



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS

**Saberes tradicionais das parteiras e
a Política de Parto no interior do Rio de Janeiro:
um estudo de caso em Quissamã**

SHEILA MARIA DOS SANTOS BATISTA

LINHA DE PESQUISA: Política, Cultura e Conhecimento

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.

Mai 2016

**Saberes tradicionais das parteiras e a Política de Parto no interior do Rio de Janeiro:
um estudo de caso em Quissamã**

SHEILA MARIA DOS SANTOS BATISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais, na área de Política, Cultura e Conhecimento.

Orientadora Prof^a Dra. Paula Mouzinho Martins
Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Coorientadora Prof^a Dra. Lilian Sagio Cezar
Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.

Maio 2016

**Saberes tradicionais das parteiras e a Política de Parto no interior do Rio de Janeiro:
um estudo de caso em Quissamã**

Sheila Maria dos Santos Batista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais, na área de Política, Cultura e Conhecimento.

Aprovada 31/05/2016

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra Rejane Corrêa Marques

Universidade Federal Rio de Janeiro- Campus Macaé

Prof^ª.Dra Tânia Maria de Almeida Silva

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dra Simone Teixeira

Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Prof^ª. Coorientadora Dra.Lilian Sagio Cezar
Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Prof^ª. Orientadora Dra. Paula Mouzinho Martins
Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Aos meus pais, Ivanice e Ubenor, pelo amor incondicional.

À minha filha Isis, que me faz vivenciar o amor de mãe.

Agradecimentos:

Neste momento final, há sempre muito que agradecer. Ao lembrar a jornada percorrida até o sonho do mestrado, dividida entre os outros papéis a desempenhar, o ser mãe, filha, amiga, enfermeira, namorada, vejo-o, agora, se concretizar. Assim para cumprir as tarefas, muitos foram os que contribuíram nessa trajetória.

Agradeço à UENF pela oportunidade de estudar numa prestigiosa instituição e em especial, ao Centro de Ciências do Homem e à Coordenação do curso de Políticas Sociais, representada pela prof^a. Silvia Martinez.

À minha orientadora Paula Martins, por aceitar o desafio em abordar o tema proposto no projeto apresentado na UENF, com tranquilidade e contribuindo para a pesquisa.

À Professora Lilian César, por aceitar ser minha coorientanda, sobre um tema não habitual à sua área de estudo. Suas orientações foram valorosas.

Às professoras Simone e Rejane, por aceitarem participar da banca de qualificação e pelas suas inestimáveis contribuições, sem esquecer a disponibilidade da Prof. Rejane, em desvendar algumas nuances técnicas do projeto para o Comitê de Ética.

À Prefeitura e à Secretaria de Saúde de Quissamã por otimizar meu tempo no trabalho para que algumas etapas do curso de mestrado pudessem ser cumpridas. Especialmente, nessa etapa final da escrita, apoiada pela Secretária Simone Flores e pela Assessora de Gabinete Isabel Pessanha.

Aos colegas e amigos, de longa data, da saúde de Quissamã que se fizeram presentes sempre, em prol da qualidade do nosso serviço, enquanto não pude estar inteira na nossa luta, em especial à Ruth, Rose, Zeide, Sabrine. À Gláucia, pela solidariedade enquanto estive à frente da coordenação, para que o estudar fosse mais leve e possível. À Delba, pela amizade e disponibilidade em apoiar-me, com seu conhecimento e experiência na área acadêmica. Sua contribuição foi ímpar nessa trajetória.

Às amigas Rosana, Janaína, Zezé que me ajudaram nas atividades recreativas com minha filha enquanto fazia as leituras, fichamentos dos textos e a escrita.

E, sem dúvida, a todas as parceiras que abriram sua casa, seu coração, suas lembranças para que fosse possível a pesquisa. Suas histórias me encheram de perseverança.

A todos os meus familiares, irmãos, sobrinhos, cunhadas e cunhados, primos, com quem compartilho a alegria de estarmos juntos em trocas e vivências comemorativas. O amparo e carinho de vocês nessa etapa fez toda a diferença!

A minha tia Izabel que gentilmente me hospedou na primeira etapa do curso, diminuindo o cansaço da estrada no ir e vir para as aulas.

Ao meu namorado Araquem, a quem, em muitos momentos, me fiz ausente. Grata, pelas vezes em que me apoiou com seu conhecimento e habilidades. Sem dúvida, o seu afeto, paciência e carinho me trouxeram a segurança necessária para seguir em frente.

A meus pais, que me ensinaram com exemplo, dedicação e sabedoria que lutar, estudar e fazer o bem sempre vale a pena, para o alcance do que se almeja. E a minha adorável filha que com paciência, desenvoltura e atitudes amorosas me ajudaram a olhar para frente e concluir mais essa etapa.

Grata a todos, pelas imensas contribuições, nessa etapa.

Concluindo, utilizo uma frase afirmativa da parteira que me amparou, ao chegar ao mundo: "Você vai conseguir vencer, tenha fé, muita fé!".

RESUMO

A presente dissertação descreve e analisa a formação, os saberes e as práticas das parteiras no município de Quissamã, situado no norte do Estado do Rio de Janeiro. Tem como questões “se” e “como” os saberes tradicionais das parteiras se relacionam na construção de Políticas Públicas de atenção à parturiente e ao recém nato, bem como no debate contemporâneo sobre o parto humanizado, proposto pelo Ministério da Saúde, através da Rede Cegonha. Destaca-se, nesse momento, o esforço governamental em reduzir a alta taxa de cesariana em nosso país. A pesquisa optou pelo enfoque metodológico qualitativo, descritivo e apoiado pela história oral. Foram utilizados, para coleta de dados, entrevistas com sete parteiras originárias da cidade. A análise dos dados foi pautada em teorias que discutem a dicotomia entre o saber tradicional e feminino, em contraposição aos saberes científico, médico, masculino, assim como o emprego destes saberes durante os ritos presentes no trabalho de parto, além das políticas públicas voltadas para o parto. A pesquisa contribui para despertar novos olhares sobre o processo do saber e do cuidar tradicional, dos valores, das crenças e das práticas da parturição utilizados pelas mulheres parteiras, em meados do século passado. A interlocução com antigas parteiras da comunidade trouxe à tona o saber inscrito no ato de partejar, vivenciado pelas mulheres num período em que parir possibilitava à gestante ter o domínio sobre seu corpo, no momento do nascimento do seu bebê.

Palavras-chave: Parteiras tradicionais; parto natural; Políticas Públicas

Abstract

This thesis describes and analyzes the training, knowledge and practices of midwives from 1947 to 1992 in the city of Quissamã, located in the northern State of Rio de Janeiro. Its questions to start the investigation "if" and "how" traditional knowledge of midwives relate the construction of public policy attention to the laboring woman and the newborn baby as well as in the contemporary debate on the humanized, delivery proposed by the Ministry of Health, by Rede Cegonha (Stork Network). It is noteworthy, then, the government effort to reduce the high rate of caesarean sections in our country. The research opted for qualitative methodological approach, descriptive and supported by oral history. They were used for data collection, interviews with seven midwives originating city. The data analysis was based on theories that discuss the dichotomy between traditional knowledge and female, as opposed to scientific knowledge, medical, male as well as the use of this knowledge during the rites present in labor, in addition to public policies for delivery. The research contributes to spark new insights about the process of knowing and caring traditional, values, beliefs and parturition practices used by women midwives, in the middle of last century. dialogue with ancient community midwives is a strategy that seeks to value our culture and brings out the knowledge inscribed in the midwifery act, experienced by women at a time when calve enabled to pregnant women to have control over their bodies at the time of birth your baby.

Keywords: Traditional midwives, natural childbirth, Public Politics

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Relação entre saberes, tipo de parto e categorias envolvidas no partejar | 27 |
| Figura 2 -Marcha pelo direito de escolha da mulher | 63 |
| Figura 3 - Linha histórica do parto no Brasil | 67 |
| Figura 4 - Mapa da região Norte Fluminense x População | 69 |
| Figura 5 - N° de óbito infantil segundo grupo etário e ano -2011 a 2015 | 73 |
| Figura 6 - Seminário Regional da Rede Cegonha – 2014/ 2015 | 77 |
| Figura 7 - Hospital Nossa Senhora da Glória – CIA Engenho Central | 80 |
| Figura 8 - Mapa do município de Quissamã/ Unidades de Saúde..... | 84 |
| Figura 9 - Nossa Senhora Bom Parto ----- | 96 |
| Figura 10 - Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus ----- | 128 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro1 - Classificação das evidências científicas e as condutas recomendadas pela OMS | 40 |
| Quadro 2 - Características das entrevistadas (idade, cor, escolaridade, religião ocupação) | 93 |
| Quadro 3 - Características das parteiras (número de filhos, tipo de parto e idade do primeiro partejar) | 98 |
| Quadro 4 - Procedimentos relatados pelas parteiras tradicional e/ou hospitalar e condutas no parto | 109 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Número de nascidos vivos por município de residência da mãe, 2011-2014 | 71 |
| Tabela 2 - Número de Mortes Maternas por local de residência -2011 a 2015 | 72 |
| Tabela 3 - Programação física de CPN, CGBP e reforma de ambiência (Proposição da Rede Cegonha Norte Fluminense) | 75 |
| Tabela 4 - Indicadores da assistência, pré-natal, parto e puerpério, Quissamã | 86 |

SIGLAS UTILIZADAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
C.A.I.S. – Centro Ativo de Integração do Ser
CBO – Classificação Brasileira Ocupação
CIA – Companhia Engenho Central de Quissamã
CIB – Comitê Intergestora Bipartite
CIR – Comissão Intergestora Regional
CPN – Centro de Parto Normal
CGBP - Casa gestante, bebê e puerpério
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
ESF – Estratégia de Saúde da família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GAR – Gestante Alto Risco
GM - Gabinete do Ministro
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pana-Americana Saúde
PAISMCA – Programa de Ação Integral Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PH – Parteira hospitalar
PT – Parteira tradicional
PD – Parto domiciliar
PPP – Pré - parto, parto e puerpério
REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RIPSA - Rede intergeracional de saúde
SES – Secretaria Estadual Saúde
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Pré-natal e Nascimento
SISPAG - Sistema de Pagamento
SICONV – Sistema de Gestão de Contrato e Convênio
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UENF – Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
USF – Unidade Saúde da Família
UCI – Unidade Cuidados Intermediários
UTI – Unidade Tratamento Intensivo
UTIN – Unidade Tratamento Intensivo Neonatal
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| Introdução | 11 |
| Capítulo 1 - Saberes: tradicional e científico no ato de partejar | 20 |
| 1.1 Relação epistemológica entre saberes no parto natural | 21 |
| 1.1.1 O saber na prática das parteiras e dos obstetras | 26 |
| 1.2 Corpo da mulher e parto natural: repensando o protagonismo e a dominação masculina | 31 |
| 1.3 Evidências científicas e as boas práticas no parto natural | 34 |
| Capítulo 2 – Das parteiras à Política do Parto e do Nascimento | 42 |
| 2.1 Linha histórica, parto natural e parteiras | 43 |
| 2.1.1 Paradigmas dos cuidados de saúde e atenção ao parto | 47 |
| 2.2 Política de Humanização do Parto e Rede Cegonha | 53 |
| 2.3 O parto domiciliar..... | 62 |
| Capítulo 3 - Rede Cegonha: Políticas Regional e Municipal | 68 |
| 3.1 A Rede Cegonha no Norte Fluminense | 69 |
| 3.2 Quissamã, assistência à saúde e Rede Cegonha | 78 |
| Capítulo 4 - História oral das mulheres parteiras quissamaenses | 89 |
| 4.1 Perfil das parteiras entrevistadas | 92 |
| 4.2 Conhecimento, apropriação e transmissão | 99 |
| 4.3 Parturição, práticas e procedimentos | 103 |
| 4.3.1 Conhecimentos tradicionais, ritos e crenças | 112 |
| 4.4 Complicações e dificuldades no partejar domiciliar | 117 |
| 4.5 Mão de obra das parteiras: gratidão, pagamento ou recompensa | 125 |
| 4.6 Quissamã e sua emancipação: um novo cenário na parturição | 126 |
| Considerações finais | 131 |
| Glossário - Linguagem coloquial | 136 |
| Referências bibliográficas | 137 |
| Apêndice A - Declaração da Instituição Coparticipante..... | 146 |
| Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 147 |
| Apêndice C - Roteiro de entrevista: Parteiras tradicionais | 148 |
| Apêndice D - Roteiro de entrevista: Parteiras que realizaram partos na unidade hospitalar | 150 |
| Apêndice E- Termo de autorização de uso de imagem e depoimento | 152 |

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa investiga os saberes e fazeres das mulheres parteiras, entre as décadas de 1940 à 1990, referente ao período de atuação das parteiras entrevistadas. Busca-se compreender se os saberes tradicionais relativos ao parto natural influenciam o debate contemporâneo sobre atenção ao parto e nascimento humanizados, proposto pelo Ministério da Saúde por meio da Política Pública de criação e manutenção da Rede Cegonha.

Embora as práticas de parto natural tradicional ocorram em todo o país, esse estudo de caso foi realizado no município de Quissamã, localizado no interior do Estado do Rio de Janeiro, situado na região Norte Fluminense. O interesse em investigar parteiras detentoras de saberes tradicionais específicos e, por vezes, combatidos pela tendência contemporânea à hospitalização, surgiu pelo fascínio pela área de enfermagem obstétrica amadurecido durante minha trajetória profissional, ao passar por habilitação e residência. Atuando como Enfermeira na saúde pública municipal de Quissamã desde 1992, tive a oportunidade de trabalhar com as mulheres nas diversas fases de suas vida através de consultas de enfermagem, atividades de educação em saúde em grupos e em visitas domiciliares. Em algumas ocasiões deparei-me com narrativas que exaltavam e conferiam prestígio às parteiras das comunidades rurais e às auxiliares de enfermagem atuantes na unidade hospitalar realizando partos.

Outro fato que fortaleceu o interesse em me aprofundar no conhecimento sobre a atuação das parteiras foi o relato de minha mãe sobre meu nascimento, pois fui a única, entre quatro filhos a nascer em casa com a parteira chegando a tempo de cortar o cordão umbilical e acompanhar o secundamento¹.

Pesquisar e escrever sobre esse universo das parteiras é reviver a história oral e registrar as práticas e memórias cognitivas desses saberes femininos, em que mulheres se tornam protagonistas e dedicadas ao ato de cuidar da parturição agindo com empenho, espera paciente e respeito ao tempo natural do amparo ao parir.

¹ Secundamento - Saída da placenta.

As parteiras legitimam seus saberes e práticas tidas como tradicionais, utilizadas no cuidar e no assistir as mulheres durante o parto domiciliar e natural, realizados em diferentes comunidades do país. Esses saberes são em geral transmitidos, de maneira oral, pautados na observação e prática dos procedimentos e técnicas necessárias para cuidar de outras mulheres no momento do parto.

O parto e nascimento são eventos considerados naturais e, na maioria das vezes, não apresentam riscos para a mulher e o bebê sendo comemorados na maioria das civilizações, como um fato marcante da vida. No passado representava um evento feminino, privado e íntimo, sendo o ato de partejar apoiado por outras mulheres da comunidade, as comadres, as aparadeiras, as parteiras e, posteriormente, por obstetrias e enfermeiras obstétricas. (BRENES, 1991; BRASIL, 2010).

A partir da década de 1960, as políticas governamentais de saúde no país optaram por reforçar a ação da medicina e a institucionalização hospitalar do parto, desautorizando a ação daqueles, então, considerados leigos e de outros profissionais envolvidos com o auxílio e amparo ao ato de parir, como as parteiras e enfermeiras obstétricas, especialmente nos grandes centros. Apenas em áreas interioranas de difícil acesso, sem o aparato da medicina moderna, as parteiras mantiveram-se atuantes, garantindo que as práticas tradicionais permanecessem vivas (BRASIL, 2001; ODENT, 2003; SOUSA, 2007).

A industrialização e a urbanização modificaram o modo de vida e a forma como as pessoas passaram a encarar o cuidado com a saúde e a prevenção de doenças. Isso demandou da medicina a criação de especialidades para o cuidado de cada área ou região do corpo humano. Entre as mais distintas especialidades criadas no século XX surge a obstetrícia como profissão. A mulher gestante passa a ser cuidada por médicos como uma necessidade justificada pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal². Assim, o parto foi sendo vivenciado por outros atores sociais em espaços públicos e de forma impessoal sobretudo pela mediação tecnológica. Nesse processo, as parteiras foram perdendo seu espaço para obstetrias e médicos, sendo responsabilizadas pelos óbitos maternos, embora até hoje não se tenha comprovação dessa informação (ODENT, 2003; SEIBERT, 2005; SILVA e FERREIRA, 2011).

² Perinatal - Compreende o período que vai da 22ª semana de gestação aos 30 dias após o nascimento.

O senso comum nega a qualidade da participação das parteiras e de suas contribuições para a sociedade. Segundo Santos (2010) é possível afirmar que as parteiras tiveram e têm um papel importante para a estruturação da cultura que preserva as relações familiares, parentais e da sociedade, mas que esses esforços são desqualificados. Ainda segundo a autora:

"(...) pude perceber a repercussão da desqualificação e a paulatina exclusão vivida pelas mulheres que partejavam, que ainda hoje as acompanham, nos diferentes papéis que desempenham, quer como produtoras de sentidos para as experiências e resistências de papéis femininos, ou como cultura e ideologia que se mantêm, apesar das lutas das mulheres, ainda sob efeito dos desdobramentos da dominação masculina" (SANTOS 2010, pag.113).

Ao entender a forma como atuam as parteiras tradicionais numa concepção que aponta para uma postura mais respeitosa quanto ao tempo e ao rito de passagem em que a mulher se transforma em mãe, busca-se inspirar os profissionais que praticam o partejar a valorizarem o papel de protagonismo da mulher diante da sua feminilidade, dos conhecimentos do seu corpo, da conquista da autonomia no momento do parto, de seu consentimento para com as práticas realizadas e apoiadas pela participação ativa dos seus familiares, fato que não ocorre costumeiramente, quando o parto é realizado na área hospitalar.

No plano das Políticas Públicas, evidencia-se pouco reconhecimento profissional do trabalho das mulheres parteiras que atuavam no município de Quissamã. Estas mulheres atualmente vivem no anonimato e são praticamente esquecidas com suas memórias, saberes e práticas de trazer à vida as crianças, respeitando o tempo do parto e zelando pelo bem estar tanto da mãe quanto de seu filho ou filha. Pouco se conhece sobre suas experiências no cuidado realizado aos partos domiciliares ou hospitalares. Assim busca-se compreender como essa prática tradicional foi se perdendo em prol da hospitalização do parto no município de Quissamã. Descrevendo e analisando os conhecimentos das parteiras com formação na área de Enfermagem que realizavam parto domiciliar ou hospitalar no município de Quissamã, questiona-se, se existiram conflitos entre os saberes e as práticas adotadas pelas parteiras tradicionais, em relação àqueles adotados pelas "enfermeiras" parteiras. Tal analogia permite avaliar a relação entre os saberes tradicionais e a ciência, revelando os conflitos decorrentes de estruturas epistemológicas e disputas dentro do campo da medicina frente à construção de Políticas Públicas para o parto.

A temática do parto tem conquistado a mídia brasileira, em razão dos alertas sobre a elevada taxa de partos cesáreos. Tal assunto resurge como pauta devido a um inquérito nacional sobre parto e nascimento publicado em 2014 pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Essa investigação, denominada “Nascer no Brasil”, entrevistou 23.894 mulheres em todo o país e evidenciou um percentual de 52% de cesáreas, sendo que destes 46% dos partos são cirúrgicos na rede pública e na rede particular, 88%. O aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é um índice de 15%, estando o país muito aquém do esperado, detendo um dos maiores índices mundiais de nascimento por cesárea.

A mortalidade materna ainda se mantém com níveis alterados e preocupantes nos indicadores nacionais, referido por Leal et al (2014)

"No período de 1990 a 2011, a razão de mortalidade no Brasil decresceu de 143 a 61 por 100 mil de nascido vivo, com taxa de decréscimo de 3,7 ao ano. E afirma que apesar da queda, os níveis são ainda inaceitavelmente elevados, sendo 3 a 4 vezes mais elevados do que nos países desenvolvidos no início da década de 2010, as estimativas altas mostram discrepâncias aos avanços alcançados no País, não só aos relativos ao desempenho dos serviços de saúde, como a cobertura no atendimento ao pré-natal e atenção ao parto hospitalar mas também em relação as transformações sociais experimentadas na sociedade brasileira, com a melhoria dos níveis socioeconômicos e a acentuada queda da fecundidade" (p. 06).

O tema parto e nascimento, nos últimos anos, movimenta as redes sociais com discussões travadas entre mulheres intelectualizadas, de classe média, internautas na luta pelo controle sobre seu corpo e o desejo de um parto mais humanizado, seja nos serviços de saúde ou em seus domicílios. Somam-se a este grupo, profissionais de saúde, agentes do Estado, artistas em busca de um novo paradigma para o parto que respeite os princípios da feminilidade, perdidos pela medicalização deste procedimento (CARNEIRO, 2015).

Odent (2003) denominou de industrialização do parto um movimento que se constituiu na construção de grandes maternidades, no aparato com equipamentos e aparelhos eletrônicos, com a modificação das técnicas de cuidado e com a introdução de episiotomia, fórceps e ampliação de técnicas cirúrgicas. Para atender essa medicalização, foram necessários, médicos e anestesistas treinados, além de pediatra e equipe de enfermagem, alterando toda lógica do cuidar fisiológico da parturição. Davis-Floyd (2001), descreve que os paradigmas do cuidado em saúde obstétrica vêm se estabelecendo como um modelo tecnocrático que

coloca o atendimento à mulher de maneira distante e esta é vista como objeto. Sendo a tecnologia valorada, confrontando-se com o cuidado do modelo humanizado e holístico que reivindica um atendimento mais individualizado, receptivo, empático e integral.

Diante desse e de outros quadros de “desumanização” dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), através de intensos debates com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, buscam reagir a esse mecanicismo do cuidado, lançando uma proposta de atenção e acolhimento denominada HumanizaSUS, na perspectiva de mudar essa postura tecnocrática arraigada às estruturas e às equipes de saúde e de estabelecer uma nova postura na relação entre o usuário e a rede de saúde (BRASIL, 2010; 2014).

Especificamente, em 2011, através da portaria 1459/GM/MS, o Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha, como estratégia técnica e financeira a fim de influenciar uma série de mudanças no cuidado visando à humanização da gestação, do parto e do puerpério buscando a articulação dos pontos de atenção em rede e a regulação obstétrica.

