios são indiretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão apresentados adequadamente. Não há TCLE, uma vez que os dados serão obtidos junto a sites de domínio público. Ainda, as pesquisadoras assumem que serão analisadas as narrativas apenas de sítios eletrônicos que explicitem que houve autorização das mulheres para a publicização de seus relatos; e de mulheres maiores de 18 anos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O estudo fará uso de informações disponíveis em sites de domínio público e assumem que serão analisadas as narrativas apenas de sítios eletrônicos que explicitem que houve autorização das mulheres para a publicização de seus relatos; e de mulheres maiores de 18 anos.. Recomendo aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1582976.pdf	06/07/2020 16:56:04		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocbs.pdf	06/07/2020 16:49:46	ALINE ZACCHI FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPartoDomiciliarECotidiano.pdf	26/06/2020 16:28:28	ALINE ZACCHI FARIAS	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

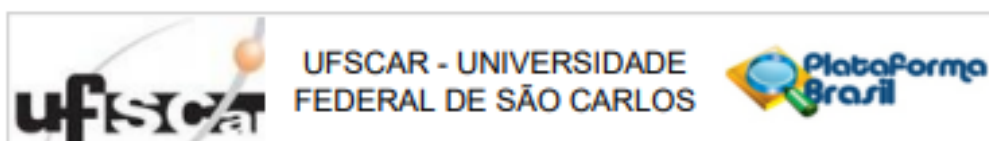
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.192.882

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 04 de Agosto de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br