

**MARISA REGINATTO VIEIRA**

**RESGATE DAS PRÁTICAS DE PARTEIRAS LEIGAS:  
a humanização da atenção ao parto**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito final para a obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre**

**2004**

V658r Vieira, Marisa Reginatto  
Resgate das práticas de parteiras leigas: a humanização da  
atenção ao parto / Marisa Reginatto Vieira ; orient. Ana Lúcia  
de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2004.  
79 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso  
de Mestrado em Enfermagem, 2003.

1. Parteira leiga. 2. Parto. 3. Humanização do parto. 4.  
Enfermagem materno-infantil. 5. Prática de saúde pública. I.  
Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi. II. Título.

HLSN – 449  
NLM – WQ 160

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

*Em cada dia de nossas vidas há um novo começo,  
uma nova história, a oportunidade de conhecer  
mais sobre a vida e sobre nós mesmos.*

*(Autor desconhecido)*

*Meu respeito a todos os homens e mulheres que semelhante a Maria, Isabel e Ana se dispuseram a estar presentes no momento do parto de uma mulher e nascimento de seu filho, pelo prazer de participar da celebração da vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela minha saúde, de espírito e de corpo, indispensável para enfrentar qualquer desafio.

A minha orientadora e futura enfermeira obstétrica Professora Doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha pela sua dedicação, disponibilidade, incentivo, carinho, amizade e exemplo pessoal.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por me propiciar mais este aprendizado.

Às professoras doutoras Ida Haunss de Freitas Xavier, Olga Rosaria Eidt e Elisete Navas Sanches Próspero, componentes da Banca, pela valorização do tema escolhido, disponibilidade e carinho.

Às professoras Dulce Maria Rosa Gualda e Cleci Favaro e Gema Conte Piccinini pela disponibilidade e carinho, contribuições essenciais manifestadas na qualificação do projeto e no desenvolvimento deste estudo.

A todas as pessoas que fazem parte da minha História de Vida e que, à sua maneira especial, estão e estiveram comigo em todas as etapas a caminho do tão desejado título de Mestre na profissão de Enfermeira que tantas realizações têm me proporcionado e a promessa de seguir em frente. O meu Muito Obrigado e desejo de que Deus os abençoe e os ilumine sempre, todos os dias.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na linha histórica, que teve como objetivo conhecer as práticas de três parteiras leigas, atualmente moradoras na cidade de Porto Alegre e que atuaram nas décadas de 1960, 1970 e 1980, no interior do Rio Grande do Sul. Através da história oral temática, resgataram-se as ações que elas desenvolviam durante o acompanhamento de mulheres, na gestação, parto e puerpério. As informações foram obtidas através de entrevistas com as colaboradoras, e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática, de Bardin. Desta forma obteve-se dois grandes temas: o respeito ao processo fisiológico da mulher e a presença do doméstico. Buscou-se realizar uma reflexão das práticas obtidas com as parteiras leigas do estudo, em relação às propostas de humanização do parto e nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde, e observou-se que mesmo com aprendizado informal do ofício, as parteiras leigas utilizavam práticas em sua maioria consideradas adequadas. O resgate dessas práticas poderá servir de reflexão para os profissionais de saúde e os futuros, visando repensar seus momentos em relação à mulher e à questão da humanização.

**Descritores:** parteira leiga; parto; humanização do parto; enfermagem materno-infantil; prática de saúde pública.

**Linha de pesquisa:** Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva.

## RESUMEN

*Se trata de una investigación cualitativa en la línea histórica que ha tenido como objetivo conocer las prácticas de tres parteras tradicionales que actualmente viven en la ciudad de Porto Alegre y que, en las décadas de 1960, 1970 y 1980, actuaron en el interior del estado de Rio Grande do Sul. A través de la historia oral temática, se rescataron las acciones que ellas desarrollaban durante el acompañamiento de mujeres en la gestación, parto y puerperio. Las informaciones fueron obtenidas por medio de entrevistas a las colaboradoras y analizadas de acuerdo a la técnica de análisis de contenido temático, de Bardin. De esta manera se obtuvieron dos grandes temas: el respeto al proceso fisiológico de la mujer y la presencia de lo doméstico. Se procuró realizar una reflexión de las prácticas obtenidas con las parteras tradicionales del estudio, respecto a las propuestas de humanización del parto y nacimiento preconizadas por el Ministerio de la Salud, y se ha observado que, aun con el aprendizaje informal del oficio, las parteras tradicionales utilizaban prácticas en su mayoría consideradas adecuadas. El rescate de esas prácticas podrá servir de reflexión para los profesionales de salud, como así también para los futuros profesionales, con el objeto de repensar sus momentos en relación a la mujer y a la cuestión de la humanización del parto.*

**Descriptores:** *parteras tradicionales; parto; humanización del parto; enfermería maternoinfantil; práctica de salud pública.*

**Título:** *LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PARTO: el rescate de las prácticas de parteras tradicionales.*

## ABSTRACT

*This is a qualitative research of the historical kind that aimed to find out the practices of three midwives which live in Porto Alegre nowadays and that have worked during the decades of 1960, 1970 and 1980 at the interior of Rio Grande do Sul. Through thematic oral history, actions developed by them while attending women before, during and after birth were rescued. The data was collected by interviewing the collaborators, and was analyzed through Bardin's thematic content analysis technique. By doing so, two large themes were obtained: the respect to the women's physiological process and the domesticity presence. Further reflections about these midwives' practices were made, relating them to the propositions of the Health Ministry to humanize delivery and birth, and it was observed that despite of having only informal apprenticeship, the midwives' practices were mostly considered adequate. The rescue of these practices may be useful to health professionals of today and of the future to rethink their moments with the woman and about the humanization matter.*

**Descriptors:** *midwives; parturition; humanizing delivery; maternal-child nursing; public health practice.*

**Title:** *Humanization of childbirth attention: rescuing the midwives' practices.*



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	Erro! Indicador não definido.
2.1	O OFÍCIO DAS PARTEIRAS .....	Erro! Indicador não definido.
2.2	A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	Erro! Indicador não definido.
4.1	MÉTODO ESCOLHIDO .....	Erro! Indicador não definido.
4.2	TIPO DE ESTUDO .....	Erro! Indicador não definido.
4.3	LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
4.4	AS COLABORADORAS.....	Erro! Indicador não definido.
4.5	ESTRATÉGIAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS...	Erro! Indicador não definido.
4.6	OS ENCONTROS COM AS COLABORADORAS ....	Erro! Indicador não definido.
4.7	ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	Erro! Indicador não definido.
4.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	Erro! Indicador não definido.
4.9	APRESENTAÇÃO DAS COLABORADORAS .....	Erro! Indicador não definido.
<b>5</b>	<b>O RESGATE DAS PRÁTICAS DAS PARTEIRAS LEIGAS</b> ...	Erro! Indicador não definido.
5.1	O RESPEITO AO PROCESSO FISIOLÓGICO DA MULHER.	Erro! Indicador não definido.
5.1.1	O acompanhamento da mulher e do bebê .....	Erro! Indicador não definido.
5.1.2	Avaliação e observação da fisiologia do ciclo grávido-puerperal.....	<b>40</b>

5.2 A PRESENÇA DO DOMÉSTICO .....	Erro! Indicador não definido.
5.2.1 A parteira leiga: um recurso doméstico .....	Erro! Indicador não definido.
5.2.2 O uso de recursos domésticos nas práticas das parteiras leigas .....	Erro! Indicador não definido.
<b>6 HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO PROPOSTA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E AS PRÁTICAS DAS PARTEIRAS LEIGAS.....</b>	<b>Erro!</b> Indicador não definido.
6.1 AS PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS...	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
6.2 PRÁTICAS NÃO-RECOMENDADAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFRGS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO B - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE.....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Refletir acerca de um tema para desenvolver uma pesquisa de mestrado foi muito mais um momento de reflexão do que de decisão; a escolha pela área obstétrica pareceu-me óbvia pelo tempo de dedicação profissional que lhe despendi e nada mais justo prestar-lhe uma homenagem mediante o desenvolvimento de uma dissertação.

O meu envolvimento com a área materno-infantil vem desde quando era acadêmica de enfermagem e participei de eventos relacionados à área.

Logo após concluir o curso de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira de Santa Maria, fui convidada a integrar a equipe do Instituto de Saúde Reprodutiva de Santa Maria, idealizado pelo médico Ronald Perret Bossemeyer, figura respeitada e admirada no meio acadêmico e, segundo ele mesmo, um parteiro de Santa Maria. Soma-se a esta vocação de parteiro a defesa ferrenha ao direito do indivíduo e do casal em optar pela escolha do método para o seu planejamento familiar.

Para fazer parte deste grupo do Instituto freqüentei, em 1986, em Campinas, São Paulo, um Curso de Especialização para Enfermeiros em Planejamento Familiar. De posse de novos conhecimentos e de volta a Santa Maria, passei a ministrar palestras informativas e educativas sobre anatomia e fisiologia reprodutiva e consulta de enfermagem com indicação de acompanhamento de métodos anticoncepcionais, atividades desenvolvidas tanto no próprio Instituto quanto em empresas, escolas e comunidades em geral.

A área de atuação desse Instituto compreendia a cidade de Santa Maria e demais cidades da região central do Estado, organizando, com frequência, curso de atualização, eventos de reciclagem e jornadas.

Eram atividades destacadas e reconhecidas, por se tratar de pioneirismo e referência, ou seja, enfermeiras atuando na área de saúde reprodutiva sob os auspícios e respaldo de um Instituto ligado à Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar.

Os quatro anos em que estive envolvida nesta atuação tornaram-se um marco não só na minha vida profissional, mas também para a afirmação de valores pessoais, contribuindo, assim, para a formação da minha personalidade.

Naquela mesma ocasião passei a acompanhar um grupo de obstetras no atendimento ao parto por diversos hospitais de Santa Maria, convivendo com gestantes que procuravam os hospitais para terem seus filhos. No início, observava a avaliação obstétrica, o encaminhamento, o parto. Automaticamente, passei a visitá-las no pós-parto, dando orientações sobre puerpério e incluindo cuidados com o recém-nascido.

Todo este processo de parturição acontecia no ambiente hospitalar, onde tive os primeiros contatos com modelos de atenção à mulher e ao bebê. O tempo passado no acompanhamento do trabalho de parto, na sala de parto, independente do horário e do número de horas ali despendido, aguçavam minha sede de aprendizado. Lembro de estar atenta à conduta de cada profissional, e às diferentes rotinas dos serviços que essas mulheres procuravam. Observava as maneiras com que parteiras, as irmãs de caridade e os obstetras atendiam cada uma delas. Uma dessas irmãs de caridade era enfermeira, de quem guardo ensinamentos preciosos,

como a certeza de fidedignidade ao executar a técnica de ausculta de batimentos cardíaco-fetais com estetoscópio de Pinard.

Como aprendiz, atuava neste cenário contando com a bagagem pessoal, intuitiva e acadêmica, de modo interessado. Acompanhava e aprendia nos momentos em que presenciava partos e nascimentos; permanecia com as mulheres desde o momento da chegada ao hospital até a alta.

Não percebia distinção dos profissionais que atuavam neste cenário pela minha formação acadêmica de enfermeira e da condição de generalista. Sentia-me reconhecida pelos profissionais e pelas mulheres atendidas, porém, queria poder atuar mais ativamente na atenção ao parto, e procurei um curso de especialização em enfermagem obstétrica.

Candidatei-me a uma vaga no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1991 incentivada pelas pessoas com as quais vivi e convivi enquanto estive em Santa Maria. Após ser aprovada, mudei-me para Porto Alegre. Trouxe minha bagagem de conhecimentos prévios, bastante aumentada pelas últimas experiências vividas. Mas, o cenário era outro.

Necessária e inevitavelmente comecei a fazer comparações com quase tudo o que vivi anteriormente. Ainda era a década de 1990, século XX, e o Estado era o do Rio Grande do Sul, mas a distância de Santa Maria para a capital, parecia ser maior que a real, tanto em quilômetros quanto em condutas.

Enfrentei um outro contexto onde percebia dificuldades na atuação da enfermeira no mercado de trabalho. Inicialmente, pela rejeição à pretensa atuação da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto. Não entendia o porquê desta resistência e estranheza por parte da equipe médica, e não raro, também, por outros

membros da equipe de enfermagem, quando uma enfermeira participava de um parto. Não compreendia o descaso dos profissionais de saúde com os cuidados de enfermagem que eu oferecia na função de aprendiz de enfermeira obstétrica.