Entendendo que as redes são espaços de reunião, relacionamento, comunicação e gestão, associados aos indivíduos, aos grupos e às organizações e que, ao se combinarem esforços, complementam e aumentam a capacidade de resolução e a construção das políticas públicas. A partir do princípio de articulação em rede, tenta-se responder de maneira adequada às necessidades sociais, baseada nas características de cada território. (MAINGON, 2006).

Enquanto no Brasil, o modelo de atenção ao parto concentrou-se no médico obstetra, em outros países a assistência é centrada nas parteiras e obstetizas, acompanhadas ou não de supervisão médica para atender gestantes e parturientes (OMS, 1996; ODENT, 2003; SANDALL, 2013). O que se observa nesses países é o alto índice de adoção do parto normal, quer seja na unidade hospitalar, nas casas de parto ou nos domicílios tornando a participação do médico obstetra necessária apenas nas situações de emergência que envolvem riscos para a mãe ou bebê.

Diante do exposto, algumas questões norteiam essa investigação: 1- Como e quando o conhecimento tradicional e empírico dessas parteiras quissamaenses foi se perdendo em meio à prevalência do saber científico? 2- Quais são as práticas, saberes e crenças, adotados pelas

parteiras, para a realização de um “bom parto”? 3 – Como os princípios da Política de Parto e Nascimento da Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde, dialogam com esse saber das parteiras?

Partindo destes princípios essa investigação buscou analisar as práticas, os saberes e a formação das parteiras do município de Quissamã colocando esse tipo de conhecimento pré-científico em diálogo com a atual política de humanização do parto e nascimento preconizada pelo Ministério da Saúde. Para atingir esse objetivo foi realizado, inicialmente, um mapeamento sobre as parteiras residentes no território e sua inserção no contexto histórico da política de saúde municipal. Em seguida, analisamos os saberes dessas parteiras tradicionais e daquelas que atuaram na função de enfermagem, na realização de partos nos domicílios e/ou no hospital de Quissamã, identificando as práticas e técnicas adotadas e desenvolvidas por elas a fim de lograr a realização de um parto natural bem-sucedido. Por fim, analisar-se-ão, de um modo geral, as distinções entre o saber tradicional e o saber científico, revelando suas estruturas epistemológicas e as disputas dentro do campo da medicina, frente à Política de Humanização do Parto e Nascimento estabelecida pela Rede Cegonha no município de Quissamã.

O percurso metodológico dessa investigação foi empreendido a partir da história oral, com enfoque qualitativo e descritivo e com a estrutura de "estudo de casos". Como preconiza Gil (2002), o estudo de caso acontece a partir de questões sociais complexas e situadas num dado contexto, podendo ser utilizados instrumentos variados na sua metodologia. Assim, concentramos nossa investigação a partir do estudo de casos, a fim de nos aprofundarmos no assunto, aprimorando o conhecimento sobre os saberes e as práticas das parteiras e sua possível relação e influência na construção das políticas públicas para o parto humanizado.

Parte-se da premissa de que as chamadas metodologias qualitativas privilegiam o trabalho, de modo geral, com a análise de microprocessos, que se preocupam com o estudo das ações sociais, tanto individuais quanto grupais (MARTINS, 2004). Na abordagem qualitativa, o pesquisador deve demonstrar perspicácia para observar e registrar as informações observadas e narradas, considerando flexibilidade e capacidade de interação com os interlocutores da pesquisa.

A história oral é utilizada como recurso para estudos referentes à experiência com pessoas e grupo, “é uma história viva”, com aplicação de entrevistas inscritas no “tempo presente”, e envolvendo um projeto com planejamento das ações a serem realizadas (MEIHY E HOLANDA, 2011).

“Para muitas pesquisas, a história de vida tem tudo para ser um ponto inicial privilegiado porque permite ao informante retomar sua vivência de forma retrospectiva, com uma exaustiva interpretação. Nela geralmente acontece a liberação de um pensamento crítico reprimido e muitas vezes nos chega num tom de confiança. É um olhar cuidadoso sobre a própria vivência ou sobre um fato .Este relato fornece um material extremamente rico para análise do vivido. Nele podemos encontrar o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual” (MINAYO, 2002, p59).

Ao se trabalhar com história oral temática, torna-se possível a abertura de um espaço para que essas mulheres anônimas, das comunidades, se expressem, narrem seus depoimentos e relembrem fatos que possibilitem a compreensão do que foi vivenciado por elas e pela política local. Bourdieu (2006) afirma que a vida de uma pessoa está ligada a uma série de acontecimentos e a uma estrutura embora na vida real ocorra uma descontinuidade, o tempo e a narrativa, possibilitam dar significado, conexões e coerência àquela história.

De acordo com o delineamento da pesquisa, utilizou-se como principais fontes de informações para a coleta de dados: documentos oficiais como, a Política Nacional de Parto e Nascimento do Ministério da Saúde - Rede Cegonha; o Plano da Região Norte Fluminense da Rede Cegonha; o banco de dados com Informações de Saúde – DATASUS (2011 a 2015), os dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2014); outras informações históricas adquiridas no Espaço Cultural Euclides Barcelos – Quissamã; e informações fornecidas pelas parteiras, por intermédio da realização de entrevistas.

O levantamento e identificação das parteiras ocorreram através das redes de relações sociais, nas quais as participantes puderam referenciar, influenciar e envolver outras a participarem da pesquisa. As entrevistas com as parteiras foram conduzidas em suas respectivas residências, onde se buscou construir vínculos de confiança e reciprocidade, firmando uma relação em que as narrativas e memórias do tempo presente fossem acessadas e lembradas a partir do acolhimento e depoimento dessas mulheres.

As entrevistas foram analisadas a partir do método hermenêutico - dialético, no qual: "a fala dos atores sociais é situada em um contexto para melhor ser compreendida, tendo como ponto de partida, o interior da fala. Como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala" (MINAYO, 2002, p77). De acordo com esta diretriz, a análise se divide em dois níveis de interpretação, sendo o primeiro referente às determinações socioeconômicas e/ou históricas que caracterizam o grupo a ser estudado; e, num segundo nível, relacionado com os fatos investigados. Esse método é operacionalizado através dos seguintes passos: 1- Ordenação dos dados (mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo); 2- Classificação dos dados (identificação da relevância dos dados, baseando-se, também, nos textos lidos exaustivamente, realizando a categorização); 3- Análise final (estabelecer articulação entre os dados e as referências teóricas da pesquisa, respondendo às questões com base nos objetivos) Minayo (2002, p.79). crê que "assim, promovemos relações entre o concreto, o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática".

Dessa maneira, a análise dos dados foi realizada a partir da relação entre as Políticas Públicas para o Parto no Brasil nesta última década, sua aplicação no município de Quissamã e a anterior atuação das parteiras, seja no serviço domiciliar ou hospitalar. Correlacionaram-se então, esses dados às políticas públicas relativas ao atendimento à gestante e ao parto, desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, bem como as teorias antropológicas que discutem as relações entre o saber tradicional e o científico.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da UFRJ, CAE nº 50403115000005699, no dia 08/12/2015. As entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2) e foram informadas dos objetivos e finalidade da pesquisa. No primeiro contato com as participantes, foi -lhes informado que a adesão à pesquisa era voluntária.

Tudo leva a crer que as entrevistadas sejam beneficiadas com o aprofundamento da pesquisa proposta por essa dissertação, na medida em que ela venha a contribuir para a valorização dessas mulheres que exerceram um papel tão importante como parteiras na cidade. Espera-se, também, que a pesquisa promova um ambiente propício para discussões do parto natural nas conversas formais e informais da comunidade local, suscitando novas abordagens nas políticas municipais relativas ao parto natural.

A dissertação divide-se em quatro capítulos, sendo que os dois primeiros apresentam uma revisão da literatura sobre o tema, o terceiro aborda a política loco regional e o quarto, os resultados do estudo e, finalizando, as considerações.

No primeiro capítulo, discute-se a relação epistemológica entre o saber tradicional da parteira e o saber científico no partejar realizado pelos obstetras (médicos, enfermeiros), o que perpassa por compreender esses saberes e o papel dos atores envolvidos nesse processo e como eles estão relacionados com as evidências científicas das boas práticas de um parto natural.

O breve histórico das Políticas Públicas relacionados ao parto desvendará, no segundo capítulo, que os dilemas na assistência ao partejar não são recentes no modelo instituído no país, o que ocasionou mudanças dos paradigmas, nos modelos de cuidado e de atenção ao parto vivenciados pelas mulheres até hoje nas estruturas hospitalares. Descreve-se e analisa-se, também, as proposições da Rede Cegonha como estratégia para um modelo mais humanizado e holístico nas políticas públicas em relação ao parto.

No terceiro capítulo, situamos a Rede Cegonha na região Norte Fluminense e no município de Quissamã, relacionando indicadores materno-infantis e as proposições do Plano Regional da Rede Cegonha.

Já, no capítulo quatro, nos direcionamos para os relatos orais, as entrevistas realizadas com as parteiras quissamaenses, abordando o saber e o fazer praticados por elas, correlacionando-os, as evidências científicas no parto com a Política da Rede Cegonha e, ainda, com as teorias que põem em evidência o saber científico e o tradicional.

Capítulo 1

SABERES: TRADICIONAL E CIENTÍFICO NO ATO DE PARTEJAR

Não considere nenhuma prática como imutável
Mude e esteja pronto a mudar novamente
Não aceite verdade eterna. Experimente!
(Skinner)

1 SABERES: TRADICIONAL E CIENTÍFICO NO ATO DE PARTEJAR

1.1 Relação epistemológica entre saberes no parto natural

Ao longo da história, a assistência ao nascimento tem passado por um processo de transformação e reconfiguração no Brasil. Os partos que eram realizados geralmente nos domicílios, pelas mãos de parteiras e baseados em saberes tradicionais que atravessam gerações, passaram a partir da década de 1960 a ser predominantemente realizados por médicos, em instituições hospitalares.

Buscando resguardar o saber tradicional, grupos de apoio as mulheres parteiras do Norte e Nordeste do país têm reivindicado adesão de órgãos legislativos nacionais e junto à Organização Pan Americana de Assistência à Saúde (OPAS) para que suas experiências sejam incluídas no Livro de Registro dos Saberes do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), como patrimônio cultural imaterial. Para tanto, deve-se considerar o artigo 2º, da Lei nº 13.123, de 20/05/2015, que define o conhecimento tradicional associado e as comunidades tradicionais, como: aquela comunidade com "grupo culturalmente diferenciado (...) utilizando conhecimentos, inovações e práticas integradas e transmitidas pela tradição".

Parteira tradicional, segundo o Ministério da Saúde (2010), é aquela mulher que presta assistência ao parto domiciliar e é reconhecida pela comunidade como parteira. Este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais, caracterizando a formação e o conhecimento detido e transmitido pelas parteiras. Tais conhecimentos constituem a memória coletiva dessa rede de mulheres e são agenciados no cuidar e no assistir às parturientes nas diversas comunidades do país. Já a memória coletiva constitui a memória construída a partir da interação entre indivíduos, em que experiências passadas são rememoradas no presente, a partir da mediação com as contingências do presente e expectativas futuras (HALBWACHS, 1984; SANTOS, 2003; CEZAR, 2015).

Segundo Bezerra de Menezes, por tradição, compreende-se aquela memória que uma dada sociedade exterioriza enquanto modelo, especialmente ligada às culturas orais. A tradição "nunca se refere a nenhum corpo consolidado de crenças, normas, valores, referencias definidas na sua origem passada, mas está sujeita permanentemente à dinâmica social" (MENEZES, 1992, p.11). Desta forma, o conhecimento tradicional é repassado de

geração em geração, a partir da oralidade e de uma experimentação prática que traz a possibilidade de antever alguma descoberta da ciência moderna. Não é um produto acabado, é dinâmico, gerado ao longo do tempo nas comunidades tradicionais (ALONSO, 2005; CUNHA 2007). Portanto, tanto o saber tradicional quanto o saber científico estão abertos e sofrem modificações para entender e agir sobre o mundo.

O conhecimento tradicional é um legado das gerações passadas e daí deriva a noção, por exemplo, de propriedade coletiva e a responsabilidade pelo seu uso. E é esta relação entre ser humano e natureza que deve assegurar a conservação desta, uma vez que, caso não seja mantido em boas condições, o mundo se pode desestruturar, sendo importante assegurar, por isso, a ordem do cosmos (ALONSO, 2005, p 297).

Da mesma maneira, pressupõe-se que as comunidades tradicionais "estabelecem códigos internos para proteção dos conhecimentos", desenvolvendo e resguardando práticas e tecnologias próprias da comunidade que articulam diferentes áreas de saberes, onde ocorre a existência de um "conhecimento sagrado ou espiritual, especializado, e outro de âmbito público, de um conhecimento coletivo"(ALONSO, 2005, p 298-299).

Cunha defende que os saberes tradicionais e científicos são unidades em si mesmas, comparáveis e com algum grau de semelhança, como obras abertas e inacabadas, se fazendo constantemente, procurando entender e agir sobre o mundo. Porém, indica como uma das diferenças entre estes saberes que há tantos regimes de conhecimento tradicional, quanto existem povos e que para cada conhecimento há seus processos de investigação, protocolos e modos de fazer: "Enquanto existe por hipótese um regime único para o conhecimento científico, há uma legião de regimes de saberes tradicionais" (CUNHA, 2007, p. 302). Outra diferença a ser considerada é que, a ciência moderna usa conceitos, enquanto a ciência tradicional usa percepções, se a primeira trouxe várias inovações tecnológicas, com a ciência tradicional a lógica da percepção sensível tem outras maneiras de antecipar descobertas (CUNHA, 2007).

Observa-se, também, o impacto da ciência moderna ao acessar o conhecimento tradicional e, posteriormente, dele se apropriar, realizando pequenas adaptações para serem registradas numa linguagem técnico-científica reconfigurada, com auxílio das tecnologias de informação que redimensionam esse conhecimento ao ponto de ganharem conotações

distintas e, dessa maneira, aquele saber tradicional parece não ter mais nenhum vínculo com o atual saber, agora sistêmico e científico. Tal interesse da ciência pode ser exemplificado, sobre o uso de algumas ervas utilizadas para múltiplas funções pelas comunidades indígenas e que, após investigação científica, a ciência contemporânea conclui e determina que não possuem as propriedades indicadas, herdadas do saber tradicional, subestimando, assim, o saber empírico, as crenças, valores e até a cura daqueles povos conforme sugerem Santos (2001) e Cunha (2007).

Vale destacar que as práticas e saberes tradicionais são empregados no cuidado do corpo físico de forma associada a outras dimensões como o psicológico e, especialmente, o espiritual almejando harmonia do corpo. Esses cuidados específicos geralmente ficam a cargo de especialistas como os pajés, as mulheres parteiras, as erveiras ou rezadeiras que detém um poder maior de conhecimento. Tais saberes exigem capacidade e treino mnemônicos e são transmitidos para aprendizes que vão sendo ao longo da vida preparados para substituir seus mestres numa tarefa que envolve reciprocidade, submissão e dedicação delegadas (DELUMEAU, 1993; SANTOS, 2001).

Em contraponto, o saber científico, se estabelece de maneira a desconsiderar os valores do saber tradicional, como podemos observar no exemplo que se segue. Segundo Lakatos e Marconi (1991), o conhecimento vulgar ou popular (senso comum) também denominado “empírico” é o que todas as pessoas adquirem na vida cotidiana, de forma informal, baseado na experiência vivida ou transmitida por alguém. Em geral resulta de repetidas experiências casuais, sem verificação sistemática, e por isso, carece de caráter científico. Pode também resultar de simples transmissão de geração para geração. Em contraponto, Lakatos e Marconi (1991) afirma que o conhecimento científico é transmitido através de treinamento apropriado, o qual utiliza método para conhecer de forma sistemática e real. Nesse contexto, podemos destacar termos, como "vulgar"; "todas as pessoas adquirem"; "informal"; "baseado na experiência vivida"; que contradizem todo o saber tradicional metódico, acumulado, devido à experiência das parteiras.

Michel Foucault (2015), em sua análise sobre a Genealogia e Poder, caracteriza essa apropriação do saber tradicional, como "saber dominado" e atribui a este conceito duas possibilidades:

Por saber dominado, entendo duas coisas: por um lado, os conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais. (...) e isto simplesmente porque só os conteúdos históricos podem permitir encontrar a clivagem dos confrontos, das lutas que as organizações funcionais ou sistemáticas têm por objetivo mascarar. Portanto, os saberes dominados são estes blocos de saber histórico que estavam presentes e mascarados no interior dos conjuntos funcionais e sistemáticos e que a crítica pode fazer reaparecer, evidentemente através do instrumento da erudição (FOUCAULT, 2015, p.97).

Concomitantemente, Foucault vislumbra outra perspectiva para conceituar a dominação desse saber:

Em segundo lugar, **por saber dominado se deve entender outra coisa e, em certo sentido, uma coisa inteiramente diferente: uma série de saberes que tinham sido desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido de conhecimento ou de cientificidade.** Foi o reaparecimento destes saberes que estão embaixo – saberes não qualificados, e mesmo desqualificados, do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinquente, etc., que **chamarei de saber das pessoas** e que não é de forma alguma um saber comum, um bom senso mas, ao contrário, um saber particular, regional, local, um saber diferencial incapaz de unanimidade e que só deve sua força à dimensão que o opõe a todos aqueles que o circundam – **que realizou a crítica** (FOUCAULT, 2015, p.97, grifo nosso).

O conhecimento técnico, especialista, quando comparado ao leigo, gera uma separação epistemológica pautada na ciência que possibilita autonomia dos cientistas e especialistas na tomada de decisão e torna o cidadão comum apenas um mero observador, como sugere Santos (2005). Ainda segundo o autor, o empreendimento imperial utilizando-se da premissa do conhecimento da ciência moderna para construir para si discursos assimétricos a fim de dominar formas de resistência dos povos e grupos sociais que tem nos saberes tradicionais um dos pilares de existência e resistência. Esse conflito, também denominado de “epistemicídio” (SANTOS et al, 2005, p.36), explica a interdição e extermínio de saberes tradicionais empreendido pelo Ocidente:

(...) por isso, não deve espantar que, quaisquer que sejam o mérito epistemológico intrínseco da ciência moderna e seus efeitos reconhecidos como positivos ou, pelo menos, benignos, o fato da ciência se constituir como um saber universal que se arroga o direito de legislar sobre todas as formas de saber e de conhecimento leva a que ela continue hoje a ser vista frequentemente no mundo não ocidental como uma forma de particularismo ocidental cuja especificidade consiste em ter poder para definir como particulares, locais, contextuais e situacionais todos os conhecimentos que com ela rivalizam" (SANTOS et al, 2005, p 28).

Contudo, o conhecimento, tal qual a cultura, não é puro, possuindo uma diversidade epistêmica infinita, resultado da articulação de constelações de conhecimentos distintos.

Ao longo dos séculos, as constelações de saberes foram desenvolvendo formas de articulação entre si e hoje, mais do que nunca, importa construir um modo verdadeiramente dialógico de engajamento permanente, articulando as estruturas do saber moderno / científico / ocidental às formações nativas / locais / tradicionais de conhecimento. O desafio é, pois, de luta contra uma monocultura do saber, não apenas na teoria, mas como uma prática constante do processo de estudo, de pesquisa - ação (...) o futuro encontra-se, assim, na encruzilhada dos saberes e das tecnologias (SANTOS et al 2005, p.54).

Paradoxalmente encontramos hoje no Brasil parteiras tradicionais atuando especialmente na região Norte, Nordeste, Centro-Oeste, nas áreas mais longínquas do país (em condições muitas vezes precárias e sem apoio para situações de risco extremo de morte), como também nos grandes centros urbanos com parteiras com formação específica em obstetrícia para atender a uma demanda crescente por partos naturais realizados nos domicílios das parturientes, longe de ambientes hospitalares, dentro de uma proposta holística e humanizada de assistência à saúde.

Mesmo as comunidades rurais, de florestas e de ribeirinhas que realizam o ato de partejar amparado por parteiras tradicionais esbarram no predomínio do cientificismo e na desvalorização do saber tradicional.

Não se pode perder de vista que o conhecimento científico e os avanços produzidos aconteçam de maneira impositiva, o que acaba legitimando os citados "epistemicídios", a partir da destruição de outras formas de conhecimento. Nesses processos a visão científica do mundo é predominante, sendo valorizada a partir de narrativas sobre acumulação seletiva de

sucessos, desconsiderando as controvérsias ou erros referentes ao conhecimento científico e sua aplicação na sociedade, conforme afirma Santos et al (2005, p.22).

No entanto, conhecer o processo de desenvolvimento dos saberes e práticas da parturição, realizados pelas parteiras tradicionais constitui o objetivo desta pesquisa. Procurando compreender como a ciência moderna interferiu e subordinou significativamente os diferentes saberes relativos à parturição em geral, a partir de um estudo de caso com parteiras tradicionais do município de Quissamã. Busca -se compreender como ao longo de 50 anos esta prática sob a responsabilidade das parteiras foi transferida para os médicos obstetras, tendo o parto cesáreo como prática recorrente. Contudo, a partir da problematização sobre o parto buscam-se recuperar ou reconstruir outras versões da história da ciência que trazem a possibilidade de abrir novos caminhos para o "multiculturalismo do conhecimento, superando assim o que tem sido designado por colonialismo do saber" (SANTOS et al, 2005, p.25).

O conhecimento tradicional das parteiras vem sendo transmitido e reconhecido a partir da prática e da troca, quando as mais experientes acabam ensinando às novatas, mediante a necessidade da sua presença em partos mais complexos, que envolvem riscos para a mãe e/ou para o bebê. Esses saberes compartilhados e vivenciados, oriundos da necessidade de cuidar do processo de parir, agregam valores e reciprocidades, não só à prática de partejar, mas à compreensão holística do respeito e do amparo à mulher e à criança, empregando recursos que vão das ervas medicinais, à fé no poder religioso e/ou espiritual e, inclusive, na adaptação e utilização de técnicas e inovações científicas.

