

Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar

Being born at home is natural: care rituals for home birth

Natural nacer en casa: rituales de cuidado para el parto en casa

Lisie Alende Prates¹, Marcella Simões Timm¹, Laís Antunes Wilhelm¹, Luiza Cremonese¹,
Gabriela Oliveira¹, Maria Denise Schimith¹, Lúcia Beatriz Ressel¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Prates LA, Timm MS, Wilhelm LA, Cremonese L, Oliveira G, Schimith MD, et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1247-56. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0541>

Submissão: 06-08-2017

Aprovação: 18-11-2017

RESUMO

Objetivo: Conhecer os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias na preparação para o parto domiciliar durante o processo gestacional. **Método:** Pesquisa qualitativa e etnográfica desenvolvida com famílias durante o processo gestacional. Foi adotado o modelo de observação-participação-reflexão, e a análise foi feita de acordo com a etnoenfermagem. **Resultados:** Os rituais de cuidado estão ligados à escolha do domicílio como local para o parto, caracterizando-se como um ritual de separação da família para a vivência desse processo. Outros rituais de cuidado envolveram a preparação da família e do filho mais velho, bem como do domicílio, do corpo e da mente da mulher, e a escolha do destino da placenta. **Considerações finais:** É preciso compreender o processo parturitivo além da perspectiva biológica, considerando a mulher e a família no seu todo, inseridos em um contexto cultural com suas crenças e valores.

Descritores: Saúde da Mulher; Parto; Família; Cultura; Comportamento Ritualístico.

ABSTRACT

Objective: To be aware of the care rituals developed by families when preparing for home birth during the gestational process. **Method:** Qualitative and ethnographic research developed with families during the gestational process. We adopted the observation-participation-reflection model, and the analysis was performed according to ethnonursing. **Results:** Care rituals are related to the choice of home as a place for childbirth, being characterized as a family's rite of separation to experience this process. Other care rituals involved the preparation of the family and the eldest child as well as the home, the body, and the mind of the pregnant woman, and the choice of destination of the placenta. **Final considerations:** We must understand the birth process beyond the biological perspective, considering women and their family as a whole, within a cultural context with their beliefs and values.

Descriptors: Women's Health; Childbirth; Family; Culture; Ceremonial Behavior.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los rituales de cuidado desarrollados por las familias en la preparación para el parto en casa durante el proceso gestacional. **Método:** Investigación cualitativa y etnográfica desarrollada con familias durante el proceso gestacional. Ha sido adoptado el modelo de observación-participación-reflexión, y el análisis ha sido hecho de acuerdo con la etnoenfermería. **Resultados:** Los rituales de cuidado están vinculados a la decisión del domicilio como el sitio para el parto, caracterizándose como un ritual de separación de la familia para la vivencia de ese proceso. Otros rituales de cuidado han involucrado la preparación de la familia y del hijo mayor, así como del domicilio, del cuerpo y de la mente de la mujer, y la decisión del destino de la placenta. **Consideraciones finales:** Es necesario comprender el proceso parturitivo además de la perspectiva biológica, considerando la mujer y la familia en sus términos generales, insertados en un contexto cultural con sus creencias y valores.

Descriptores: Salud de la Mujer; Parto; Familia; Cultura; Conducta Ceremonial.

AUTOR CORRESPONDENTE

Lisie Alende Prates

E-mail: lisiealende@hotmail.com

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

rituais de cuidado desenvolvidos pela família na preparação para o parto domiciliar?”.

OBJETIVO

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

MÉTODO

Aspectos éticos

Durante a produção dos dados, adotou-se como critérios de rigor a confirmabilidade, os padrões recorrentes, a saturação, o significado em contexto e a transferibilidade⁽¹¹⁾, além do *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ). A confirmabilidade foi obtida pela repetição de dados ou explicações fornecidas pelos informantes sobre determinadas informações⁽¹¹⁾ e/ou sobre os próprios rituais de cuidado. Durante a produção, ao encontrar os informantes, a pesquisadora confirmava as interpretações, sem desconsiderar a perspectiva *emic*.

