

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

59 Nº1 | REVISTA SERVIR | 2016 | 55 - 66

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS
CHILDBIRTH AT HOME IN PORTUGAL: PRACTICES BETWEEN THE FORTIES AND SIXTIES TO NOWADAYS RECOMMENDATIONS*Madalena Cunha^{1,2}**Manuela Ferreira¹**Graça Aparício¹**Isabel Bica^{1,3}**Estudantes 26^oCLE, ESSV, IPV¹*¹CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu²CIEC, Universidade do Minho, Portugal³CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research**RESUMO****INTRODUÇÃO**

Em Portugal, nas décadas de 40 a 60, o parto era considerado como um “ato doméstico” realizado com ajuda de mulheres experientes na área. A falta de assistência especializada à gravidez e ao parto revelava-se nas elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, verificadas na época. O parto era um acontecimento que envolvia vários procedimentos e utensílios rudimentares e a ação de mulheres leigas designadas de parteiras.

A assistência no parto sofreu melhorias até aos dias de hoje, melhorando também a prestação de cuidados na área de saúde materna, obstétrica e neonatal. Em parceria com a evolução científica, atualmente o parto no domicílio está novamente a ser equacionada sobretudo por mulheres e profissionais defensores do humanismo no parto.

OBJETIVO

Explorar a evidência científica e as vivências do parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura segundo o método PICOD e estudo exploratório realizado com 55 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre 72 e 97 anos que viveram a experiência do parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal.

RESULTADOS

Os resultados revelaram que na década de 40 a 60, as mulheres eram assistidas maioritariamente por parteiras que utilizavam procedimentos muito rudimentares. As posições de preferência foram a ginecológica e a lateral, e a maioria ficou com sequelas devido às condições de assistência precárias, destacando-se a deformação da vagina e a incontinência urinária.

CONCLUSÕES

A evolução da arte de partejar foi uma mais-valia para os dias de hoje, contribuindo para uma diminuição significativa das taxas de mortalidade materna e perinatal e para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à parturiente e ao recém-nascido. É imprescindível que os profissionais de saúde reflitam sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto e sobre as condições mais humanas e seguras para o nascimento. As políticas de saúde devem ser centradas na Mulher e devem garantir a possibilidade de escolha no acesso ao tipo de cuidados na assistência pré e pós-natal e ao local de parto. As mulheres devem ter a possibilidade de optar pelo tipo de parto e local de parto que desejam, por isso, o parto domiciliário planeado não deve ser descurado, mas considerado como um direito e uma possibilidade de escolha pela mulher e sua família. É, no entanto, necessário que as políticas de saúde invistam nesta dimensão da prestação de cuidados obstétricos, garantindo também no domicílio assistência perinatal segura e humanizada, baseada na melhor evidência científica / recomendações.

PALAVRAS-CHAVE

Parto normal, Parto no domicílio, Parteira.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

ABSTRACT

INTRODUCTION

In Portugal, between the 40's and 60's, the birth was considered a "household affair" carried out with the help of expert women in the area. The lack of skilled assistance to pregnancy and childbirth was revealed by the high rates of maternal and neonatal mortality, observed during this period.

The birth was an experience that involved not only procedures and elementary tools but also the work of women, called midwives, without proper training. The assistance during childbirth had improved tremendously up to nowadays. Progresses were also made in maternal health as well as in the obstetric and neonatal fields. Along with scientific developments, childbirth at home is currently and once again under consideration mainly by women and professionals that defend a humanist approach during the childbirth act.

OBJECTIVE

To explore scientific evidences and the experience of childbirth at home during the 40's and 60's in Portugal.

METHODS

An integrative literature review according to the PICOD method and an exploratory research with 55 Portuguese women aged between 72 and 97 years old who have lived the experience of childbirth at home.

INTRODUÇÃO

O parto nem sempre foi vivenciado como o conhecemos hoje. Contudo a sua vivência foi e será sempre significativa, pois como refere Ferreira, Rocha & Monteiro (2009, p.12), a gravidez, o trabalho de parto e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e da família. São também marcantes todos os momentos e atitudes que se relacionem com os mesmos, sobretudo os cuidados que recebem a mãe e o bebé.

Na década de 40 a 60, do século XX, a grande maioria dos partos em Portugal era realizada no domicílio, por parteiras locais, sem formação e muitas vezes em fracas condições sanitárias e de higiene. Carmo & Leandro (2000) cit in Pedras, (2010, p. 48) relatam que a "arte de partejar" foi durante séculos reservada às mulheres, não só pela sua reconhecida experiência e competência, desenvolvida ao longo dos tempos, como também por razões socioculturais.

RESULTS

The results revealed that in the 40's to 60's, women were mainly assisted by midwives who used very elementary procedures. The most used positions were gynecological and side-lying position and the majority of women remained with sequelae due to poor assistance conditions, therefore the deformation of the vagina and urinary incontinence can be highlighted as the most common consequences.

CONCLUSION

The advance of the art of childbirth at home was an advantage to our time because it contributed to a significant reduction of maternal and perinatal mortality rates and to the increase of the quality in care system to the woman and the newborns. It is essential that health professionals reflect on the advantages and disadvantages of each type of childbirth and on the most humane and safe conditions for this procedure. Health policies should be focused on Women and should not only ensure the possibility of choice in accessing the type of care in the pre- and post-natal but also in the childbirth place. Women should be able to choose the type of birth they want as well as and its place, so the planned home birth should not be neglected, but considered as a right and a choice for the woman and her family. However it is essential that health policies invest in the dimension of providing obstetric care to these women, ensuring a safe and humanized perinatal care at home, based on the best scientific evidence/recommendations.

KEYWORDS

Natural Childbirth, Home childbirth, Midwife.

Assim, o parto no domicílio foi, durante muito tempo, uma prática comum considerada normal no quotidiano da vida em sociedade. O local do parto era preferencialmente no quarto, no entanto existiam outras divisões de eleição tais como a cozinha devido ao calor da lareira. Crizóstomo, Nery & Luz (2007, p.99), salientam que o ambiente onde se realiza o parto é importante, uma vez que este pode ajudar ou "atrapalhar" a evolução do trabalho de parto.

As técnicas e instrumentos utilizados durante o trabalho de parto baseavam-se na sabedoria popular, que era transmitida às parteiras entre gerações. Esta revelava-se muitas vezes insuficiente e propiciava taxas de mortalidade materna e perinatais elevadas.

A formação de parteiras tem em Portugal décadas de existência. Um dos primeiros registos que documentam a preparação prática ministrada a parteiras na Casa Pia data de 1780. Foi aprovado em 1903 o Decreto de 28 de Outubro, que regulava

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

o curso de parteiras. Posteriormente, já na era moderna, em Janeiro de 1936, foi criado nas escolas de Médico-cirúrgica de Lisboa e Porto um curso de parteiras, com duração de dois anos e um estágio final (Verneau, 1971 cit. in Rodrigues, Gomes & Lopes, 2009, p.80).

A partir do século XX, a medicina transformou o parto de evento fisiológico em evento hospitalar, medicalizado e intervencionado. Assim, embora com evolução inquestionável na prática obstétrica, a assistência à mulher no parto continua a ser considerada um desafio no que se refere à qualidade dos cuidados prestados, surgindo na atualidade novas propostas de atenção ao parto, centradas na mulher, nas suas especificidades e assentes em modelos de cuidados menos intervencionistas.