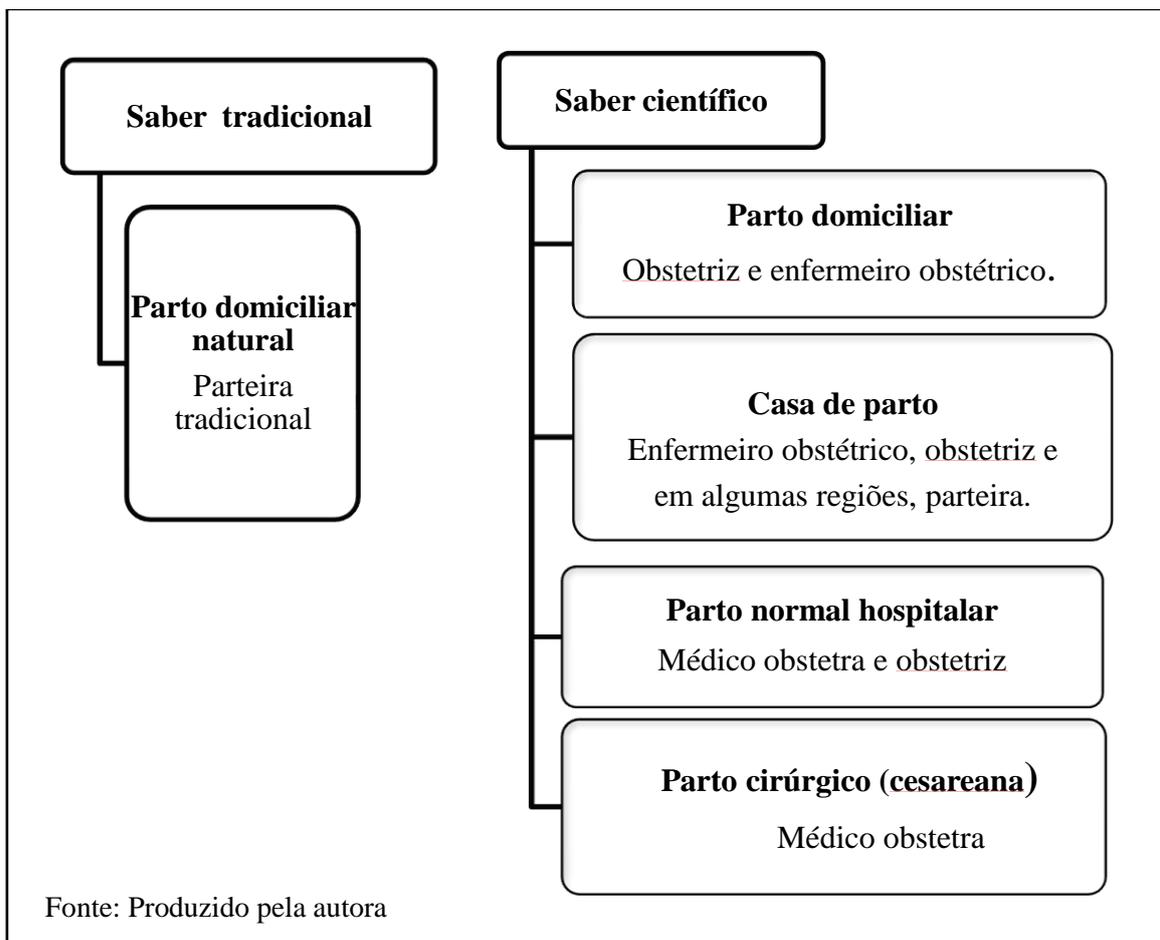
1.1.1 O Saber na prática das parteiras e dos obstetras

Quando abordamos o entrelace de uma prática construída na assistência ao parto, ao longo da história do século XX e século XXI, faz-se necessária uma reflexão sobre o desenvolvimento profissional envolvido com o ato de partejar. O conhecimento moderno hospitalizou os partos, especialmente nas grandes cidades brasileiras, como uma prática hegemônica que se firmou e vetou os partos domiciliares, inibindo também a construção de espaços alternativos como as Casas de Partos. Dessa forma as parteiras, quer sejam

tradicionais ou com formação própria em alguma área da saúde (por exemplo, enfermagem), foram deixando de ter autonomia e importância nos espaços institucionais dos hospitais e maternidades, sendo subordinadas às equipes médicas e aos discursos de poder pautados na afirmação do dito saber científico.

Verifica-se que ao longo do tempo o momento do parto se constitui num campo de disputa profissional que envolve de um lado o conhecimento, os saberes e fazeres tradicionais das parteiras e, de outro, o conhecimento científico dos obstetras, interferindo no ato do cuidar da mulher durante esse período de vulnerabilidade em sua vida. Essas disputas são traduzidas em políticas (em geral produzidas por médicos que assumem funções importantes na administração pública) que valorizam o saber científico em detrimento dos valores tradicionais. Relaciono na figura 1, a relação de saberes, os tipos de parto e as categorias envolvidas no partear.

Figura 1: Relação entre saberes, tipo de parto e categorias envolvidas no partear



A OMS (1996) considera que o parto normal de baixo risco pode ser acompanhado por parteiras treinadas e capacitadas. Segundo Odent (2003), para que isso ocorra no cotidiano médico-hospitalar são necessárias mudanças radicais que possibilitem reintroduzir um grande número de parteiras tradicionais, consideradas pelo autor como “parteiras autênticas”. Parteiras estas que poderiam ser leigas ou capacitadas para tal função, como ocorre em outros países.

O trabalho das parteiras é reconhecido e definido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), sob o código 5151.15, definido-as como trabalhadores em serviço de apoio à saúde.

As políticas públicas desenvolvidas a partir das demandas dos movimentos sociais pela humanização do parto tem como ponto de partida a valorização do trabalho e da experiência da parteira tradicional. Ponto este a ser considerado de relevância para a discussão de políticas voltadas para a humanização do parto.

As parteiras acompanham o trabalho de parto utilizando o mínimo de intervenções necessárias considerando o desejo da paciente. Quando identificam algum tipo de risco em relação à realização do parto ou à saúde e integridade da mãe e bebê, as parteiras encaminham a paciente para o hospital ou maternidade mais próximos (SACCARO, 2009; BORGES, 2009; CARNEIRO, 2015).

Confiança, respeito e reciprocidade são os elos que ligam mulheres e parteiras. As técnicas desenvolvidas na prática e utilizadas empiricamente pelas parteiras respeitam e garantem a individualidade e o papel da mulher como responsável e protagonista pelo ato de parir (SACCARO e BORGES, 2009). É importante destacar que as parteiras usam técnicas eficientes que lhes permitem fazer a manipulação do bebê, colocando-o na posição adequada para nascer, além de realizarem partos manejando contingências como circular de cordão umbilical, ao redor do pescoço do bebê. É necessário chamar a atenção para o fato de que tais intercorrências deixam de ser atendidas, a partir da opção pelo parto natural humanizado em unidades hospitalares, seja porque poucos são os obstetras que detém o conhecimento necessário para o enfrentamento dessas intercorrências ou poucos estão aptos para a condução dos partos naturais e, nestes casos, optam pelo procedimento do parto cesáreo. Vale lembrar

que, no papel tradicional da parteira, o recurso utilizado era suas mãos como instrumento necessário para esperar e aparar o nascimento do bebê (MAIA, 2010).

As diretrizes do curso de obstetriz³, oferecido pela Universidade de São Paulo, consideram a obstetrícia como campo que investiga a gestação, o parto e o pós-parto nos seus aspectos fisiológicos e patológicos. São três as áreas relacionadas à formação científica em obstetrícia: a medicina, a enfermagem e a obstetrícia.

O termo obstetrícia vem da palavra latina *obstetrix*, originária do verbo *obstare*, que quer dizer “ficar ao lado”. A obstetrícia, para alguns estudiosos, seria relativo à ‘mulher assistindo à parturiente’ ou ‘mulher que presta auxílio’ ou ‘parteira e partejar’ (RESENDE, 1982, p.1).

Se compararmos as especificidades da área da enfermagem em relação à medicina e vice-versa, historicamente a enfermagem surge como uma profissão do gênero feminino e a medicina como uma profissão do masculino, considerando que as mulheres foram proibidas de frequentar a universidade e, ainda, que as questões relativas ao gênero influenciaram em algumas formas de se compreender a assistência: "Medicina/qualificação; enfermagem/qualidade; medicina/tratar, enfermagem/ cuidar " (MAIA, 2010, p. 68).

Com o crescente processo de industrialização do parto, o curso de formação relativa à obstetriz também foi desabilitado, o que conferiu à prática obstétrica médica uma primazia percentualmente elevada na assistência, principalmente, nos grandes e médios centros urbanos (BRENES, 1991; ODENT, 2003).

Em contrapartida, atualmente, os modelos de assistência ao parto com as casas de parto e partos domiciliares realizados por enfermeiros obstétricos ou Obstetrizes oferecem às parturientes a possibilidade de escolha pela condução de partos naturais (vaginais), sem intervenções desnecessária e com pouca complicação (LEAL et al, 2014; CARNEIRO, 2015).

De maneira diametralmente oposta, o que ocorre na prática relativa ao parto, quando realizado por médicos obstetras, é que a atuação desse profissional parte do pressuposto de que o parto constitui um processo potencialmente patológico necessitando ser acompanhado a partir de procedimentos programados de intervenção medicamentosa e cirúrgica que garanta e

³ O curso de obstetriz foi extinto no início da década de 1970 e ressurgiu no ano 2005 na Universidade de São Paulo.

mantenha o controle sobre o corpo da mulher. Enquanto a medicina obstétrica considera o corpo da parturiente como instável e defeituoso, a enfermagem o concebe como corpo capaz de atuar no processo fisiológico de nascimento da criança com pouca necessidade de intervenção, o que está mais próximo dos princípios de humanização que visam o bem estar e as emoções da mulher (MAIA, 2010).

Maia (2010) afirma ainda que, quando se atua em situações de imprevisibilidade, dificuldade e risco associados à assistência ao parto, a formação da enfermagem parte do princípio e da lógica da individualidade para o atendimento caso a caso. Esse mesmo quadro é considerado na formação médica a partir da lógica que aciona intervenções padronizadas, muitas vezes excessivas, que acabam por ocasionar outros riscos à saúde física e psicológica da mulher e da criança no processo do parto, mas que terminam por ser aceitas, diante de discursos catastróficos que colocam como única opção a aceitação da postura médica como mal menor, se comparado a um possível risco de morte, diante da não atuação desse profissional.

A possibilidade de uma conduta particularizada para cada situação de parto, aliada à liberdade de escolha (MAIA, 2010), não é, sequer, apresentada pelos médicos, que se utilizam de discursos científicos, amplamente generalizados pelo senso comum para direcionar a escolha pelo tipo de parto conforme sua conveniência, atrelada à sua formação profissional e à construção da sua agenda de atendimentos. Esse cenário se torna generalizado, pelo modelo de atendimento hospitalar e, respectivamente, pelas práticas institucionais de saúde no Brasil, ao longo do século XX e na primeira década do século XXI. Isso explica que no país o índice de cesariana seja 52% (DATASUS, 2011) enquanto a OMS considera que o índice ideal seja de 15%.

Constatamos o aumento e o fortalecimento da enfermagem dentro da área da obstetrícia, o que representa uma possibilidade concreta de contato direto e cuidado com a parturiente e sua criança. A proposta de outro modelo de atenção ao parto que promova o amparo e assistência de atendimento à parturiente, inclusive em situação domiciliar, traz a importância da individualidade da assistência e da busca pela valorização do saber de outros

atores, no caso, parteiras, enfermeiros, doulas⁴, estimulando e permitindo que práticas para o parto humanizado e natural sejam priorizadas, respeitando aspectos culturais e sociais de cada comunidade e de cada gestante atendida.

1.2 Corpo de mulher e parto natural: repensando o protagonismo feminino e dominação masculina

Na sociedade ocidental contemporânea, o corpo feminino é diuturnamente representado a partir da exploração de sua imagem reduzida a atributos estéticos e sexuais para fins de consumo masculino. Esse padrão representacional suscita a discussão sobre o lugar reservado à mulher nessa sociedade, a partir de mecanismos coercivos de controle social, cultural e moral sobre seus atos, vontades, e conhecimentos o que nos remete à questão política (FOUCAULT, 1999).

Nos serviços de saúde, a apropriação deste corpo por uma especialidade médica gineco-obstétrica tende a tratar eventos femininos fisiológicos como processos patológicos, inclusive o parto natural. As técnicas utilizadas sobre o corpo integram-se ao corpo social pela repetição, mescladas a uma ordem psicológica e fisiológica que interfere nos comportamentos e técnicas corporais (MAUSS, 2003; CARNEIRO, 2015; MAIA, 2010). Referindo-se a estes aspectos, Perrot considera:

(...) o corpo feminino, no entanto, é onipresente: no discurso dos poetas, dos médicos ou dos políticos; em imagens de toda natureza - quadros, esculturas, cartazes - que povoam as nossas cidades. Mas esse corpo exposto, encenado, continua opaco. Objeto do olhar e do desejo, fala-se dele. Mas ele se cala. As mulheres não falam, não devem falar dele. O pudor que encobre seus membros ou lhes cerra os lábios é a própria marca da feminilidade (PERROT, 2003, p.13).

⁴ Doulas - Acompanhantes de parto escolhidas livremente pela parturiente favorecendo o bem estar e facilitando o parto natural (CBO-3221-35).

O processo civilizador ocidental impôs o controle ao corpo da mulher, por normas morais, sociais e de boas maneiras no comportar-se. O corpo da mulher, sobretudo, é muito mais do que a anatomia, envolve o psíquico, o emocional, o cultural e o espiritual, e cada mulher o vivencia de maneira subjetiva, como "um corpo estratificado, sensorial e emocional, resultado e construtor de discursos de saber e poder e assim, retrato de leituras de mundo exteriores e de suas resistências ou contrainterpretações" (CARNEIRO, 2015, P 221).

O corpo da mulher na fase de gestação denota a vivência da sua sexualidade. Na sociedade ocidental cristã, tal vivência feminina recebe atenção mítica, que de certa forma nega, controla, expia e formula: "parirás com dor", o resultado do ato sexual, refazendo a fórmula bíblica que imputa às mulheres a responsabilidade pelo pecado do mundo (DELUMEAU, 1993; GROBOSKI, 2006).

Outra questão que vem à tona, no que se refere à dor no parto, é a de se ter o parto controlado por anestésicos, resultante de um gesto considerado pelos médicos como "humanizado" ao atendimento à mulher. No entanto, o uso indiscriminado de anestésicos propicia a omissão do sentir desse corpo ao negar-se essa vivência para aquela mulher que assim o escolher. Ao desejar um parto normal, a mulher deve ter a liberdade em optar por não querer poupar esse corpo das possíveis dores de vivenciar o seu parto com totalidade e integralidade. A dor é vivenciada de maneira subjetiva (TORNQUIST, 2004; CARNEIRO, 2015).

Atualmente, há um processo de escolha que retoma os valores e princípios da saúde holística, a partir da escolha de parir no domicílio. Por questões financeiras e ausência de Políticas Públicas, poucas mulheres, ainda, optam por esse método mesmo sendo sabido que o domicílio traz para o indivíduo um modo singular de ser atendido absorvendo os desejos, anseios e um retorno das práticas voltadas para o cuidado integral e holístico da mulher e da criança (BRASIL, 2014; CARNEIRO, 2015).

Uma outra forma, de se controlar o ato de partejar, foi a (im) posição da postura do corpo da mulher, colocado-a deitada, no momento do trabalho de parto, posição imposta para que facilitasse o trabalho do médico e seus auxiliares durante a parturição, não sendo de livre escolha da mulher. A atitude e postura permitidas para o parto foram se naturalizando como uma posição "normal" (PORTO, 2003; CARNEIRO, 2015). Tal conceito começa a ser

questionado, timidamente, por alguns grupos profissionais, usuárias e movimentos sociais feministas que buscam maior liberdade de escolha, ao encontro de outras posições do corpo na hora de parir, de acordo com o desejo e a estrutura fisiológica de cada parturiente.

As instituições hospitalares voltadas para o atendimento ao parto foram se constituindo e se multiplicando a partir da promessa de acesso à formas mais “seguras” de parir. Do ponto de vista técnico, a ação dessas instituições no Brasil impôs um atendimento impessoal, muitas vezes agressivo, principalmente para as mulheres mais pobres que, na prática, não são contempladas com o direito de escolha da forma em que desejam dar à luz ou, quando lhes dão esse direito, recebem forte influência do ambiente que encontram nas maternidades. Esse tipo de tratamento se torna repleto de violências simbólicas, calcadas pela discriminação econômica e racial (DINIZ, 2005; MAIA, 2010; CARNEIRO, 2015).

Com a ampliação da participação democrática no país, e a ação dos movimentos feministas, o que antes era velado e banalizado para as mulheres e instituições, hoje, vem sendo denunciada, ganhando ressignificações, pelo reconhecimento da violação dos direitos das mulheres gestantes e parturientes nos serviços de saúde público e privado.

Assim o fenômeno da violência, para ser explicitado e caracterizado como tal, se insere na objetividade e subjetividade das relações sociais. Esse fenômeno vem sendo afetado por sua fragmentação e pela globalização que vêm classificando e modificando valores, normas e comportamentos (PORTO, 2003).

Outro fato que permitiu a ampliação das discussões e reivindicações políticas sobre os direitos da mulher foi a ação dos movimentos feministas, pelos quais as mulheres passaram a questionar as práticas de dominação masculina, mantidas e avalizadas na sociedade e, em muito dos casos, pelo próprio Estado detentor do monopólio do poder e do controle da violência. Por meio da reivindicação de direitos, diante do Estado, os movimentos feministas puderam interferir nas maneiras de se regular e de se legislar sobre ações que protegessem e amparassem as mulheres em situação de violência sofrida no lar, nas ruas, no trabalho, nas instituições públicas e nos serviços de saúde. Essas reivindicações possibilitaram uma abertura legislativa para que as práticas de violência no cotidiano das mulheres fossem debatidas e não mais se mantivessem vulgarizadas ou ignoradas, num universo, até hoje, dominado pelo poder masculino.

Pierre Bourdieu (2002), descreve o processo de naturalização do *machismo*, com "estar na ordem das coisas" e da discriminação simbólica, muitas vezes invisível e insensível ao vitimado, que perpassa não só pelo ambiente doméstico, bem como pelo Estado e, como essas "estruturas estruturadas e estruturantes" se reproduzem impondo normas e princípios de dominação, articulados aos esquemas de percepção, de pensamento e de ação. "Essa força de ordem masculina dispensa justificção" (p.18), ainda segundo o autor, se estabelece e perpetua uma situação desigual de poder entre os sexos, onde as relações de força legitimam e sustentam a própria força.

A relação de dominação vem ao longo dos séculos, controlando a vida das mulheres, especialmente quando se relaciona à reprodução, vivência da sexualidade, e controle de natalidade que se encontram na esfera privada e doméstica mas sempre foram vistos também como pertinentes ao âmbito público e detentores de importância política, conforme refere Rodhem (2003). Por isso, mesmo que temas como aborto, gestação, parto e infanticídio tenham sido considerados polêmicos, no século XX, por envolverem o prazer e a sexualidade feminina e, ainda, no século XXI, permanecem como questões, tradicionalmente, tratadas a partir de um discurso patriarcal, religioso, conservador, moralista e preconceituoso, usado como justificativa para a dominação do homem sobre a mulher, inclusive sobre sua livre decisão em gestar e parir.

1.3 Evidências científicas e as boas práticas no parto normal

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, realizando uma série de recomendações. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo, pautados na busca de consensos seguros em diversos estudos para a assistência à mulher na gestação, parto, pós parto e no cuidado ao bebê, visando reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Inicialmente, formou-se o Comitê Europeu para estudar o que vinha ocorrendo no mundo em termos de prática e pesquisa, estas discussões iniciaram no Ano Internacional da Criança (1979) sendo o grupo formado por

"profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias". Esta colaboração internacional suscitou uma metodologia de revisão sistemática da prática e das pesquisas científicas que garantissem eficácia e segurança no cuidado à mulher gestante e parturiente, vindo a constituir o movimento pela medicina baseada em evidências (OMS,1996; DINIZ, 2005).

Há uma utilização de procedimentos excessivos nos partos com custos altos por utilizar serviço hospitalar e equipe multiprofissional para o atendimento aos partos normais, e uma variabilidade de práticas em regiões diferentes, sem melhoria significativa dos indicadores.

A discussão de medicina baseada em evidência, recomendada na década de 1990, passou a envolver os profissionais de saúde e posteriormente todas as práticas baseadas em evidências nos serviços de saúde. A partir de 2000, a OPAS apoiou a realização de conferências internacionais com o objetivo de relacionar pesquisa e ação. Também, foram incluídas nas discussões as práticas das políticas em saúde baseadas ou fundamentadas em evidências (OXMAN; LAVIS, 2009).

Assim, as políticas públicas adotam a lógica das pesquisas com evidências científicas, mas vale lembrar que "a evidência em si, só não toma decisão mas sim ajuda a sustentar uma conclusão", e para tomada de decisão não deve deixar de considerar "as avaliações, os valores e outros fatores que sempre podem influenciar" nas intervenções (OXMAN, 2009, p. 21-23).

Segundo Diniz, o "maior paradoxo da medicina contemporânea talvez seja o conflito entre o discurso da cientificidade e a prática ritualística baseada em tradição" (DINIZ, 2005, p.153). Desta forma, apesar da medicina se associar à ideia de conhecimento científico, a prática médica contemporânea não necessariamente se baseia em evidência científica.

No cuidado ao ato de partear foi introduzido uma série de intervenções e de avanços tecnológicos, porém não podemos dizer que essa tenha respaldo científico evidenciando suas práticas utilizadas por médicos nos serviços de saúde que optam pela ausência da medicina baseada em evidências. Quanto a essa questão, Isaac e Fitzgerald (1999) referem que alguns profissionais médicos se utilizam de alternativas diversas na assistência, tendo como base posturas relatadas a seguir:

- 1- Eminência, quando o médico veterano, por ser experiente não precisa de provas para evidenciar uma assistência e acaba repetindo os mesmos erros com o aumento da confiança da sua conduta sobre um impressionante número de anos.
- 2- Veemência, em que o profissional fala alto como uma técnica que surte tanto efeito com os pacientes quanto com os colegas, garantido que sua assistência seja inquestionável.
- 3- Eloquência e elegância, ao se vestir elegantemente e ao falar de forma segura e com altivez, o médico garante poder e ausência de questionamento quanto à evidência científica.
- 4- Providência, quando se credita força ao divino para solução do problema como justificativa plausível e aceitável pelo paciente.
- 5- Timidez, apresentada por alguns, que se mostram sem coragem de tomar qualquer decisão e de procurar solução para os problemas, mostrando-se assim omissos para resolução do problema do paciente.
- 6- Nervosismo, com medo de demandas judiciais ou, de questionamento dos usuários, os profissionais solicitam excesso de exames ou prescrevem tratamentos exagerados sem nenhuma evidência para o caso.
- 7- Confiança, que se aplica aos cirurgiões.

Essas alternativas, citadas pelos autores, ocorrem como prática persistente nos serviços, desconsiderando as evidências científicas e, não propicia segurança na assistência ao paciente. Relacionados à assistência ao parto, os procedimentos são até hoje ritualísticos em diversas maternidades.