Os padrões, temas e ações repetidos ao longo do tempo, isto é, os padrões recorrentes, também deram rigor ao estudo⁽¹¹⁾, pois refletiram nos rituais de cuidado padronizados e verificados nos cenários focalizados de estudo. Já a saturação foi um critério adotado para a interrupção da produção, visto que, diante da circularidade dos dados obtidos com os informantes, observou-se que não havia novos rituais que pudessem emergir das falas ou situações observadas⁽¹¹⁾.

Com relação ao critério de significado em contexto, entende-se que este abrange os dados significativos e relevantes para os informantes no contexto em que vivem⁽¹¹⁾. Portanto, durante a validação dos resultados, tentou-se garantir que as informações sobre os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias, obtidas pelas observações ou pelas entrevistas, fossem interpretadas à luz do contexto em que se desenvolviam.

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

A pesquisa foi balizada na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria e obteve aprovação em 18 de abril de 2016. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos informantes. Estes, ao longo da pesquisa, foram nomeados com as siglas IC (informante-chave) e IG (informante geral), seguidas de uma numeração.

Tipo de estudo

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

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma cidade de médio porte no estado do Rio Grande do Sul e contou com um cenário geral que envolveu um grupo de gestantes. Já os cenários focalizados foram os domicílios das famílias, o ambiente de realização do chá de fraldas de uma das informantes e o consultório médico em que eram realizadas as consultas de pré-natal de duas informantes.

População, critérios de inclusão e exclusão

O estudo, desenvolvido com três famílias durante o processo gestacional, selecionadas de forma intencional, teve onze informantes, dos quais seis eram informantes-chave e cinco informantes gerais. Os informantes-chave foram gestantes e seus companheiros, e os informantes gerais foram quatro enfermeiras fundadoras de um grupo de gestantes e uma médica obstetra que acompanhou duas das informantes. Os critérios de inclusão envolveram as famílias de gestantes que participam do grupo de gestantes. Não foram empregados critérios de exclusão para seleção dos informantes. Ressalta-se que, ao longo da produção de dados, outras famílias foram convidadas para participar do estudo, mas recusaram.

Produção e organização dos dados

O período de produção de dados teve duração de nove meses, durante o ano de 2016, com 94 horas de observação somadas às horas de entrevistas, que variaram de uma a duas horas com cada família. O estudo etnográfico começou a partir do contato estabelecido entre a pesquisadora, doutoranda do curso de enfermagem, e as fundadoras de um grupo de gestantes de um município da região Sul do Brasil. Elas são *enfermeiras que*, além de oferecer encontros mensais a gestantes e suas famílias, atuam na assistência ao parto domiciliar.

Foi adotado o modelo de observação-participação-reflexão (OPR)⁽¹¹⁾, que auxiliou a pesquisadora a penetrar de maneira gradual e permanecer no contexto cultural dos informantes. O modelo OPR é composto por quatro fases: 1) observação; 2) observação com alguma participação; 3) participação com alguma observação; e 4) observação reflexiva.

A primeira etapa⁽¹¹⁾ consistiu na entrada no campo, onde a pesquisadora informou-se sobre o contexto cultural em que estavam inseridos os informantes a fim de ter uma visão ampla, aproximada e objetiva de sua cultura por meio da participação nos encontros do grupo. Nesta fase, ela utilizou basicamente a observação face a face e a escuta, tentando estabelecer contato com os informantes principalmente a partir dos encontros e das redes sociais. Aos poucos, ela observou os detalhes mais importantes do objeto de estudo, distanciada do fenômeno mas atenta aos relatos das famílias sobre seu contexto cultural.