Contudo, o desânimo não me abateu. Iniciei minha prática de enfermeira obstétrica conhecendo e convivendo com pessoas direta ou indiretamente envolvidas com a área, com vocações semelhantes e também incentivadoras de sua trajetória.

Acredito, também, que minha vocação está relacionada à herança familiar: tia Helena, figura leiga sempre presente nos eventos obstétricos da família, além do legado passado por sua avó paterna e sua bisavó materna, vó Marieta.

Vó Marieta, imigrante italiana vinda de Pádova, sabida e reconhecida parteira na região de Silveira Martins, distrito da Quarta Colônia de imigração italiana, localizado há vinte quilômetros de Santa Maria.

Saber da presença tão forte de parteiras na família me incentivou e me encorajou, mais ainda, a fazer essa escolha, sentindo necessidade de participar cada vez mais em todas as atividades que envolvem a enfermagem obstétrica. Esse sentimento foi compartilhado com um grupo de colegas, da especialização, com as quais iniciei as atividades na Maternidade do Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre, compondo uma equipe de atendimento à gestante e parturiente naquele local. Creio ter criado, a partir de então, um vínculo afetivo e profissional que permanece até hoje, embora tenha atuado naquela instituição até o ano de 2001, na função de enfermeira obstétrica.

Atualmente atuo de modo esporádico na função de enfermeira obstétrica. Continuo exercendo atividades na área da mulher na qualidade de docente em instituições de ensino superior, sentindo-me responsável e contribuindo para a

formação de profissionais que prestam atendimento às mulheres, preocupada com a humanização de um momento essencial na vida delas: a parturição.

Ao trilhar estes caminhos, certa da responsabilidade e satisfação que tenho em atender a mulher, especialmente no seu ciclo gravídico-puerperal, cada vez mais me preocupo com os espaços ocupados pelas enfermeiras obstétricas no Rio Grande do Sul. Acredito que, pelo meu conhecimento e capacidade de relacionamento, posso prestar um atendimento às mulheres de forma menos intervencionista e mais humanizada. Julgo importante resgatar as práticas das parteiras leigas para buscar subsídios para a humanização, num momento em que há interesse renovado em humanizar o parto e o nascimento.

Atuando há doze anos ativamente na área obstétrica, com titulação específica, prática na área e investimentos feitos (participação em eventos, órgãos de classe, entre outros) deparo com realidades motivadoras que justificam a realização deste estudo, assim expressas:

Dificuldade, cada vez maior, enfrentada pelas enfermeiras obstétricas que pretendem participar de forma mais efetiva da equipe que atende a mulher durante o ciclo grávido-puerperal motivada pela falta de permissão para ocuparem um espaço que lhes é garantido pela legislação, conforme previsto no Art. 8º e 9º Decreto Nº 94.406, de 8 de junho de 1987 (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 1999).

Atualmente, o Rio Grande do Sul conta com um número significativo de enfermeiras obstétricas, espalhadas por diversas regiões do Estado, que podem ser facilmente localizadas em atividades relacionadas à saúde da mulher, contudo, enfrentam barreiras para atendê-la também no momento do parto e nascimento do filho.

Para a Organização Mundial da Saúde (1996), o prestador do serviço de parto tem o mesmo significado de parteiro ou parteira, ou seja: significa aquele ou aquela que assiste ao parto, independente de sua formação.

Visualiza-se, então, a intenção explícita do profissional enfermeiro em participar cada vez mais da equipe de prestadores de serviço no parto normal, evidenciada pela enorme procura de cursos de especialização nesta área. Mas, no momento da busca, depara-se com o impedimento para aprender seu ofício. Os espaços criados em instituições de saúde para a fundamentação prática dos cursos ficam reduzidos, porque se criou, ao longo das últimas décadas, a idéia de que o parto é função médica e só deve ser atendido por ele.

Pelas características do enfermeiro, inclusive pelo tempo que passa ao lado dos pacientes ou dentro de instituições de saúde, onde hoje a maioria dos partos acontecem, este profissional se considera apto a exercer o atendimento à mulher também na realização de seu parto, até porque neste ambiente seria possível contar com a intervenção médica nos casos de complicações, quando essa intervenção fosse imprescindível, favorecendo-se o cuidado à mulher com uma equipe de profissionais.

O modelo atual imposto, de parto embasado na tecnologia, dá ênfase à hospitalização e aos procedimentos cirúrgicos, por exemplo, ao mesmo tempo em que se desconsidera o parto doméstico.

Osava (1997) relata que, no parto doméstico as relações entre médicos e mulheres, que vão dar a luz, se estabeleciam em níveis idênticos. Para esta autora a realização dos partos nos hospitais, retirou da mulher os direitos que lhe eram assegurados pela natureza, de parir seu filho e ficar perto dele.



A imposição de regras, comuns em instituições de saúde, transformou a cena da parturição: a mulher deixa de ser a atriz principal para se tornar mera coadjuvante. Em consequência, os profissionais da saúde passaram a ter o controle da situação, repassando a outros este aprendizado, e o modelo atual é, portanto, marcado por uma reprodução tecnicista do atendimento.

O relato de atuação das parteiras leigas, sem educação formal, mas reconhecidas pela população que nelas apostavam como referência para seu atendimento.

Conforme as características regionais do Brasil, é possível se perceber a presença da atividade da parteira leiga na atenção à mulher e ao seu filho. Com a institucionalização do parto, no estado do Rio Grande do Sul, esta atividade perdeu suas origens, permanecendo, hoje, somente na lembrança da população, inclusive considerando normal que os partos fossem realizados por parteiras, pois não associavam esta atividade a outra categoria.

A preocupação de alguns órgãos governamentais e não-governamentais que buscam práticas humanizadas na atenção ao parto e ao nascimento. São exemplos destes os Programas de Saúde do Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA).

Tomar conhecimento das práticas e condutas empregadas pelas parteiras leigas, através de suas histórias de vida pareceu ser oportuno ao refletir sobre a humanização do parto e do nascimento e, talvez, contribua para a revisão do modelo de atendimento ao parto.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O OFÍCIO DAS PARTEIRAS

Segundo Largura (1998), a função da parteira é tão antiga quanto a própria humanidade. Largura (1998, p. 80-81) refere que:

A imagem da parteira é sempre ambígua, tenhamos por ela simpatia ou antipatia, facilmente ocorrem exemplos que a valorizam e que a condenem [...] é assim porque a parteira se encontra em uma encruzilhada onde a vida e a morte podem estar presentes.

Conforme Brandão (1998), na passagem do século XIX para o século XX, muitas transformações aconteceram, mas um tipo de ofício permaneceu, o de parteira. Para a autora este ofício era exercido pela mulher, sem remuneração adequada ou horários definidos e sem um mínimo de preparo científico. Quem contava e atuava como parteira só o fazia pelo que via, ouvia, sentia e tocava: competindo a mulher partejar.

Na qualidade de parteira, os portadores de certificado de parteira, conferido por escola oficial ou reconhecida pelo Governo Federal, contam nos termos da Lei 775, de agosto de 1949.

A legislação brasileira reconhece o ofício da parteira, Lei nº 2 604/55, de 17 de setembro de 1955 quando regula suas atividades. Neste mesmo documento e artigo reconhece parteiras práticas, portadoras de certidão de inscrição conferida após o exame de que trata o Decreto-Lei nº 8 778, de 22 de janeiro de 1946. Neste

momento houve na história da parturição a inclusão oficial da atividade da parteira leiga, porém esta inclusão estava condicionada a um processo de exame.

Para a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), parteira leiga é todo pessoal auxiliar que, com ou sem treinamento específico, atua em comunidades atendendo a parturientes. Para Ferreira (1993, p. 484), parteira “é a mulher que assiste ou socorre as parturientes” (PARTEIRA, 1993, p. 484), e leigo “é aquele que é estranho ou alheio a um assunto” (LEIGO, 1993, p.389).

As terminologias empregadas para designar as parteiras leigas são várias, entre elas, parteira-tradicional e curiosa. Estas terminologias remetem, com frequência ao seu nível educacional, que parece ser insignificante para o mundo acadêmico para que executem as ações necessárias à parturição.

O aprendizado das parteiras leigas era, desde a sua origem, caracterizado pelo empirismo, passava de gerações a gerações dentro de uma mesma família. Cavalcanti, citado por Bessa (1999), ressalta que parteiras leigas eram mulheres que tiveram seu aprendizado e função a partir de um saber empírico, e geralmente transmitido por um familiar ou vizinho. A prática era condicionada por fatores culturais e precisamente essa identificação cultural, freqüentemente, faz com que muitas mulheres, especialmente em áreas rurais, prefiram ser atendidas por parteiras no momento do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Para Riesco, citada por Costa, (2002, p. 6)

a progressiva exclusão da parteira da assistência obstétrica tem raízes conhecidas, ligadas à história da medicina, à evolução da profissão de enfermagem, às transformações no sistema de saúde e modelos assistenciais e à situação da mulher na família, no trabalho e em todas as relações onde o gênero revela sua força social.

Entretanto, conforme Largura (1998), no Brasil, hoje, o número de parteiras é incontável. E pelas diferentes características regionais, se tem notícias da atuação de parteiras leigas, de forma preservada, velada ou extinta.

No Rio Grande do Sul, é fácil localizar mulheres que até pouco tempo atuavam como parteiras leigas, não só em partos domiciliares. Quando houve a transferência do parto para o hospital elas também foram aproveitadas neste ambiente.

Pela mudança de paradigma em relação ao parto, gerada pela intervenção tecnológica, condutas normativas e pela profissionalização de quem atendia a mulher, atualmente, as parteiras leigas estão fora de atividade e, conseqüentemente, guardam consigo sua bagagem de conhecimentos.

O relatório do Ministério da Saúde, sobre partos domiciliares notificados ao Sistema Único de Saúde entre 1995/1999 (BRASIL, 2001), confirma esta expectativa, uma vez que cabe à região Sul um decréscimo estatístico significativo em relação ao número de partos domiciliares atendidos por parteiras leigas ou enfermeiras obstétricas, passando de 4.791 partos em 1995 para 7 em 1999.

Assim, acredita-se que o conhecimento de histórias e do contexto sociocultural das parteiras leigas permite refletir sobre um atendimento mais efetivo às mulheres no momento do parto e nascimento de seus filhos.

## 2.2 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

As transformações sofridas no atendimento ao parto e ao nascimento, em um curto espaço de tempo, podem ser consideradas críticas, especialmente no que diz respeito à atenção individualizada dada a cada mulher.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 9), em material que objetiva disseminar conceitos e práticas para a humanização da assistência ao parto, aborto e puerpério, há preocupação ao constatar que “os estudantes são treinados para adotar ‘práticas rotineiras’ como numa linha de produção, sem a avaliação crítica caso a caso. Disto decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas”.

E, assim como Weissheimer (2002, p. 78), entende-se que as ações intervencionistas e medicalizadas

se referem à manipulação excessiva e desnecessária do corpo da mulher, uma vez que a medicina e as demais profissões da área da saúde têm o poder de transformar alguns eventos fisiológicos em doença. [...] O parto se torna um evento medicalizado através do uso abusivo de medicações para indução do trabalho de parto, realização rotineira e indiscriminada de tricotomia, enema, episiotomia e amniotomia, entre outros procedimentos. Além disso, o parto torna-se medicalizado ao ser realizado em ambiente restrito e sem acesso aos familiares da parturiente, sendo exigido seu isolamento por horas intermináveis para todos, família e mulher.

Na prática obstétrica atual, é possível perceber alguns movimentos em torno da retomada do atendimento considerado humanizado. Conforme Jones (2002), a humanização do parto ocorre mediante a colocação da mulher no papel central deste evento, não existe humanização com mulheres sem voz e inconscientes de seu valor e autonomia. Para este autor, o profissional que atende ao parto torna-se

humanista, quando tem a capacidade de estimular a participação, o envolvimento efetivo e a condução deste processo a quem de direito: a mãe. Mais do que qualquer ato, é preciso ter clareza do conceito de atendimento humanizado, o que requer do profissional empatia pela mulher no momento que a atende e ofereça o cuidado que gostaria lhe fosse prestado na mesma situação.