Como forma de melhor conhecer a vivência do parto no domicílio, recorreu-se à revisão integrativa da literatura e a um estudo empírico com recolha de dados e trabalho de campo descrito no capítulo dos Métodos.

Para realizar o levantamento bibliográfico, de suporte ao enquadramento teórico utilizaram-se as seguintes bases de dados: PubMed, SCIELO, Repositórios da Universidade Nova de Lisboa e da Universidade Católica Portuguesa, Biblioteca do Conhecimento Online (B-on) bem como, documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, livros provenientes da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), (*Ajudar a Nascer, O saber médico do povo, Enfermagem na Maternidade e Medicina Materno-Fetal*) e ainda o livro *Fecundação, Gravidez e Parto*.

Os descritores utilizados para a localização das referências foram: *Natural Childbirth, Homechildbirth e Midwifery*, tendo sido adotada a seguinte estratégia de pesquisa de bases de dados mencionadas:

#1 MeSH descriptor Natural Childbirth; #2 MeSH descriptor Homechildbirth; #3 MeSH descriptor Midwifery; #4 [#1 AND #2] (Title); #5 [#1 AND #3] (Title); #6 [#2 AND #3] (Title)

Foram identificados 70.839 estudos pela pesquisa da literatura. Posteriormente, foram aplicados os seguintes requisitos:

- Texto Completo (fulltext);
- Data de publicação (2005- até à atualidade);
- Idioma: português, inglês e espanhol;
- Estudos qualitativos e quantitativos;
- Estudos em humanos

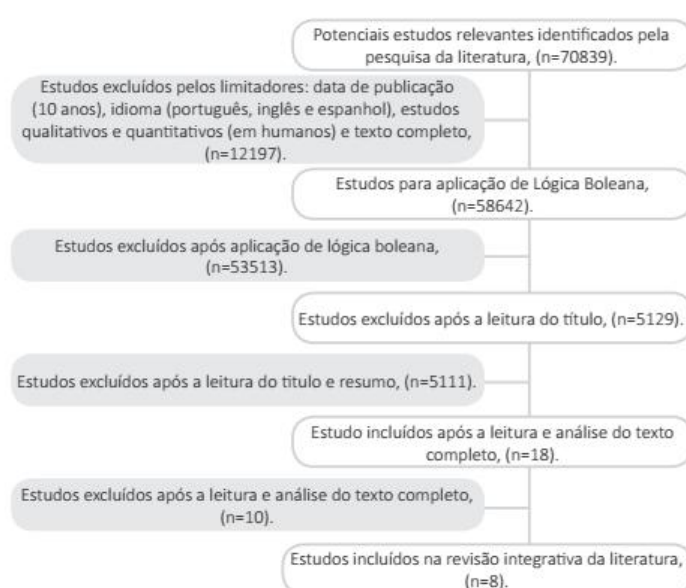
Foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Mulheres que foram mães ou parteiras.	
Intervenções	Parto no domicílio.	
Comparações	Comparação da vivência do Parto no domicílio na década de 40 a 60 do século XX e na atualidade.	Todos os estudos que não cumprem os critérios de inclusão.
Outcomes	Reconhecer as diferenças entre as vivências dos partos nas diferentes épocas/séculos.	
Desenho	Todo o tipo de estudos	

A análise das listas de bibliografia de todos os estudos selecionados permitiu a seleção de 18 estudos. Destes, 10 não cumpriram os critérios de inclusão sendo por isso excluídos. Assim, incluíram-se 8 estudos, sendo 4 estudos da PubMed, 2 estudos da Sciello e 2 estudos da B-on. (cf. Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma representativo das etapas de refinamento do corpus do estudo



PARTO NO DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ao longo dos tempos, o parto tem sido descrito por aspetos antagónicos que ao mesmo são associados, pois tanto são referidos momentos de alegria, esperança e renovação como de dor, medo e morte. Estes momentos tão diferentes têm sido vivenciados pelas mulheres ao longo de toda a história da humanidade em que a maternidade tem sido vista não só como um acontecimento fisiológico, mas também social (Silva, 2012, p.29). Por isso, o momento do trabalho de parto é vivenciado de forma singular nas diferentes culturas. Enquanto nas sociedades europeias o parto é “vivido como um processo simples”, compartilhado com pessoas de confiança e normalmente do sexo feminino, há culturas no mundo onde o parto é um momento pelo qual a mulher passa completamente sozinha (Gil, 1998).

A sua conceptualização é também diversa: Graça (2005, p. 253) explica o trabalho de parto como o momento em que as contrações uterinas dolorosas se instalam na parturiente e em simultâneo se inicia a dilatação e o colo do útero se apaga; Verneau, (1971, p.64) designa o parto como ato fisiológico por meio do qual o produto da concepção se separa do organismo materno; Depaul cit. in Verneau, (1971, p.64) classificou os partos em espontâneos e artificiais, distinguindo ainda os primeiros em fáceis e laboriosos.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

Na atualidade o parto eutócico é aquele que acontece no final de uma gravidez sem que haja perturbações que justifiquem emprego instrumental. Para dar resposta a estas situações, existe o parto distócico, que é efetuado com o auxílio instrumental (fórceps e ventosas) e intervenção cirúrgica (cesariana). E por trabalho de parto entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos, que uma vez postos, em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior Graça (2010, p.320). Segundo o mesmo autor convencionou-se dividir o trabalho de parto em três estádios. O 1ºestádio, dilatação, decorre desde o início das contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. O 2º estágio ou período expulsivo, começa quando existe dilatação completa e termina com a expulsão do feto e o 3º estágio chamada dequitação, inicia na expulsão do feto e dura até à expulsão da placenta e das membranas fetais (Graça, 2005).

Atualmente, a grande maioria dos partos acontece em maternidades com apoio especializado, no entanto durante as décadas de 40 a 60, em Portugal, o parto era vivenciado como um “ato doméstico” realizado com ajuda de parteiras locais ou mulheres que já tinham sido mães ou com experiência no cuidado às parturientes. Também participavam no ato e/ou se encontravam no local, avós, irmãs mais velhas ou alguém da comunidade onde a grávida se inseria. Estas no pós-parto permaneciam em casa da puérpera ajudando-a a cuidar do recém-nascido, principalmente nos aspetos relativos à amamentação ou a ajudar a cuidar dos outros filhos já existentes bem como das lides domésticas (Carvalho, Sousa, Fontes, Ulisses & Moreira, 2006, p.19).

Ao longo do tempo, a falta de assistência à gravidez e ao parto foi uma realidade e a vivência da parturiente em partos anteriores influenciava a sua opção pelo parto no domicílio. O parto era considerado uma atividade desvalorizada, pois era deixado aos cuidados femininos, uma vez que nesta década os médicos eram raros. Consequentemente, as mulheres preferiam as parteiras, pelo seu conhecimento acerca da gravidez, puerpério e manobras que facilitavam o trabalho de parto (Brüggemann, 2001 Cit. in Crizóstomo et al., 2007, p.99).

No final do século XIV, o cirurgião inglês Peter Chamberlain passou a utilizar fórceps com frequência, fazendo com que o trabalho da parteira, começasse a sofrer declínio. A intervenção masculina passou a substituir o paradigma não-intervencionista das parteiras e estas passaram a ser rejeitadas nos estratos sociais mais altos das sociedades mais desenvolvidas (Brüggemann, 2001 cit. in Crizóstomo et al., 2007, p. 99).