Na segunda fase, após o convite e aceite das famílias, a pesquisadora passou a participar dos contextos observados. Assim, ela começou a conhecer um pouco mais o contexto domiciliar e a rotina da família, distinguindo as questões mais relevantes para o tema de estudo, numa fase em que a observação passou a ser mais focalizada. A pesquisadora participava das consultas de pré-natal, tanto em consultório médico quanto em domicílio, com a equipe de enfermeiras

obstetras. Ela também esteve no chá de fraldas a convite de uma das informantes. Assim, a pesquisadora começou a ter uma interação maior com os informantes e uma observação mais detalhada sobre os rituais de cuidado desenvolvidos pela família. O foco eram os informantes no contexto cultural⁽¹¹⁾.

Na terceira fase, embora a observação tenha sido mantida, a participação tornou-se mais ativa. Quando convidada, a pesquisadora participou dos rituais de cuidado, contribuindo nas atividades desenvolvidas e apreendendo os sentimentos e experiências dos informantes. Ao longo dos encontros, as gestantes-informantes procuraram a pesquisadora para conversas informais em que faziam confidências relacionadas à gestação e dividiam suas angústias, alegrias e dúvidas. Ela expressava e mantinha a interação com as informantes, sem deixar de perder o foco sobre o que ocorria no contexto cultural em relação aos rituais de cuidado. A aproximação com os informantes auxiliou na compreensão do fenômeno investigado na perspectiva *emic*. Com isso, foi possível iniciar o reconhecimento de padrões recorrentes nas famílias estudadas, bem como identificar as ocorrências únicas e até mesmo as aleatórias. Nesse momento, também foi possível realizar as entrevistas face a face, focalizando nos rituais de cuidado em seu contexto cultural⁽¹¹⁾.

A última fase representou a saída do campo, com a pesquisadora direcionando seu olhar para os acontecimentos com o intuito de recapitular a vivência com os informantes, refletindo sobre todo o processo de produção dos dados e avaliando os achados encontrados. O foco desta etapa foi a análise de todo o processo. Esta fase foi gravada em áudio e consistiu no momento em que a pesquisadora retomou questionamentos pendentes e validou os resultados junto aos informantes⁽¹¹⁾. Ao longo dos encontros, a pesquisadora introduzia, durante a conversa, de maneira informal, alguns questionamentos, a fim de confirmar os dados e interpretações. Estas conversas eram registradas no diário de campo.

Análise dos dados

A análise ocorreu conforme a etnoenfermagem⁽¹¹⁾. Na primeira fase, foi realizada a produção dos dados e a descrição e documentação das observações do diário de campo e das entrevistas, buscando identificar os símbolos e os significados contextuais contidos⁽¹¹⁾. Depois, houve a leitura e releitura de todos os dados com o intuito de identificar os rituais de cuidado encontrados, esclarecer dúvidas com os informantes e realizar a análise final. Nessa etapa, a partir do ponto de vista dos informantes (dimensão *emic*) e do referencial teórico (dimensão *etic*)⁽¹¹⁾, procurou-se verificar os símbolos e significados contextuais relacionados aos rituais de cuidado.

A segunda fase envolveu a identificação e categorização dos descritores (*emic* e *etic*) e componentes a fim de codificar e classificar os dados. Enquanto os descritores *emic*, que se referem ao modo como os indivíduos expressam suas experiências, foram estudados considerando o contexto e as similaridades e diferenças, os componentes recorrentes foram examinados pelos seus significados, a partir da dimensão *etic*⁽¹¹⁾. As informações e interpretações da pesquisadora foram confirmadas com os informantes-chave, buscando a perspectiva *emic* como base do conhecimento. Para analisar e interpretar os achados, a perspectiva *etic* foi utilizada.

Na terceira fase, foi realizada a análise contextual e de padrões recorrentes. Nesta, os dados foram examinados com o objetivo de identificar a saturação de ideias e padrões recorrentes de significados, além de interpretações ou explicações similares e divergentes de dados⁽¹¹⁾ associados aos rituais de cuidado. Os padrões recorrentes envolvem temas e ações que se repetem, sendo possível perceber, a partir deles, os comportamentos padronizados encontrados no cenário do estudo. Já a saturação se refere à evidência de que se pode conhecer ou compreender tudo do fenômeno sob estudo. O agrupamento dos padrões recorrentes a partir de sua identificação e análise contextual permitiu revelar os rituais de cuidado, as vivências de cada informante e a abordagem cultural destas situações.