Ao finalizar esta etapa de revisão, convém destacar a afirmação de Costa (2002, p. 104)

Há uma proximidade enorme entre o conceito de humanização do parto atualmente, e os conceitos sobre o cuidado, estando esse vinculado a uma cultura feminina [...], inserindo o cuidado no espaço privado doméstico e desvalorizado. Entretanto, apesar das parteiras realizarem cuidados muito “femininos” e domésticos quando realizavam partos domiciliares, o reconhecimento por parte da comunidade era maior, bem como a autonomia e o nível de decisão sobre o que fazer durante os partos [...].

Assim, ao resgatar as práticas das parteiras leigas pode-se encontrar o caminho para melhorar o atendimento do parto e do nascimento.

### **3 OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivo conhecer as práticas que as parteiras leigas realizavam durante o acompanhamento das mulheres no parto e no nascimento. Pretende-se, ainda, realizar uma reflexão sobre as práticas que podem contribuir para a humanização do parto e do nascimento nas instituições hospitalares.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 MÉTODO ESCOLHIDO

O estudo adotou o método de pesquisa qualitativa, por basear-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis somente através da descrição da experiência humana, conforme ela é vivida e como é definida por seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1995). Para Leininger (1995, p. 2), “os métodos qualitativos dão uma nova perspectiva na descoberta de realidades e verdades extremamente cobertas, sutis e subjetivas da saúde dos indivíduos tanto em instituições de saúde como ambientes comunitários”.

### 4.2 TIPO DE ESTUDO

Optou-se por um estudo de caso na linha histórica, por ser um estudo descritivo que considera como objetivo, a partir de uma totalidade sintética que é o discurso específico de um indivíduo, reconstruir uma experiência humana vivida em grupo e de tendência universal (TRIVIÑOS, 1987).

Para Goldim (2000, p. 64), “o estudo de caso visa realizar a comparação entre as características de alguns poucos indivíduos, considerando-os, cada um deles, como unidades do estudo”.



No desenvolvimento deste estudo, de caráter histórico e com abordagem qualitativa, apoiou-se na história oral temática, recurso para que se elabore documentos, arquivamento e estudos referentes à vida das pessoas. Por partir de um assunto específico preestabelecido se compromete em esclarecer ou ouvir a opinião do entrevistado a respeito de um evento definido (MEIHY, 1996).

Para Meihy (1996), a história oral pode, certamente, ser um meio de transformar tanto o conteúdo quanto a finalidade da história e revelar novos campos de investigação; pode derrubar barreiras que existam entre professores e alunos, entre gerações, entre instituições educacionais e o mundo exterior, e na produção da história.

Meihy (1996) afirma que a história oral de vida é muito mais subjetiva, ao contrário da história oral temática que apresenta objetividade direta, se adequando melhor ao propósito deste estudo. A junção do tema deste estudo, práticas de parteiras leigas, com a técnica de história oral temática está apoiada em Thompson (1992, capa) quando diz: “a história oral pode devolver às pessoas que vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras”.

### **4.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO**

Ao desejar conhecer a história de vida de parteiras leigas, obteve-se muitas indicações da existência delas, mediante informações por parte de colegas e conhecidos, em diversas regiões, tanto em Porto Alegre quanto fora da capital.

A partir do projeto, definiu-se que o estudo seria desenvolvido em Porto Alegre. A indicação do local, onde residiam as parteiras leigas, surgiu de uma docente do Núcleo de Pesquisas pertencente ao Núcleo de Estudos Culturais e Sociais do Cuidado em Saúde, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esta docente mantém atividades de graduação e de extensão na Vila Cruzeiro, zona sul de Porto Alegre, facilitando o ingresso no campo de estudo.

A Vila Cruzeiro é uma região povoada, na sua grande maioria, por pessoas vindas do interior do Estado. Antes de migrarem para Porto Alegre, essas pessoas viviam em lugares, zonas rurais, onde eram comuns as dificuldades em relação ao acesso à hospitais devido à distância de centros urbanos ou mesmo pela inexistência deste tipo de atendimento, desta forma era também comum que as pessoas se ajudassem, prestando espontaneamente e constantemente solidariedade umas as outras. Portanto, era possível que houvesse, na Vila Cruzeiro, mulheres que tivessem sido parteiras leigas, com histórias de vida para contar. Assim, fez-se o primeiro contato, obtendo-se boa acolhida e acessibilidade por parte das futuras colaboradoras deste estudo.

#### **4.4 AS COLABORADORAS**

As parteiras leigas ouvidas são aqui, denominadas colaboradoras, termo utilizado na história oral moderna.

Colaborador é um termo importante para definir o relacionamento entre entrevistador e entrevistado. Para Meihy (1996) seu uso é fundamental, até porque estabelece

uma relação de afinidade entre as duas partes. Foram escolhidas três colaboradoras parteiras leigas, entrevistadas no período de junho a setembro de 2003.

Estas parteiras leigas, moradoras de Porto Alegre atenderam parturientes nas décadas de 1960, 1970 e 1980, épocas em que, em todo o Brasil, ocorreram mudanças que transferiram o parto do ambiente domiciliar para o hospitalar, coincidindo com o “boom” das escolas médicas (OSAVA, 1999).

#### **4.5 ESTRATÉGIAS PARA OBTENÇÃO DOS DADOS**

Seguiu-se um roteiro para as entrevistas, as quais foram gravadas (Apêndice A), já que a história oral temática tem por base o depoimento gravado. Durante as entrevistas, optou-se pelo uso de questionário pré-elaborado para guiar estes encontros, focalizando, sempre, a temática relacionada aos objetivos do estudo. O uso do questionário, segundo Meihy (1996), neste tipo de técnica, torna-se peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados.

Para atender ao propósito da pesquisa, optou-se, inicialmente, pela escolha de três parteiras leigas, contudo, tendo-se se necessário, condições de ampliar o número de participantes pela existência e facilidade de localização de outras tantas. Definidas as colaboradoras, no primeiro encontro todas foram informadas sobre a voluntariedade de sua participação, incluindo a assinatura do termo de consentimento (Apêndice B) e sobre o uso de pseudônimos para garantir-lhes o anonimato.

O contato com a primeira colaboradora, Maria, foi rápido e fácil, pois ela foi localizada por intermédio de uma líder comunitária. Também por meio dessa líder comunitária, chegou-se até uma Organização Não-Governamental (ONG), que tem como coordenadora uma voluntária em atividades comunitárias. Semelhante ao que aconteceu com as demais pessoas, de imediato essa voluntária compreendeu e abraçou a proposta da pesquisa, passando a ser figura indispensável para o estudo, pois apresentou Isabel e Ana, segunda e terceira colaboradoras.

A idéia de concentrar os encontros na ONG, sugerida por sua coordenadora, foi imediatamente aceita por facilitar a realização das entrevistas e não interferir no andamento de outras atividades domésticas das colaboradoras. Contudo, alguns encontros foram realizados na casa da parteira leiga, visto que ela não poderia se ausentar e já nestes momentos foi possível de se observar a naturalidade com que essas mulheres circulavam na Vila e eram imediatamente solicitadas e saudadas pela população; por várias vezes observou-se que preocupavam-se com o estado de saúde dos moradores a ponto de passar em frente as casas e de imediato indagarem, por exemplo, sobre retorno de hospitais, melhora de enfermidades, chegada da maternidade, entre outros. A receptividade neste momento foi a maior possível.

A coordenadora da ONG, ao indicar os nomes das prováveis colaboradoras, por parte da coordenadora da ONG, lembrou de um encontro ocorrido no Dia Internacional da Mulher (8 de março). Momento em que algumas das participantes, entre elas as colaboradoras deste estudo, relataram sua atividade de parteiras leigas em algum momento de suas vidas, pois, conforme a coordenadora, era comum, à todas as mulheres de origem interiorana, aprenderem o ofício de parteiras e,

posteriormente, quando vieram para a capital, continuaram com a atividade por algum tempo.

#### **4.6 OS ENCONTROS COM AS COLABORADORAS**

Ao conhecer cada uma das três parteiras leigas obteve-se impressões semelhantes e divergentes com cada uma delas. A primeira impressão, inclusive prevista anteriormente, foi quanto à aceitação ou reconhecimento que tinham em relação à denominação parteiras leigas.

Embora indicadas por moradores da Vila em que moram, esperava-se que ficassem surpresas com a titulação que eles lhes davam, e foi o que aconteceu. Misturavam-se manifestações de dúvida e orgulho por serem procuradas para o estudo e indicadas pela comunidade sob esta denominação.

Imediatamente, relatavam que nunca tiveram estudo para fundamentar sua atuação, mas, também de imediato, iam relatando como e quando começaram a atuar e com quem apreenderam.

Ao saber da formação profissional da pesquisadora, justificavam, inicialmente, cada etapa dos seus relatos, como quem espera aprovação ou crítica. Mas, ao longo da conversa, transformou-se numa única questão: a da comparação! Contavam, por exemplo, qual o destino que era dado à placenta após os partos domiciliares que atendiam, e logo perguntavam o que se faz, hoje, com a placenta, dentro de um hospital, onde os profissionais atendem, ou seja, ensinavam como fazer e aprendiam como se faz, mesmo que, hoje, longe da atividade.

Ao longo da coleta de dados foi possível não só participar como pesquisadora, mas, automaticamente, estar envolvida como voluntária devido à carência do contexto onde vivem as parteiras leigas; portanto, todos os momentos das entrevistas transformaram-se em momentos de atuação (participando de visitas domiciliares, de chás beneficentes, de recreação infantil e outras), mas curiosamente, as solicitações partiam da comunidade, priorizada a intenção da pesquisa, comprovando, assim, o envolvimento dela no estudo.

#### **4.7 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS**

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, conforme Bardin (1977) porque através desta modalidade, é possível obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção das mensagens. Através das gravações em fitas K-7 foram registradas as falas das parteiras leigas. Após as entrevistas, fez-se a transcrição do material; a seguir, realizou-se a leitura exaustiva das falas para extrair, inicialmente, as unidades de registro e, então, as categorias temáticas. Finalizando-se a análise, dois grandes temas mereceram destaque: o respeito ao processo fisiológico da mulher e a presença do doméstico.

#### **4.8 ASPECTOS ÉTICOS**

Às colaboradoras da pesquisa foi esclarecido o caráter voluntário de sua participação, não havendo riscos ou obrigações, sendo-lhes fornecido um Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice B) que, após lido e assinado em conjunto, foi-lhes entregue uma via para sua guarda e posse.

Foram respeitados os aspectos éticos cabíveis para este tipo de pesquisa. O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado por Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Anexos A e B).

A fim de preservar o anonimato das colaboradoras, foram-lhe conferidos nomes femininos comuns, de maneira aleatória.

#### **4.9 APRESENTAÇÃO DAS COLABORADORAS**

Maria, 59 anos, alfabetizada, casada pela segunda vez, natural de São Borja, mora na Vila Cruzeiro há quinze anos. Mãe de nove filhos, um filho nascido em casa e oito em hospitais, todos de parto normal.

Exerce, atualmente, atividades de cuidadora do lar e também de catadora de papel. Atuou como parteira leiga nas décadas de oitenta-noventa na sua cidade natal, tendo atendido o seu primeiro parto em uma festa de família, quando uma cunhada entrou em trabalho de parto. Na impossibilidade de deslocamento para um hospital e pela falta de pessoa habilitada próxima ou nas redondezas, e também como dito por ela, por que:

*a criança ia nascer.*

Relata que, ao final do procedimento, ao ser indagada pela cunhada sobre como sabia proceder daquela forma, lembrou-se das vezes em que acompanhou sua avó durante os partos e as lições que havia aprendido naqueles momentos.

Mesmo com receio, mas de maneira inevitável, passou, a partir daí, a ser chamada a atender outras e outras mulheres.

*Sou uma pessoa assim: eu acho que eu atendia os partos porque era considerada uma mãe, eu já era bem dos meus, então o que custava fazer aquilo pra uma mãe que ia dar à luz! Eu tinha amor de fazer!*

Lembra também que ensinada pela avó cuidava da mulher durante o parto, estendendo este cuidado ao filho da mulher. Mais adiante, na sua função, atendia as mulheres ao longo de toda a gestação. Desempenhou a atividade de parteira leiga mesmo quando se mudou para a capital.