Quando se fala sobre assistência à saúde, baseada em evidência científica clínica, espera-se que as tomadas de decisão sejam conscienciosas, explícitas, criteriosas, utilizando, como ferramentas, métodos científicos, a inclusão da epidemiologia e da estatística apoiando os estudos e a utilização do conhecimento prático. Deve-se considerar, também, a individualidade da indicação clínica, em cada situação, favorecendo a melhor evidência e compreensão dos problemas e das medidas para garantir segurança nas intervenções, de maneira ética, com qualidade e que pondere o custo e benefício da assistência à saúde (SACKETT et al, 1996; MAIA, 2010).

Voltando a abordar as classificações da OMS (1996), esta analisa e recomenda boas práticas na condução do parto normal baseadas em evidência científica. Estas classificações são distribuídas em categorias, como:

A- Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas.

B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

C- Práticas que não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.

D- Práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Estas classificações visam possibilitar à mudança de práticas e procedimentos que são realizados nas maternidades como a introdução de várias tecnologias e intervenções que um dia foram consideradas como científicas. No entanto, as evidências ainda não foram suficientes para a transformação do paradigma da assistência que persiste e resiste às práticas medicalizadas do parto trazendo à tona discussões e legislações para que o parto volte a ser considerado um processo fisiológico.

A categoria “A” refere-se às práticas demonstradas como úteis que devem ser estimuladas, como: 1) O pré-natal adequado com avaliação dos riscos e de plano individual para o parto. Deve ser feito em conjunto com a mulher adequando às individualidades; 2) Monitorar o bem estar físico da mulher durante trabalho do parto e fornecer informações claras sobre seu estado de saúde; 3) Garantia de privacidade da mulher no local do parto; 4) Opção de escolha do acompanhante de preferência da mulher no pré-parto, parto e pós- parto; 5) Liberdade de mobilidade durante o pré- parto e de escolha da posição no trabalho de parto; 6) Monitoramento do parto com uso do partograma⁵; 7); Condições estéreis no corte do cordão e prevenção de hipotermia⁶ do bebê; 8) Contato precoce pele a pele do bebe com a mãe na sala de parto; 9) Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, se recém-nato sem alteração; 10) Utilização de luvas descartáveis nos exames vaginais, no parto e no cuidado com o recém-nato.

⁵ Partograma - Gráfico onde são anotados a progressão do trabalho de parto e as condições maternas e fetais (SAÚDE, 1999).

⁶ Hipotermia - Diminuição temperatura (KAWAMOTO e FORTES, 2009).

As práticas classificadas na categoria “B” não apresentam nenhuma evidência científica e devem ser eliminadas do processo de assistência ao parto. Práticas essas, a que as mulheres eram submetidas ao chegarem à unidade hospitalar para o parto, sendo elas: 1) Realização de enema, também conhecido como lavagem intestinal. Esse procedimento era realizado com o intento de evitar que a mulher evacuasse durante a expulsão do bebê, por compressão do reto e, conseqüentemente, contaminasse o ambiente do parto; 2) Tricotomia⁷ dos pelos pubianos: manter higiene da pele, oferecendo a sensação de limpeza; 3) Infusão de acesso venoso com hidratação de soro e de medicamentos para aumentar a contractilidade uterina, o que ocasiona excesso de dor e descontrole do processo; 4) Utilização apenas da posição supina e litotômica⁸ durante o trabalho de parto, com ou sem estribo, elevando as pernas para possibilitar a visualização da genitália da mulher com maior facilidade. No entanto, isto dificulta autonomia da mulher no parto, além desta posição ser antigravidade para expulsão do bebê; 5) Incentivo para a mulher realizar os esforços de puxo⁹ prolongado, ainda, no segundo (2º) estágio de parto¹⁰, cansando desnecessariamente a parturiente. Os puxos devem ser estimulados de acordo com ação involuntária; 6) Realização de distensão e massagem do períneo no segundo estágio do parto, ocasionando edema da mucosa vaginal; 7) Uso rotineiro de Ergonometrina¹¹ comprimido ou injetável, no terceiro (3º) estágio de parto¹², com a finalidade de evitar hemorragia; 8) lavagem e revisão uterina de rotina após o parto cesáreo (OMS, 1996).

Atualmente, as maternidades abandonaram algumas técnicas como: enema de rotina; a tricotomia; o estímulo a puxos prolongados, este depende da prática individual de alguns obstetras. No entanto, todos os outros procedimentos ainda parecem ser uma rotina em muitas instituições hospitalares (LEAL et al, 2014).

A categoria C, inclui práticas que devem ser usadas com extrema cautela porque não há evidências para apoiar suas recomendações. São técnicas como: 1) Amniotomia precoce¹³;

⁷ Tricotomia -Retirada dos pêlos através da raspagem da pele (KAWAMOTO e FORTES, 2009).

⁸ Posição litotômica - Corpo deitado, face voltado para cima, pernas fletidas sobre as coxas, apoiadas num estribo, visualizando a genitália (KAWAMOTO E FORTES, 1997- Fundamentos de Enfermagem).

⁹ Puxos - Contrações da musculatura abdominal com a glote fechada e esforço respiratório (RESENDE, 1982, obstetrícia).

¹⁰ 2º estágio de parto - Descida e saída do bebê (RESENDE, 2014).

¹¹ Ergotrate - Indicado para hemorragia pós parto, devido atonia uterina (MedicinaNET, 2015).

¹² 3º estágio de parto - Saída da placenta (RESENDE, 2014).

¹³ Amniotomia precoce - Ruptura da bolsa d'água precoce (RESENDE, 1982)

2) Manobra de Kristeller¹⁴; embora não haja evidência, que se utilizada, esta deve ser feita por profissional capacitado, utilizando as mãos numa pressão suave e controlada. Outros procedimentos nesta categoria citados são: 3) Manobras relacionadas à proteção do períneo e do polo cefálico no período expulsivo; 4) Clampeamento¹⁵ precoce do cordão e tração do cordão umbilical; 5) Estímulo do mamilo para aumentar contractilidade uterina no 3º estágio do parto; 6) Manipulação externa ativa do feto no trabalho de parto, proporcionando mudança da posição fetal; 7) Uso de ervas, imersão em banhos e estímulo de nervos para controle da dor. Este último, em geral, realizados pelas parteiras ou nas casas de parto para alívio da dor (OMS, 1996; CECCATI, 2014).

A utilização do banho de imersão embora citada como sem comprovação científica tem sido frequentemente utilizada tanto para banho no chuveiro durante as contrações quanto para banho de banheira para que o parto aconteça dentro da água, este procedimento relaxa e alivia as dores no trabalho de parto, diminuindo o tempo de dilatação e expulsão do bebê (ODENT, 2003).

As ervas também têm sido utilizadas com boas respostas nos centros de parto normal buscando maneiras menos agressivas de aliviar a dor e favorecer em geral o período de dilatação. As ervas medicinais de uso tradicional pela comunidade e pelas parteiras são evidenciadas cientificamente pela fitoterapia que comprova em geral sua eficácia sem os efeitos adversos das drogas.

Na categoria D, destacamos os procedimentos utilizados de maneira inadequada pelos serviços de atendimento à mulher, entre eles: 1) Restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto. O correto é deixar a mulher decidir o que é melhor para ela; 2) Controle da dor por anestesia epidural ou por agentes sistêmicos. Deve-se utilizar de apoio emocional, massagens e técnicas que facilitem o alívio da dor e disponibilizar anestesia peridural para as mulheres que assim desejarem; 3) O monitoramento fetal contínuo para gestantes de baixo risco, este procedimento limita a mobilidade da mulher. Deve ser realizada ausculta intermitente do batimento cardíaco fetal; 4) Realizar exames vaginais com frequência por mais de um examinador, ocasiona desconforto para a mulher; 5) A

¹⁴ Kristeller - Pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto, em que se utiliza o antebraço, e até joelho, para empurrar o fundo de útero e conseqüentemente o bebê podendo ocasionar traumas psicológicos, hematomas e até mesmo, lesão hepática

¹⁵ Clampeamento do cordão - Pinçar o cordão (RESENDE, 1982).

transferência rotineira da parturiente no 2º estágio para a sala de parto. Esta mudança de sala pode interferir no processo normal do parto devendo a mulher permanecer no mesmo espaço; 6) A Cateterização da bexiga¹⁶ causa desconforto e pode ocasionar infecção urinária; 7) O uso rotineiro de episiotomia¹⁷, não tem evidência científica. Sendo considerado razoável sua realização em torno de 10%, para os casos de rigidez da musculatura do períneo; 8) O parto operatório, a cesariana, possui sua indicação bem clara quando coloca em risco a vida da mãe e do bebê (OMS 1996; MAIA, 2010).

A seguir, pode-se observar um quadro consolidando as evidências científicas para o parto e nascimento.

Quadro 1: Classificação das evidências e as condutas recomendadas pela OMS (1996)

| Classificações das evidências | Condutas no parto |
|--|---|
| A- Práticas denotadamente úteis e que devem ser estimuladas | Pré-natal com avaliação dos riscos e com plano individual para o parto; monitorar o bem estar da mulher durante trabalho do parto; opção de escolha do acompanhante; liberdade de mobilidade durante o trabalho de parto; monitoramento do parto com uso do partograma; condições estéreis no corte do cordão e prevenção de hipotermia do bebê; contato pele a pele do bebê com a mãe precocemente e estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, se recém nato sem alteração; e utilização de luvas no exames vaginais, no parto e no cuidado com o recém- nato. |
| B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas | Enema (lavagem intestinal); tricotomia ¹ dos pelos pubianos; infusão de acesso venoso com hidratação de soro e de medicamentos; utilização da posição supina e litotômica; esforços de puxo prolongado ainda no segundo estágio de parto; ergonometrinas comprimido ou injetável, no 3º estágio de parto. |
| C- Práticas que devem ser utilizadas com cautela (ainda não há evidências científicas) | Amniotomia precoce (rompimento da bolsa); manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero durante trabalho de parto); clampeamento precoce do cordão e tração do cordão umbilical; estímulo do mamilo para aumentar contração; manipulação ativa do feto no trabalho de parto; uso de ervas, imersão em banhos e estimulação de nervos para controle da dor. |
| D- Práticas frequentemente usadas de modo inadequado | Restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto; controle da dor por anestesia epidural ou por agentes sistêmicos; monitoramento fetal contínuo para gestantes de baixo risco; exames vaginais repetidos com frequência por mais de um examinador; transferência rotineira da parturiente no 2º estágio para a sala de parto; cateterização da bexiga; uso rotineiro de episiotomia; parto operatório, a cesariana |

Fonte: Elaborado pela própria autora

¹⁶ Cateterização da bexiga - Sondagem ou introdução de um cateter na uretra (KAWAMOTO E FORTES, 1997).

¹⁷ Episiotomia - Corte do períneo, região lateral a vagina, aumentando abertura do canal do parto (RESENDE, 2014).

A pesquisa "Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento" detectou uma predominância de medicalização nos partos vaginais. Destes, apenas 5% tiveram um parto sem intervenções, com 46% das mulheres restritas ao leito, sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante trabalho de parto; 38% usaram medicamentos para acelerar o trabalho de partos (Ocitocina); um percentual de 56,1%, foi submetida à episiotomia; e 91% deu à luz deitada de costas; e 37% referiram que "alguém apertou sua barriga", na manobra chamada de Kristeller (LEAL et al, 2014, p.3).

Outro dado evidenciou que 75% tiveram acompanhante em algum momento do trabalho de parto embora menos de 20% tiveram presença contínua do acompanhante em todos os períodos, apesar de ser direito garantido pela lei 1.1108/2005 que prevê o direito de acompanhante da mulher de livre escolha por toda sua permanência no hospital. Já se percebe, neste dado, que as políticas públicas podem favorecer mudanças na "cultura do nascimento" ao definir a inserção de um familiar no acompanhamento da mulher, ainda que, a pesquisa demonstre que é facilitado a presença do acompanhante para mulheres com maior renda e escolaridade, as de cor branca e as que fizeram parto cirúrgico, cesariana (LEAL, et al, 2014, p.4).

No cuidado aos recém-nascidos saudáveis, o contato precoce pele a pele, de mãe e bebê aconteceu somente em 28% dos casos; a oferta do seio na sala de parto foi de 14%. Relativo às intervenções desnecessárias, 71% dos bebês tiveram aspirações das vias aéreas; e 39,5% aspiração gástrica (LEAL et al, 2014).

Assim, essa pesquisa confirmou que as práticas sem evidências científicas persistem na rotina dos serviços hospitalares de saúde no Brasil.

Denota também que a política de humanização instituída no ano 2000 no país e demais ações promovidas posteriormente estão aquém do esperado para uma assistência de qualidade na atenção à gestante, parturiente e conseqüentemente ao recém-nascido. E ainda que, as recomendações da OMS (1996), publicadas há 20 anos, ainda não se consolidaram nos serviços hospitalares de cuidados ao parto.

CAPÍTULO 2

DAS PARTEIRAS À POLÍTICA DO PARTO E NASCIMENTO

É através das mães que cada um aprende a ser mãe de si mesmo (...) que aprende a aceitar-se, a perdoar as próprias fraquezas e a alimentar o sonho de um grande útero acolhedor de todos.
(Leonardo Boff)

Cap. 2 DAS PARTEIRAS À POLÍTICA DO PARTO E NASCIMENTO

2.1 Linha histórica, parto natural e parteiras

O histórico das políticas públicas no Brasil relacionadas ao parto e os conflitos dos profissionais na assistência nos mostram que os dilemas na assistência ao parto e nascimento não são recentes e ocorrem desde o século passado. Parteiras, obstetizes, enfermeiras e médicos disputam a legitimidade e autoridade de quem pode realizar partos no país. Em prol da higienização e da redução da mortalidade materna e infantil, o parto foi sendo retirado das mãos das parteiras e sendo assumido por médicos, em instituições hospitalares. Nesse processo o modelo médico-hospitalar se sobrepôs aos demais e passou a prevalecer nas diversas partes do país (BRASIL, 2001).

Nas mais distintas culturas a arte de partejar nunca foi monopólio exclusivo da medicina. No século XIII, na Europa o parto era exclusivamente das parteiras e convocava-se o cirurgião-barbeiro quando estas não conseguiam retirar a criança. Nesses casos, muitas vezes a mãe já estava morta (BRENES, 1991; RODHEN, 2003).

A prática de auxílio e amparo ao parto era um campo de atuação de mulheres. O que foi alterado somente quando os homens médicos se interessaram pelo parto na França, no século XVI e início do século XVII, e se consolidou na Europa na primeira metade do século XIX. Esse foi um momento de crescimento e expansão da ciência médica. No entanto, as mulheres não aceitavam que homens, ainda que formados pela medicina, participassem e conhecessem a intimidade de seu corpo (COSTA, 2002; MOTT, 2005a).

No Brasil, as práticas tradicionais no parto permaneceram até início do século XX. Mesmo nas instituições hospitalares, as parteiras realizavam a maior parte do processo envolvendo o parto natural. Os médicos atendiam algumas mulheres gestantes e parturientes, em geral nos casos mais graves e que envolvessem algum tipo de intervenção instrumental ou cirúrgica (ROHDEN, 2003).

Ocorre na medicina um interesse pela mulher, determinado inicialmente pelo seu útero, pelo processo de reprodução. A mulher era vista como um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos obstetras poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam (ROHDEN, 2003). As faculdades de medicina, inauguradas em 1808 no país, no Rio de

Janeiro e na Bahia, foram responsáveis pela formação de médicos, farmacêuticos e parteiras (BRENES, 1991).

A primeira formação de parteiras no país aconteceu no ano de 1832. Como critérios para a inscrição de alunas para o curso, a faculdade exigia que as moças fossem alfabetizadas, educadas e falassem francês, atributos que dificultavam a inscrição das candidatas, dada a dificuldade de escolaridade das mulheres na época, complementa Silva e Ferreira (2011). Em 1834, formou-se no Rio de Janeiro, a parteira conhecida como Madame Durocher, sendo bastante respeitada e atuante na época do Império.

Havia no século XIX duas dificuldades referidas pelos médicos na disciplina de Obstetrícia das faculdades. A primeira foi a falta de maternidade para a prática dos partos e ausência de espaço clínico adequado para atendimento às mulheres. Os poucos locais existentes, eram inadequados e precários. A segunda dificuldade relatada foi a pouca procura das mulheres para as consultas ou atendimentos, em decorrência da dificuldade do acesso ao corpo feminino e seus males, sendo que essas tinham preferência¹⁸ por ser atendidas pelas parteiras com plena confiança dessas para seus cuidados. Há relatos de que no ano 1918 ainda não havia enfermaria específica para mulheres nos hospitais (BRENES,1991; MOTT, 2002a).

O Curso de Parteiras permaneceu sem mudanças significativas na programação curricular até 1925, quando houve alterações que determinaram que os cursos fossem suprimidos e substituídos com vistas à formação de Enfermeiras especializadas para o trabalho em maternidades, anexas às Faculdades de Medicina (SILVA, 2010).

A validação dos cursos de parteiras era controlada por instituições médicas que determinavam os cursos e como seria validado o currículo das parteiras estrangeiras. As parteiras tradicionais, as formadas pelos cursos nacionais ou as estrangeiras com cursos validados, atendiam os chamados "problemas de mulher", e em algumas situações prescreviam receitas e realizavam procedimentos nos consultórios. Os jornais da época, no final do século XIX e primeiras décadas do século XX, anunciavam que muitas atendiam em conjunto com médicos, especialmente nos grandes centros urbanos (MOTT, 2005a; MOTT et al, 2007).

¹⁸ Suas ou de seus respectivos cônjuges e/ou familiares.

Na era Vargas, ocorre uma grande preocupação com o futuro da nação, com a formação de um povo forte e saudável. Os médicos, então, encontram o momento propício para que pudessem colocar em prática algumas medidas em defesa do cuidado à maternidade e à infância. Caracterizou-se, assim, a primeira Política Pública voltada para a construção de condições de proteção desse grupo, com a criação do Departamento da Maternidade e Infância. Desta forma, a Academia de Medicina se alia ao Estado e, por Decreto-Lei, se faz valer de medidas higienistas, na atenção à mulher e à criança, e da prevalência do cuidado médico. Neste período, a Faculdade de Medicina, ligada à Universidade do Brasil, recebeu a incumbência de propor soluções para a elevada mortalidade materna no país, surgindo como proposta a criação de escolas de parteiras, em todo território nacional, além da criação de maternidades para as práticas do curso de Medicina, na disciplina de Obstetrícia (RODHEN, 2003).

O atendimento das parteiras foi sendo substituído pela ação dos médicos e produzido ao longo de todo o século XX numa ampla disputa entre saberes distintos e, por conseguinte, conflitos relativos à legitimação e poder, a partir da institucionalização dos cursos de Medicina e Enfermagem, da criação dos conselhos nacionais dessas categorias, construção de leis visando levar higiene e medidas sanitárias à população. Tais ações, na prática significaram a criminalização de tudo que pudesse ser classificado como prática ilegal da Medicina e charlatanismo. Dessa maneira operacionalizou-se na sociedade brasileira uma progressiva desautorização das parteiras em incisivos esforços para atender às legislações de proibição ao atendimento de mulheres e parturientes (BRENES, 1991; MOTT, 2002; RODHEN, 2003).

Algumas denúncias e difamação da assistência prestada pelas parteiras foram feitas pelos jornais da época, que acabaram promovendo campanhas enfáticas e agressivas contra a assistência ao parto realizada por essas, acusando-as pelo elevado índice de mortalidade materna e infantil. Entre as acusações constam a classificação de sujas e aborteiras. Além dos médicos que apoiavam as denúncias, as enfermeiras, em geral, as vinculadas às congregações católicas, em particular algumas freiras outras não, também se opunham à classe das parteiras (SILVA, 2010; SILVA e FERREIRA, 2011).

Para facilitar a mudança nos atores no espaço do nascimento, era necessária a construção de uma visão negativa das parteiras e das suas práticas, o que ajudou a denegrir a imagem da categoria, assim o saber acumulado foi se desvalorizando gradativamente o que favoreceu a introdução do homem e das tecnologias no espaço de parir e nascer e contribuiu para a submissão feminina aos saberes masculinos, com a fiscalização da sua fertilidade (MORAIS, 2010, p 34).

Nessa disputa as parteiras tradicionais foram as mais atingidas com as críticas, pois as profissionais de Enfermagem e Obstetizes já se encontravam ligadas aos médicos e às instituições hospitalares, sendo treinadas muitas vezes por esses (SILVA, 2010).

O Curso de Parteiras foi eliminado das Faculdades de Medicina a partir de 1949 e incluído no curso de Enfermagem com a especialidade em obstetrícia. Dessa forma os princípios científicos e as técnicas relativas ao processo de cuidar do parto encontravam-se sob o poder do saber médico, aplicado à formação das Enfermeiras (BRENES, 1991; SILVA, 2010).

Silva e Ferreira (2011), ao analisar as capacitações em todo território nacional registradas nos informes dos boletins dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), entre dezembro de 1943 a dezembro de 1971, evidenciou mudanças relativas à qualificação dos profissionais. Enquanto nas décadas de 1940 e 1950, os treinamentos para parteiras foram realizados em maior quantidade, nas décadas de 1960 e 1970 quando se observa um número maior de treinamento e atualização oferecido para outros profissionais que exerciam a Obstetrícia, nos levando a crer que as parteiras começam a deixar de ser valorizadas pelas políticas públicas de saúde a partir de então.

Odent (2003) denominou de industrialização do parto, o movimento que se iniciou nos Estados Unidos da América (EUA) avançando rapidamente para o Brasil com introdução de novas técnicas, tecnologias da era eletrônica, formação em escala maior de anestesistas e a construção de grandes maternidades, tornando a obstetrícia e o partejar complexos e lucrativos. Conseqüentemente, essa industrialização favoreceu a exclusão das outras categorias envolvidas no assistir o parto e num crescente se conferiu à prática obstétrica médica uma primazia na assistência, principalmente nos grandes e médios centros urbanos.

Quanto à institucionalização no cenário do parto, Maia (2010) e Carneiro (2015) reforçam sobre sua percepção na dominação dos saberes médico-científicos sobre as mulheres e sobre o saber das parteiras, numa desigualdade de discursos em relação ao gênero e classe, perdendo estas seu papel social. Apenas em áreas interioranas, de difícil acesso que não possuíam o aparato da medicina institucionalizada, elas se mantiveram atuando.