A quarta fase abrangeu a síntese e a interpretação. Nesta, foram sintetizados e interpretados os principais temas, resultados de pesquisa, recomendações e até mesmo novas formulações teóricas⁽¹¹⁾. Neste momento, a partir da síntese, análise, interpretação e formulação, a pesquisadora abstraiu os resultados da pesquisa, considerando todas as fases anteriores.

RESULTADOS

O processo analítico resultou na identificação de quatro padrões culturais: 1) *“Eu sempre quis ter um parto normal”*: a decisão pela via de parto; 2) *“Um sonho dela vai ser um sonho meu também”*: nuances da família na vivência do parto domiciliar; 3) *“Tudo é planejado, todo o material que precisa”*: os rituais de preparação do domicílio para o parto; e 4) *“O pensamento é sempre positivo”*: rituais de cuidado na preparação da gestante para o parto domiciliar.

O primeiro padrão está voltado para a decisão pela via de parto e, sobretudo, pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras. O segundo envolve o apoio da família em relação ao parto domiciliar. O terceiro abrange a preparação da casa para o parto e a chegada do bebê. O quarto padrão incluiu os preparativos do corpo e da mente da gestante para a vivência do parto domiciliar. A partir desses padrões culturais, emergiu o tema deste artigo: *“A preparação para o parto domiciliar: rituais de cuidado desenvolvidos por famílias”*.

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

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

Eu sempre quis ter um parto normal, sempre. [...] Eu vou ter filho, eu vou ser mãe, vou ter um parto normal. [...] Quando o [primeiro filho] nasceu, ele [o companheiro] falou:

“o próximo vai nascer em casa”, e eu disse: “Mas como? Onde? Não tem equipe, não tem como. (IC3)

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

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

Eu só queria um parto normal e fui atrás de alguns profissionais que eu acreditava. Eu fui atrás de quem fosse menos intervencionista. Conversei com médico, com pediatra. [...] A [médica] procurei uma única vez fora das consultas para saber o que eu podia tomar, porque deu uma crise de enxaqueca durante a gestação. [...] A minha rede de apoio é mais as gurias [equipe de enfermeiras obstetras]. Elas tiram minhas dúvidas e medos. Elas me acalmam [...] porque na gestação do [primeiro filho], foi muito tranquilo, eu não pensava tanto e acho que agora eu estou mais racional. A gente fica pensando mais nos problemas também e é inerente [...] Elas [enfermeiras obstetras] me trazem essa segurança e a gente conversa bastante. Eu procuro bastante elas para falar. (IC1)

Desejando uma assistência menos intervencionista, as mulheres recorrem a indicações de outras mulheres, buscando profissionais de saúde ou instituições favoráveis à vivência do parto normal e fisiológico. Nesse contexto, encontram as enfermeiras obstetras atuantes no município em questão, as quais vêm proporcionando às mulheres e famílias uma nova possibilidade de assistência ao parto, pautada no protagonismo e na autonomia dos indivíduos.

As informantes justificam sua decisão pelo parto vaginal pautadas na percepção desse evento como um processo fisiológico natural. Ao se referirem ao parto em ambiente hospitalar, elas manifestam sua insatisfação com o modelo oferecido neste cenário e destacam o parto domiciliar como um modelo de atendimento seguro, centrado nas necessidades da mulher.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Todavia, foram identificados alguns enfrentamentos vivenciados por informantes diante da revelação do desejo pelo parto domiciliar. Eles destacam as percepções da sociedade e

de profissionais de saúde, em especial o médico obstetra, em relação à opção pelo parto domiciliar.