Em Porto Alegre, para sua surpresa, por se tratar de um centro urbano com vários hospitais, se viu mais uma vez diante de uma situação de parto iminente, motivada pelas atuações anteriores:

*pelo gosto do que fazia.*

Maria atendeu a mulher e a criança, agora se preocupando em encaminhá-la imediatamente a um hospital. Demonstra satisfação ao lembrar da constatação por parte do atendimento médico, de que nada mais teria que ser feito fora do local do nascimento, pois havia atendido de forma correta e eficaz.

Manteve-se na atividade até meados dos anos 1990, e relata que finalizou sua função de parteira leiga por motivos de incidência de gestações complicadas nas mulheres, evoluindo para partos prematuros, e a descrença de gestantes pela



função das parteiras. Contudo, passou a ser mais solicitada no aconselhamento de gestantes, promovendo orientações e cuidados do tipo: avaliação da posição fetal, inclusive com aplicação manobras para reverter posições desfavoráveis e que provocavam desconforto nas mulheres; identificação de patologias gestacionais como hipertensão arterial, caracterizada por edema, obesidade e cefaléia, entre outros sintomas.

Acredita que a procura das mulheres por suas orientações está relacionada ao tipo de atendimento prestado hoje em dia:

*sou procurada pelo seguinte: muitas doutoras no hospital não faz isso tudo que eu faço massagem para arrumar a posição do nenê, por exemplo; vão lá olham e dizem:ta bem, ta bem...mas não sabem o que é uma dor nas cadeiras.Claro as cadeiras da mulher tão se abrindo, né! Porque uma mulher quando vai ganhar o nenê, abre tudo as cadeiras e fica com aquela dor atravessada, e é dorzinha enjoada, né!?*

Isabel, 61 anos, viúva, alfabetizada, natural de Pantano Grande (5º distrito de Rio Pardo), mora na Vila Cruzeiro há 22 anos e está em Porto Alegre há 28 anos. Exerce, hoje, atividade do lar e comunitária. Mãe de doze filhos, 11 nascidos de parto normal e um por cesariana.

Conta que se iniciou como parteira leiga por volta dos 22 anos de idade, no interior onde morava, tendo sido pega de surpresa:

*eu fui obrigada a atender né, não tinha quem fizesse!*

O parto que ela teve que atender era de sua sogra (ambas tem filhos da mesma idade); relata que com a sogra aprendeu a cortar e curar umbigo, dar banho em recém-nascido... desde então até a sua mudança para a capital:

*todo mundo que precisava que fosse ter nenê a gente ia, eu fazia aquele serviço, né!*

Isabel conta que para as pessoas que moravam no interior, era impossível não atenderem a um parto, pelo menos, pelas dificuldades provocadas pela distância de centros urbanos.

*Era obrigada a fazer aquilo né. Eu fazia sozinha: minha mãe tinha medo, ela fazia uma gritaria e não chegava perto..., mas a pessoa vence o medo.*

Isabel refere-se, nas suas falas, aos cuidados no parto, puerpério e ao atendimento ao recém-nascido. Tão logo foi apresentada à pesquisadora como parteira, fez questão de deixar claro que nunca se considerou como tal:

*eu fui parteira daquelas feita a machado, né!*

Já, no primeiro encontro, Isabel demonstrou disponibilidade para tratar do assunto, entretanto com timidez e recato próprios.

Ainda no primeiro encontro, passou a contar com detalhes as atividades prestadas enquanto parteira leiga, em relação ao atendimento às mulheres e aos seus filhos. Justifica o fato de ser procurada pelas mulheres em função de umas passarem para as outras as informações sobre seu atendimento. Diz Isabel:

*chamavam, chamavam...teve uma tia que comigo ganhou cinco.*

Reclamava quando, inicialmente, era chamada de vó, titulação que não trazia nenhuma satisfação, mas confirma que este era o adjetivo atribuído às mulheres que desempenhavam a função de parteira.

Emociona-se durante os seus relatos, ao abordar o momento do parto e do nascimento:

*adorava o parto, achava lindo!!! pra mim era lindo e quando eu via assim, eu sentia, eu notava sabe, não sei se era aquele dom que eu tinha, sabe, que a criança já vinha, já tava no nascedouro pra nascer... aí então eu achava lindíssimo o nascimento; agora eu tenho medo, né! com a ciência adiantada do jeito que tá, né, se tu vai atender uma pessoa, e se acontece qualquer coisa, não conhece... mas se vim, que eu vejo que a criança tá nascendo, eu ajudo, né. Um aqui que eu assisti, só um, parto que o nenê nasceu morto, que era um feto, mas de quase sete meses; que eu poderia ter atendido tudo, mas fiquei com medo porque eu não conhecia a família.*

Nesses momentos, Isabel faz comparações dos cuidados dispensados, atualmente, às mulheres e seus bebês, com crítica e desencanto.

*Eu cortava umbigo, dava banho no nenê, porque agora, hoje em dia, não é mais usado isso aí, dar banho, né. Nascia e já ia pra água, né. Agora eu acho gozado, quando as minhas filhas chegam, me dá vontade de meter na água, mas aí não dá, tem que cair o umbigo, isso e aquilo, né; hoje em dia ninguém acredita mais em benzedura, eu benzo, né....*

Nega ter acompanhado os partos de suas filhas em Porto Alegre, mas, sim, de outras mulheres conhecidas:

*de uma comadre minha sim! uma, a primeira ela ganhou dentro da ambulância do SAMU<sup>1</sup>; quando nos chegamos no hospital, ela já chegou com o nenê. E o segundo, ela ficou na salinha que colocam a parturiente ali e ela ficou ali; e aí chamava, eu chamava um doutor, uma enfermeira, não vinha ninguém, quando eu olhei a criança já tava nascendo, a criança nasceu comigo... dentro de um hospital, né. Mas eu adorei ver o parto dele porque quando nasceu até xixi ele já fez, né. Os partos tão sendo feitos, mas agora com a ciência*

---

<sup>1</sup> SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

*adiantada, né, mas continuam lindos, né, eu acho os partos normais muito bonitos, muito lindo o nascimento de uma criança, né.*

Ana, 81 anos, viúva, semi-analfabeta, vinda do interior para Porto Alegre, mora na Vila Cruzeiro há cerca de 23 anos. Dedicar-se, atualmente, às atividades do lar, e conta, com muito orgulho, os partos que atendeu, relatando que se iniciou como parteira leiga pelas mãos da avó:

*foi a minha vó que me ensinou e como eu tinha coragem fui atender uma tia emprestada.*

Assim, passou a ser chamada para atender outros partos:

*como atendi gêmeos de uma conhecida, peguei nome e todo mundo que precisava, me chamava.*

Após o atendimento, conta, esta parteira, que algumas mulheres manifestavam o desejo de lhe pagar, mas que não aceitava:

*me procuravam e queriam me pagar, mas eu não queria porque não eu era uma parteira, eu só fazia as coisas porque não tinha quem fizesse.*

Lembra que costumava atender as mulheres nas suas casas, muitas vezes tendo que se deslocar a pé e outras a cavalo. Onde morava não tinha hospital e era distante de centros urbanos; certa vez, por ocasião do nascimento de um dos seus filhos estava só e assim permaneceu. Neste momento e sempre que atendia outra mulher, contava com a ajuda divina para lhe dar forças e ter um desfecho feliz:

*eu ganhei e disse pra Jesus: me ajuda, não deixa eu perder o meu filho e graças à Deus, nem comigo nem com ninguém que eu atendi, nunca deu problema nenhum.*

Hoje, considera difícil exercer a atividade de parteira leiga, pois julga não ser mais permitido; hoje, tudo lhe parece muito novo, moderno, mas se tivesse necessidade acha que faria tudo de novo.

*Só sei que eu atendo mais porque agora a responsabilidade é outra; os partos são agora tudo complicados e mesmo porque agora tem lei? Sei lá.*

Ana associa as complicações dos partos às mães:

*elas tem pouca coragem, elas não se ajudam porque na minha época elas se ajudavam.*

Deixa evidente que exerceu a atividade de parteira leiga simplesmente por prazer de trazer ao mundo os filhos de quem lhe confiava esta tarefa:

*ah! o meu negócio é vida! O meu negócio é vida!o meu negócio é vida!*

Ana agradece o reconhecimento da pesquisadora em ouvi-la e acha que poderá contribuir para o estudo, porque, aliando suas práticas com o conhecimento científico dos profissionais, pensa que estes poderão atender ainda melhor as mulheres.

*Acho e que vai servir de muito.... para as que a senhora ainda vai atender, porque as que já atendeu, atendeu!*

## **5 O RESGATE DAS PRÁTICAS DAS PARTEIRAS LEIGAS**

Neste capítulo, apresentam-se dois temas extraídos das entrevistas realizadas com as parteiras leigas.

### **5.1 O RESPEITO AO PROCESSO FISIOLÓGICO DA MULHER**

O tema respeito ao processo fisiológico da mulher refere-se ao reconhecimento que as parteiras tinham pelo processo fisiológico que acontecia com a mulher ao passar pela gestação, parto, puerpério e nascimento do seu filho. Este tema compreendeu dois aspectos: o acompanhamento da mulher durante o ciclo grávido-puerperal e a avaliação e observação da fisiologia da mulher durante este ciclo.

#### **5.1.1 O acompanhamento da mulher e do bebê**

Nas falas das parteiras leigas fica evidente que avaliavam o que estava acontecendo com as mulheres nos diferentes momentos do ciclo grávido-puerperal.

As parteiras eram procuradas para o atendimento às mulheres logo que elas se percebiam grávidas. Desta forma, estabeleciam um vínculo, assumindo um compromisso de atender a mulher de modo imediato. Durante o acompanhamento,

aconteciam o reconhecimento das adaptações e ou alterações pertinentes ao processo gestacional de cada mulher, como pode ser identificado na fala de Maria:

*aí, ela tava grávida, e chegou na minha casa*

Na mesma fala, é possível identificar não só o vínculo, mas a disponibilidade das parteiras leigas em acolher as mulheres, até mesmo em suas casas, demonstrando o tipo de acolhimento prestado por elas.

Durante a gestação, as parteiras leigas aconselhavam as mulheres em relação a seus hábitos de vida e as alterações durante a gestação, por exemplo, quanto à alimentação e atividade física, como se observa na fala de Maria:

*e tu não carrega água como é acostumada, não faz tanta força.*

O acompanhamento, como se evidenciou na fala de Ana ao falar sobre o cuidado da mulher pela parteira leiga, estendia-se até os primeiros dias após o parto:

*eu lavava ela... levava água pra lavar ela; mudava ela, tirava aqueles panos [forros] tudo, eu ajudava, né!".*

O vínculo com a mulher se mantinha durante todo o processo de gestação e era extensivo ao seu filho, uma vez que ela atendia o bebê desde o seu nascimento e pelo menos até a queda do coto umbilical. Como diz Ana:

*eu ia todos os dias lavar o nenê e cuidar do umbigo dele.*

As parteiras leigas relatam que se sentiam responsáveis pelo acompanhamento da mulher, já que eram o único recurso para favorecer o processo do parto das mulheres e do nascimento de seus filhos, conforme se constata na fala de Isabel:

*eu ficava com aquele compromisso de lavar a criançinha, de mudar a roupa....*

É possível perceber, nas ações das parteiras leigas, que havia preocupação com a recuperação materna após o parto. As parteiras leigas acreditavam que a participação ativa e colaboradora da mulher na parturição fazia com que ela merecesse o descanso e a privacidade após o parto. O reconhecimento das parteiras da necessidade de descanso e privacidade das mães evidenciava uma preocupação em respeitar um momento da fisiologia da mulher, no qual houve um desgaste físico e emocional provocado pela parturição e promovido pela sua participação ativa no processo, aconselhando-lhes, portanto, o descanso para a recuperação de suas forças, nos primeiros dias após o parto. Assim se expressa Isabel:

*eu fazia o que dava pra eu fazer; e todas as minhas mulheres que eu atendi nunca deram problema, nem com a criança nem com a mulher. Ganhavam o nenê em casa, ficavam em casa, porque naquela época ainda tinha aquele negócio de ficar de cama, resguardo, sopinha, coisinhas assim que não tem hoje em dia, né, tinha tudo isso.*

### **5.1.2 Avaliação e observação da fisiologia do ciclo grávido-puerperal**

Com a intenção de atender as mulheres, as parteiras leigas avaliavam a evolução da gestação, mediante inspeção e palpação abdominal, o posicionamento fetal intra-uterino; com as mãos, examinavam o abdômen das mulheres procurando identificar onde estavam acomodadas a cabeça e demais partes do corpo do feto. Esta avaliação acontecia a qualquer momento que se fizesse necessário, como relatou Maria:



*a partir dos seis meses [de gestação] a gente fazia.*

Na literatura médica, como em Rezende (1984), esta avaliação está relacionada ao termo estática fetal, onde se analisam as relações do concepto com a bacia e com o útero. Durante a gestação, e no seu termo, o útero mede, na maior das suas dimensões, 30 cm. Neste espaço, um feto, com aproximadamente 50 cm de comprimento, deve se adaptar, flexionando-se; assim, o seu eixo longitudinal fica reduzido a 25 cm.