As parteiras “oficiais” realizavam o parto com proteção pessoal em consequência do contacto com o sangue, usando luvas e lavando as mãos (Acker, Annoni, Carreno, Hahn & Medeiros cit in Pimenta et al, 2013). Utilizavam também uma bata branca para proteger a roupa e mangas arregaçadas. As unhas eram cortadas rentes e lavadas com escova de unhas e sabão (Verneau, 1971, p.64).

Nas situações em que a parteira ficava diante de um caso complicado, esta procurava primeiro reconhecer a situação para, de seguida, procurar outra parteira mais experiente. Apenas em último caso procurava auxílio de um cirurgião. Desse modo, a presença de um cirurgião no parto era vivenciada com ansiedade pela mulher, pois indicava a gravidade da situação (Osava,1990 cit in Mamede, Mamede & Dotto, 2007, p.332).

Outro cuidado das parteiras é que estas continuavam na residência da mulher até cair o coto umbilical do recém-nascido, com a possibilidade de serem chamadas para qualquer casualidade, a não ser quando a comunidade não era muito distante para se deslocarem (Nascimento, Santos, Erdmann, Nascimento-Júnior & Carvalho cit. in Pimenta et al, 2013, p.501). Alguns materiais de procedimentos eram fervidos e colocados em álcool. As parteiras executavam as etapas básicas de atenção fundamental à mãe e ao bebé (Acker et al cit in Pimenta et al, 2013, p. 501) As plantas medicinais tinham um papel importante no conforto para as dores do trabalho de parto e amenizavam a indisposição e o sofrimento em que as parturientes se encontravam, sendo uma prática passada de geração em geração (Dias, 2002 cit in Pimenta et al, 2013, p.501).

Nas décadas 40-60 em Portugal, existiam diversos preconceitos e falsas crenças de que é exemplo a prática de apertar os “mamilos” do recém-nascido para provocar a saída do “leite” de modo a espantar “o leitinho das bruxas”, procedimento que aumentava a incidência de abscessos nos recém-nascidos (Carneiro, 2008).

Assim, existia necessidade não só de prestar cuidados de saúde às mães e recém-nascidos, como também informar e alertar para alguns procedimentos sem fundamento científico, tais como, “*não lavar os olhos do recém-nascido como forma de prevenir a cegueira, não dar banho ao bebé de forma regular, não retirarem as crostas da cabeça, por estas ajudarem a manter o bebé saudável.*” (Sara Benoliel cit. in Carneiro, 2008, p.492). Em 1971, Verneau, (p168-169) considerava que a prevenção das patologias oftalmológicas deveria ser realizada de imediato, pela instilação de 5 gotas de uma solução de nitrato de prata a 1% em cada olho sendo desnecessário neutralizar com água salgada.

A evolução do conhecimento científico e a educação/formação realizada pelas parteiras/enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e enfermeiras certificadas levou ao abandono de muitas das práticas referidas e à alteração de alguns procedimentos. Na atualidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011) cit in Fernandes, Oliveira & Machado (2011, p.106), o primeiro banho do recém-nascido deve ser dado apenas seis horas após o parto, pelo risco de hipotermia antes e após o banho. Beck, Ganges, Goldman & Long (2004, p. 52) reforçam que o primeiro banho deve ser dado, pelo menos seis horas depois do nascimento de preferência até vinte e quatro horas depois do parto. Assim, imediatamente após o nascimento, o vérnix caseoso deve ser “limpo” com uma toalha.

Existem também recomendações em Portugal, Ministério da

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

Saúde (MS), Direção Geral da Saúde (DGS) (2005), relativamente ao enxoval do bebé é à roupa que a mãe necessitará para o momento do parto e pós-parto. A mãe deverá preparar previamente o enxoval do bebé que deverá ser constituído por fraldas de pano e fraldas descartáveis, camisas interiores, botinhas, babetes, fatinhos exteriores, manta, toalha de banho e uma peça de roupa mais quente para abrigá-lo na altura da alta clínica. Relativamente, à roupa da mãe, deverá fazer-se acompanhar de roupa interior (mínimo quatro peças), camisas de dormir, robe, soutiens de amamentação (pelo menos, dois), chinelos, toalha de rosto, toalha de banho, outros objetos pessoais de higiene e conforto que considere necessários.

A Organização Mundial da Saúde tem vindo a emitir pareceres com o objetivo de facultar orientações sobre boas práticas no Parto Normal. Merece destaque o relatório que a OMS emitiu em 1996, onde identificou as práticas a incentivar, a corrigir e a eliminar, resultante de um consenso alcançado e apoiado nos estudos de vários especialistas internacionais.

Na atualidade, no que diz respeito à alimentação e ingestão de líquidos, frequentemente a restrição completa é utilizada de forma inapropriada OMS (1996) cit in Garcia (2009), pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico. O parto é um momento de grande gasto energético, portanto, em meio hospitalar a prática é ser colocada uma infusão intravenosa de glicose para evitar desidratação e cetose. Práticas como tricotomia e limpeza intestinal realizadas no passado a todas as mulheres em trabalho de parto, são consideradas hoje pela OMS como *“Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”*. A realização da tricotomia remove não só os pêlos, como também a camada protetora da pele que previne a infeção por bactérias. No que se refere à limpeza intestinal, esta é desaconselhada pois mesmo após a sua realização permanecem restos de fezes no intestino, que durante o parto podem ser facilmente libertados, provocando infeção no recém-nascido (OMS, 1996 cit in Garcia, 2009).

Já no século XX, o saber científico começa a distanciar-se do saber popular e, numa tentativa de diminuir a morbilidade e mortalidade materno-infantil, as parturientes, sobretudo dos meios urbanos, passam a ser internadas em instituições de saúde para parir. A mulher começa a parir num ambiente público longe dos familiares e amigos, em que expõe o corpo a inúmeros profissionais de saúde, deixando-se tocar e desvalorizando a questão de pudor e vergonha, em prol do bem-estar do filho (Pedras, 2010, p.47).

Em Portugal, a partir dos anos 40, observou-se uma queda significativa da taxa de natalidade acompanhada de uma significativa taxa de mortalidade materna e perinatal, sentindo-se assim a necessidade emergente em desenvolver organizações assistenciais, que formassem mulheres com conhecimento para prestar assistência antes, durante e após o parto (Carneiro, 2008).

De acordo com a Base de Dados Portugal Contemporâneo, do Instituto Nacional de Estatística, em 1960, a taxa de mortalidade

perinatal era de 42.2%, a taxa de mortalidade neonatal era de 28% e a taxa de mortalidade materna 115.5%, comparativamente com os dados de 2013 (3.4%; 1.9%; 6.0%, respetivamente) Fundação Francisco Manuel dos Santos, (2015 a), b)). Os ganhos em saúde são evidentes, contudo, o modelo (bio) médico enraizado trouxe também algumas perdas na prática tradicional das parteiras.