O domínio do partejar vem ao longo dos séculos disputando um espaço que envolve especialmente a política pública estabelecida para o país com forte influência de classe, de uma categoria que apresenta poder no saber e em estabelecer as políticas para o país, interferindo no controle de um mercado de trabalho na assistência à mulher na fase reprodutiva. As parteiras, em desvantagem social, econômica, de gênero, de classe, na participação de políticas e no domínio do saber técnico, não conseguem estabelecer suas atividades ao longo da história diante do poderio maior das outras categorias.

2.1.1 - Paradigmas dos cuidados de saúde e atenção ao parto

Apoiado por um cenário mundial que propagou a modernidade enquanto valor a ser perseguido, em meados do século XX o parto passou a ser institucionalizado e encarado a partir da constituição de paradigmas de cuidados de saúde onde se pautaram a constituição de modelos obstétricos de atendimento ao parto nas instituições hospitalares. Segundo David-Floyd, são três os paradigmas de cuidados à saúde: o modelo tecnocrático, o humanizado e o holístico (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo tecnocrático é caracterizado pela adoção de uma série de avanços técnicos e tecnológicos nos procedimentos ligados ao parto hospitalar. Entre eles destacam-se o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas que transformaram o parto em cirurgia, a cesariana. Esta passou a não comprometer a estética do corpo da mulher com grandes cicatrizes, a adotar método de anestesia desenvolvido e melhorado no pós-guerra, a organização de transfusão sanguínea, a disponibilidade de uso de material plástico e descartável, mais seguro para administrar medicamentos, alimentos e antibióticos, estes procedimentos implicaram uma

sobrevalorização da autoridade médica, das instituições, das indústrias e tecnologias e dos profissionais de saúde a esses associados (DAVIS - FLOYD, 2001; ODENT, 2003).

Compreende-se assim o processo pelo qual, de "evento fisiológico, familiar e social, o parto e o nascimento transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se então, o modelo tecnocrático de assistência ao parto" (MAIA, 2010, p. 34).

Pode-se perceber que, nesse cenário, não só as parteiras foram destituídas da sua prática, como também as mulheres gestantes, de sua capacidade de ter o controle sobre seu próprio corpo, sendo este, paulatinamente, delegado e controlado ao domínio científico e médico, pautado na separação do corpo e mente e na ideia de corpo como máquina, como ocorre no modelo tecnocrático.

Davis-Floyd (2001) afirma que no modelo tecnocrático existe uma ordem hierárquica nas organizações hospitalares, com padronização dos atendimentos que seguem a rotina e interesse das instituições, nem sempre com validação científica. Em geral, os profissionais aprendem durante a academia e nos diversos cursos da área a se manter emocionalmente longe do contato com seus pacientes e a instituição perpetua esse modelo com intolerância para outras modalidades de tratamento e relações humanas.

Neste modelo, a mulher gestante é tida como paciente, ou seja, enquanto ser dependente do atendimento da ciência médica e da instituição, não tendo, portanto, autonomia ou responsabilidade para atuar e escolher os procedimentos empregados nos cuidados de seu próprio corpo. Esses procedimentos podem fazer com que as mulheres se sintam impotentes diante das normas pré-estabelecidas e impostas aos cuidados de seu corpo. O feminino fica assim submetido ao controle e à ordem masculina, sendo o "parto hospitalar realizado por médico com o apoio de intenso aparato tecnológico e fármaco químico, nos moldes de linha de montagem taylorista" (MAIA, 2010, p36). Essa prática se tornou modelo hegemônico dos partos no Brasil.

O paradigma tecnocrático de assistência à saúde, pautado na lógica cartesiana, compreende o corpo enquanto máquina que uma vez quebrada carece da intervenção de um especialista para diagnóstico e conserto da parte danificada. Disso resulta o fato do corpo da mulher ser visto de forma fragmentada, com foco no seu útero e fertilidade, e da assistência

ao parto também espelhar essa ideia, com a mulher parturiente sendo deslocada dentro dos espaços físicos da maternidade de acordo com o período do parto, semelhante ao processo que ocorre nas fábricas. Primeiro passa por uma admissão com uma avaliação do estágio do parto, em seguida é transferida para a sala de pré-parto onde permanece enquanto evolui sua dilatação. Próximo ao período expulsivo do bebê a parturiente é conduzida para sala de parto, andando ou numa maca percorrendo um corredor, por vezes longo; após o parto é transportada, novamente, para a sala de recuperação e posteriormente para a enfermaria ou quarto (MAIA, 2010).

Odent (2003) descreve como essa lógica tecnocrática aos poucos consolidou-se no modelo que ele denomina de industrialização do parto. Cita o médico Joseph Delle, professor de obstetrícia, norte-americano, por seu papel importante para essa industrialização. Esta visão médica se refere ao parto como um processo patológico o que justifica a recomendação ao uso de fórceps¹⁹ e a episiotomia. Tais procedimentos se tornaram norma, na década de 1930, nos EUA, sendo a episiotomia ainda realizada rotineiramente na maior parte dos hospitais brasileiros.

Outra técnica que marca a industrialização do parto é a generalização do uso da mistura de morfina e escopolamina, usadas para realizar a sedação das parturientes e, numa segunda etapa, o uso de éter e clorofórmio, que propiciava um parto sem dor e possibilitava o uso de outras técnicas, atraindo mulheres para o chamado “sono do crepúsculo”.

Com o advento do ‘sono do crepúsculo’, os partos hospitalares se tornaram mais impessoais (...). O parto tornou-se uma linha de montagem. O conceito de obstetrícia profilática promovido por Joseph Delle, associado à popularidade do ‘sono do crepúsculo’, explica porque o parto industrializado já havia se consolidado antes da segunda guerra mundial, pelo menos nos EUA (ODENT, 2003, p.46).

Este mesmo autor afirma que os médicos obstetras não dominavam a prática cirúrgica da cesariana e, quando havia necessidade desse tipo de intervenção, chamavam um cirurgião. Foi preciso treinar e formar médicos obstetras em práticas cirúrgicas, o que ocorreu a partir da década de 1960. O ambiente se tornou limpo, a técnica cirúrgica evoluiu com cicatrizes

¹⁹ Fórceps – Instrumento, semelhante a uma “colher” utilizado para encaixar na cabeça do bebê e puxar, quando ele tem dificuldade de sair por vias normais.

menores, o parto rápido e sem dor foram convincentes para as mulheres por se sentirem seguras nesse ambiente (ODENT, 2003).

Após a década de 1970 outros fatores foram favorecendo o crescimento dos partos hospitalares como o surgimento dos monitores fetais eletrônicos nas salas de parto e a adoção da anestesia peridural. Novamente, detecta-se a insuficiência de profissionais para se consolidar as propostas de mudança, como a de anestesistas treinados para atender nos hospitais, por 24h diárias, o que foi minimamente resolvido, somente na década de 1990.

No entanto, com todo esse aparato, apenas as maternidades de grande porte podiam ter um serviço com a presença de obstetras, anestesistas e pediatras 24h por dia. Sendo assim, foram necessários grandes investimentos para a construção de maternidades e, ainda, para equipá-las, conforme os novos modelos propostos, o que se percebe ocorrer até hoje no país (ODENT, 2003).

O parto normal nesse processo tecnocrático passa a ser controlado por rotinas e protocolos da obstetrícia moderna,

Na cabeça de muita gente, além do parto por cesariana, que pode ser planejado ou decidido durante o trabalho de parto, existe um parto ‘normal’ quase padronizado. No caso de um parto ‘normal’ a mulher recebe uma peridural e ocitocina intravenosa, enquanto o bebê é monitorado eletronicamente. É normal que um tubo seja inserido pela uretra para esvaziar a bexiga. Além das últimas contrações, a utilização de uma ventosa (ou de fórceps) é associado a uma episiotomia. No momento preciso em que o bebê nasce, administra-se uma droga para contrair o útero, permitindo a expulsão segura da placenta. **Na idade do parto industrializado a mãe não tem o que fazer. Ela é uma ‘paciente’**” (ODENT, 2003, pag.49, grifo nosso).

Assim, os protocolos são criados tendo como uma das finalidades facilitar o trabalho do médico, embora provoque engessamento do processo de trabalho e torne a assistência uma linha dura. Como exemplos, temos a norma de manter a mulher imobilizada e deitada para o trabalho de parto, o que fisiologicamente não justifica e não favorece o parto normal, mas propicia um controle sobre a paciente que não tem autonomia neste processo tecnocrático (ODENT, 2003; MAIA, 2010).

O modelo tecnocrático na atenção ao parto se consolidou no país, de maneira medicalizada e trouxe um atendimento impessoal e agressivo para a mulher, que não se sente no direito de escolher a forma de dar à luz ou, quando escolhe, recebe forte influência do ambiente que se apresenta nas instituições hospitalares. "O modelo tecnocrático de assistência ao parto é a expressão de duas imagens articuladas: A imagem do médico, dotado de tecnologia e imbuído de boa intenção, e da mulher incapaz, submissa, objetificada, fragmentada, presa a um corpo e a uma fisiologia patológica e imperfeita" (MAIA, 2010, p.71).

A medicalização do parto proposta pelo modelo tecnocrático se tornou um dos desafios reconhecidos pelo Ministério da Saúde, referindo que,

A assistência à mulher no **momento do parto** é objeto de grande **medicalização**. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se **desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde**. Além disso, estudos já comprovaram **que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea**"(BRASIL, 2001, p.18., grifo nosso).

Segundo Davis-Floyd (2001), o modelo humanizado surge como paradigma da assistência aos usuários dos serviços de saúde, contrabalanceando a técnico-medicina, mecanicista e positivista. Neste modelo, o usuário passa a ser visto enquanto ser que merece uma abordagem individualizada e em que se valoriza a conexão corpo e mente, a relação do cuidado entre o profissional e os usuários, e ainda, sua relação com a família e os amigos.

Reforça que este modelo de cuidado obstétrico valoriza um equilíbrio entre as necessidades individuais da mulher e os interesses da instituição. A paciente deve receber informações sobre seu cuidado e participar da tomada de decisão de forma consensual, fato que não acontece no modelo de cuidado tecnocrático. A tecnologia deve ser utilizada com evidências científicas, considerando as recomendações da OMS (1996), sobre as várias condutas não adequadas no parto, por ausência de cientificidade no seu uso. Preserva-se uma escuta mais atenta das necessidades da usuária com enfoque nos determinantes relacionados aos fatores socioculturais que interferem no processo saúde-doença. Nesse modelo ocorre a

necessidade de adequação dos espaços físicos hostis e mecanicistas para locais mais agradáveis (DAVIS-FLOYD, 2001).

No caso das parturientes, a presença da família no parto, a presença de doulas e a valorização do contato com o bebê logo após o nascimento, tornam mais equilibrados e empáticos o atendimento à mulher.

Um terceiro modelo de classificação do parto é o modelo holístico que na prática inclui uma variedade de terapias consideradas alternativas, como a nutricional, a cura chinesa, homeopática, entre outras práticas tradicionais mais ortodoxas, desde que pouco invasivas (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo holístico concebe a influência recíproca entre corpo e mente, mundo espiritual e metafísico, atuando ambos na cura do ser como um todo no contexto da vida.

Esse modelo considera o corpo como campo energético o qual se beneficia do uso de técnicas que trabalham com a energia e em geral com o uso das mãos. Neste modelo estimula-se uma corresponsabilidade do indivíduo como seu bem estar, possibilitando uma participação ativa para manutenção a longo prazo da saúde (DAVIS- FLOYD, 2001).

"No campo do Parto Humanizado, particularmente entre a vertente alternativa e as feministas, há uma valorização de práticas consideradas holísticas, entendidas como opostas ao modelo tecnocrático e cartesiano a própria ideia de humanização aponta, nesta perspectiva alternativa, para noções que, segundo suas postulantes, estariam presentes nas práticas não medicalizadas partilhadas por parteiras e por culturas pautadas por concepções de vida nem ocidentais nem racionalista" (TORNQUIST, 2004, p 205).

A institucionalização do modelo holístico, reivindicado por alguns profissionais de saúde, por gestores do Estado, por grupos de mulheres intelectualizadas e favorecido pelas redes sociais, ainda, é um desafio no cotidiano dos serviços de saúde com conquistas pontuais e em geral elitizadas.

Comparativamente, a implantação ampla e irrestrita do modelo obstétrico tecnocrático nas instituições hospitalares da rede pública e privada de saúde, ao longo dos anos propiciou ao Brasil índice alarmantes de cesarianas. A proposta e o argumento de que a prática humanizada melhora os resultados perinatais acaba não sendo suficiente para convencer a

organização hospitalar já instituída. Esta mudança é "bastante complexa e envolve tanto normas, valores e regras de natureza simbólica quanto interesses, experiência prática e nível de satisfação dos profissionais e dos pacientes" (MAIA, 2010; p. 165) e afirma ainda que:

Comprometido com outros valores como o ganho financeiro, a reificação da tecnologia dura, etc o hospital, mesmo que tenha condições facilitadoras da política de humanização, como estrutura física e recursos humanos disponíveis, pode não realizar a mudança no modelo de assistência ao parto (MAIA, 2010, p 165-166).

Os paradigmas de atenção à saúde nos reporta aos modelos ao qual encontram-se submetidos as mulheres e familiares na assistência dos serviços de saúde, quer sejam públicos ou privados, durante a gestação e parto, neste caso específico, referido por Davis-Floyd. O modelo tecnocrático no cuidado se tornou um dos grandes desafios a ser enfrentado na prática dos serviços e na institucionalização de política pública de um modelo mais "humano" e menos "máquina", respeitando os direitos e o ser como um todo, integrado, responsável e envolvido com seu cuidado durante gestação, parto e nascimento.

2.2- Política de Humanização do Parto e Rede Cegonha

No ano 2011, o Governo Federal institui a Rede Cegonha através da portaria 1459/2011, como política pública de escopo técnico e financeiro para induzir uma série de mudanças no cuidado à gestação, parto, puerpério e saúde da mulher e de sua criança. Esta política pública promove o atendimento de gestantes a partir da articulação de atenção em rede, de cuidados humanizados e seguros, buscando garantir regulação obstétrica, com pactuação regionalizada em cada Estado (BRASIL, 2011).

Esta portaria fomenta a construção de redes regionais visando garantir acesso, acolhimento e resolutividade de um novo modelo de atenção, focando a mulher em trabalho de parto e a criança de zero aos vinte e quatro meses de idade. Para tanto, considera a

necessidade de reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal²⁰ (BRASIL, 2011, artigo 3º); o baixo índice de partos normais, com cesarianas desnecessárias, que por vezes levam a partos prematuros; e os partos normais traumáticos que ocorrem nas instituições hospitalares, referidos como violência à mulher.

Nas décadas anteriores alguns proposições já faziam parte de um movimento de humanização na assistência à gestante e parturiente, em contrapartida ao modelo tecnocrático predominante em diversos países e no Brasil, o qual mantém uma assistência mecanicista e distante das necessidades das mulheres. Pode-se referir, o método de Lamaze, também chamado de psicofilático, de origem Russa sendo difundido por um médico francês. Este método ganhou adeptos no Brasil na década de 1950, com capacitação da equipe de médicos e obstetizes, preconizava exercícios respiratórios como técnica de concentração e relaxamento para alívio da dor no parto. Criticava, também, a separação mãe e bebê e as alimentações artificiais utilizadas nas instituições. Esse ideário do parto sem dor não se manteve na prática, no entanto, alguns princípios deste, foram considerados na implementação das diretrizes da humanização do parto (TORNQUIST, 2004).

Os modelos e discussões técnicas dessas práticas foram ampliadas com o movimento feminista nas décadas de 1960 e 1970 pautada na ampliação de direitos e reivindicação da humanização da assistência à mulher. Podem-se destacar: o parto ativo, onde se valoriza a mulher como protagonista e com controle sobre seu corpo e o seu parto; o método nascer sorrindo (F.Leboyer), que preconiza a importância do ambiente silencioso no nascimento; o parto de cócoras (M. Parcionick), advindo das práticas das índias; o incentivo ao trabalho das parteiras tradicionais apoiado pelo médico Galba de Araújo, em Fortaleza; as práticas de yoga para o parto realizados pelo Instituto Aurora no Rio de Janeiro (TORNQUIST, 2004).

Ocorreram entre as décadas de 1980 e 1990, outras experiências reafirmando a valorização do parto como processo natural. O médico francês Michel Odent, na década de 1980, enfatiza a importância da fisiologia hormonal no parto vaginal para liberar a ocitocina, o qual ele chamou de hormônio do amor e renascimento do parto natural, como experiência positiva para mãe e bebê (ODENT, 2003). Alguns projetos nacionais implementados surgem, tais como: o grupo Curumim e do C.A.I.S. (Centro Ativo de Integração do Ser), em

²⁰ O componente neonatal refere ao recém nascido nos primeiros 27 dias de vida. Há um índice maior de mortalidade infantil neste grupo etário. Pode estar associado a condições biológicas, bem como, assistência no pré-natal, parto e nascimento. A mortalidade infantil são óbitos ocorridos até 1 ano de idade.

Pernambuco, defendem o parto natural e participativo com as práticas tradicionais das parteiras; o projeto REHUNA (Rede de Humanização do Parto e Nascimento), congregou profissionais interessados em discutir o modelo predominante no país, em 1993. Neste ano, acontece a inauguração da primeira maternidade pública humanizada no Rio de Janeiro, denominada Leila Diniz e em 1998 é inaugurada a Casa de Parto Sapopemba em São Paulo; O Ministério da saúde fomentou premiação de práticas humanizadas bem sucedidas entre elas, o prêmio "Galba de Araújo" (TORNQUIST, 2004; DINIZ, 2005; RATNER, 2009).

No ano 2000 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de abranger as diversas instituições públicas de saúde do país na assistência à mulher no parto, aborto e puerpério (SAÚDE, 2001). No decorrer dos anos seguintes publicou portarias ministeriais, manuais técnicos, realizou capacitações dos profissionais e criou o Sistema Nacional de Informação da Assistência Pré-natal, Parto e Puerpério (SISPRENATAL), para cadastro e acompanhamento das gestantes e, simultaneamente, estimulou a municipalização e a regionalização das ações, melhorando, sem dúvida, a assistência à mulher gestante e parturiente.

Ainda com ênfase na humanização da assistência ao pré-natal e nascimento, o Ministério da Saúde lança no ano 2010, o manual "parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais e experiências exemplares", no qual relata a experiência de 2000 a 2010 e totaliza as capacitações realizadas, atingindo 1473 profissionais e 1755 parteiras tradicionais, referente as áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, das regiões de difícil acesso e das populações tradicionais quilombolas e indígenas do norte e nordeste (SAÚDE, 2010).

Mesmo com as proposições nas políticas para uma assistência humanizada à gestante e parturiente, os indicadores não atingiram as metas estabelecidas no decorrer dos anos, mantendo elevado o índice de morte materna e fetal e ainda, persistindo a violência à mulher nas maternidades. É nesse contexto que, seguindo diretrizes da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é construída a rede da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, finalmente no ano 2011 é instituída a Rede Cegonha.

O sistema de redes nas políticas públicas propõe quebrar a fragmentação e descontinuidade tão comuns na assistência à saúde e redimir as disputas simbólicas nas práticas de gestão nos níveis primário, secundário e terciário. Por meio da construção de redes

de atuação regionais e locais se pretende agir a partir da pluralidade de atores envolvidos na assistência à saúde, bem como, a adaptação à realidade social, com necessidade de criar maneiras de negociação para obtenção dos consensos numa estrutura horizontalizada que propicie autonomia dos participantes. Toda essa diversidade no processo de trabalho visa garantir uma assistência integral e equânime, o que faz da gestão em rede uma possibilidade de implementação de políticas para atender às necessidades e características do contexto atual diversificado, com saberes diversos (FLEURY, 2007; MENDES, 2011; BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como proposta trabalhar com quatro componentes, compreendendo uma série de ações na atenção à saúde: 1- Pré-natal, Parto e Nascimento; 2- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 3- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e 4- Regulação (BRASIL, 2011, Artigo 6º).

A portaria 1459/ 2011, da Rede Cegonha, leva em consideração as legislações pertinentes à organização do SUS e à humanização na atenção a mulher ao definir os princípios de humanização do pré-natal, parto e nascimento, a saber:

1- A Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

2- A Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

3- A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

4- A Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, que propõe redução da mortalidade materna e infantil;

5- A Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Para que se dê o atendimento em rede, atendendo aos princípios do SUS de integralidade, hierarquização e regionalização da assistência, este modelo propõe operacionalização da Rede Cegonha a partir de pactuações nos Colegiados de Gestão

Regional de Saúde de cada Estado. As Secretarias Estaduais de Saúde devem estimular o desenho regional da Rede Cegonha através de um diagnóstico em cada região, considerando as seguintes fases de operacionalização:

- 1- Análise da situação de saúde da mulher, da gestante e da criança até dois anos, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos;
- 2- O dimensionamento da demanda e oferta assistencial;
- 3- O controle e regulação prestados por cada município e como se dará a contratualização dos pontos de atenção para cada membro da rede;
- 4- Qualificação dos componentes da rede com ações que devem ser acompanhadas com indicadores pactuados para a região e para cada município;
- 5- Certificação a ser concedida pelo Ministério da Saúde anualmente, considerando as ações realizadas de acordo com os parâmetros estabelecidos (BRASIL, 2011, art.8º).

O componente Parto e Nascimento propõe algumas ações para serem avaliadas na assistência de acordo com as necessidades municipais atendidas pela região, entre elas, a existência de leitos suficientes obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru)²¹; ambiência adequada nas maternidades; implementação de "boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (OMS, 1996); presença do acompanhante durante o acolhimento da mulher no pré-parto, no parto e no pós-parto imediato; serviços com acolhimento e classificação de risco na atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011, Art.7º, inciso II).

Quanto ao sistema logístico de transporte relacionado nos componentes de apoio à Rede Cegonha, este pressupõe que:

²¹ UTI - Unidade de terapia intensiva; UCI - Unidade cuidados intermediária; método canguru - é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso.

(...) se tenha acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos, com ambulâncias equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; e que a gestante tenha já durante o pré - natal vinculação ao local de ocorrência do parto com o modelo “vaga sempre”, evitando assim que fique peregrinando de maternidade em maternidade em busca de ser atendida (BRASIL, 2011, Art.7º, inciso IV).

“A implantação de regulação para o serviço de atenção obstétrica e neonatal, tanto dos leitos quanto das consultas e exames ambulatoriais” é o quarto componente da portaria apoiando o acesso à assistência a mulher e bebê. Assim é papel do Estado regular e pactuar regionalmente ou estadualmente a integralidade da assistência.

No SUS a discussão com o financiamento da assistência é sempre uma preocupação e sabe-se que saúde tem custos a ser otimizados. Nesta portaria se prevê que o financiamento ocorrerá com “recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos recursos, conforme memória de cálculo²²”(BRASIL, 2011, art.10).