É possível perceber que as mulheres estranhavam a acomodação fetal durante a gestação e, portanto, a associavam às queixas de desconforto abdominal e dor lombar, solicitando os cuidados das parteiras para alívio dos sintomas. A procura por parteiras leigas para estas avaliações estavam associadas à apresentação e situação fetais de modo a reconhecer estes parâmetros.

A apresentação fetal refere-se à parte do feto que entra no estreito pélvico, em primeiro lugar, e é conduzida pelo canal do parto durante o trabalho de parto a termo. As três principais apresentações são a cefálica – cabeça do bebê é a parte que se apresenta na hora do nascimento em primeiro lugar – ocorrendo em 96% dos nascimentos, a pélvica - nádegas em primeiro lugar, ocorrendo em 3% dos nascimentos, e de ombros constatada em apenas 1% dos nascimentos (REZENDE, 1984).

A situação fetal consiste na relação do eixo longitudinal (coluna) do feto com o eixo longitudinal (coluna) da mãe. Duas são as situações principais: longitudinal ou vertical, quando o eixo longitudinal do feto está paralelo ao da mãe, e a transversa ou horizontal quando o eixo longitudinal do feto está em ângulo reto ao da mãe (LOWDERMIK, 2002).

Portanto, o ajeitar o bebê, como as parteiras leigas faziam, podia estar relacionado ao desconforto provocado pelo aumento uterino, em consequência do crescimento fetal, como diz Ana:

*ajeitava, ajeitava a barriga das mulheres na época que era pra criança nascer.*

As parteiras através de seu aprendizado empírico, entendiam que o parto seria facilitado se o feto estivesse posicionado no útero materno com a cabeça para baixo. Maria afirma em seu relato, que podia confirmar a posição fetal também pela sua pulsação, através da ausculta dos batimentos cardíacosfetais, ao encostar o seu ouvido no ventre materno:

*eu sentia a aceleração do coração do nenê bem embaixo, então sabia que ele tava no lugar certo pra nascer.*

Por serem leigas, as parteiras atendiam as mulheres sem o uso de qualquer recurso ou tecnologia para avaliação e conferência dos dados procurados; no aconselhamento a uma gestante, como fala Maria diz:

*se tu passar desta noite é muito. Será D. Maria? Mas claro, a tua barriga ta lá embaixo.*

Nesta fala percebe-se o entendimento de Maria sobre a medida da altura uterina mesmo que não a fizesse com uso de régua ou fita métrica ou outro instrumento. Mais uma vez, se valiam da observação através do crescimento do ventre da mãe. A medida da altura uterina confere ao organismo materno, grosseiramente, uma relação direta com a idade gestacional.

Durante o segundo trimestre da gestação, o útero torna-se um órgão abdominal. A medida da altura do útero acima da sínfise púbica indica o progresso do crescimento do feto e pode sugerir fatores de alto risco, como retardo de crescimento intrauterino, entre outros.

Acompanhando a evolução da gravidez, estando disponíveis e presentes, as parteiras leigas eram solicitadas para o reconhecimento dos sinais e sintomas indicativos do trabalho de parto, como relata Maria:

*então sabia que tava no lugar certo pra nascer.*

Olhavam e percebiam a distensão da musculatura e a aparência modificada da vulva. Esta distensão muscular acontece porque com a pressão do feto, o assoalho pélvico se modifica pela insinuação fetal. Entende-se por insinuação ou encaixe quando a parte da apresentação do feto desce para a pelve verdadeira (LOWDERMILK, 2002).

Reconhecida a posição do feto no útero materno, através da avaliação pela observação e inspeção, as parteiras leigas iniciavam o atendimento ao parto, respeitando a sua evolução, conforme se observa na fala de Maria:

*aí eu disse pra ela: agora deixa o teu nenê nascer.*

A evolução de um trabalho de parto verdadeiro inclui contrações uterinas regulares, dilatação do colo, a perda do tampão mucoso e rompimento da bolsa de águas. As parteiras leigas identificam e avaliavam todos estes sinais, conforme os mesmos iam acontecendo, acompanhando a sua evolução e contando com a resposta fisiológica materna.

Ana refere-se às contrações relatadas pelas mulheres no momento da saída do bebê no parto:

*daí ela adoeceu e tava na hora de ganhar o nenê, ela tava com muitas dores.*

Maria relatava, nas falas a seguir, a presença de sangramento vaginal proveniente da dilatação completa do colo uterino e ainda do momento em que houve a ruptura espontânea da bolsa amniótica:

*aí arrebentou a bolsa, e assim como arrebentou, a criança veio.*

*quando eu cheguei lá ela já tava com aquele sangramento da mulher, sabe? A criança tava quase nascendo.*

No trabalho de parto e parto eram as mulheres que escolhiam a postura corporal que melhor lhes convinha, como relatado na fala de Maria:

*ela tava se vendo de dor. Ai, ai e caminha pra lá e caminha pra cá e andava um pouco e caminhava outro pouco e sentava um pouquinho e não podia parar.*

A postura da mulher afeta as adaptações anatômicas e fisiológicas ao trabalho de parto. As freqüentes trocas de posição da mulher no trabalho de parto aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação, e é indicado que a mulher em trabalho de parto seja encorajada a adotar a posição mais confortável para parir (BRASIL, 2001). Para Sabatino (2000) a gestante deveria ser desencorajada a deitar-se de costas por causa dos efeitos deletéricos da síndrome da oclusão da veia cava. Os efeitos sobre gestante e feto podem ser agravados por uma resposta vasoconstritora e secundária à hipotensão.

Identificado pelas parteiras leigas que o momento do nascimento havia chegado, preparavam-se para ajudar as mulheres, como diz Maria:

*aí eu fui cheguei lá e vi que não dava tempo de irem pra um hospital, aí eu fiz o parto dela, atendi como tinha que atender.*

Nesta fala, pode ser observado o início do atendimento das parteiras leigas ao recém-nascido, como evidencia Maria:

*cortei o umbigo da criança, eu arrumei a criança, deixei de cabecinha pra baixo porque podia ter engolido água do parto e aí vim atender a mulher.*

Enquanto prestavam os primeiros cuidados aos recém-nascidos, as parteiras leigas aguardavam a dequitação ou saída espontânea da placenta, conforme revela Ana:

*depois que eu tirei as duas meninas aí então eu enrolei uma em cada pano, na época era pano né, e deixei as duas ali; peguei a tesoura, cordão, tudo e medi quatro dedos, aí depois eu tirei e cortei dois, atei, arrumei bem arrumadinha ela e depois fui atender a outra [recém-nascida gemelar]; aí eu peguei aqueles cordões atei na perna da mãe, aqueles dois cordões: esse era dessa e esse era da outra, os dois pra depois vim a placenta.*

E continua:

*então enquanto eu ia arrumar as meninas, que naquele tempo a gente lavava, vestia arrumava né, aí então dava as mesmas dores do filho e aí ela colocava a placenta; aí depois eu desatava (tirava a corda da placenta).*

As parteiras leigas examinavam a placenta inspecionando com as mãos a sua integridade, como descrevia Isabel:

*nas mulheres que eu atendia eu examinava todinha a placenta assim pra ver se não faltava um pedacinho, uma coisinha assim*

*porque às vezes ficava um pedacinho ;eu tive muita sorte com as minhas!*

O destino que era dado a placenta merecia atenção especial das parteiras leigas, revelado por Maria:

*nós enterrava, nós não botava na água corrente porque aí dava cólica na criança.*

Com o passar dos dias, e permanecendo nos cuidados com a mulher e seu filho, as parteiras leigas iam às casas das mulheres e executavam tarefas como relata Isabel:

*até o umbigo cair eu dava banho no nenê todo o dia; só o que não se usava antigamente era dar banho no dia sete, que tava fazendo sete dias [criança], mas o banho era diário porque a criança nasce com aquela gosma [vérnix], a vitamina né! Então aquilo tem que ser tirado.*

Os cuidados com as puérperas eram direcionados às orientações de higiene, como diz Isabel:

*no dia do parto eu lavava a mulher; daí nos outros dias ela tomava banho, mas sem lavar os cabelos [crença].*

## 5.2 A PRESENÇA DO DOMÉSTICO

O segundo tema, a presença do doméstico no atendimento a mulher e ao seu filho, diz respeito às atividades da parteira leiga quando ela própria se constitui em um

recurso doméstico, revelando o caráter empírico do seu aprendizado e os recursos adotados para a execução de suas práticas.

### 5.2.1 A parteira leiga: um recurso doméstico

As parteiras leigas tinham seu aprendizado nas suas próprias famílias ou nas comunidades as quais pertenciam.

Nas fala de Isabel e de Ana é possível identificar a percepção que elas próprias tinham de seu preparo para atuarem como parteiras leigas.

Diz Isabel:

*mas eu nunca fui parteira! Eu fui parteira daquelas feito a machado, né!*

E Ana:

*elas diziam assim pra mim: tu sabe que quando eu for ganhar este nenê eu vou mandar te buscar? Eu dizia pra ela: bem, mas eu não sou parteira mas se vocês me precisarem, não é! Se vocês me precisarem e tiver no meu alcance!*

Ao mesmo tempo em que pareciam ter dificuldades em aceitar o título de parteira admitiam ter exercido tal atividade. A coragem era citada como uma das grandes virtudes para que se desse o início de sua atuação no atendimento à mulher, ao seu filho e sua família, como relata Maria:

*quando eu comecei foi num casamento e a minha cunhada se sentiu mal pra ganhar o nenê e eu tive que fazer o parto dela... tinham outras pessoas ali, mas não tinham prática... acharam que eu tinha coragem*

As parteiras leigas relatam que as pessoas que lhe eram próximas as reconheciam como corajosas porque sabiam da sua trajetória como parteiras leigas ou aprendizes deste ofício.

Na fala de Maria, percebe-se que os ensinamentos, inclusive a coragem, eram transmitidos por outras mulheres de uma mesma família:

*a minha mãe já tinha atendido outras pessoas; sabe se mandavam chamar a parteira e ela não vinha, então ela [mãe] pra não deixar a pessoa sofrer ela ia e fazia o parto... É por isso que pensavam que eu tinha coragem, já que muitas vezes quando a minha mãe ia fazer o parto eu ia junto com ela, mas eu ia assim pra alcançar água ou qualquer coisa que ela quisesse, né!*

Para Ana, o seu aprendizado veio da avó, fato comum a outras histórias:

*minha mãe não fazia parto, não! Eu fazia depois o que eu via a minha vó fazendo.*

Também na fala de Isabel, há coincidência na forma do aprendizado:

*o primeiro parto que eu atendi foi o da minha sogra. Eu fui obrigada a atender... nesse fui pega de surpresa. Me ensinou a cortar o umbigo e daí eu saí cortando, todo mundo que precisava que ia ter o nenê a gente ia; eu fazia aquele serviço né!*

A presença de si própria se constituindo como um recurso doméstico, no atendimento a mulher e seu filho, pode também ser percebida ao se dispor a amamentar o bebê, colocando-se como um recurso para as mulheres, cuidando de seus filhos, como se observa no relato de Isabel:

*visitava a mulher todos os dias, mas se o meu nenê tivesse um ano eu não dava o meu leite porque era muito forte para o outro nenê.*



### 5.2.2 O uso de recursos domésticos nas práticas das parteiras leigas

As parteiras leigas no acompanhamento da evolução da gestação podiam perceber alterações no processo gestacional que necessitavam da sua intervenção, como relata Maria em relação às manobras de correção da posição fetal intra-uterina:

*vamos tirar esse nenê das cadeiras: aí eu agarrei um pouco de azeite de mocotó passei nas palmas das mãos esquentei bem aí tirei a criança das cadeiras. E depois dei uma balançadinha nas cadeiras da mulher então a criança vem pra frente e vai pro nascedor.*

As parteiras leigas durante as intervenções que julgassem necessárias utilizavam os recursos da massagem abdominal para corrigir o posicionamento fetal anômalo, de modo a promover o bem-estar materno. Relatam as massagens realizadas com as mãos lubrificadas com óleos aquecidos, presentes no seu ambiente doméstico, para facilitar a manobra.