MÉTODOS

O estudo descritivo retrospectivo, de natureza exploratória foi realizado numa amostra não probabilística objetiva de 55 mulheres que vivenciaram o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX. As participantes foram selecionadas pela técnica de amostragem em bola-de-neve e a colheita de informação foi suportada no questionário de Cunha (2013), tendo a mesma ocorrido nas regiões Norte, Centro e Sul de Portugal Continental. Neste processo de amostragem, seguiram-se os pressupostos de Coutinho (2011), pelo que cada investigador da equipa selecionou a sua área de residência para estabelecer contacto inicial com 2 a 4 sujeitos, previamente identificados como membros do grupo que se pretendia estudar. No presente estudo foram como já referido, as mulheres portuguesas que haviam vivenciado o parto do domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX e foram estas que por sua vez, colocaram o investigador em contacto com outras mulheres e, assim, sucessivamente.

A fim de orientar a investigação conceptualizou-se a seguinte questão de investigação: *Que vivências sobre o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do século XX em Portugal são relatadas pelas mulheres?*

Em consonância, definiu-se como objetivo: Descrever as vivências das mulheres sobre o parto no domicílio nas décadas de 40 a 60 do Séc. XX, em Portugal.

A recolha de informação foi realizada de forma livre e convenientemente esclarecida, pois para além da informação sobre o âmbito e objetivos do estudo que acompanhava o Termo de Consentimento, as participantes foram, sempre que solicitado, esclarecidas, numa linguagem acessível, dos propósitos do estudo.

PARTICIPANTES

A caracterização sociodemográfica das 55 mulheres (parturiente e parteira) revela que a idade mínima da mulher inquirida era, no momento da colheita de informação para o estudo, 72 anos e a máxima de 97 anos, com uma média de idades de 75.72 anos, a maioria (50,9%) tinha idade inferior ou igual a 75 anos e estavam casadas (56,4%).

A idade mínima da parturiente no primeiro parto foi de 17 anos e a máxima era de 35 anos, a que corresponde uma média de idades de 21,89 anos, inferindo-se ser muito jovem.

Das mulheres inquiridas, 22 desempenharam no passado a função de parteira.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

A idade mínima da parteira, na altura do parto foi de 17 anos e a máxima de 80 anos, sendo a média de idades de 44.22 anos, tradutora de alguma experiência de vida (cf. Tabela 1).

Das inquiridas, 31 mulheres eram analfabetas e 24 estavam habilitadas com a 3ª classe. A maioria destas mulheres residia na região Centro (69,1%), no entanto também foram inquiridas mulheres da região Norte e Sul. Estas mulheres tinham como ocupação serem doméstica (54,5%) e agricultoras (23,6%) (cf. Tabela 2).

Tabela 1 - Idade das participantes à data do estudo e da parturiente e parteiras na altura do primeiro parto.

Idades	n	Min	Máx	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	Ks(K)
Idade das inquiridas	55	72	97	75.727	9.907	12	-1.295	1.806	0.279
Idade das inquiridas Parturientes na déc. 40 a 60	48	17	35	21.895	3.771	16.5	3.679	2.275	0.000
Idade da Parteira na déc. 40 a 60	22	17	80	44.227	15.574	35.2	0.890	0.513	0.421

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas

Caraterísticas Sóciodemográficas	n=55	10.00 %
Idade		
<=75anos	28	50.9
>75 anos	27	49.1
Zona de Residência		
Centro	38	69.1
Norte	13	23.6
Sul	4	7.3
Estado Civil		
Casada	31	56.4
Viúva	24	43.6
Habilitações Literárias		
Analfabeto	31	56.4
3ª classe ou mais	24	43.6
Profissão		
Doméstica	30	54.5
Agricultora	13	23.6
Comerciante	3	5.5
Costureira	3	5.5
Operária	3	5.5
Padeira	3	5.5

RESULTADOS

“PREPARAÇÃO” PARA O PARTO

O padrão alimentar praticado pelas parturientes no período pré-parto em 81.8% foi classificado como alimentação normal e no período pós-parto, 61.8% ingeriam canja de galinha (cf. Tabela

3). Relativamente à limpeza intestinal, 70.9% das mulheres inquiridas não limpavam e apenas 3.6% usou clister. A tricotomia foi realizada em apenas 6 mulheres. (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres acerca da “preparação para o parto.”

Preparação para o parto	n	%
Limpeza Intestinal no Pré Parto		
Não realizavam	39	70.9
Tomavam Chá	5	9.1
Canja de Galinha	3	5.5
“Ingeriam” muitos vegetais	2	3.6
Aplicavam panos quentes no abdómen	2	3.6
Ingestão de água	2	3.6
Realização de Clister	2	3.6
Realização de Tricotomia		
Sim	6	10.9
Não	49	89.1
Alimentação no Pré Parto		
Normal	45	81.8
Sopa	4	7.3
Vegetais	2	3.6
Batatas cozidas	1	1.8
Tomavam Canja de Galinha	1	1.8
Ensopado	1	1.8
Massa, arroz, sardinha e sopa	1	1.8
Alimentação no Pós-Parto		
Canja de Galinha	34	61.8
Normal	9	16.4
Sopa	4	7.3
Peixe Cozido	3	5.5
“Caldo” de Cebola	2	3.6
Chá	1	1.1
Ensopado	1	1.1
Peixe frito	1	1.1

CONTEXTO/CONDIÇÕES/MEIOS/PESSOAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DO PARTO

O local e posição adotada pelas inquiridas durante o período expulsivo foram predominantemente o quarto (87.3%) e a cozinha (12.7%). A posição adotada pelas parturientes foi diversificada, sendo a posição ginecológica a mais comum em 40 mulheres (72.2%) (cf. Tabela 4).

As pessoas presentes durante o parto foram maioritariamente (89.1%) a parteira, sendo apenas 4 os partos que foram assistidos pelo médico.

Quanto à fonte de calor, as mais utilizadas foram os cobertores e a botija de água quente (41.8% e 18.2%, respetivamente) (cf. Tabela 4).

No que diz respeito à episiotomia, esta foi realizada a 7 inquiridas (12.7%), enquanto a episiorrafia foi realizada em 9 mulheres (16,4%). Duas das nove inquiridas referem ter sido submetidas à episiorrafia por “*rasgadura da vagina*” (laceração do períneo)

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

durante o período expulsivo (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Contexto/condições/meios/pessoas envolvidas no processo do parto

Processo de Parto	n	%
Local do Parto		
Quarto	48	87.3
Cozinha	7	12.7
Pessoas Presentes		
Parteira	49	89.1
Médico	4	7.3
Outros	2	3.6
Fonte Calor		
Cobertor	23	41.8
Botija	10	18.2
Ambiente	8	14.5
Lareira	7	12.7
Toalhas Quentes	3	5.5
Lençóis	2	3.6
Candeeiro	2	3.6
Velas	1	1.8
Posição (período expulsivo)		
Ginecológica	40	72.7
Decúbito Lateral	7	12.7
De Pé	5	9.1
De Cócoras	2	3.6
De Joelhos	1	1.8
Episiotomia		
Sim	7	12.7
Não	48	87.3
Episiorrafia		
Sim	9	16.4
Não	46	86.3

PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO CORTE DO CORDÃO UMBILICAL

Como objetos utilizados no corte do cordão umbilical, 54.5%, referiam ter utilizado objetos cortantes (tesoura e faca) e em 76.4% eram sujeitos a um processo de “limpeza/asepsia”. A maioria das mulheres (43.7%) indicou a associação de dois objetos para realizar o corte do cordão e apenas 1 inquirida referiu que o método utilizado para a cicatrização era a secagem ao natural.