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

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

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

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

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

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

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

Ao longo da gravidez, os informantes-chave 1 e 4 têm conversado com o filho sobre o parto, principalmente sobre o parto domiciliar. Eles comentam sobre os vídeos e relatos de parto, detalhando como este processo ocorre. A informante-chave 1 afirma que o filho nunca questionou o motivo da decisão pelo parto domiciliar. Contudo, ela ainda teme a sua reação, especialmente quando vê-la com dor, durante o trabalho de parto [...] A informante-chave 1 conversa com o filho sobre as vias de parto. [...] Ela lembra que,

inicialmente, ele dizia que quando iniciasse o trabalho de parto, ela deveria ir para o hospital e que era confuso para ele a ideia do parto domiciliar. Contudo, hoje, a compreensão é outra. (Diário de campo)

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

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

As famílias utilizaram filmes e relatos como rituais de preparação do filho mais velho para o parto no domicílio, pois entendem a necessidade de familiarizá-lo com o processo de parturição. As famílias destacam a importância de incluí-lo, pois entendem que sua participação pode colaborar para criação de um vínculo com o novo irmão.

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

É possível identificar rituais de cuidado para auxiliar a mulher e o bebê durante o processo de parturição. Dentre estes, destaca-se o preparo dos materiais que serão utilizados durante a assistência ao parto.

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

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

A informante-chave 2 vai controlar a luz por meio das persianas das janelas e do abajur da sala. Ela destaca ainda que selecionou algumas músicas que gostaria de ouvir [...] e que a piscina será colocada na sala. Neste ambiente, também permanecerá o sofá para que ela possa deitar caso tenha vontade, e uma escrivaninha, na qual ela gostaria que fossem dispostos os materiais da equipe. (Diário de campo)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na consulta de pré-natal, a informante geral 3 questiona o casal sobre a construção do plano de parto. A informante-chave 2 afirma que ela e o companheiro praticamente já concluíram o plano de parto. [...] Ela destaca alguns termos científicos ou práticas assistenciais que lhe geraram dúvida. [...] A informante geral 3 esclarece o casal. [...] A informante-chave 2 comenta que realizou a leitura do plano de parto para o pai, a madrastra e a melhor amiga para que eles tivessem ciência dos desejos dela e do companheiro em relação ao parto. (Diário de campo. IC2, IC5, IG 3)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

Quanto à escolaridade, destaca-se que as gestantes, informantes-chave do estudo, apresentavam curso superior completo, sendo que duas delas possuíam inclusive capacitação como doula; entre os companheiros, dois apresentavam curso superior, e o terceiro, ensino médio completo; as três famílias manifestaram o desejo pelo parto domiciliar planejado e assistido por enfermeiras obstetras. Estes dados coadunam com

os achados de Feyer, Monticelli e Knobel⁽¹⁵⁾, em que a maioria dos casais que optou pelo parto domiciliar apresentava formação superior, e assim como foi verificado neste estudo, possuíam também planos de saúde complementares, realizando o pré-natal com médicos conveniados.

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

Destarte, a opção pelo parto domiciliar assistido não se dá por falta de informação, rebeldia ou modismo das famílias, mas sim por estas conhecerem, analisarem e questionarem o modelo de assistência obstétrica brasileiro em todos os aspectos, procedimentos e rotinas. Portanto, ao serem confrontadas com os entraves e as contrariedades envolvidas na assistência ao parto em contextos institucionalizados, elas afirmam com coerência, clareza e conhecimento a decisão pelo parto domiciliar^(7,12).

Na preparação para este momento, as famílias buscam profissionais e serviços de saúde que possam garantir essa vivência, respeitando e valorizando suas expectativas e desejos. Ao se apropriarem da informação, as mulheres revelam a necessidade de serem assistidas por profissionais de saúde que acreditam na sua capacidade de parir naturalmente⁽⁷⁾, procurando espaços para socializar suas vivências e ao mesmo tempo identificar profissionais capacitados dispostos a estimular e promover sua autonomia durante o processo parturitivo.