Os óleos ou untos podiam ser graxas, azeites ou outras substâncias utilizadas no seu dia-a-dia também para outros fins, conforme relata Ana:

*ela tava com muita dor; tinha uma latinha de unto bem preparada então a minha vó metia a mão ali naquele unto e esfregava bem nas mãos depois a gente pegava e passava na barriga da mulher e ajeitava, ajeitava a barriga delas.*

Após realizar as manobras de correção e alívio do desconforto da gestante, as parteiras leigas a preparavam para o parto. Pela avaliação da mulher, as parteiras leigas reconheciam que se ajeitassem o bebê antes de nascer teriam controle e facilidade nas etapas seguintes.

Há fatores relatados na literatura que podem afetar o trabalho de parto e o parto. Esses fatores estão relacionados ao processo envolvido, à progressão normal dos

eventos e às adaptações da mãe e do feto: o objeto (feto e placenta), o trajeto (canal do parto), a força (contrações), a posição da mãe e a resposta psicológica (LOWDERMILK, 2002).

Na fala de Maria evidencia-se a preocupação:

*Afumentava ao redor da barriga da mulher pra mudar a posição da criança uns quinze dias antes, com azeite de mocotó, para evitar que a criança viesse dobrada.*

No início do trabalho de parto e principalmente após o rompimento da bolsa, a atitude ou relação entre partes do corpo do feto modifica-se, assumindo postura característica. Nessas condições, pela expansão do segmento inferior e pela incorporação da cérvix ao segmento, o útero toma outro aspecto globoso a cilíndrico, obrigando o feto a endireitar o tronco, que se constitui em um cilindro fetal, formado pela cabeça fletida sobre o tronco, com as pequenas partes a ele mais aconchegadas (REZENDE, 1984).

A expressão dobrada, referida por Maria anteriormente, parece estar relacionada à apresentação pélvica, quando as nádegas estão em primeiro lugar. Como não relatavam em nenhum momento a realização de toque vaginal, valiam-se apenas da inspeção abdominal e perineal para a avaliação da apresentação fetal.

As parteiras leigas reconheciam a existência de distócias ou complicações no trabalho de parto e preparavam-se para tais ocorrências, na fala de Maria quando se refere a outra forma de apresentação fetal:

*porque se ficou atravessado [transverso], ele se desatrevessa; ... por exemplo: se a criança tava querendo se virar e não conseguia aí a gente ajeitava a barriga com as mãos e ali ela vinha vindo e entrava no nascedor.*

Na fala anterior, de Maria, parece que esta associava a alteração da posição fetal à apresentação transversa. Na ocorrência de distócia ou trabalho de parto disfuncional, a avaliação obstétrica deve ser eficaz para evitar danos maternos e fetais. Entre as diversas situações de distócia, a desproporção céfalo-pélvica é uma das mais freqüentes, podendo ser absoluta ou relativa. Na primeira, a indicação de cesárea, por profissional da área é evidente, uma vez que ou o pólo cefálico é maior que a bacia materna ou a bacia materna é inadequada a um feto de tamanho normal. Na segunda, o que caracteriza é um defeito na apresentação fetal. A correção desta condição, para favorecer a ocorrência de parto normal, pode ser feita mediante medidas de incentivo à deambulação, caminhadas e movimentação, pela rotura artificial da bolsa amniótica ou a administração de métodos de alívio da dor (REZENDE, 1984).

A posição materna durante o trabalho de parto e parto merecia atenção por parte das parteiras leigas, como relata Ana:

*pra criança nascer eu ficava cuidando dela ... e daí ela [mulher] se ajeitava tudo direitinho ali na cama; não sei se ainda é assim? ..., mas ela que se ajeitava na cama!*

A parteira leiga, em alguns momentos, interferia, orientando a mulher quanto à escolha da posição para o parto de modo a conduzi-lo adequadamente, como evidencia-se na fala de Maria:

*eu tava junto com ela, daí eu disse assim: te deita na cama e vamos ver; ela sentou e se atirou pra trás, ficou com as pernas penduradas e eu disse: não pode ficar com as pernas penduradas, vamos ficar pra cima, vamos ver esse nenê. Aí eu agarrei olhei pra ela assim e disse: pode ficar descansada que sem demora o nenê nasce.*

Para as parteiras leigas, a proteção do períneo, ou seja a preservação da integridade desta musculatura por meio de manobras protetoras como o apoio das mãos contra ele, se constituía em único recurso para manter-lhe a integridade, como se observa na fala de Ana:

*eu tô com muita dor, eu acho que vou ganhar!daí eu passei óleo na barriga dela e na vagina dela, como a minha vó fazia e aparei a criança.*

Na fala anterior de Ana evidencia-se o uso de óleo lubrificante para facilitar a expulsão fetal e auxiliar na proteção do períneo com o apoio das mãos durante a saída da criança. A expressão aparei utilizada pelas parteiras leigas indica que elas sustentavam a criança com as mãos próxima ao períneo materno com a intenção de evitar a, saída brusca, e em conseqüência a laceração daquela região, conforme também relata Maria:

*nunca rasgou [lacerou o períneo]. Nunca! Sempre normal, normal mesmo!*

As parteiras leigas demonstravam, como na fala de Maria, a seguir, que se sentiam preparadas para intervir durante o parto, caso fosse necessário.

*Eu tava sozinha dentro de casa... não tinha ninguém pra me ajudar; já tava deitada na minha cama e daí quando a comadre chegou o guri já tava nascendo... já tinha nascido! Este meu, pesou cinco quilos trezentas e cinqüenta gramas.*

Observa-se, então que, embora a criança pudesse ser considerada grande para a idade gestacional, ou seja, aquele que pode ter crescido em ritmo acelerado durante a vida fetal (LOWDERMILK, 2002), ainda assim Maria atendeu a si própria

realizando o seu próprio parto. Da mesma forma agiu Ana quando deu à luz ao seu filho:

*a senhora sabe que eu adoeci [entrou em trabalho de parto] pra ganhar o meu filho e não me dei conta que ia ganhar. Eu tava perdida! Me deu umas dores e aí eu pensei e disse: eu acho que vou ganhar! Como eu tinha comido muita canjica eu achei que tava com dor de barriga de tanto comer, achei até que tinha me feito mal. E não era nada disso; era pra ganhar o guri. De madrugada, me deu uma dor e de novo eu achei que era cólica da comida, né, porque o meu parto era seco! A senhora entende parto seco, né? Aí me deram um chá bem quente daí eu deitei e dormi e o guri [feto] também! Quando o guri se acordou ele queria nascer! A senhora sabe que o guri nasceu e eu mesma fui a parteira?!*

A expressão parto seco referido anteriormente pode estar associado à perda de líquido amniótico anterior ou próxima ao momento do parto, sem que a mulher consiga identificar a perda. Este fato pode ser causado por uma ruptura alta da bolsa amniótica.

Durante o nascimento, as parteiras leigas também relatam que prestavam atenção aos cuidados relativos à criança, avaliando e intervindo, com observado na fala de Isabel:

*só teve um parto muito difícil. Esse eu fiquei com medo porque a criança nasceu com o cordão do umbigo enrolado no pescoço, umas duas ou três voltas... eu achei que ele ia se afogar; peguei e desenrolei.*

Na fala de Isabel, observa-se que ela confirmou a presença de circular de cordão umbilical, que caracteriza uma distócia de cordão umbilical ocorrendo entre 20-25% dos partos e que habitualmente são cervicais. São proporcionadas pelo comprimento exagerado do cordão, a prematuridade e o excesso de líquido amniótico (REZENDE, 1984). Nesta ocorrência, há a necessidade de realizar imediatamente a liberação daquela situação, com a retirada do cordão do pescoço da criança.

No momento da dequitação ou expulsão da placenta quando ocorria alguma complicação, as parteiras leigas utilizavam manobras para favorecer o desprendimento da placenta, como relata Maria:

*aí não tinha como sair os restos [placenta e membranas] aí eu dei uma garrafa pra ela assoprar ela assoprou e saiu os restos.*

Se o descolamento da placenta é fenômeno normal e ativo, nem sempre o é a sua expulsão pela vagina. Rezende (1984) relata que a dequitação pode ser dificultada pela posição dorsal em que a maioria das mulheres dão à luz.

O assistente do parto deverá acompanhar o mecanismo de descolamento placentário, que impõe uma espera variável em relação ao grau de distensão da parede uterina, maior então, nos casos de prenhez dupla, feto grande e hidrânio (BRIQUET, 1981).

As parteiras leigas aguardavam a dequitação espontânea da placenta mas caso o processo não acontecesse, utilizavam recursos domésticos, como os descritos por Maria:

*aí eu peguei e afumentei bem ela, porque naquela maldita hora a placenta tava grudada, parece que tinham grudado nas cadeiras, sabe? Não saía, daí eu afumentei bem com óleo morno e disse: bem, agora tu assopra bem esta garrafa aqui que vai ganhar, se despachar a placenta. Aí ela despachou bem ligeirinho, deu aquele gemido, aquelas dores assim nas cadeiras e se veio tudo... deixei ela bem graças à Deus.*

Observa-se que Maria promovia massagem abdominal com óleo para deslizar as mãos, aquecendo-o, porque o calor pode provocar vasodilatação periférica a fim de favorecer o desencadeamento de contrações uterinas para, então, ocorrer o desprendimento da placenta.

Ao obter sucesso com as manobras de auxílio na dequitação, as parteiras leigas davam um destino a placenta, como relata Ana:

*a gente fazia um buraco dentro da cozinha com uma pá enterrava ali, tapava bem; era assim que era feito!*

A ligadura do cordão umbilical era uma prática comum a todas as parteiras leigas, e Maria relata, com satisfação, a observação do médico:

*aí ele olhou o umbigo da criança que eu tinha cortado e disse: foi bem cortado!*

Os recursos utilizados na ligadura do cordão umbilical eram barbante, tesoura, álcool ou água fervendo para esterilizar o material, como relata Isabel:

*media todos iguais... os três dedos eu usava da barriguinha e atava com barbante. Atava, pegava a tesoura e desinfetava com álcool, que às vezes tinha pra fora [no meio rural], mas sempre tinha uma chaleira de água fervida né! Metia a tesoura ali dentro e então depois cortava o umbigo. Nunca infeccionou, nunca dos que eu cortei o umbigo, nunca!*

Os cuidados com o coto umbilical se estendiam até a sua queda, como diz Maria:

*o que eu usava sempre pra botar no umbiguinho eu sempre tinha; e quando não era banha de galinha no álcool, era pena de galinha preta torrada, moída, bem moída com um pouquinho de azeite de mocotó. Aí eu botava no umbigo! nunca teve problemas e até as vezes caía antes dos sete dias; é a pena de galinha não tinha coisa melhor, pegava e enrolava no umbiguinho com um paninho com aquela banha de galinha; enrolava e lacrava ali e deixava: secava e caía.*

As parteiras leigas incluíam nos cuidados dispensados ao recém-nascido a higienização e a alimentação.

Diz Ana:

*pra lavar o nenê não podia tirar a faixa do umbigo. Lavava de bruços não é! Primeiro eu lavava a cabecinha e depois o corpinho; depois botava ele na toalha pra secar, secava e desatava a faixa. Olhava o umbigo, tava ali certinho, enrolava outra.*

E Isabel:

*dava chazinho logo pro nenê de erva doce ou maçanilha e a mãe dava de mamar; se o leite dela era pouco eu amamentava.*

Ao relatar o uso de água fervendo, óleos para massagear, barbante para amarrar o cordão, a lã de ovelha ou a pena de galinha preta torrada para tratar o coto umbilical e a garrafa soprada para favorecer a expulsão da placenta pelo esforço muscular abdominal na dequitação, as colaboradoras evidenciam a utilização apenas de recursos domésticos nas práticas realizadas.