O método de eleição para a “limpeza/asepsia” da tesoura foi a água a ferver (43.4%), seguindo-se a “chama” (34.5%) e o álcool (14,5%) (cf. Tabela. 5).

Tabela 5 - Procedimentos relativos ao corte do cordão umbilical.

Procedimentos relativos ao corte do cordão umbilical	n	%
Corte do Cordão Umbilical		
Objetos Cortantes	30	54.5
Linha e Faca	12	21.8
Tesoura e Fio	9	16.4
Tesoura e Linha	3	5.5
Tesoura e secava ao natural	1	1.8
Utilização Material “Limpeza/Assético”		
Não	13	23.6
Sim	42	76.4
Processo de “Limpeza/Assepsia” (tesoura)		
Água a ferver	24	43.6
Chama	19	34.5
Álcool	8	14.5
Água ardente	1	1.8
Processo de “Limpeza/Assepsia” (Faca)		
Álcool e Chama	1	1.8

TROUXA MATERNA E DO RECÉM-NASCIDO

As parturientes usavam maioritariamente camisas de dormir (81,8%) e apenas (3.6%) usava roupa branca ou roupa larga. Para vestir o recém-nascido, a maioria referiu usar fraldas de pano (78,2%), fatinhos de bebé (56,4%) e camisola (9,1%). Quanto à trouxa do bebé, a maioria (87.3%) referiu prepará-la com roupa de bebé (casaco, camisola, touca, meias, vestido, lençol e “batinha”). As fraldas de pano como uso exclusivo no recém-nascido foram opção de 78.2% das mulheres (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Trouxa Materna e do Recém-nascido.

Trouxa materna e do recém-nascido	n	%
Roupa da Parturiente		
Camisa de dormir	45	81.8
Roupa que tinha vestida	6	10.9
Pijama de Algodão	2	3.6
Roupa Branca	1	1.8
Roupa Larga	1	1.8
Roupa do recém-nascido		
Fraldas de Pano	43	78.2
Fatinhos de Bebê	31	56.4
Cobertor	11	2.0
Camisola	5	9.1
Casaco	2	3.6
Panos	2	3.6
Vestido	2	3.6
Toalhas	2	3.6
Touca	1	1.8
Roupa Branca	1	1.8
Trocha do recém-nascido		
Roupa Bebê	48	87.3
Fraldas Pano	43	78.2
Cobertor	11	2.0
Toalha	2	3.6

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

VIVÊNCIAS APÓS O PARTO

O primeiro banho das parturientes ocorreu em 40% dos casos no dia seguinte ao parto e 1,8% das inquiridas referiram que ocorreu passados 3 dias ou que apenas foram “lavadas” com “panos” no período pós-parto. A higiene da mulher era feita com água quente e sabão azul.

O primeiro banho do recém-nascido, foi realizado imediatamente após o nascimento em 40% dos partos, no entanto 56,4% das mulheres referiram não se lembrar desse momento (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Primeiro banho da puérpera e do recém-nascido

Primeiro Banho da Puérpera e Recém-Nascido	n	%
Primeiro banho da Puérpera		
Dia seguinte	22	40.0
A seguir ao do bebé	2	3.6
Passado 2 dias	3	5.5
Passado 3 dias	1	1.8
Passado 8 dias	6	10.9
Antes e após do parto	2	3.6
No Pós-Parto	15	27.3
Lavadas com pano	1	1.8
Passado 1 mês	3	5.5
Primeiro banho do Bebê		
Logo a seguir ao parto	22	40.0
Passado 4 dias	2	3.6
Não se lembra	31	56.4

A ocorrência de relações sexuais com o seu parceiro no pós-parto foi vivenciada por 61.8% das inquiridas “passado” um mês. Apenas 1.8% das inquiridas referiram ter tido relações sexuais no espaço de uma semana e após o alívio das dores e paragem da hemorragia. Com igual percentual surgem as que ocorreram passados dois anos. No entanto, 14.5% das inquiridas referiram quando os maridos “queriam” (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Vivência das relações sexuais no pós-parto

Relações Sexuais pós-parto	n	%
Passado 1 mês	34	61.8
Quando os maridos queriam	8	14.5
Passado 2 meses	7	12.7
Passado 3 meses	2	3.6
Passado 1 semana	1	1.8
Após alívio das dores	1	1.8
Após paragem da hemorragia	1	1.8
Passados 2 anos	1	1.8

SEQUELAS DO PARTO

As sequelas do parto no domicílio sem assistência médica revelaram-se presentes na maioria das mulheres, pois 74.5% afirmaram ter sofrido sequelas pós-parto. Quanto às sequelas referidas, 19.5% referiu ter sofrido pequenas hemorragias, 14.6% afirmam ter ficado com a vagina “deformada” devido à difícil cicatrização e 12.2% ficaram com incontinência urinária

(cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Tipo de sequelas apresentadas no pós-parto

Sequelas no Pós-parto	n	%
Sim	41	74.5
Não	14	25.5
Tipos de Sequelas		
Pequenas Hemorragias	8	19.5
Vagina deformada devido a difícil cicatrização	6	14.6
Incontinência Urinária	5	12.2
Hemorroides	5	12.2
Cicatriz Dolorosa	4	9.8
Obstipação	3	7.3
Ardor e Prurido	2	4.9
Abdómen Distendido	2	4.9
Limitação de movimentos	2	4.9
Lacerações	2	4.9
“Fraqueza”	2	4.9

A análise inferencial permitiu apurar através do Teste de Fisher que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis *Realizar Episiotomia e Apresentar sequelas no pós-parto*. ($p=0,172$) e *Realizar Episiorrafia e apresentar sequelas no pós-parto* ($p=0,421$). Existem, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis *usar material asséptico e apresentar sequelas no pós-parto*, ($p=0,000$), constatando-se que o facto de o material ser sujeito a processo de “limpeza/asepsia” diminuiu o aparecimento de sequelas no período pós-parto.

DISCUSSÃO

O parto domiciliar foi, durante muito tempo, uma prática comum e considerada normal na sociedade portuguesa. Durante as décadas de 40 e 60 do século XX, o parto no domicílio era um procedimento frequente em consequência das dificuldades de acesso da população ao hospital ou a outro serviço de saúde. O estudo realizado por Kukul & Oncel (2006, p.34) mostra que na Turquia 69.6% das participantes alegavam que a razão do parto ser no domicílio era consequência das dificuldades económicas e 19.6% referiam ter dificuldades em aceder aos serviços de saúde.

Crizóstomo et al. (2007, p.103) advogam que o parto domiciliar ocorria de forma natural, humanizado e que as parteiras tradicionais experientes prestavam assistência ao parto. Estas mulheres, chamadas de “aparadeiras” ou “comadres” eram mulheres de confiança da gestante e eram reconhecidas pela comunidade devido à sua experiência na realização do parto e acompanhamento do mesmo. Facto também documentado através dos resultados no presente estudo em que 89.1% das mulheres questionadas refere que os seus partos foram realizados pela parteira.

No estudo realizado por Kukul & Oncel (2006, p.34), as idades das parturientes variavam entre 18 e 49 anos, sendo que 98%

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

eram domésticas, 47.4% possuíam a 3ª classe e 35.5% eram analfabetas. Similarmente no presente estudo, inferimos que a idade das mulheres aquando do nascimento dos seus filhos, variou entre os 17 e os 35 anos, sendo 54.5% domésticas, 23.6% agricultoras e 43.6% possuíam a 3ª classe.