No componente de assistência pré-natal, esta portaria propõe que os municípios recebam incentivos de acordo com o cadastro no SISPRENATAL²³, na modalidade fundo a fundo, sendo R\$10,00 por gestante cadastrada e custeio para os exames ambulatoriais, além de fornecimento de KITS²⁴ para atendimento das unidades básicas de saúde, kits para as gestantes²⁵ e kits para as parteiras tradicionais²⁶. Além de ajuda financeira para transporte de gestantes, para consultas ambulatoriais e para o parto.

Para o financiamento do componente parto e nascimento a portaria propõe recursos para a construção, ampliação, reforma e compra de equipamentos e materiais de centros de

²² Memória de cálculo dos novos investimentos e custeios da rede cegonha. Relacionado, no anexo II com construção, reforma e compra de equipamentos e com os valores financeiros correspondentes.

²³ SISPRENATAL - Sistema de informação nacional de cadastro e acompanhamento das gestantes - DATASUS

²⁴ ANEXO IV - kit para as UBS: 1 sonar, 1 fita métrica, 1 gestograma, 1 Caderno de Atenção Básica, - Balança adulto.

²⁵ kit para gestantes: Bolsa Rede Cegonha, Trocador de fralda

²⁶ kit para as parteiras tradicionais: Bolsa para acondicionar os materiais utilizados no parto, como, balança de tração com gancho e suporte “ tipo cegonha”, lanterna média a dínamo; fralda de algodão; guarda-chuva e capa de chuva; estetoscópio de pinard de plástico; fita métrica; escova de unha; sabão líquido; rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical; luvas descartáveis; álcool a 70% ;lápis/caneta e borracha ;caderno pequeno para anotações; balão autoinflável com válvula reguladora; máscaras para balão; bulbo ou pera de borracha estetoscópio adulto; gorro/toca capilar; coberta de flanela para o recém-nascido; avental plástico; forro protetor.

parto normal, casas de gestante, bebê e puérpera; para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos; e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto. Além disso prevê um custeio de 100% (cem por cento) para centros de parto normal, para casas de gestante, bebê e puérpera; e para leito canguru; e um custeio de 80% (oitenta por cento) para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal); para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco (GAR) (BRASIL, 2011, Art.10, inciso II).

Para avaliar os resultados dessa política, a portaria discrimina ainda os indicadores da matriz diagnóstica que devem estar incluídos no plano regional, entre eles, podemos citar: indicadores de morbi-mortalidade, indicadores de atenção básica, a situação da capacidade instalada e os indicadores de atenção; assim como registro de memória de cálculo dos novos investimentos e custeios da Rede Cegonha para obras de construção, reforma de casas de partos, gestante, bebê e puérpera e aquisição de equipamentos para essas instituições relacionando os valores para cada situação (BRASIL, 2011, anexo I e II).

Outras portarias propõem parâmetros e diretrizes para implementação da Rede Cegonha, numa lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com estruturação da rede para acompanhamento de indicadores, bem como, viabilização de incentivos financeiros para ações municipais e regionais. A saber:

1- Portaria SAS/MS nº 650 de 5 de outubro de 2011- "dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como, para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha”.

O plano municipal deve ser realizado em consonância com o plano regional sendo pactuado na Comissão Intergestora Regional - CIR, homologado na Comissão Intergestora Bipartite²⁷ – CIB e conforme as diretrizes da Portaria 1459/2011, este deve incluir a situação de saúde da área da mulher e da criança até dois anos de idade e apresentar o desenho municipal e regional da Rede Cegonha (BRASIL, Port. nº 650, art. 2º, parágrafo único, 2011). Esta portaria fortalece a elaboração do planejamento em saúde de acordo com os parâmetros

²⁷ CIB -Comissão Intergestora Bipartite - Instância do SUS integrada, paritariamente, pela secretaria estadual e por representantes das secretarias municipais de saúde

municipais, regionais, estaduais e viabiliza a adequação da atenção na rede do SUS, na medida que promove discussões nos Conselhos Municipais e cria os grupos técnicos regionais e municipais da Rede Cegonha.

2- Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 - "Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal"(Art.1º). Os centros de parto normal ou também, chamados casas de parto, são unidades de saúde destinadas à realização de parto de baixo risco. Para tanto, devem estar:

Localizados nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; ou nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em transportes adequados, em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento; deve possuir espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério (PPP) privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento deve ocorrer no mesmo ambiente, da internação à alta; poderá ser composto com 3 ou 5 quartos PPP com uma média de 40 ou 70 partos mensais, respectivamente (BRASIL, 2015, Port. nº 11).

A portaria, supracitada acima, especifica a equipe mínima a compor os centros de parto, de acordo com a quantidade de quartos PPP e de partos mensais. Estes serão:

Executados por enfermeiros obstétricos ou obstetrizes, que possuem a responsabilidade pelo atendimento desde à admissão até a alta, podendo ter a parteira tradicional incluída no cuidado à mulher em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico, considerando a especificidade regional, cultural e o desejo da mulher (BRASIL, 2015 Port. nº 11).

Outros a serem inseridos nesta equipe são os técnicos de enfermagem e auxiliares de serviços gerais.

ODENT (2003, p. 140), refere que “O conceito de casa de parto é uma ‘forma de

voltarmos às raízes e é mais velho do que o conceito de parto domiciliar”. Essas casas são mais acolhedoras e lembram as antigas cabanas das sociedades tradicionais, onde as mulheres davam `a luz. Na história do parto no Brasil, já em 1850, os jornais anunciavam que as parteiras recebiam mulheres em casa, com quartos próprios para realização de partos, especialmente as que possuíam formação para exercerem `a função de parteiras (MOTT, 2005b).

Ao todo, no Brasil, existem 27 centros ou casas de parto normal, registradas no Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015). Vale ressaltar, por sua importância dentro desse cenário, a casa de parto da comunidade Monte Azul, designada posteriormente de casa de parto Angela, em homenagem a fundadora Angela Gerhrke; a casa de parto Sapobemba, em São Paulo; a casa de parto Nove Luas -Lua Nova, em Niterói; a casa de parto, hospital Pio X, em Ceres- Goiás, tidas como experiências pioneiras do gênero no país. O Estado do Rio de Janeiro possui apenas uma casa de parto, David Capistrano Filho, que se localiza na área urbana da capital.

As casas de parto possibilitam que as mulheres gestantes tenham uma assistência mais humana e holística, em espaços próprios para realização dos partos, encaminhando para uma unidade hospitalar apenas os casos que necessitarem. Assim, permite a valorização do papel da mulher diante de sua feminilidade e dos conhecimentos do seu corpo e a conquista da autonomia e protagonismo durante todo o processo de trabalho de parto.

A formação do enfermeiro pra desempenhar atenção e cuidado nas casas de parto, valoriza o processo fisiológico favorecendo a assistência. Segundo Maia (2010, p 71-72), " A própria forma como o profissional nomeia a sua assistência ao parto é um importante sinal dessa diferença: o médico 'faz' ou 'conduz' o parto, enquanto a enfermeira o ' assiste' (neste caso, quem faz o parto é a parturiente)".

Apesar do paradigma tecnocrático de assistência à saúde se manter institucionalizado, preconizando que o parto ocorra a partir de modelos médicos que lançam mão de recursos cirúrgicos, anestésicos e medicamentosos, outros paradigmas, pautados na humanização do parto, têm surgido e marcado presença, ainda que de forma lenta, mas já perceptível. O retorno da enfermagem exercendo a prática obstétrica nas casas de parto e nos domicílios (contratos particulares), bem como a prática das parteiras tradicionais, em geral no norte e

nordeste do país, amparado por política pública, pode contribuir para a transformação na implementação da política ao parto.

2.3- O parto domiciliar

O ambiente proposto pela Rede Cegonha para a mulher dar à luz e humanizar a assistência são os Centros de Parto Normal e melhoria na ambiência das maternidades dos hospitalais, adequando-o para a parturiente e os familiares. O ambiente doméstico é proposto como uma solução para áreas isoladas do norte e nordeste do país em que a assistência à saúde se mostra de difícil acesso à população. Para a viabilização da construção dessa rede são realizadas capacitações e fornecidos materiais para as parteiras tradicionais pelo Ministério da Saúde e pelos governos locais dos Estados do norte e nordeste.

O caderno do HUMANIZASUS, com o título “Humanização do Parto e Nascimento”, traz alguns artigos científicos e relatos de experiências exitosas no país, destacando pontos importantes da assistência materno infantil humanizada. Ao abordar num dos capítulos ‘Parto domiciliar como um dispositivo das práticas de saúde’, faz-se uma reflexão sobre essa assistência ainda pouco discutida no Brasil (BRASIL, 2014).

A OMS (1996) pondera que o ambiente ideal para o parto, é aquele viável e seguro para a mulher. “No caso de uma gestante de baixo risco, esse local pode ser um centro de parto normal, uma maternidade de um hospital, ou ainda o seu próprio domicílio” (BRASIL, 2014, p. 241).

O parto domiciliar, em geral, é realizado pelas parteiras nas gestantes pertencentes às populações rurais, ribeirinhas e de florestas que possuem dificuldade de acesso geográfico aos hospitais. Outro grupo que vem crescendo e buscando realizar partos domiciliares e ganhando repercussão na mídia, nos grupos sociais e nos jornais são mulheres de classe média que optam por realizar o parto domiciliar com Enfermeiras Obstétricas ou outro profissional, contratado para esta finalidade.

Alguns Conselhos Regionais de Medicina (CREMERJ) censuram o parto normal em domicílio chegando ao ponto de solicitar punição para médicos que apoiam na mídia o parto domiciliar e para os que estavam realizando partos fora da instituição hospitalar. A Resolução CREMERJ 265/2012, dispõe sobre a proibição de médicos em partos domiciliares e a portaria CREMERJ 266/2012, dispõe sobre a proibição da presença de profissionais não habilitados ou não reconhecidos na área da saúde durante e após a realização do parto, este inclui doulas, obstetras e parteiras (BRASIL, 2014).

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) considerando que a legislação da Enfermagem, lei 7498/ 86, abarca as obstetras e parteiras, entrou com liminar contra Portaria 266/2012, na 2ª Vara Federal do Rio de Janeiro, nº 00413074220124925101, sendo o último recurso de apelação dado como provimento da sentença para o CREMERJ, no dia 13/01/2016. Quanto a esta sentença, as entidades de classe da enfermagem e órgãos em defesa dos direitos de escolha das mulheres fizeram marcha no Rio de Janeiro, no Leme, buscando mobilizar, sensibilizar e divulgar o direito de decisão da mulher em escolher e optar pelo local e tipo de parto desejado. Relaciono foto do evento abaixo.

Figura 2 Marcha pelo direito de escolha das mulheres-16/03/2016 - RJ



Fonte: Site da ABENFO (Associação de Enfermeiros Obstétricos)

BRASIL (2014) aponta que partos domiciliares em pacientes de baixo risco não apresentam diferença nos indicadores de mortalidade materna e neonatal em relação ao risco hospitalar. O autor cita, ainda: estudos de Jonge et al (2009), realizados na Holanda, envolvendo mais de 500 mil partos .Outro estudo com mais de 679 mil partos, de Van Der Kooy et al. (2011); um estudo realizado no Reino Unido pelo National Health System (NHS) com mais de 60 mil partos, publicado em 2011 (Birthplace in England Collaborative Group) e cita Amorim (2012) num estudo em Florianópolis/SC por Koettker et al. (2012), com uma pesquisa de 100 partos domiciliares (PD) atendidos por enfermeira obstétrica. Todos esses estudos confirmam que partos domiciliares bem assistidos apresentam os mesmos riscos que partos hospitalares.

O modelo tecnocrático de assistência ao parto nas instituições hospitalares brasileiras "mantém um medo, tanto nas mulheres, quanto dos médicos do parto e do nascimento" (MAIA, 2010, p 170), enquanto que o parto domiciliar propicia um ambiente de segurança e empoderamento desta mulher quando bem assistida e amparada para a realização de seu parto (MAIA, 2010; BRASIL, 2014).

A casa, ao ser incluída como **ambiente propício** para a realização de partos de baixo risco, tem grande **potencial de desmedicalização e alteração das relações de poder que incidem sobre a vida**. Quando se considera a possibilidade de que um parto seja realizado em casa, **o saber médico e o hospital/maternidade são deslocados do lugar de centralidade para lugar de retaguarda**. A defesa de um PD seguro não dispensa uma rede assistencial médica e hospitalar, mas sua função é ressignificada. Para a realização de um PD é fundamental a existência de uma rede de urgência que possa ser rapidamente acessada nos raros casos em que isso é necessário. Essa proposta **interfere diretamente em uma prática que baseia-se em um saber** que coloca-se, necessariamente e para todos os casos, **em um lugar de centralidade**. A casa como ambiente de parto, mais que um hospital humanizado, **desloca** de forma intensa **o poder que o saber médico** passa a ter sobre o tempo de gestação e **sobre os procedimentos de intervenção no corpo da mulher** (BRASIL, 2014, p 245, grifo nosso).

No decorrer dos anos, no Brasil, a preponderância do paradigma tecnocrático de assistência à saúde norteou a alocação de recursos (humanos e financeiros) para a formação de médicos obstetras cuja especialização enfatiza a assistência enquanto intervenção

(medicamentosa e/ ou cirúrgica) dando grande ênfase à área ginecológica, concebendo o parto como fenômeno de risco, portanto, patológico.

Tanto, o paradigma de assistência à saúde humanístico, como o holístico questionam fortemente essa forma de concepção referente ao parto, bem como as práticas e concepções de saúde e patologias associados ao corpo da mulher parturiente, buscando compreender e respeitar o ato de parter como processo fisiológico específico que precisa ser respeitado caso a caso.

Os enfermeiros são formados dentro de outra concepção acadêmica e/ ou lógica cultural em que o cuidar é visto como inerente à profissão. Essa concepção parte da compreensão do corpo enquanto máquina, tal qual preconizada pela lógica cartesiano, mas realiza a crítica sobre as formas de cuidado desse corpo uma vez que esse corpo, está algo ligado a natureza e enquanto tal deve ser pensado e cuidado em sua totalidade. Assim, essas profissionais compreendem o tempo do nascimento como um tempo de espera e trabalho hábil no auxílio e, caso necessário, reposicionamento da criança ainda no útero, para facilitar e propiciar seu nascimento. Uma vez capacitados para executar tais manobras, os enfermeiros estão habilitados para realizar partos normais. Infelizmente observa-se no cotidiano dos cursos de enfermagem que esse treinamento e formação para profissionais da saúde atuarem no parto normal foi deixada de lado por falta de espaço para a prática no mercado de trabalho hospitalar que está fortemente pautado pelo paradigma tecnocrático de assistência à saúde, em que a figura do médico desempenha força e poder no exercício da assistência à parturiente, levando em consideração muito mais seus interesses de organização do tempo, muitas vezes em detrimento da vontade e escolha da mulher gestante pelo parto natural (OMS, 1986; ODENT, 2003; MAIA, 2010; Brasil, 2014).

O modelo de participação de outros profissionais não médicos atuando na assistência à gestante, ao parto e nos cuidados ao recém nato ocorrem em diversos países como assistência institucionalizada e apoiada pelas políticas públicas, por exemplo, na Nova Zelândia, Países Baixos, Alemanha, Inglaterra, Irlanda, Canadá, Austrália. Existem várias combinações de modelos com a participação de parteiras nas áreas em que estas acompanham o pré-natal, realizam o parto e os cuidados no pós parto. Estas atividades, são supervisionadas ou não por enfermeiras obstétricas e em alguns países por médicos; em outros, os partos são realizados por enfermeiras obstetras e encaminhadas para o médico somente as situações de

risco. Os partos podem ser realizados pelas parteiras ou enfermeiras no domicílio, nas casas de parto ou nas instituições hospitalares de acordo com a escolha das usuárias e com variações dos modelos de cada país (SANDALL et al, 2013).

Neste caso em que a parteira e enfermeira obstetra realizam os partos, se pressupõe um modelo de atendimento em que é normal e natural as mulheres terem capacidade de experimentar dar à luz sem intervenção de rotina (SANDALL et al, 2013). Pode-se inferir assim que o modelo Rede Cegonha que se propõe traz essa lógica para um modelo de assistência humanizado e até holístico quando valoriza práticas tradicionais na atenção à mulher.

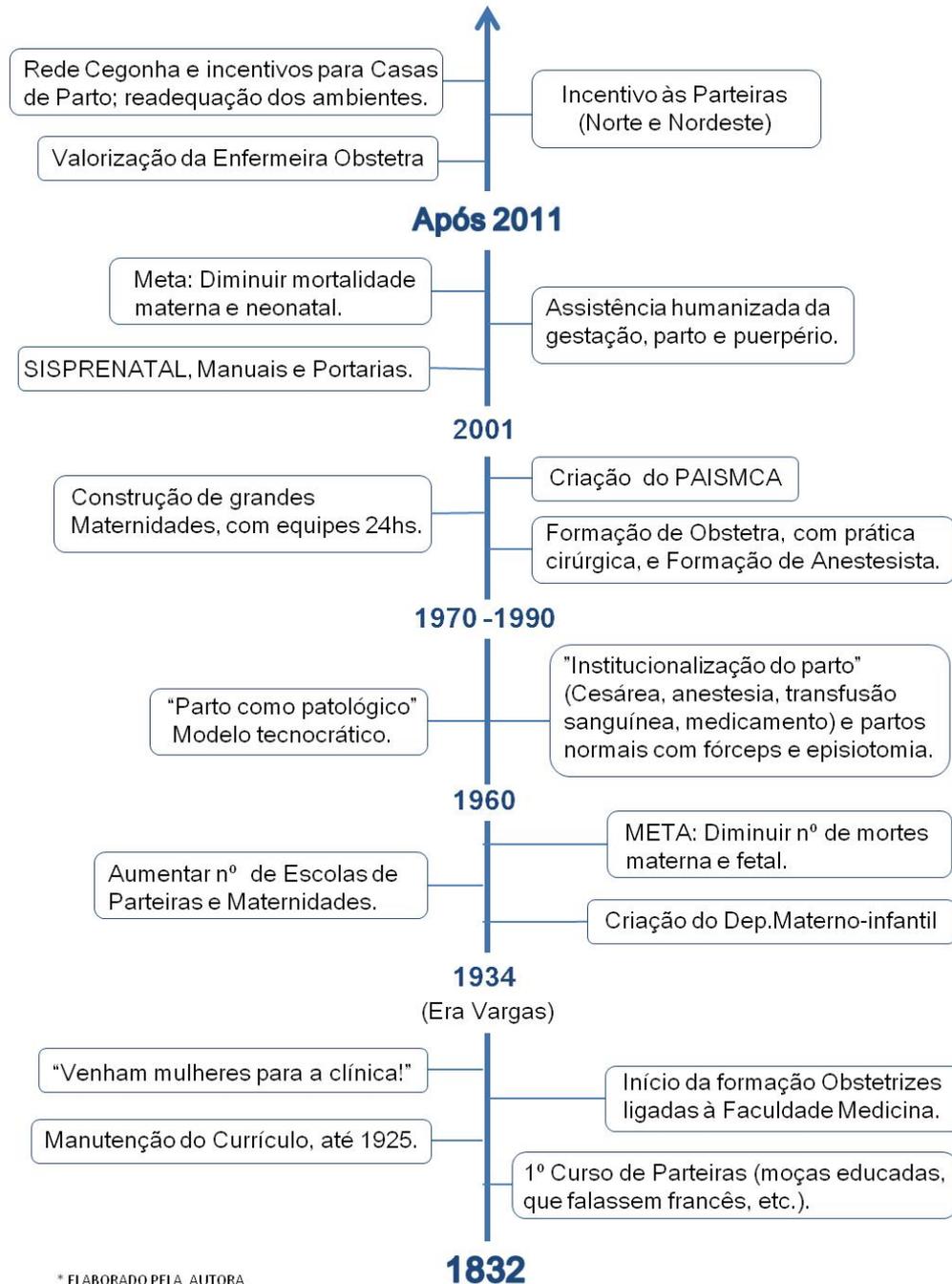
A linha do parto natural no país vem alterando o cenário do parto, num construir e reconstruir, numa luta histórica para definir os atores atuantes no parto, que perpassa não só pelas legislações implementadas e pelas políticas públicas para o parto e nascimento, bem como, pela disputa da categoria médica em se manter hegemônica no controle da parturição, tratando-a como patológica e desconsiderando o direito de escolha da mulher e as evidências científicas respaldando o parto como natural e passível de ocorrência no local de desejo da mulher.

Na página a seguir (p.67), pode-se observar a estruturação de uma “linha histórica” iniciada, desde 1832, até última política instituída no Brasil, em 2011, consolidando a abordagem relatada neste capítulo.

Figura 3 Linha histórica do parto no Brasil

Parto e Parturição na Assistência à Saúde do Brasil

(Linha Histórica: dos séculos XIX ao XXI)*



Capítulo 03

REDE CEGONHA: POLÍTICAS REGIONAL E MUNICIPAL

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina” (Cora Coralina).

3 REDE CEGONHA: POLÍTICA REGIONAL E MUNICIPAL

3.1. A Rede Cegonha no Norte Fluminense

A região Norte Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro, abrange os municípios de Quissamã, Carapebus, Conceição de Macabú, Macaé, São Fidélis, São Francisco de Itapaboana, São João da Barra e Campos dos Goytacazes, como se observa, abaixo, no mapa da região, com sua respectiva população.

Figura 4: Região Norte-Fluminense x População



A região possui dois municípios de maior extensão territorial e os demais de pequeno porte, constituindo duas sub-regiões, tendo como núcleos de referência, pactuados regionalmente para ações de maior complexidade na assistência, os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé.

O decreto GM/ nº 7508/28/06/2011, define como “região de saúde”:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais,

econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Art.2º).

Cada região possui instâncias colegiadas do SUS, mediadas pelo Estado, que pactuam de forma consensual as regras para garantir uma assistência integral, em redes, em todos os níveis de complexidade na assistência à saúde. A organização do serviço em rede constitui um modo sinérgico de fazer a saúde acontecer considerando todos os níveis de assistência, denominados de atenção primária, secundária e terciária. Mendes observa

as redes de assistência aos serviços de saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio (2011, p.73).

As pactuações regionais na assistência otimizam os recursos aplicados para adequação dos cuidados integrais e hierárquicos do SUS baseando-se nas necessidades do território e da população e na viabilização do custeio necessário para a assistência. Assim, as referências deixam de se caracterizar como um "acordo de cavalheiros" e são tratadas com regulação e controle, para a garantia da assistência e dos serviços, inclusive quanto ao nosso objeto de estudo, entre mulheres gestantes, parturientes e recém-nascidos, viabilizando a rede de cuidados necessária.