## **6 HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO PROPOSTA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE E AS PRÁTICAS DAS PARTEIRAS LEIGAS**

Ao apresentar as práticas e a proposta de humanização do parto e puerpério, elaborada pelo Ministério da Saúde tem-se a intenção de realizar uma reflexão sobre as práticas que as parteiras leigas executavam e aquelas que, atualmente, estão presentes na proposta ministerial.

### **6.1 AS PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS**

As práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde, e demonstradamente úteis através de comprovação científica, são:

- planejamento individual determinando, onde e por quem o parto será realizado;
- avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto;
- monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto;
- oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto;
- respeito à escolha da mulher sobre o local do parto;
- fornecimento de assistência obstétrica em nível mais periférico onde o parto for seguro;

- respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto;
- fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;
- métodos não- invasivos e não- farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto;
- monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal;
- uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada dos reutilizáveis;
- uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta;
- liberdade de posição e movimento da mulher durante o trabalho de parto;
- estímulo a posições não- supinas durante o trabalho de parto;
- monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso de partograma;
- administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto;
- condições estéreis ao cortar o cordão;
- prevenção da hipotermia do bebê;
- prevenção da hemorragia neonatal com uso da vitamina K;
- prevenção da oftalmia gonocócica com uso de nitrato de prata ou tetraciclina;

- contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho, e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto;
- alojamento conjunto;
- suprimir a lactação das mães portadoras de HIV;
- exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;
- uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

A seguir apresentam-se os relatos das parteiras leigas, em relação as suas práticas.

As mulheres procuravam as parteiras leigas logo que confirmavam sua gravidez ou mesmo para que elas as ajudassem nesta confirmação, a fim de estabelecer um vínculo, e garantir o atendimento no momento do parto. Como era de costume, os partos aconteciam nas casas das mulheres, para onde as parteiras leigas se deslocavam para prestar seu atendimento.

Durante o acompanhamento das gestantes, as parteiras leigas identificavam alterações, por exemplo, a posição fetal anômala e que poderia interferir no momento do parto e nascimento.

Por estar junto das mulheres desde o início do trabalho de parto, as parteiras leigas acompanhavam a sua evolução, e estavam sempre atentas às solicitações da mulher, tanto na promoção de conforto físico (massagens, por exemplo) quanto emocional (pela simples presença).

Uma vez que as parteiras leigas atendiam em ambiente doméstico, seus hábitos eram preservados, inclusive relacionados à alimentação da parturiente e

puérpera. As parteiras leigas preocupavam-se em respeitar a preferência das mulheres pelo tipo e quantidade da dieta naqueles momentos.

Os partos atendidos pelas parteiras leigas aconteciam nas próprias casas da parturiente, lugar naturalmente escolhido por ela para o evento.

A presença da parteira leiga nas casas das mulheres, durante o parto e nascimento, garantia-lhes segurança.

Ao realizar os partos nas próprias casas das parturientes, era-lhes garantida a privacidade do momento. O quarto da parturiente era o cômodo escolhido, percebendo-se, assim, que além de privativo, também era familiar, ou seja: a mulher não estranhava o ambiente onde ia ter seu filho, o que ajudava muito no aspecto emocional pela segurança proporcionada.

Sendo o parto domiciliar, as mulheres permaneciam acompanhadas de seus familiares (marido, mãe, vizinha), contudo, os outros filhos desta mulher eram encaminhados a outras casas, também de parentes ou vizinhas, a fim de aguardar a chegada da cegonha; e o marido participava auxiliando, por exemplo, matando a galinha para fazer a canja para sua mulher.

O vínculo estabelecido entre a mulher e a parteira leiga promovia uma cumplicidade entre elas de modo que, mesmo em papéis diversos, uma ajudava a outra nas suas funções. Desta maneira, a mulher se sentia à vontade para solicitar a parteira leiga, e essa, por sua vez, também; por terem linguagem semelhante e pertencerem ao mesmo contexto, o vínculo entre elas era favorecido.

Pela característica do atendimento das parteiras leigas em acompanhar a fisiologia do período gravídico-puerperal, observa-se que praticavam manobras de alívio da dor durante o trabalho de parto – massagens localizadas e realizadas apenas com

as mãos, nas regiões referidas como doloridas pelas mulheres ou então recomendadas pelas parteiras leigas.

As parteiras leigas certificavam-se do bem-estar fetal através da verificação da pulsação dos batimentos cardíacos, usando como recurso a audição (o ouvido da parteira leiga se apoiava no abdome da mulher), especialmente quando o feto estava posicionado no canal do parto. As contrações uterinas eram sentidas através da palpação abdominal.

As mulheres permaneciam na postura corporal de sua escolha durante o trabalho de parto assistido pelas parteiras leigas; caminhando, de cócoras, deitadas, e não ficavam restritas ao leito como acontece na maioria dos partos quando hospitalares.

As parteiras leigas, através de suas experiências, estimulavam a troca de postura das mulheres no trabalho de parto, a fim de ajudar na evolução deste e prepará-las para o parto, contando assim com a sua efetiva colaboração.

As parteiras leigas tinham por hábito o preparo do material necessário para atender o nascimento da criança, entre os quais estava a solução asséptica disponível (por exemplo, água fervendo e álcool) para proceder à esterilização da tesoura e do barbante que seria usado para o corte e clampeamento do cordão umbilical.

Logo após o nascimento, as parteiras leigas lavavam e secavam o bebê, preocupando-se em retirar o excesso de vérnix ainda depositado no corpinho acreditando que a não-retirada da substância impedia o aquecimento cutâneo do recém-nascido. Tão logo realizassem os cuidados de higiene e conforto, permaneciam com o bebê em seus braços e bem próximo ao seu corpo para

observar a adaptação dela ao meio externo. Após algum tempo, colocavam a criança no colo da mãe.

A promoção do contato e permanência precoce da mãe e do seu filho recém-nascido era facilitada pelas parteiras leigas, uma vez que era ela mesma que atendia o parto da mulher e o nascimento do seu filho, ou seja, a parteira leiga era o único elemento envolvido no atendimento ao parto. Avaliadas as condições vitais do bebê, se estáveis o entregavam à mãe estimulando e orientando o aleitamento materno.

Após a saída da placenta, as parteiras leigas costumavam examinar-lhe a integridade, a fim de confirmar o sucesso da dequitação ou associar eventuais sangramentos pós-parto ao insucesso da retirada integral da placenta. A dequitação acontecia de modo espontâneo.

Sabe-se, que as contrações relacionadas ao trabalho de parto, parto, dequitação e puerpério acontecem por influência da ocitocina circulante no sangue materno, porém, as parteiras leigas apenas acompanhavam a fisiologia deste fenômeno.

O cordão umbilical, após cortado, era preso à perna da mulher como medida de segurança, enquanto a parteira leiga aguardava a saída espontânea da placenta, cordão e membranas ovulares.

Além do respeito à fisiologia da mulher, e atuando de maneira não-intervencionista, percebe-se que as parteiras leigas atendiam às mulheres nos lugares mais distantes. Em função de acompanharem as mulheres durante a gestação e conhecê-las de maneira próxima, podiam e sentiam-se seguras para realizar os partos destas mulheres. Desta forma, de maneira empírica, as parteiras leigas executavam ações que hoje se mostram benéficas no momento da parturição e estão embasadas em evidências científicas.

## 6.2 PRÁTICAS NÃO-RECOMENDADAS

As práticas não-recomendadas pelo Ministério da Saúde, no processo de parto e nascimento, não foram, em nenhum momento, relatadas pelas parteiras leigas, embora ainda possam ser observadas nas instituições hospitalares, no momento da parturição das mulheres. São elas:

- uso rotineiro do enema;
- uso rotineiro da tricotomia;
- infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- cateterização venosa profilática no trabalho de parto;
- uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
- exame retal;
- administração de ocitócitos antes do parto de modo que não se permita controlar efeitos;
- uso rotineiro da posição de litotomia;
- esforços de puxos controlados e dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia;
- uso rotineiro de ergometrina, por via parenteral, no terceiro estágio do trabalho de parto;
- lavagem uterina após o parto;

- revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto;
- uso liberal ou rotineiro da episiotomia;
- toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador;
- manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo;
- aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais;
- manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

Da mesma forma, há práticas no parto normal, citadas pelo Ministério da Saúde, em que não existem evidências científicas para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão. As práticas citadas pelas parteiras leigas, e que estão aí incluídas, são: os métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos; as parteiras-leigas usavam óleos, untos fabricados com graxas de animais (galinha ou vaca ,banha da gordura e óleo do mocotó) em massagens abdominais realizadas nas gestantes e parturientes. Relatavam que as mulheres referiam alívio e conforto com a massagem e os óleos facilitavam o manuseio. Eram substâncias de uso doméstico, serviam para outras funções, por exemplo, para o preparo de alimentos.

Ainda, nesta categoria estão as manobras relacionadas ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto. Enquanto aguardavam a expulsão do feto, as parteiras leigas protegiam o períneo materno com uma das mãos para evitar a saída brusca do feto e eventuais lacerações na região.

Outros itens, porém em nenhum momento citados pelas parteiras leigas e observados pela pesquisadora na prática obstétrica, considerados sem evidência



científica para justificar sua prática, e que devem ser usados com cautela pelos profissionais são:

- pressão no fundo uterino durante o período expulsivo;
- manipulação ativa do feto no momento do parto;
- clampeamento precoce do cordão umbilical;
- estimulação do mamilo para aumentar a contratibilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.]

Práticas, no parto normal, freqüentemente utilizadas de modo inadequado, segundo o Ministério da Saúde, e que não devem ser adotadas nas instituições de saúde:

- restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- controle da dor por agentes sistêmicos;
- controle da dor por analgesia peridural;
- monitoramento eletrônico fetal;
- uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- correção de dinâmica uterina com utilização de ocitocina;
- amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto;
- transferência rotineira da parturiente para outra sala no segundo estágio do trabalho de parto;
- cateterização da bexiga;

- estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação completa, antes que a própria mulher sinta o puxo;
- adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- parto operatório;
- exploração manual do útero após o parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer uma outra abordagem na atenção à mulher e seu filho com relação ao atendimento dispensado à ela e a seu filho no parto e nascimento.

Resgatar a história das parteiras leigas permitiu rever as práticas que as parteiras utilizavam na atenção ao parto e nascimento, baseadas em um aprendizado empírico, e reconhecer um atendimento às mulheres, em que havia o respeito à fisiologia do seu corpo, em um momento específico de sua vida, com o acompanhamento de uma única cuidadora ao longo de todo o processo grávido-puerperal. Essa cuidadora, por ser familiar à mulher, falava a mesma linguagem e ambas tinham crenças em comum.

Ir em busca das práticas das parteiras leigas e rever a história mostrou-se providencial, pois ainda se convive com pessoas que vieram ao mundo trazidas pelas suas mãos. Em material informativo do Ministério da Saúde (2000) intitulado: Livro da Parteira, o ministro José Serra faz a apresentação deste, reconhecendo a importância da atividade da parteira nos dias de hoje e ainda associando a qualidade de atendimento às mulheres e seus filhos à melhoria de condições para o desenvolvimento de sua atividade.

No material citado anteriormente fica ressaltada a necessidade do envolvimento dos profissionais da saúde com a parteira, a fim de integrá-la nos serviços de saúde e da mesma forma acolhendo as mulheres por ela encaminhada. Desta forma o espaço para a inserção das parteiras leigas no Sistema de Saúde hoje vigente no País, poderia ocorrer com a sua inclusão como agentes de saúde,

uma vez que nos lugares onde residem continuam sendo referência para as comunidades. Esta inclusão facilitaria a busca para o Sistema de novos agentes e valorizaria uma figura que faz parte da história da parturição do País.