O desejo de um atendimento menos intervencionista, a falta de autonomia e o medo de não estar no controle durante a vivência do parto despertam nas mulheres e em seus companheiros a necessidade de encontrar estratégias para modificar essa realidade e vivenciar esta experiência de forma mais humanizada, buscando assim profissionais de saúde que efetivamente acreditam no seu potencial para parir e que lhes permitam o exercício da decisão compartilhada para a tomada de decisões⁽⁷⁾.

A insatisfação com a assistência oferecida nas instituições de saúde também foi observada neste estudo, no qual as mulheres não concordavam com o modelo hospitalar de parto, questionando os procedimentos e rotinas institucionais, não se identificando com a logística de atendimento e associando o hospital a doenças⁽⁷⁾.

Em relação ao ambiente hospitalar, foram mencionadas pelas informantes e em outro estudo⁽⁷⁾ a impossibilidade de outros familiares vivenciarem a experiência do parto, a falta de intimidade e acolhimento, a frieza e impessoalidade das relações, a falta de familiaridade com o ambiente, as interferências externas ao processo parturitivo, a separação entre mãe e bebê ao nascer, a execução de procedimentos não recomendados durante a recepção ao recém-nascido, além da burocracia excessiva e incoerente com o evento do trabalho de parto.

A decisão pelo parto domiciliar é tomada a partir das informações diferenciadas acerca da segurança deste procedimento para mãe e bebê e do desejo de desmedicalizar esta experiência⁽¹²⁾, num ideário que se opõe ao modelo hegemônico vigente centrado na figura do médico e/ou nas práticas e

intervenções desnecessárias de um cenário capaz de despersonalizar os indivíduos. Assim, o domicílio se mostra como um ambiente que propicia a reclusão e a introspecção da mulher e da família para a vivência do parto⁽¹⁰⁾.

Esta opção se revela como um ritual de separação, pois se assemelha às cerimônias de reclusão da gestante, muitas vezes em cabanas ou em locais peculiares da casa⁽¹⁾, no intuito de promover privacidade para que mulher e família vivenciem o parto de maneira íntima e localmente significativa. O domicílio também representa o renascimento e a revitalização deste processo como um evento essencialmente familiar⁽¹⁰⁾, além de, segundo uma das informantes e corroborada por outro estudo⁽¹⁵⁾, ser interpretado como um lugar seguro para a vivência do parto. Evidências demonstram que a assistência ao parto domiciliar de risco habitual pelo enfermeiro obstetra apresenta menores taxas de intervenções, maior satisfação das mulheres e é considerado tão seguro quanto o parto hospitalar^(5,7).

As informantes compreendem que o parto domiciliar propicia a retomada do seu protagonismo; assim, a mulher resgata para si o próprio parto e o controle sobre seu corpo pela oportunidade de fazer suas escolhas com segurança⁽⁸⁾, sendo também uma maneira de restituir a intimidade e a privacidade do processo de nascimento no contexto familiar⁽¹⁵⁾, além de apresentar ambiência acolhedora relacionada ao modo de viver da família^(8,10,16).

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

Ademais, o parto representa um ritual de passagem⁽¹⁾ para todo o núcleo familiar, e para isso a mulher necessita de uma rede de apoio que a estimule neste processo. Compreende-se assim a necessidade por parte das informantes de comunicar a família sobre a decisão pelo parto domiciliar, proporcionando confiança, tranquilidade e afeto, e favorecendo um desfecho positivo⁽⁸⁾.

Além do apoio foram verificados alguns enfrentamentos por parte da família. Ao se defrontarem com estas percepções negativas, desenvolveram rituais de separação⁽¹⁾, interrompendo, mesmo que temporariamente, os vínculos estabelecidos com alguns indivíduos da rede social, e rompendo assim uma estrutura social e/ou um conjunto de condições culturais. Autores explicam que essa ruptura reafirma a ideia de que as decisões em relação aos processos de parto e nascimento interessam apenas à intimidade familiar, não sendo necessária interferência externa⁽¹⁰⁾.