Verneau em 1971 (p.59-60) afirmava que *“(...) as mulheres grávidas são atreitas a prisão de ventre, o que se torna absolutamente necessário combater a fim de evitar graves complicações (...) é suficiente o uso de ameixas, laranjas, uvas tomadas de manhã em jejum; uma colher de sopa de mel em jejum e a prática de exercício moderado. Após se terem comido as ameixas secas e o mel beber-se-á um copo de água morna ou fria (...) pode recorrer-se ao uso de supositórios de glicerina só por último se deverá usar laxantes (duas colheres de magnésia efervescente num copo grande de água) ou duas colheres de sopa de carabaña. Também se pode recorrer a clisteres (...)”*. Recomendava-se a administração de um clister (uma ou duas colheres de glicerina) a fim de limpar a ampola retal, para não expulsar as fezes com a força executada no período expulsivo (Verneau, 1971 p.84). No que diz respeito à limpeza intestinal, das mulheres inquiridas, 39 referiram não ter efetuado sendo que 5 fizeram a limpeza intestinal com a ingestão de chá. Hoje, esta é uma prática não recomendada pela OMS, pois não há evidência dos benefícios da sua utilização.

Relativamente à posição adotada durante o período expulsivo, o presente estudo mostrou que 72.7% das inquiridas adotaram posição ginecológica e apenas 1.8% optou pela posição de joelhos. No estudo realizado por Colacioppo, Koiffman, Riesco, Schneck & Osava (2010, p.86) a posição de joelhos foi adotada por 10.6% das inquiridas bem como a posição ginecológica (referida como dorsal horizontal). Na década de 70, Verneau, (1971 p.85) referia que, após a rutura de membranas, a mulher deveria ser colocada na cama em posição obstétrica.

As diferentes posições de parto adotadas encontram-se documentadas no livro *Ajudar a Nascer de Carneiro* (2008, p.101) onde relata que, tradicionalmente, as posições adotadas para o período expulsivo eram a posição de joelhos, de cócoras, de pé, apoiada entre cadeiras, sentada na cama ou no bordo da cadeira. Naquela época as mulheres adotavam a posição de decúbito dorsal apenas para descanso.

Em relação à fonte de calor, Carneiro (2008) refere que maioritariamente era utilizada a lareira e a água quente. No presente estudo 41.8% das participantes referem ter utilizado o cobertor como a principal fonte de calor, enquanto a lareira foi utilizada como fonte de calor por 12.7% das mulheres.

O momento do parto era visto como um acontecimento que só as mulheres tinham direito a assistir e as pessoas presentes eram mulheres da família, amigas, vizinhas e a parteira (Gil, 1998). Também no presente estudo, se constatou que 89.1% dos partos tinham a assistência da parteira e apenas 7.3% a presença de um médico.

Após a expulsão do feto, procedia-se ao corte do cordão umbilical utilizando diversos objetos, nomeadamente cortantes (tesoura e

faca) em 54.5% dos partos e 45.5% referiu ter utilizado: tesoura e fio (16.4%), linha e faca (21.8%) e tesoura e linha (apenas 5,5%). De acordo com Nunes (1997, p.108-109) o corte do cordão umbilical era realizado recorrendo a várias estratégias que passavam por: rasgá-lo com as unhas ou cortá-lo com uma tesoura ou faca, sendo colocada cinza na extremidade do cordão umbilical. Verneau, (1971, p.169-170) referia que: *“Deve esperar 5 a 10 minutos, antes de ligar o cordão, pois não se deve ligá-lo enquanto tinha movimentos, porque a criança ganha com esta espera 80 gramas. Fazendo pressão sobre o cordão, isto é, apertando este entre os dedos e caminhando assim desde a parte que aparece na vulva até ao umbigo da criança, aumentar-lhe a quantidade de sangue. (...) Pode-se servir de fio de seda, de linho, ou cânhamo. Deve ter-se o maior cuidado em ferver bem, durante 20 minutos, o fio que vai ser empregado. Liga-se o cordão a cerca de 6 centímetros. Faz-se um nó simples podendo empregar-se, no entanto, um outro nó que não se desata. Evitar os nós complicados. Uma vez ligado o umbigo, corta-se com a tesoura fervida ou passada pela chama de álcool a 90º. Feito o corte, estanca-se o sangue e ver-se-á se a ligadura foi bem feita; para esse fim, aperta-se o cordão entre os dedos. No caso de sair algum sangue liga-se outra vez. (...) empregar um parche de álcool a 90º. Envolve-se o cordão com uma pasta de algodão embebida em álcool 90º e mantida por meio de gaze esterilizada. Deixa-se este parche durante 24 horas e podemos verificar que, decorrido este tempo o cordão está completamente seco. (...) O cordão é seccionado, raso, ao fim de dois dias, com tesoura em todo resistente. Esta secção faz-se sem perigo algum. Do 8º dia ao 10º dá-se a queda por necrose asséptica.”*

Na década de 50-60 do séc. XX, nas crianças nascidas em meio hospitalar, onde os bebés eram separados das mães para seu descanso, o risco de infeções nosocomiais e infeções cruzadas entre os lactentes aumentou acentuadamente o que condicionou a conduta do uso profilático de antissépticos/antimicrobianos tópicos, na tentativa de “esterilizar” o umbigo. Apesar da evolução e da evidência científica, algumas dessas práticas chegaram aos nossos dias, pois a utilização de soluções antissépticas para a limpeza do coto umbilical, como a iodopovidona, água estéril, álcool 70°C, clorhexidina continuaram a ser utilizadas (Branco, 2003). Atualmente a técnica do “limpo e seco” ou dry care (Awhonn, 2007 citado por Whitmore, 2010) é a técnica recomendada, desde que o RN se mantenha junto da mãe. Esta tendência recente nos cuidados ao coto umbilical - dry care - significa manter o cordão limpo e seco após o banho ou após limpeza parcial do local, sem aplicação de solutos por rotina. Esta técnica é atualmente apoiada pela Academia Americana de Pediatria, que recomenda que o coto umbilical deve ser mantido apenas limpo e seco após o nascimento (Bautista, Mantaring, Uy, Senen, 2010).

De acordo com as recomendações de Portugal, MS, DGS (2005), as parturientes devem usar roupa interior, nomeadamente, cuecas e soutiens de amamentação, camisas de dormir, robe e chinelos. No presente estudo, a maioria das mulheres, (81.8%),

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

usou camisa de dormir, no entanto 1.8% das mulheres usavam roupa branca e roupa larga.

A episiotomia foi relatada por 12.7% das inquiridas que referem ter sido submetidas a esta intervenção. Porém, no estudo realizado por Colacioppo et al. (2010,p.86) apenas 6.1% das inquiridas foram submetidas a episiotomia, e 59.1% das mulheres referiam lacerações no pós-parto enquanto no presente estudo apenas 3.6% referem este tipo de sequelas. Segundo Tornier cit in Verneau (1971, p.87) para evitar a rotura do períneo, é aconselhado fazer incisões nos lados da vulva ou na sua linha mediana.