Os municípios de pequeno porte devem atender sua população com atenção básica e referenciar para municípios circunvizinhos a demanda de média e alta complexidade, pactuados com os gestores da regional e mediados pelo Estado. Desta forma, os municípios Carapebus, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itapaboana, São João da Barra, Conceição de Macabú, em relação a atenção ao parto e recém nato, em situação de risco e complicações, referenciam para o Hospital dos Plantadores de Cana, situado no município de Campos dos Goytacazes. Os municípios de Carapebus e Conceição de Macabú não possuem maternidade, sendo a realização dos partos de baixo risco referendada regionalmente para o município de Quissamã.

Pra maior visibilidade e compreensão, alguns indicadores da região estudada, referentes à proposição do plano da Rede Cegonha Municipal e à pactuação programada integrada da assistência serão pontuados neste capítulo.

As metas referentes aos indicadores municipais expressam o compromisso em alcançar os objetivos galgados e pactuados anualmente, integrada com o planejamento local e regional, no âmbito da comissão intergestora da região Norte Fluminense. São considerados, para o cálculo dos indicadores: a meta nacional e a regional, a série histórica pregressa do município, e a factibilidade de se estabelecer em ações para o alcance dos indicadores, os quais são apurados e avaliados anualmente e submetidos a relatório anual de gestão (BRASIL, 2013).

Quanto ao número absoluto de nascidos vivos na região Norte Fluminense, os municípios com maior número de nascimentos são: Campos dos Goytacazes e Macaé, observados na tabela 1, demonstrando um aumento de nascidos vivos na região.

Tabela 1 N° absoluto de nascidos vivos por município de residência da mãe, 2011 - 2014

| Município | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Campos dos Goytacazes | 6021 | 6612 | 7424 | 7923 |
| Carapebus | 125 | 155 | 160 | 189 |
| Conceição de Macabu | 205 | 237 | 274 | 282 |
| Macaé | 3542 | 3775 | 4038 | 4172 |
| Quissamã | 308 | 303 | 314 | 340 |
| São Fidélis | 403 | 438 | 442 | 433 |
| São Francisco de Itabapoana | 506 | 457 | 488 | 550 |
| São João da Barra | 399 | 397 | 481 | 576 |
| Total | 11509 | 12374 | 13621 | 14465 |

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Avaliam-se, também, outros indicadores de resultado da assistência prestada pelos serviços de saúde municipal, como, o número de óbitos maternos, o qual, se relaciona à causas ligadas à gestação, ao parto e puerpério²⁸, por local de residência da parturiente. Todos os casos de morte em mulher em idade fértil, de 10 a 49 anos, são investigados para que sejam detectadas as falhas no processo de trabalho na assistência à mulher.

Tabela 2: Número de mortes maternas por local de residência. Região Norte, 2011- 2015

| Estado/ Região /Municípios | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Brasil | 1610 | 1583 | 1686 | 1651 | 1178 |
| Rio de Janeiro | 164 | 180 | 180 | 166 | 117 |
| Norte | 13 | 19 | 12 | 09 | 09 |
| Campos dos Goytacazes | 11 | 14 | 07 | 07 | 04 |
| Carapebus | - | - | - | - | - |
| Conceição de Macabú | - | - | - | 01 | 01 |
| Macaé | - | 05 | 05 | - | 01 |
| Quissamã | 01 | - | - | 01 | - |
| São Fidélis | 01 | - | - | - | 01 |
| São Francisco de Itabapoana | - | - | - | 01 | - |
| São João da Barra | - | - | - | - | - |

Fonte : Sistema Vigilância em Saúde(SVS)/ MS -Sistema Informação Mortalidade (SIM)

²⁸ Puerpério - Compreende o pós parto imediato até 45º dia do nascimento do bebê.

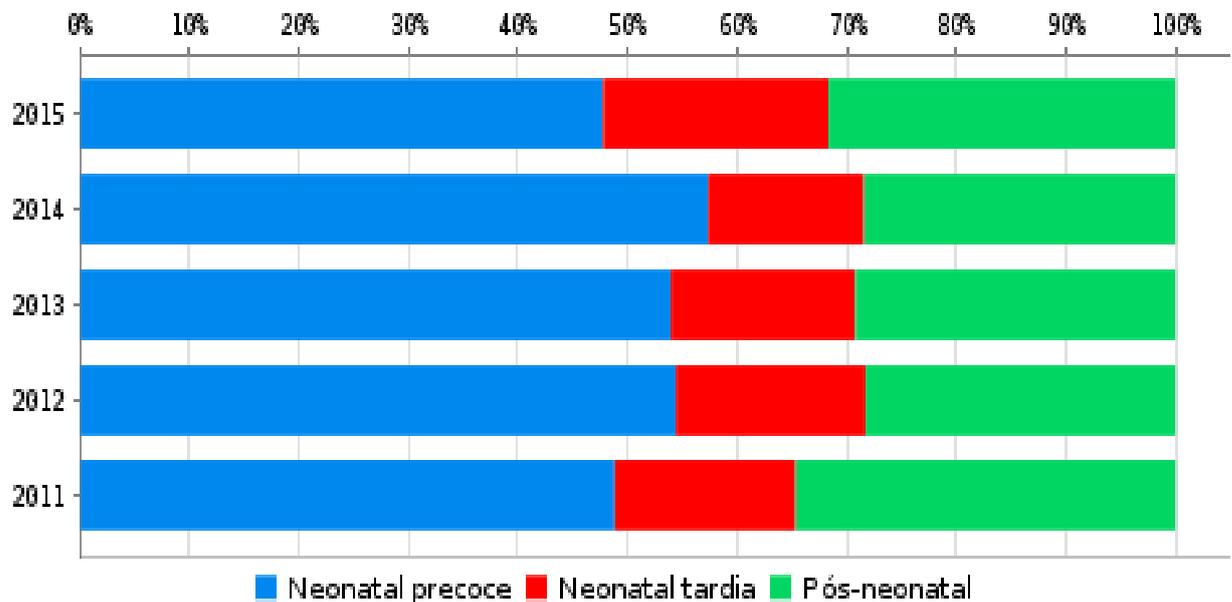
O município de Campos dos Goytacazes apresenta o maior percentual de morte materna da região, levando-se em consideração, porém, o maior número de habitantes e de maternidades, no entanto vem apresentando uma redução evidente no número de casos.

Os municípios de pequeno porte apresentaram oscilação com casos esporádicos de óbitos, com exceção de Carapebus e São João da Barra que, nos últimos 5 anos, não apresentaram nenhum caso notificado de morte materna.

A Política da Rede Cegonha compreende, também ações que visam a redução das mortes infantis e à melhoria na qualidade da assistência a esse grupo, detectando e tratando adequadamente durante a gestação os agravos e ofertando atenção adequada ao parto para não se colocar em risco o nascituro.

Na figura nº5 relacionam-se os óbitos infantis por grupo etário²⁹ na região.

Figura 5: N° de óbitos infantis segundo grupo etário e ano, 2011 a 2015



Fonte: Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica/SVS/MS - SIM

²⁹ Grupo etário (morte infantil) - Neonatal precoce (0 a 6 dias); neo tardia (7 a 27dias); pós - neonatal (28 a 11meses) Fonte: tabnetDATASUS. Cálculo de mortalidade

O percentual de morte neonatal precoce e tardia, geralmente se relaciona às condições socioeconômicas e a situação de saúde da mãe, além da assistência recebida no pré-natal e no parto. Os índices de óbitos, nestas categorias, ainda se mantêm elevados, merecendo uma atenção especial do grupo técnico regional da Rede Cegonha para mobilizar ações para melhoria do indicador.

A Política da Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº1459/2011 e Portaria nº 650/2011, estabelece que as regiões de saúde organizem coletivamente o plano regional, a ser elaborado por um comitê técnico de trabalho. O mesmo tem como objetivo: “Apontar as diretrizes para a melhoria do acesso, acolhimento, atenção, definição de linhas de cuidado, observação de critérios para a classificação de riscos e para a melhoria do atendimento à população” (Plano Regional, p.1, 2014).

O Comitê Técnico Regional da Rede Cegonha instituído é formado por representantes de coordenações do programa da área da saúde da mulher, por técnicos responsáveis pela atenção básica e por representantes das maternidades municipais e filantrópicas dos municípios da região, apoiados por um representante Estadual, visando definir as necessidades para a região e para cada município. Essa comissão definiu um grupo de trabalho para elaboração do desenho Regional da Rede³⁰ de saúde na atenção à mulher e a criança menor de dois anos e para confecção do plano regional da Rede Cegonha.

O Comitê Técnico participa das reuniões bimensais que ocorrem, em geral, no município de Campos dos Goytacazes, sede da Comissão de Intergestores da Regional Norte (CIR-Norte). Cada ator técnico do grupo tem a responsabilidade de organizar as reuniões em nível municipal, fomentando ações locais, discutindo os avanços, entraves e acompanhando os indicadores relacionados à assistência à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nato.

O plano para a implantação da Rede Cegonha da região Norte Fluminense foi aprovado e pactuado na Comissão Intergestora (CIR) e, posteriormente, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, através da deliberação CIB nº 3296 de 30 de dezembro de

³⁰ Desenho regional - Análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

2014, sendo encaminhado para validação na Comissão Intergestores Tripartite³¹ e desta para o Ministério da Saúde, que liberará certificação e financiamento das ações previstas. Os municípios aguardam parecer técnico e liberação de financiamento para que as ações possam ser implementadas.

As propostas aprovadas pelos gestores municipais compreendem ações que abrangem toda a região, como a construção de centros de parto normal³², a reestruturação física das maternidades, a construção ou ampliação de bancos de leite, a adequação de ambiência das maternidades para realização dos partos com a lógica pré - parto, parto e pós - parto (PPP) e a ampliação de Unidades de Tratamento Intensivo e Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, reequipando-as e, ainda, capacitando os profissionais da região. Na tabela nº 3, pode-se observar a distribuição, por município, da programação proposta no plano regional.

Tabela nº 3 Programação física de CPN, CGBP e reforma de ambiência - Proposição da Rede Cegonha da região Norte Fluminense

| Município/ programação | Campos dos Goytacazes | Macaé | Quissamã | São Frcº de Itabapoana | São João da Barra | São Fidélis |
|---|--------------------------|---------------------------|----------|---------------------------|-------------------------|----------------|
| Centro de Parto Normal (CPN) | 1 | - | | | | |
| Casa gestante, bebê e puerpério (CGBP) | 1 | | | | | |
| Reforma de Ambiência de maternidade | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Equipamentos UTI Neo/ UCI Neo/ Reforma de Ambiência | 07 UTI NEO (HPC) | 10 UTI NEO | | | | |
| Leito canguru | 29 UCI (HPC e HBP) 07 | 04 | | | | |
| Banco de Leite Humano (BLH) / Reforma ou Construção / Equipamentos | Equipamentos e reforma | Equipamentos e Construção | | | | |

Fonte: Plano da região Norte Fluminense - dez 2014

³¹ Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – Constituído por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Na CIT define-se estratégias, diretrizes, programas e alocação de recursos do SUS.

³² Portaria nº 650 /2011, define um (1) Centro de Parto Normal (CPN) para população de 100 a 350 mil habitantes, dois (02) CPN de 350 a 1 milhão de habitantes.

Não se encontram relacionados, nesta tabela, os municípios de Conceição de Macabú e Carapebus, por não possuírem maternidade e UTI. Mesmo assim, estes foram incluídos no que tange à necessidade de capacitação da equipe.

Dentre os municípios que poderiam construir CPN, considerando sua população, apenas Campos dos Goytacazes demonstrou interesse na adesão e construção, bem como para a CGBP. Já, o município de Macaé demonstrou a intenção de construir uma maternidade - escola. Todos os municípios que dispõem de maternidade demonstram a necessidade de reformas de ambiência, para se adequarem aos princípios da humanização. O município de Campos dos Goytacazes propôs adequação das maternidades filantrópicas, como Hospital da Beneficência Portuguesa (HBP), Santa Casa de Misericórdia (SCM) e do Hospital dos Plantadores de Cana. Esta última, já havia apresentado, anteriormente, seu plano para a Rede Cegonha, pois sua maternidade foi considerada como prioritária, considerando o índice de óbitos materno-infantis no município.

O comitê regional da Rede Cegonha organizou dois seminários, para profissionais de saúde da região Norte Fluminense, que aconteceram em 28 de novembro de 2014 e 09 de dezembro de 2015, abordando temas relacionados às boas práticas no pré-natal, parto e nascimento, com relatos de experiências exitosas da região e/ou do Estado, com base na Portaria 1459/11, art. 8º, inciso II, alínea “d”, que sugere, "estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha com a finalidade de construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento."

Figura 6: Cartaz do seminário Regional da Rede Cegonha 2014/2015



Fonte: Comitê Rede Cegonha Regional

Os seminários e as reuniões regionais ou municipais da comissão técnica da Rede Cegonha possibilitam integração com os atores envolvidos com a assistência e divulgação das diretrizes e princípios do programa.

Ao participar de algumas reuniões da Rede Cegonha, inclusive contribuindo na elaboração do plano regional, representando o Município de Quissamã, foi possível identificar que a presença de atores da área hospitalar, até então ausentes nas discussões das boas práticas, veio favorecer a implementação de medidas simples como, por exemplo, a presença do pai ou acompanhante, por livre escolha da parturiente, nas internações. As trocas e discussões técnicas promovidas possibilitam aos membros da comissão repensar suas práticas e as confrontarem com sua realidade, adequando-as às ações previstas para a humanização da assistência.

Um dos obstáculos identificados é a morosidade na liberação dos recursos financeiros para a implementação das ações propostas à Rede Cegonha na região. Conforme observa

Mendes (2011, p.18): "O necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários". A limitação na liberação dos recursos financeiros previstos para reestruturação da ambiência das instituições para a Rede Cegonha acaba por ocasionar atraso na implementação das ações propostas no final do ano de 2014.

3.1. Quissamã, assistência à saúde e Rede Cegonha

"Em 1634, os capitães encontraram, entre índios, um negro.... " nós ficamos perplexos por ver aquele preto, por lugares incultos sem moradores, nisso indagamos dele quem era e como veio ali parar, nos disse que era forro, lhe perguntamos se era crioulo da terra, nos disse que não, que era da nação quissama; vimos que não tinha lugar o que dizia, assentamos ter desertado do seu senhor e desconfiando das nossas indagações; sumiu aí mesmo na aldeia e não o vimos mais, por mais diligências que fizéssemos, ai demos ao lugar o apelido de Quissama, por causa do preto" (MARCHIORI, 1991, apud CARVALHO,1888, P.219)

Quissamã desponta no século XIX com uma produção econômica voltada para a pecuária e para a área açucareira, baseado numa sociedade escravista. Deixa como legado um patrimônio histórico de casarios dos senhores barões, condes e viscondes e uma cultura afro-descendente presente em todo seu território. Na localidade de Machadinha, e em áreas ao redor, manteve características populacionais e arquitetônicas originais, definidas como comunidade quilombola, pelo Ministério da Cultura, por intermédio da Fundação Cultural Palmares, em 2009.

Quissamã possui uma extensão territorial de 716 Km², localiza-se ao Norte do estado do Rio de Janeiro e foi emancipado, há 24 anos, da cidade de Macaé, por meio de plebiscito, em 12 de junho de 1989, com uma população estimada em 22.700 habitantes (IBGE, 2015).

Vale destacar as contribuições da Companhia Engenho Central (CIA) de açúcar, erguida em 1798, construída pelos fazendeiros para atender aos pequenos engenhos de cada fazenda. No auge da sua produção, investia em melhorias estruturais dos arredores e em ações sociais, inclusive administrando e cuidando da assistência à saúde da população que trabalhava na CIA e até dos fornecedores envolvidos no cultivo da cana de açúcar. Visando

formas de favorecer a circulação da produção foi construído o canal Campos-Macaé, por mão-de-obra escrava; posteriormente a linha férrea substituiu o transporte externo das mercadorias e transporte interno com as fazendas no município de Quissamã; Pode-se citar outras contribuições da CIA: linha telefônica, entre a usina e as fazendas (funcionando em algumas delas até 1975); da construção de um cine-teatro; de um hospital e de uma escola, nos arredores da CIA Engenho Central; além de ações recreativas e beneficentes, como incentivo aos campeonatos de futebol, distribuição de bônus e presentes para trabalhadores e crianças, nas datas festivas. (MARCHIORI et al, 1991).

Fato marcante, para os produtores que abasteciam esta Usina açucareira foi a crise de 1929, durante a qual vários fazendeiros se sentiram obrigados a vender suas terras para a Companhia Engenho Central (CIA), que passou a ser detentora de grande extensão de latifúndio (MARCHIORI et al, 1991).

A CIA Engenho Central funcionou até o ano 2003, porém, devido `a decadência do mercado e do aparato tecnológico das usinas da região, paralelamente ocorreu uma queda significativa na produção de cana de açúcar, em Quissamã, limitando-se a abastecer somente as usinas que ainda resistiam, o que provocou uma mudança no comportamento da economia local buscando, como segunda alternativa, manter-se da tradição pecuária. Contudo, a forte influência dos royalties do petróleo, tornou-se a principal fonte de arrecadação e transformação da cidade. Assim, a administração pública municipal transformou-se na principal geradora de empregos e de benefícios sociais para seus habitantes.

A história da saúde de Quissamã tem como marco histórico o ano de 1936, com a inauguração do Hospital Nossa Senhora da Glória, provido pela CIA Engenho Central, que dispunha de 06 leitos para homens e 02 para mulheres, possuindo salas de pequenas cirurgias, de parto, de curativo, pequeno laboratório e consultório. No período de 1936 a 1942 atuou o médico Heitor e, posteriormente, Germano, passou a clinicar em 1942 e permaneceu por 40 anos na CIA. O médico atendia nesta instituição e nos domicílios dos trabalhadores e fornecedores de cana de açúcar (OLIVEIRA, 2011). Outro médico, cirurgião, comparecia ao hospital, uma vez ao mês, para realizar pequenos procedimentos cirúrgicos. A Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes era a referência para as situações de maior complexidade e para assistir aos fornecedores e trabalhadores da CIA. E posteriormente

outros hospitais foram inaugurados: a Santa Casa de Macaé (em 1954) e o Hospital dos Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes (em 1959) com 70 leitos, também apoiavam na atenção à saúde como rede de referência.

Figura 7 : Hospital Nossa Senhora da Glória(desativado) - CIA Engenho Central



Foto: Arquivo do Espaço Cultural Euclides Barcelos

Na política de atenção à saúde no país prevaleciam, desde 1945 a 1963, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), criados no governo Vargas, para assistência às categorias profissionais a fim de manter os trabalhadores saudáveis para a produção. Os trabalhadores rurais foram os últimos a serem contemplados, só sendo inseridos em 1971, já no período do Regime Militar, na vigência do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS). Neste ínterim, a assistência médico-social foi regida pelo estatuto do trabalhador rural, regulamentado em 1943 e com subvenções do Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA)³³,

³³ IAA - Autarquia da Administração Federal Brasileira criada através do Decreto nº 22.789.e extinta em 08/05/1990.

criado em junho de 1933, com aporte de maiores investimentos entre 1940 e 1950. O sindicato agrícola de Campos dos Goytacazes foi transformado na Associação Fluminense dos Plantadores de Cana (ASFLUCAN) para adequar-se às normas do IAA e se beneficiar das verbas complementadas por esta instituição (MONTEIRO, 2011;SIMÕES, 2013).

Como referido anteriormente, a CIA Engenho Central realizava ações de assistência médico- social no município, favorecendo trabalhadores e fornecedores da cana de açúcar, o que se supõe que algumas dessas contribuições tenham ocorrido com o fomento do IAA, o qual possuía algumas regras para melhoria da qualidade de vida e conseqüente imagem do trabalhador brasileiro, vinculado as Usinas. Um outro benefício recebido ocorreu em 1969, ao ser inaugurada uma unidade de saúde em área rural de Quissamã, em uma localidade denominada de São José, provida pela Associação dos Plantadores de Cana, que realizava consultas médicas e odontológicas, curativos e pequenos procedimentos. Uma ambulância facilitava os casos que necessitavam de encaminhamentos.

O atendimento à gestante era realizado no ambulatório da CIA pelo médico Sr. Germano e por auxiliares de enfermagem, que inclusive realizavam os partos no hospital, sozinhas ou acompanhadas pelo médico, bem como nos domicílios. Eram realizados exames laboratoriais, no local, das gestantes que frequentavam as consultas.

Na década de 60, o município contava com cerca de 9.650 habitantes (Fundação Cintra-2006). Apesar de, ainda, ser distrito do município de Macaé, Quissamã viveu momentos na sua história com independência evidente, relacionada à vida sociocultural, econômica e de saúde. A população residente na área rural só tinha acesso ao Hospital da CIA a pé, de bicicleta ou a cavalo. Poucos possuíam automóvel, sendo assim, se cuidavam através dos saberes das benzedadeiras, das parteiras e das ervas, saberes estes, herdados e apropriados de suas avós ou mães, utilizados antes de recorrerem à unidade hospitalar.

No dia dois de maio de 1987, é inaugurada, em Quissamã, uma unidade hospitalar com 20 leitos, administrada pelo município de Macaé, contando com plantão profissional 24 horas por dia. Vale lembrar que nesta data também foi inaugurada a estrada pavimentada Macaé – Quissamã - RJ 178.

Contudo, após a inauguração do Hospital denominado de Maria Mariana de Jesus, parte da assistência à saúde, inclusive os partos normais, passou a ser realizada por essa

instituição, porém sua estrutura não contava com Centro Cirúrgico. Portanto, as cesarianas continuaram a ser encaminhadas para as unidades hospitalares dos municípios de Macaé, e ou Campos dos Goytacazes.

No ano de 1990, já na primeira administração municipal, os serviços de saúde, em Quissamã, passam por uma nova reconfiguração para atendimento à população, baseada no que refere a Lei do SUS 8060/90, quanto a proporcionalidade populacional relativa à oferta de serviços de saúde. Portanto, com enfoque na Atenção Básica e nas ações de prevenção à saúde, foram inauguradas 06 Unidades Básicas de Saúde, na área rural, distribuídas por localidades com considerável concentração populacional, sendo que duas em espaço cedido pela CIA Engenho Central (em espaço adaptado). No centro do município, uma unidade básica de saúde atendia à demanda dessa área, complementada por algumas especialidades, incluindo atendimento gineco-obstetra. Esta estrutura se organizou nos primeiros dois anos da administração municipal e se manteve até o ano 2000. Com o passar dos anos, a rede municipal sofreu mais ampliações, como a construção de quatro (04) unidades básicas, nos arredores da área central do município, e a construção de um novo Hospital, incluindo Centro Cirúrgico.