No contexto atual, no qual o modelo assistencial é predominantemente tecnocrático e baseado em explicações e procedimentos da racionalidade biomédica, as famílias que optam pelo parto domiciliar enfrentam conflitos com amigos, familiares, profissionais de saúde e com a sociedade em geral para reafirmar a sua decisão⁽¹⁶⁾. Ao mesmo tempo, a formação do médico obstetra geralmente é direcionada para as complicações e gestações de alto risco, o que dificulta sua aceitação quanto ao parto domiciliar mesmo em gestações de risco habitual. Assim, normalmente o médico volta-se para a tecnologia e a intervenção, como é o caso da cesárea⁽¹⁴⁾.

Destaca-se a importância do apoio da família para a vivência desse ritual de passagem em domicílio, pois sua participação no parto é uma das prerrogativas para o resgate da humanização no nascimento⁽⁶⁾. Nessa direção, uma das informantes utilizou o documentário *O renascimento do parto* para demonstrar ao pai, à madrastra e à melhor amiga as evidências científicas sobre a segurança do parto domiciliar.

Esta estratégia foi identificada em um estudo no qual as mulheres utilizaram o documentário com a intenção de desconstruir as percepções dos familiares quanto ao parto domiciliar planejado e gerar reflexões em relação ao modelo atual de assistência obstétrica predominantemente intervencionista⁽³⁾, demonstrando que elas estudam todas as possibilidades e as compartilham com quem mantém vínculos afetivos e confiam^(10,16).

Os rituais de preparação do filho mais velho para a vivência do parto domiciliar também reafirmam a crença de que este deve ser encarado como um evento do ciclo vital, ratificando a importância do envolvimento das crianças mais velhas no processo parturitivo⁽¹⁰⁾. Sua presença pode ser simbolicamente entendida como um ritual de cuidado dos pais e como um ritual de passagem deste indivíduo, que agrega um novo *status* na família⁽¹⁾, tendo em vista as profundas mudanças ocasionadas na estrutura familiar pelo nascimento de um novo integrante.

Evidencia-se ainda que o parto domiciliar apresenta uma lógica diferente daquela identificada no ambiente hospitalar: a família não se desloca até o hospital para buscar o novo integrante, o domicílio é organizado para receber o novo ser⁽¹⁰⁾. Por meio do preparo dos materiais necessários à assistência ao parto, este é facilitado, protegendo a tríade mãe-bebê-família. Essa preparação reforça a importância do parto no ciclo vital familiar como um ritual de passagem que integra a intimidade do grupo⁽¹⁰⁾.

A aromaterapia por meio do óleo de lavanda, outro ritual de cuidado observado, pode ser justificada pela ação tranquilizante e calmante; a musicoterapia é capaz de intervir no ciclo de medo e tensão, proporcionando relaxamento e minimizando a dor⁽⁶⁾; já as lâmpadas elétricas de alta intensidade estão associadas à redução dos níveis de melatonina, hormônio que gera estresse e eleva a dor, justificando a importância de baixa luminosidade no parto⁽¹⁷⁾.

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

Observou-se também que o plano de parto orienta a atenção de saúde prestada, favorecendo a comunicação entre mulher, família e equipe de assistência ao parto, auxiliando em sua preparação e aumentando o controle decisório da mulher⁽²⁾. Nele, as informantes têm livre escolha para definir quem participará ou não do parto domiciliar⁽¹⁶⁾, convidando os indivíduos significativos de sua rede social que respeitam e compartilham percepções semelhantes. Este evento representa assim um ritual de separação⁽¹⁾ que permite resgatar o seu caráter íntimo e familiar.

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

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

A presença de pensamentos, sonhos e expectativas podem catalisar forças positivas, projetando atitudes e posições a ser adotadas no dia do parto. Ao prepararem a mente com idealizações e perspectivas, as mulheres introjetam exigências para si mesmas acerca das atitudes e condutas que devem adotar para concretizar seus desejos no momento do parto⁽⁹⁾. Já as previsões quanto ao dia do nascimento envolvem as expectativas e o planejamento da família para a chegada do bebê e, em alguns casos, os ciclos da natureza⁽¹⁰⁾. Sob esta ótica, os indivíduos compreendem que os rituais de passagem associam-se às passagens cósmicas, como as fases da lua⁽¹⁾. Em diferentes culturas e mitologias, a lua é relacionada com fertilidade, gestação e parto, e embora esta crença seja frequentemente mencionada na cultura popular, ainda existem evidências científicas consistentes que comprovam a influência do ciclo lunar no processo parturitivo⁽²⁰⁾.