Passeando pela história do atendimento ao parto, no Brasil, observou-se que, até meados do século XX, a maioria das mulheres pariram com a ajuda de outras mulheres- as parteiras leigas. Após, e já na década de 1940 inicia a trajetória institucional, sendo que o interesse pela saúde da mulher centra-se no atendimento ao parto, permanecendo, assim, até os anos 1960 (BRASIL, 2001).

Com a mortalidade infantil em alta criou-se, nas décadas de 1960 e 1970 a atenção pré-natal, a fim de mudar esta situação.

Nos anos 1980, o parto já se apresenta como um evento hospitalar, e criam-se iniciativas para reduzir a mortalidade materna. Um exemplo de iniciativa é a inserção da parteira leiga no Sistema de Saúde do Ceará, acreditando-se que a atuação da parteira leiga auxiliaria na melhoria da qualidade de assistência e pelo respeito que a população tinha pela sua atuação.

Também na década de 1980, por exigência dos movimentos de mulheres, o Governo Federal criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e na década de 1990, surge o Programa Maternidade Segura, objetivando a melhoria na assistência à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2001).

Hoje, o Ministério da Saúde considera que,

embora estas iniciativas e outras de âmbito municipal e estadual tenham sido desenvolvidas nos últimos anos, problemas permanecem na sistematização da assistência à gestação e ao parto, desrespeitando direitos básicos da cidadania e colocando em risco a vida de mulheres e recém-nascidos. Entre eles, estão a segmentação entre a rede básica e hospitalar e a intervenção excessiva sobre o parto (BRASIL, 2001).

Pela mudança de paradigma, em relação à atenção ao parto, propiciada pela intervenção tecnológica normativa e pela profissionalização de quem atende a mulher, neste momento as parteiras leigas estão fora de atividade e, conseqüentemente, guardam consigo a sua bagagem de conhecimentos, até mesmo porque a transmissão natural – familiar de seu aprendizado não desperta mais interesse nem mesmo no seu meio doméstico.

Em âmbito nacional, acompanha-se o movimento da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais, que busca o reconhecimento e a valorização desta personagem não só pela necessidade de apoio e capacitação para suas atividades, mas por sua relevância cultural.

Para a atual coordenadora desta Rede, Suely Carvalho, desafio e a meta é a regulamentação da atividade de parteira, mobilizada pela sua importância cultural (FELISBERTO; DANTAS, 2002).

Carvalho, citado por Felisberto e Dantas (2002), observa que “as parteiras tradicionais fazem parte de um pequeno grupo de resistência cultural deste País. Perder a tradição das parteiras é perder nossa identidade”. Para esta autora, as parteiras representam duas culturas: a indígena e a negra; as parteiras não são como médicos e enfermeiras que apenas lidam com a técnica da saúde da mulher e da criança. As parteiras lidam com o aspecto técnico da saúde, mas também com os aspectos cultural e religioso.

Preocupado com o rumo do atendimento à mulher durante a sua vida reprodutiva, profissionais da saúde, representados pelo Ministério da Saúde, desenvolveram, a partir de 2001, uma série de publicações para aplicação em nível nacional, com o objetivo de disseminar os conceitos e práticas da assistência ao parto a todos os profissionais.

O Ministério da Saúde, através das recomendações propostas no Manual “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, pretende promover uma integração da capacitação técnica à humanização necessária do processo de atenção à mulher durante estes eventos e no nascimento de seu filho.

O uso abusivo da tecnologia e a sua extrema valorização pelos profissionais que passaram a atender a mulher, no modelo de parto hoje predominante, parto hospitalar, provocaram o afastamento do profissional da mulher. Conseqüentemente evitando a criação de vínculo entre prestador de cuidado e cuidador, proporciona à mulher incertezas e dúvidas, mas, principalmente insegurança e descrédito.

Neste momento se observa a generalização do atendimento, em que a atenção individualizada raramente acontece; ainda existem dificuldades de se estabelecer um vínculo uma vez pelo mesmo profissional.

Durante o pré-natal, como nos períodos seguintes, evidencia-se a procura pelo patológico em detrimento da fisiologia. A formação de grupos de gestantes com alterações patológicas merecem atenção especial dos programas relacionados à mulher. Avanços no sentido de atentar-se para o acompanhamento da gestação, como um processo fisiológico e acompanhamento de situações de risco, podem ser notados com a criação e implementação de Programas de Saúde, em nível nacional e adaptados às realidades regionais. Exemplos como o Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM) inserido no Programa Saúde da Família (PSF), que tem como metas: assistência ao planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, investigação de óbito materno, controle e prevenção de DST/AIDS, atenção à mulher vítima de violência, atenção às mulheres com mais de 50 anos com programas de combate ao câncer de colo uterino e de mama, também o Programa de Assistência à Gestante de Alto Risco, que visa atender as gestantes

que apresentam algum tipo de patologia desencadeada ou não na gestação, que podem agravar-se ou mesmo levar a morte.

Atualmente, no ambiente hospitalar ao chegar o momento do parto, a mulher, ao conseguir um atendimento, deixa o seu círculo natural de convívio e passa a fazer parte de outro cenário. Ao dar entrada em uma instituição de saúde, onde a quase totalidade dos partos acontecem, a mulher terá que se adaptar a um ambiente totalmente desconhecido. O contato com as demais pessoas se estabelece de uma hora para outra.

Quando se aproxima o momento do nascimento do filho, a mulher sente mais ainda a necessidade de vínculo, nem que seja com uma instituição, para garantir o seu atendimento durante o parto e nascimento de seu filho. Observa-se um desgaste nas tentativas deste vínculo, pois é incerto que naquele mesmo lugar onde ela fez o pré-natal, pelo qual ela passou ou esteve tantas vezes, vai garantir-lhe espaço para parir, mesmo que previsto dentro do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde.

Confirmada através de exames obstétricos clínicos e instrumentais, a iminência do parto, as mulheres aguardam, muitas vezes solitárias, nos hospitais por este momento. Os parâmetros de tempo, modo e momento para que o parto aconteça já estão predeterminados, exigindo que a mulher se ajusta a eles e não o contrário. Prova disso são as inúmeras intervenções, a que são submetidas. Por exemplo, os sinais de trabalho de parto incluem contrações regulares, dilatação progressiva do colo uterino e/ou rompimento espontâneo da bolsa amniótica. Para cada um destes sinais existe, em nível institucional, uma intervenção prevista.

Ao serem confrontadas as práticas que as parteiras leigas realizam com aquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde, percebe-se que, embora não tivessem aprendizado formal, a maior parte das ações que desenvolviam podem ser consideradas adequadas. Algumas porém, ainda podem ser discutíveis e outras até mesmo contra-indicadas, por exemplo, os procedimentos para tratar o coto umbilical dos bebês.

De qualquer forma, o resgate das práticas das parteiras leigas pode servir como reflexão para que os profissionais atuais e os futuros, os alunos dos cursos de graduação da área da saúde, repensem seus momentos frente à mulher e família, durante a gestação, parto e nascimento, porque, embora o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) considere inadequadas as ações hoje praticadas nas instituições de saúde, estas ainda são priorizadas e praticadas em detrimento de um atendimento que poderia ser mais humanizado.

Um dos resgates importantes que pode ser feito ao buscar-se a história das parteiras leigas refere-se ao legado que nos deixaram na forma como atendiam as mulheres e envolviam a família neste processo. As parteiras promoviam a inserção da família, valorizando os espaço e os hábitos domésticos, respeitando a cultura de sua clientela.

Ao ouvir as histórias das parteiras, penso que um primeiro passo foi dado para um aprendizado de maneiras simplificadas em relação ao acolhimento e vínculo, que podem ser propiciadas as mulheres no momento da gestação, parto e puerpério. Outras reflexões e contribuições podem ser geradas a partir dos seus relatos, com a divulgação dos achados deste estudo, no meio acadêmico e profissional. A inclusão da história desta personagem – a parteira nos currículos atuais só contribuirá para enriquecer as possibilidades de uma atenção mais



humanizada as mulheres e familiares no momento da parturição, independente do local em este parto ocorra.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, c1977. 226 p. il.

BESSA, Lucineide Frota. **Mulheres e parteiras: uma contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. Salvador: GRAFUFBA, 1999. 124p.

BRANDÃO, Nadja dos Santos. **Da tesoura ao bisturi: o ofício das parteiras: 1897-1967**. Porto Alegre, 1998. 264 f. il. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

BRIQUET, Domingos. **Obstetrícia Normal**. São Paulo: Sarvier, 1981. 495 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: FEBRASGO/ABENFO, 2001. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Livro da Parteira**. Grupo Curumim-Gestação e Parto(ONG), Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 166 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Legislação**. Porto Alegre: COREn, 1999.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. **Memórias de parteiras entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar**. Florianópolis, 2002. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

FELISBERTO, Fernanda; DANTAS, Iracema. **Parteiras, A mulher na resistência cultural**. Site disponível em <<http://www.inovae.inf.br/mulherescom/parteiras.htm>>. Acessado em 08/11/2002.

GOLDIN, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 199 p.

JONES, Ricardo Herbert. **Humanização do parto: qual o verdadeiro significado?** Porto Alegre: Amigas do Parto, 2002. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>>. Acesso em: 2 ago. 2002.

LARGURA, Marília. **A assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos e sociais: uma análise crítica: por um parto mais humano e solidário**. São Paulo, 1998. 155 p.

LEIGO. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 577 p. p. 389.

LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices**. 2 .ed. [ S. I.]: Me Graw-Hill, 1995.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M.. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 928 p. il.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996. 78 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS, 1996. 54 p.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. São Paulo, 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PARTEIRA. *In*: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 577 p. p.484.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. il.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. 660 p.

SABATINO, Hugo; DUNN, Peter M.; R., Caldeyro-Barcia. **Parto Humanizado: formas alternativas**. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000. 263 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 385 p.

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

## APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

### Roteiro para entrevista

1. Quando e como começou a atuar como parteira?
2. Em que momento entrava em contato com as mulheres que cuidava?
3. Como percebia o momento da parturição?
4. Descreva o que fazia no momento do parto. De que modo e que recursos tinha para ajudar a mulher no momento do parto?
5. E após o parto?
6. Gostaria de acrescentar algo ao que já foi dito?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### **Pesquisa: “A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO: O RESGATE DAS PRÁTICAS DE PARTEIRAS LEIGAS”<sup>2</sup>**

Ao assinar este documento, estou concordando em participar da pesquisa acima mencionada, de autoria de enfermeira **Marisa Reginatto Vieira**, sendo este estudo uma etapa do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A pesquisa tem por objetivo conhecer a trajetória de vida de parteiras- leigas, identificando as ações que desenvolviam durante o acompanhamento do parto e resgatar as práticas que prestavam no seu atendimento.

A autora esclareceu o caráter voluntário de minha participação no estudo, e a possibilidade de minha desistência em qualquer etapa do mesmo. Também esclareceu que serão tomadas notas das observações realizadas, além de gravadas as entrevistas, sendo o material destruído ao término da pesquisa, garantindo o anonimato dos participantes através do uso de pseudônimos ou abreviações.

Nome da colaboradora: \_\_\_\_\_

Assinatura da colaboradora: \_\_\_\_\_

Pesquisadora Marisa Reginatto Vieira: \_\_\_\_\_

Professora orientadora: Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha - Fone: (51) 33165428

Data: \_\_/\_\_/\_\_

---

---

<sup>1</sup>Título modificado na versão final desta dissertação.



## ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO

---

### Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa

**Trabalho:** A humanização da atenção ao parto: o resgate das práticas de parteiros-leigas

**Autor:** Marisa Reginatto Vieira

Projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Orientação:** Professora Dr<sup>a</sup> Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Os aspectos éticos estão adequados, portanto aprovo o projeto para ser desenvolvido em Serviço desta Secretaria. Ao término da pesquisa a pesquisadora deverá entregar cópia da dissertação de Mestrado para a Assessoria de Planejamento e Programação desta Secretaria, programa de saúde da mulher.

Porto Alegre, 20 de junho de 2003.

Marisa Regina Varmen Brito  
Equipe de Controle Epidemiológico  
Mestre em Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ  
Doutorando em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

CCVX - Av. Padua Cavalques, 372 - 4º andar, bairro Prato de Belas, CEP 90810-240, Porto Alegre - RS  
Fone 3209.2400. e-mail: reginatto@ma.prefpoa.rs.gov.br