No que diz respeito à prática da tricotomia, apenas 6 das mulheres inquiridas referiram tê-la realizado. Verneau (1971, p.84) afirmou que *"Será de toda a conveniência rapar os pêlos vulvares e limpar-se bem a vulva com gaze embebida em solução de sublimado."* Esta prática hoje não está de todo aconselhada pois a evidência científica demonstrou a sua inutilidade.

Relativamente à utilização de objetos sujeitos a um processo de *"limpeza/assepsia"*, 76.4% das inquiridas referem a sua utilização. Na década de 70, Verneau (1971, p.83) afirmava que as pinças e tesoura eram colocadas em álcool para desinfecção. Hoje os materiais são esterilizados ou de uso único/descartável. Das mulheres inquiridas, 40% afirmaram ter dado o primeiro banho ao recém-nascido após o seu nascimento. Verneut (1971, p.171) afirmava que quando a criança nascia precisava de um banho para a *"desembaraçar do involucre sebáceo mais ou menos abundante que lhe cobre o corpo"* e que se deve secar o corpo com um lençol aquecido. Este procedimento é também descrito por Nunes cit in Carneiro (2008,p.109) em que o banho ao bebé era dado logo a seguir ao parto e vestido com roupas próprias, cueiros, casaquinhos e camisinhas, e envolvido numa manta. Neste estudo, as roupas utilizadas predominantemente no recém-nascido foram: as fraldas de pano (78.2%) e fatinhos de bebé (56.4%). As menos utilizadas foram o casaco (3.6%) e o cobertor (2.0%).

A OMS cit in Garcia (2009) refere que a alimentação da mulher deve manter os padrões normais de diversificação quer antes quer após o parto. Os resultados deste estudo mostram que 81.8% das mulheres mantinham uma alimentação normal antes do parto embora após o parto apenas 16.4% o fizessem, pois 61.8% das mulheres alimentava-se com canja de galinha.

Nunes (1997, p.109) relativamente aos cuidados à puérpera referia que era comum lavarem-se 8 dias após o parto ou quando a hemorragia do parto terminava. Este facto foi também apurado nesta investigação, pois 10.9% das mulheres referiam ter tomado banho apenas passado 8 dias. Contudo, 40.0% das mulheres referiam ter-se banhado no dia seguinte ao parto.

Sobre as técnicas e procedimentos de assistência no parto no domicílio, na década em estudo, (40-60 do século XX), foram ainda descritas uma panóplia diversificada como se exemplifica em seguida.

De acordo com várias inquiridas durante o período de dilatação a parturiente era incentivada a *"puxar"* (a fazer força contraindo o

abdómen/períneo) para aumentar a dilatação da vagina. Para o efeito era dado a beber à mulher chá de *"anticão"* (centeio) para dar força. Hoje em dia tal facto não se verifica, pois a parturiente espera que a dilatação da vagina aconteça e, caso esta não dilate naturalmente, é administrada de forma controlada ocitocina para que a dilatação ocorra. Se depois de administrada a ocitocina, não se verificar evolução favorável da dilatação, a parturiente irá ser submetida a uma cesariana. (Lowdermilk & Perry, 2008). A fim de facilitar e promover a colaboração da mulher durante o trabalho de parto, a mulher grávida é ensinada a respirar de forma adequada. A técnica de respiração consiste, na inspiração pelo nariz e expiração pela boca, durante o período expulsivo. Atualmente ainda se encontra em vigor a respiração descrita no parágrafo acima, sendo esta executada sempre que ocorre uma contração. Atualmente é utilizado outro tipo de respiração designado como sopro, usado quando a parturiente sente a necessidade de *"puxar"* e no entanto ainda não o deve/pode fazer (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o período de dilatação e na presença de contrações, a parteira auxiliava, verbalmente, a parturiente na colocação dos joelhos junto ao tórax e, utilizava vaselina ou óleo da cozinha para ajudar durante a expulsão do feto, (Sic Inquiridas). Para aliviar as dores durante as contrações, eram colocadas toalhas quentes no abdómen. (Sic Inquiridas).

Para a remoção da placenta foram referidas pelas inquiridas as seguintes técnicas:

"Prenhava-se a ponta de um fio à placenta e outra ao Hallux. A parturiente levantava-se e debruçava-se sobre a cama. Ao mesmo tempo que puxava, soprava para dentro de uma garrafa de vidro." *"A parteira mandava a parturiente "puxar" ao mesmo tempo que esta se apoiava na barriga, carregando até ocorrer a expulsão da placenta."* (Sic Inquiridas).

Para alívio das dores, após a expulsão da placenta, era colocado um saco de água quente no abdómen ou era realizada massagem abdominal (Sic Inquiridas).

No período pós-parto, as mulheres colocavam ligaduras em torno do abdómen (enfaixamento), para que o útero *"não ficasse distendido"*. (Sic Inquiridas).

Nos dias de hoje para facilitar a remoção da placenta aplica-se uma ligeira tração no cordão umbilical e com a outra mão empurra-se o útero no sentido posterior. Quando a placenta começar a descer até à vagina deve-se extraí-la com suavidade de modo a evitar a retenção das membranas. Por fim deve-se efetuar a *"espremedura uterina"* que tem como objetivo retirar os coágulos existentes no interior do útero (Graça, 2005, p.322). Relativamente ao período pós-parto os cuidados com a puérpera são sobretudo verificar se existem perdas hemáticas significativas, ocorrência da primeira micção, bem como proceder à realização dos cuidados vulvo perineais (Graça, 2005). Hoje em dia, os cuidados vulvo perineais são prestados pelo enfermeiro/enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com recurso a técnica limpa e devem ser efetuadas nas primeiras 24 horas após o parto e sempre, após a puérpera

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

urinar ou defecar, com lavagem com água, seguida de secagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em suma, constatou-se que o local e o processo de vivência do parto sofreu várias alterações ao longo dos anos. O progresso tecnológico e científico e a institucionalização do parto foram importantes e uma mais-valia para assistência à gestante, parturiente, puérpera, casal grávidico e feto/recém-nascido em alternativa ao parto de alto risco no domicílio vivido no passado. Partilha-se com Crizóstomo et al (2007,p.103) a convicção de ser imprescindível que os profissionais de enfermagem reflitam sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, sobre as condições “mais humanas” e seguras para o nascimento de uma criança, implementando a melhor forma de atendimento à parturiente e à criança. Estamos conscientes de que as práticas utilizadas durante o parto e o nascimento afetam física e psicologicamente a mãe e o bebé.

Hoje em dia algumas mulheres procuram um parto não institucionalizado e, optam por ter o seu bebé em casa, um local privilegiado para o cuidar, podendo esta ser uma opção, apenas quando se trata de uma gravidez de baixo risco, mas sempre com o acompanhamento de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica ou por um médico obstetra.

CONCLUSÕES

Em Portugal, na década de 40-60 do século XX, a maioria dos partos era realizada no domicílio por parteiras locais, sem formação e com fracas condições sanitárias e de higiene, no entanto com uma reconhecida experiência e competência, desenvolvida ao longo dos tempos. Em 1971, Verneau com o lançamento do livro *Fecundação, Gravidez e Parto*, descreveu algumas técnicas e procedimentos que contribuíram para a melhoria dos cuidados ao parto no domicílio.

A evolução das técnicas de parto teve bastante influência nos dias de hoje, contribuindo para uma diminuição significativa das taxas de mortalidade perinatal e materna e para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à puérpera e ao recém-nascido.