Limitações do estudo

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

Contribuições para à área da enfermagem e políticas públicas

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os rituais de cuidado desenvolvidos pelas famílias na preparação para o parto envolveram o entendimento do domicílio

como um ambiente seguro, no qual mulher e família podem colocar em prática seus desejos, hábitos e costumes. A opção pelo domicílio caracterizou um ritual de separação devido à possibilidade de reclusão e introspecção da unidade familiar para a vivência do processo parturitivo.

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

A partir da decisão pelo domicílio, as famílias e, em alguns momentos especificamente as mulheres, adotaram rituais de

preparação da família, do filho mais velho para a vivência do parto, do próprio domicílio, do corpo e da mente da mulher, e também alguns rituais ligados ao destino da placenta após a sua expulsão do organismo materno.

Na preparação do domicílio são consideradas organizações específicas como mudanças na luminosidade e inclusão de musicoterapia e aromaterapia no intuito de prover um ambiente tranquilo para a mulher em trabalho de parto; englobando ainda a utilização de certos chás e/ou alimentos e a própria preparação dos indivíduos que compõem a rede social e familiar da mulher. Estes rituais de cuidado têm relação com as informações obtidas ao longo da gestação, além das crenças, valores, tradições, estilos de vida e visões de mundo.

REFERÊNCIAS

1. Gennepe AV. Os ritos de passagem. Petrópolis: Vozes, 2011.
2. Suárez-Cortés M, Armeno-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 22];23(3):520-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>
3. Kruno RB, Silva TO, Trindade PT. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. *Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 May 22];43(1):22-30. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/17736/pdf>
4. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 22];15(2):362-70. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>
5. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 22];18(4):1059-68. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>
6. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Use of non-pharmacological methods for providing pain relief during the natural childbirth: integrative review. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 21];7(esp):4161-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2582/pdf_2607
7. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Home birth: understanding the reasons for this choice. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 21];24(3):875-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/0104-0707-tce-24-03-00875.pdf>
8. Frank TC, Pelloso SM. The perception of professionals regarding planned home birth. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 23];34(1):22-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/en_03.pdf
9. Feyer ISS. Rituais de cuidado das famílias no parto domiciliar em Florianópolis-SC. [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.
10. Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 12];66(6):879-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf>
11. Leininger M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger M, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2nd.ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett; 2006.
12. Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Information for the option of planned home birth: women's right to choose. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 22];23(3):665-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00665.pdf>
13. Sodrê TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 22];11(Supl.):115-20. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062/pdf>
14. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 20];36(esp):119-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rge/v36nspe/en_0102-6933-rge-36-spe-0119.pdf
15. Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 24];17(2):298-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a14.pdf>

16. Santos AA, Nunes IM, Coelho EAC, Souza KRF, Lima JS. Speeches of women who experienced home childbirth as option. Rev Enferm UFPE[Internet]. 2014 [cited 2017 May 22];8(8):2716-22. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9976/10315>
 17. Vale NB, Vale LFB, Cruz JR. Time and obstetric anesthesia: from chaotic cosmology to chronobiology. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2009 [cited 2017 May 27];59(5):624-47. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n5/en_v59n5a13.pdf
 18. Wei CY, Gualda DMR, Santos Jr HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2017 May 28];20(4):717-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/10.pdf>
 19. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
 20. Bueno A, Iessi IL, Damasceno DC. Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constatação científica? influência do ciclo lunar no parto: mito ou constatação científica? Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2017 May 27];63(3):477-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a21v63n3.pdf>
-