Assim, hoje existem mulheres que cada vez mais procuram um parto não institucionalizado e, dependendo das suas preferências e circunstâncias, optam por ter o seu bebé em casa, um local privilegiado para o cuidar, naturalmente com recurso ao acompanhamento de uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica ou/e um médico obstetra. Este facto é reforçado por Jouhki & Boucher cit. in Sjöblom, Idvall, Lindgren & Nordic Homebirth Research Group (2014), que refere que as mulheres que escolhem o parto no domicílio desenvolvem a relação com a parteira durante a gravidez e esta é uma das razões mencionadas para optarem por este tipo de parto. Ter uma boa relação com a parteira é fundamental e determinante para uma experiência positiva do parto domiciliar, salientam McCrea & Wilde-Larsson cit in

Sjöblom et al (2014).

Entre as razões apontadas por Jouhki & Sjöblom & Boucher cit in Sjöblom et al, (2014) para a opção pelo parto domiciliar podemos destacar, a elevada autonomia referida pelas parturientes e a vivência do parto como um processo natural que possibilita a presença da família durante este momento único. De Vries & Folley & Blix cit in Sjöblom et al (2014) reforçam que o atendimento das parteiras no domicílio é dotado de certas qualidades e técnicas que não são encontradas em meio hospitalar.

Apesar das limitações que este estudo contém, designadamente um quadro teórico sustentado numa amostra integrativa de 8 estudos e um estudo empírico baseado numa amostra objetiva de 55 mulheres, o mesmo integra a versatilidade das duas metodologias e serve o propósito de aportar conhecimento confirmatório sobre a visão histórica do processo do parto no domicílio no nosso país, na primeira metade do século XX, referenciando algumas práticas obstétricas, confrontando-as com a atualidade.

Tendo em vista a tomada de decisão informada sobre o parto, a mulher deve receber informação completa, baseada na melhor evidência disponível relativamente aos cuidados que venham a ser prestados à sua pessoa e ao recém-nascido, de modo a poder fazer as suas escolhas de forma livre e responsável.

AGRADECIMENTOS

FCT, CIEC, Universidade do Minho, Portugal // CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu

Os autores deixam expresso o seu agradecimento aos Revisores da revista *Servir* que forma anónima com as suas críticas e sugestões muito contribuíram para a qualidade deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bautista, R. M. M., Mantaring, J. B., Uy, M. E. V., & Senen, K. A. A. (2010). *Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns*: Protocol. In The Cochrane Library, Issue 8: 1:8. DOI: 10.1002/14651858.CD008635

Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). Cuidados ao recém-nascido: Manual de consulta. Washington: *Save the Children Federation* Acedido em <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/CARE-OF-THE-NEWBORN-REFERENCE-MANUAL-PORT.PDF>

Branco, M. (2003). Cuidados com o cordão umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia* da S.P.P., 8(20), 7-10. Acedido em <http://docplayer.com.br/6035300-Boletim-informativo-da-seccao-de-neonatologia-da-s-p-p>.

Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação: Séculos XV-1974*. Porto: Editora da Universidade do Porto.

Carvalho, C., Sousa, C., Fontes, M., Ulisses, N., & Moreira, V.

PARTO NO DOMICÍLIO EM PORTUGAL: DAS VIVÊNCIAS DAS DÉCADAS DE 40 A 60 DO SÉCULO XX ÀS RECOMENDAÇÕES ATUAIS

- (2006). *O papel da doula na obstetrícia contemporânea*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 7, 19-21.
- Colacioppo, P. M., Koiffman, M. D., Riesco, M. L. G., Schneck, C. A. & Osava, R. H. (2010). *Parto domiciliar planejado: Resultados maternos e neonatais*. Revista de Enfermagem Referência, 3(2), 81-90. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400009&lng=pt&tlng=pt
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S. & Luz, M. H. B. (2007). *A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar*. Escola Anna Nery, 11(1), 98-104. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100014&lng=en&tlng=pt
- Cunha, M. (2013). Guião Entrevista: *Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX*. Não publicado.
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fernandes, J. D., Oliveira, Z. N. P., & Machado, M. C. R. (2011). *Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido*. Anais Brasileiros de Dermatologia, 86(1), 106. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>
- Fernandes, T. (2013). *Rotina desnecessária e perigosa*. Ciência Hoje On-line. Acedido em <http://cienciahoje.uol.com.br/especiais/por-um-parto-seguro/rotina-desnecessaria-e-perigosa>
- Ferreira, M., Rocha, A. M., & Monteiro, C. (2009). *Percepção e importância dos cuidados recebidos durante o trabalho de parto e parto*. Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 10, 12-15.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2015a). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal em Portugal*. Acedido em <http://www.pordata.pt/Home>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2015b). *Taxa de mortalidade materna em Portugal*. Acedido em <http://www.pordata.pt/Home>
- Garcia, M. T. G. (2009). *Maternidade segura*. Acedido em <http://www.abcdoparto.com.br/Assistencia/AssistenciaPartoNormal-OMS.html>
- Gil, J. M. (1998). *Dar sem (se) perder*. Análise psicológica, 16(3), 393-404.
- Graça, L. (2005). *Medicina materno-fetal* (3ªed.). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. (2010). *Medicina materno fetal* (4ªed.). Lisboa: Lidel.
- Henderson, J., & Petrou, S. (2008). *Economic implications of home births and birth centers: A structured review*. Birth, 35(2), 136-146. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2008.00227.x/epdf>
- Kukulu, K., & Öncel, S. (2006). *Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey*. Midwifery, 25(1), 32-38. Acedido em http://ac.els-cdn.com/S026661380700006X/1-s2.0-S026661380700006X-main.pdf?_tid=d088fcb2-e913-11e4-bb21-00000aabb0f6c&acdnt=1429723384_ce98b4dff1fb5b7a7cbd081052b3d751
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. (2007). *Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto*. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, 11(2), 331-336. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de século.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf
- Pedras, C. R. N. (2010). *Pudor e maternidade. Sinais Vitais*, 91, 46-49.
- Pimenta, D. G., Azevedo Cunha, M. A. B., Andrade Barbosa, T. L., Oliveira e Silva, C. S., & Mourão Xavier Gomes, L. (2013). *O parto realizado por parteiras: Uma revisão integrativa*. Enfermeria Global, 12(30), 482-493. Acedido em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2005). *A gravidez da adolescente*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-gravidez-da-adolescente-pdf.aspx>
- Rodrigues, M. A., Gomes, C., & Lopes, L. (2009). Documento ad usum et beneficium: *Fecundação, gravidez e parto*. Referência, 9(2), 79-84.
- Silva, T. M. C. (2012). *Assistência ao parto: Significado para as mulheres*. Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 12, 29-33.
- Sjöblom, I., Idvall, E. & Lindgren, H. (2014). *Creating a safe heaven: Women's experiences of the midwife's professional skills during planned home birth in four Nordic Countries*. Birth Issues in Peri-Natal Care, 41(1), 100-107.
- Verneau, C. H. (1971). *Fecundação, gravidez e parto*. Barcelos: Companhia Editora do Minho.
- Whitmore, J. M. (2010). *Newborn umbilical cord care: An evidence based quality improvement project* (Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects). Acedido em <http://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=dnp>