Com a chegada de novos médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, atendendo na rede básica, abrangendo todo o município, apoiados por ambulâncias, o acesso aos serviços de saúde e ao hospital foi facilitado e, em pouco tempo, não se percebia mais a presença e atuação das parteiras ou a prevalência do uso rotineiro de “ervas medicinais”, pela população.

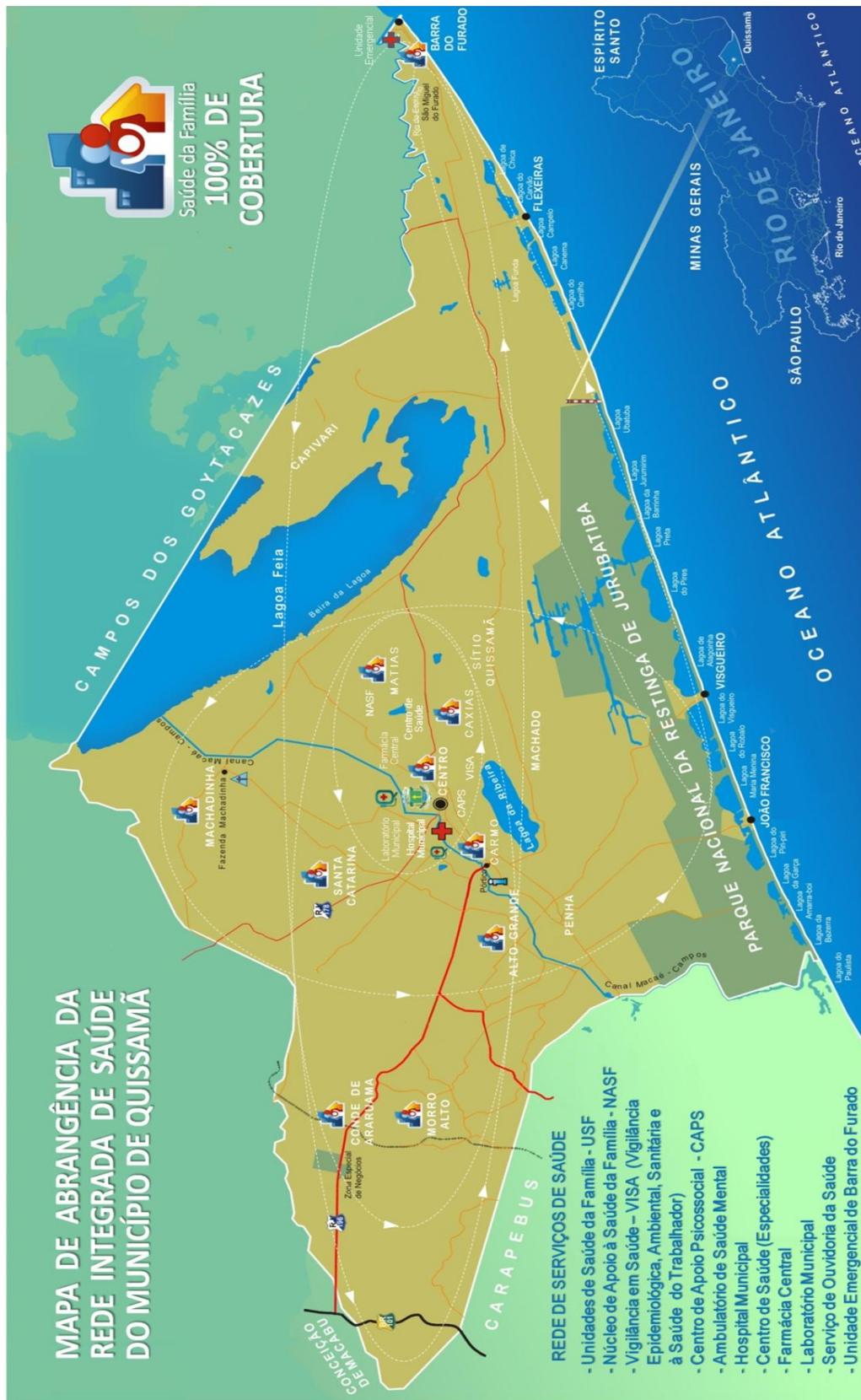
Já, em 2015, a rede pública de assistência à saúde passou a funcionar com a seguinte estrutura municipal: 09 equipes da estratégia de saúde família, cobrindo 100 % da população; 01 centro de especialidades, com 21 especialidades médicas; 01 centro de atenção psicossocial; 01 ambulatório ampliado de saúde mental e 01 hospital municipal e, ainda um Núcleo de Vigilância em Saúde, composto pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e à saúde do trabalhador. Conforme podemos observar no mapa, figura 8

. A rede suplementar de saúde, compõe-se de 02 clínicas para consultas ambulatoriais para atendimento médico, de nutricionista, com apoio de coleta de exames análises clínica

laboratoriais. Não há instituição hospitalar particular ou filantrópica no município, desta maneira a rede municipal de saúde atende um percentual elevado da população.

Na página seguinte, pode-se observar um mapeamento da Rede Municipal dimensionada e estruturada em proporção à população e seu território de saúde.

Figura nº 8 Mapa do município de Quissamã / unidades de saúde



Fonte: SEMSA / Quissamã

Desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no ano 2000, a assistência pré-natal e pós - natal vêm sendo realizada por todas as Unidades de Saúde da Família, executados pelos enfermeiros e médicos das unidades de atenção primária.

Vale ressaltar a importância e autonomia das enfermeiras, no acompanhamento do pré-natal de risco habitual, as quais seguem o protocolo do Ministério da Saúde, os protocolos municipais e a Lei do exercício profissional nº 7498/86. Em sua rotina, realizam o cadastro das gestantes no SISPRENATAL, após detecção da gravidez; classificam as gestantes em situações de risco a cada consulta e as referenciam para um obstetra do Centro de Saúde ou do Hospital Municipal, quando se faz necessário; solicitam e avaliam exames laboratoriais e de imagem, prescrevem medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde, para as situações ocorridas na gestação de risco habitual e acompanham o desenvolvimento fetal. As unidades realizam, também, grupos educativos com gestantes e, ainda, promovem visitas prévias à maternidade com estas gestantes.

As equipes da ESF participam de qualificações e eventos de educação continuada e permanente e são apoiadas, através de interconsulta, por um especialista em gineco-obstetrícia que visita as unidades regularmente.

Algumas situações consideradas desfavoráveis à gestante, como é o exemplo da gravidez relacionada à idade precoce ou tardia, além das situações de risco são encaminhadas para o obstetra no centro de saúde. As consultas, nessas situações, são realizadas, reciprocamente pelas USF que reforçam o acompanhamento através de visitas mensais dos agentes comunitários de saúde (ACS). Ao priorizar a USF como porta de entrada para acompanhamento das gestantes, esta, visa orientar e detectar precocemente agravos que coloquem em risco o binômio mãe e bebê e conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade materno- infantil.

Para atender uma demanda média de 300 partos por ano de nascidos vivos de gestantes residentes em Quissamã, o município possui uma maternidade com doze leitos obstétricos, sendo cada quarto com duas camas, com um banheiro anexo, possibilitando maior individualidade no cuidado; além de uma sala para avaliação de pré-parto e, anexo ao centro cirúrgico, sala de parto, uma delas com banheira (sem funcionamento). Conta, ainda, com uma equipe médica de dois obstetras, um anestesista e dois pediatras, sendo que estes cobrem

também a internação e emergência pediátrica, além de uma enfermeira diarista e três técnicos de enfermagem. Os partos são executados pelo médico obstetra. Denota -se nos indicadores relacionados na tabela 5, que esta estrutura favorece os partos cesáreos.

Após o parto, os profissionais de enfermagem da maternidade comunicam à unidade de saúde a alta da paciente para o domicílio, a fim de ser realizada a primeira visita à puérpera e ao recém-nato, por enfermeiro ou ACS ou auxiliar de enfermagem. Essa organização segue uma lógica de cobertura em rede de todas as gestantes e puérperas com distribuição dos cuidados de menor complexidade concentrados nas USF, otimizando o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade para as situações necessárias.

Os indicadores da assistência pré-natal, parto e puerpério, apresentados na tabela 4, proporcionam uma análise sobre a qualidade da assistência prestada pelo município de Quissamã, no período entre os anos de 2011 a 2014, considerando-se a prematuridade, o baixo peso ao nascer, o número de 7 ou mais consultas de pré natal e número de óbitos materno e infantil, alguns destes pactuados para alcance de metas junto à Secretaria de Saúde do Estado.

**Tabela 4- Indicadores da assistência pré-natal, parto e puerpério - Quissamã-RJ-
2011 a 2014**

| Indicador | Prematuridade | Baixo peso | Parto normal | 7 ou + consultas | Nº Óbito materno | Nº óbito infantil |
|------------------|----------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 2011 | 8.8% | 8.5% | 28,9 % | 92% | 01 | 01 |
| 2012 | 12.5% | 8.9% | 33,71% | 90% | 0 | 03 |
| 2013 | 11% | 7% | 33% | 80% | 0 | 7 |
| 2014 | --- | --- | 27.94% | 84% | 01 | 04 |

Fonte: Ano 2011-2013 - DATASUS, Pacto pela saúde; Ano 2014 – SEMSA/Quissamã

Considerando os indicadores municipais, identifica-se que o índice de parto normal está muito aquém do recomendável pela OMS (85%), provocado pela padronização do modelo tecnocrático com a presença exclusiva do médico na assistência ao parto. As discussões pontuais com a equipe médica e o protocolo municipal, que devem justificar cada

cesárea, parecem não alterar o indicador, como vem ocorrendo. O percentual de 7 ou mais consultas de pré-natal tem tido resposta favorável ao longo dos anos, denotando o esforço da ESF em captar e acompanhar adequadamente as gestantes, embora em 2013 não tenha atingido a meta de 85%. O número de óbitos infantis pactuado é no máximo de três (03) casos. O fato de ser um município de pequeno porte ocasiona oscilações ao longo dos anos interferindo variavelmente no alcance da meta. Espera-se registro nulo de casos de óbito materno. No decorrer desses quatro anos registrou-se um caso de morte no ano de 2011 e outro em 2014.

A prematuridade e o baixo peso³⁴ estão geralmente relacionados às intercorrências advindas da assistência pré-natal e de fatores relacionados ao nível socioeconômico, representando importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) indica que valores abaixo de 10% de baixo peso são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada nos países desenvolvidos varie em torno de 6%. Sendo a cesárea agendada apontada, em algumas pesquisas, como uma das causas responsáveis pelos nascimentos prematuros, devido ao erro de cálculo da idade gestacional do bebê.

A discussão dos indicadores ganhou um reforço com a equipe da Rede Cegonha municipal fomentando reuniões bimensalmente onde se revê os nós críticos que se apresentam na rede de saúde, para adequar a assistência à parturiente e ao recém-nato. Assim como, envolve e discute com outros atores e comissões locais da saúde sobre o plano de manejo para os agravos recorrentes e ou emergentes, como é o caso da sífilis congênita e, atualmente, os casos do zika vírus em gestantes.

Dos indicadores apresentados anteriormente, o baixo índice de parto normal pode ser considerado um dos desafios a ser vencido na implementação da Rede Cegonha, em Quissamã. O município apresenta situações favoráveis para a reversão desse quadro, com uma maternidade com a estrutura física facilmente adaptável, inclusive um espaço PPP, contendo banheira e realiza uma média de 500 partos ao ano. No entanto, nos deparamos com um modelo tecnocrático, institucionalizado pela assistência hospitalar, intermediada por profissionais que perpetuam um modelo de cuidado que não cativa as gestantes ao parto normal. E ainda, há uma pressão para que os partos não fujam do "controle político" da

³⁴ Considera-se prematuridade crianças que nascem com menos de 37 semanas de gestação e baixo peso com menos de 2500 gr.(Definições DATA SUS).

cidade, naquelas situações nas quais, uma mãe em sofrimento ou incorrendo ao risco de morte para ambos, mãe e/ou bebê, acaba por ocasionar uma convulsão e pressão social, para que se resolva o sofrimento e a dúvida, o mais rápido possível, ou seja: mais uma cesariana.

A Rede Cegonha, nos níveis regional e municipal, ainda tem um caminho muito longo a avançar, para que as portarias e recursos financeiros sejam efetivamente colocados em prática, de maneira que promovam mudanças no paradigma da assistência ao parto. Para que tal processo seja viabilizado, é necessário o engajamento de todos os atores envolvidos no processo do partear e de políticas públicas efetivas e eficazes, a fim de proporcionarem dignidade e respeito às usuárias que buscam o Sistema Único de Saúde, oportunizando à gestante seu direito de escolha ao parir, incentivando-a no sentido de que a ordem natural do parto ocorra de maneira consensual e harmoniosa.

Capítulo 04

HISTÓRIA ORAL DAS MULHERES PARTEIRAS QUISSAMAENSES

A cultura histórica tem o objetivo de manter viva a consciência que a sociedade humana tem do próprio passado, ou melhor, do seu presente, ou melhor, de si mesma.
(Croce Benedetto)

4 HISTÓRIA ORAL DAS MULHERES PARTEIRAS QUISSAMAENSES

Houve um tempo em que não existiam histórias no mundo, pois as histórias pertenciam a Nyame, o Deus do Céu, que as guardava numa caixa de ouro ao lado do seu trono. Ananse, o Homem Aranha, não aceitando que tal preciosidade ficasse em poder de uma única pessoa, pagou por ela um preço considerado quase impossível. Levou, então, o baú de histórias à Terra, para o seu vilarejo. Quando ele abriu o baú, todas as histórias se espalharam pelo mundo. E das diferentes partes do mundo, as histórias continuam a se espalhar levando consigo toda a riqueza da cultura de cada lugar (Origem das histórias, segundo uma lenda africana).

Ouvir a história oral das parteiras residentes em Quissamã é mergulhar num passado que renasce na memória de senhoras que tanto contribuíram assistindo outras mulheres a darem à luz e trazendo muitos quissamaenses ao mundo no período de 1947 até 1990. Viveram em período de grandes mudanças e assistiram a transição na cidade do modo de nascer. Trazer suas histórias a tona é reconhecer uma dívida social e pessoal com mulheres que se doaram a essa nobre missão de cuidar. Ter sido assistida por uma parteira às 4h da manhã, já retrata a abnegação dessa mulher ao deixar seu lar para cumprir sua missão com comprometimento e coragem.

A primeira parteira identificada no mapeamento foi uma senhora, auxiliar de enfermagem, residente da área central do município e referida com respeito pelos moradores pelo exercício da sua função anterior, como parteira. Está aposentada e trabalhou no antigo hospital da usina (CIA) de 1960 até 1989. O contato com outras parteiras ocorreu por indicação desta primeira e também de funcionários das unidades de saúde da família, que cobrem 100% da população do município, os quais foram estimulados a identificar as mulheres que tinham sido parteiras na comunidade.

As parteiras detectadas foram as que realizaram partos rotineiramente nos domicílios ou na unidade hospitalar Nossa Senhora da Glória, pertencente à CIA, no município de Quissamã. Todas aceitaram ser entrevistadas.

Foram identificadas 05 parteiras tradicionais e 02 parteiras hospitalares vivas. As entrevistas foram conduzidas em suas respectivas residências, buscando construir vínculos de confiança e reciprocidade, firmando uma relação em que as narrativas e memórias do tempo presente pudessem ser acessadas e revividas a partir do seu depoimento. As parteiras se

mostraram solícitas e já no primeiro encontro relataram suas experiências com o parto e com a vida, exceto uma, que se mostrava sempre muito ocupada pois atua como "rezadeira", ou seja, possui um "quartinho de oração" anexa à sua área de serviço.

As entrevistas não passaram de uma hora e quarenta minutos e, quando não se obtiveram todas as informações num primeiro encontro, ocorreram outros até que todos os pontos fossem esclarecidos e saturados. As entrevistas foram narrativas livres e mediadas por um roteiro específico, diferenciado para as parteiras tradicionais das comunidades (anexo3) e para as parteiras que atuaram na unidade hospitalar como auxiliares de enfermagem (anexo 4).

Buscou-se direcionar a coleta de dados a partir de tópicos ordenados para clareza do entrevistador e com pontos principais comuns a ambos os tipos de parteiras, considerando que o fato do parto ocorrer em ambiente domiciliar ou na unidade hospitalar caracterizasse mudanças nessa assistência prestada, merecendo algumas perguntas diferenciadas. Abordaram questões acerca dos conhecimentos, da apropriação e da transmissão do saber tradicional e/ou científico, assim como a interação com as mulheres gestantes e parturientes; a prática e os procedimentos realizados nos partos, os ritos e crenças que ocorreram no cuidado à mulher parturiente e seu bebê, e como tem sido visualizada a política de parto atualmente por elas.

Algumas parteiras fizeram referência a conhecer a minha família e teciam comentários positivos a respeito, favorecendo, sem dúvida, a confiança e a forma como era acolhida por elas.

As parteiras, especialmente as tradicionais, ao narrarem suas histórias costumavam me envolver nas situações relatadas com perguntas do tipo: "E agora o que você faria nesse parto com o neném na posição de pé para nascer?" (PT 2). "No parto de gêmeos, qual criança é mais velha?" (PT3). Como assevera Mello e VOGEL (2000), ao ouvirmos histórias mobilizam-se pessoas com suas narrativas, e ao fazermos isso nos colocamos na companhia do outro.

Algumas narrativas das parteiras durante as entrevistas, apesar do tempo, eram ricas de detalhes: explicavam onde se passava o atendimento que prestavam, como era o local, quem estava no cenário, o que as pessoas presentes diziam ou faziam e o que elas fizeram passo a passo, demonstrando com gestos como faziam. Essas mulheres se mantêm conectadas com o

que ocorre com os membros da sua família tanto quanto das famílias em que partejaram considerando as crianças nascidas com sua assistência “filhos de colo”.

Lucaks (1965) afirma que ao narrar contamos a história pelo ponto de vista daquele que narra. É a história de cada parteira. As narrativas ganham vida e se situam num contexto que envolve não só a fala, mas uma expressão corporal com gestos, além de referências a seus ambientes e objetos que acompanham os relatos. Quando se aborda a evocação do passado pela memória, deve-se considerar que ela é individual ou coletiva e expressa referência de algum lugar, que se situa no presente, mas traz as lembranças com seus valores, ideias e prática (GUIMARAES, 2010; SANTOS et al, 2011).

A memória é sempre dinâmica e as falas das senhoras idosas trazem o registro do que ficou gravado e passou por "interpretação" no decorrer dos anos. Embora, precise de certa maneira ser relativizado, a memória serve de referência para preservar as informações, os fatos da história, “Memória não apenas como um lugar onde você ‘recorda’ a história, mas memória 'como' história" (PORTELLI, 2000, p.69). Trazem uma linguagem até esquecida, ora usam um termo aceito em uso corrente atualmente, em outro momento, aflora o termo anterior utilizado, como cordão umbilical e "inviche" (escrito como entendido ao ser pronunciado pelas parteiras).

4.1 Perfil das parteiras entrevistadas:

Ao pedir para as parteiras tradicionais falarem da sua primeira experiência, elas em geral também relatavam os casos difíceis que tiveram na sua prática. Várias perguntas iam sendo respondidas sem seguir uma sequência. Algumas vezes, elas não respondiam, e evidenciou-se que não haviam compreendido a pergunta ou possuíam uma deficiência auditiva ocasionada pela idade. Numa entrevista uma senhora pede para que a pesquisadora se sente do outro lado, pois tinha uma deficiência no ouvido direito, e "não se adaptou ao aparelho", explica.

As parteiras do hospital usavam uma linguagem técnica nas respostas, faziam uma ordenação dos fatos com maior precisão, o processo de trabalho já está introjetado, aparecendo nas falas. Elas em geral não fugiam tanto das perguntas, tendo que se seguir o roteiro na íntegra para obter todas as respostas desejadas.

A utilização de um roteiro possibilitou análises e cruzamentos das diversas falas com os seus pontos de intercessão, pois, como dizem Meihy e Holanda (2011, p.131), “isoladas, as entrevistas não falam por si, logicamente”.

A primeira entrevista com parteira tradicional foi com uma senhora de 90 anos de idade que se encontra limitada à sua casa desde que caiu de um ônibus, deixando-a debilitada. Ela já não consegue mais caminhar longas distâncias devido à sua fragilidade motora. Após registrados seus dados, ela relatou algumas situações particulares da sua vida e relacionou a forma que aprendeu o ofício de partejar, com seus próprios partos no seu domicílio para onde a pesquisadora retornou mais duas vezes. Esse primeiro encontro, que seria rápido, demorou cerca de 40 minutos.

Como já referido, as parteiras do município de Quissamã atuavam tanto nos domicílios quanto na unidade hospitalar Nossa Senhora da Glória, pertencente à CIA. Relacionam-se abaixo as entrevistadas, parteiras tradicionais e as parteiras hospitalares com suas respectivas características.

Quadro 2- Características das Parteiras no município de Quissamã

| Identificação | Idade | Cor referida | Escolaridade referida | Religião referida | Ocupação quando atuava como parteira |
|----------------------|--------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| PT 01 | 95 | branca | 2ª série primária | cristã | do lar |
| PT 02 | 90 | negra | 1ª série primária | católica | do lar / lavoura |
| PT03 | 81 | branca | não alfabetizada | católica | do lar / lavoura |
| PT 04 | 79 | parda | 3ª série primária | católica/ faz"oração" | do lar / doméstica |
| PT 05 | 68 | negra | 2º grau | evangélica | Professora |
| PH A | 75 | parda | 1º grau | católica | aux. enfermagem |
| PH B | 71 | parda | 2º grau | católica | aux. enfermagem |

Fonte: Questionário das parteiras/ entrevistas , produzidos pela autora

Usaram-se nos relatos das entrevistas, códigos para identificar as parteiras tradicionais, como PT 1, PT2 e assim sucessivamente para todas, e para as parteiras hospitalares, os códigos PH A e PH B. Assegurou-se a fidedignidade na transcrição das informações narradas das histórias orais, com a linguagem própria em cada caso.

Foram citados o total de onze (11) nomes de parteiras tradicionais, já falecidas, nas conversas com as parteiras e/ou informadas por moradoras idosas do município, referindo-as às suas localidades de atuação: Barra do Furado, Beira da Lagoa, Machadinha, Santa Luzia, Morro Alto, Pindobas, Imbiú, Penha, Alto Grande, Praia João Francisco, Barro vermelho, Conde Centro, São José, Vento e Carmo.

As parteiras em geral atuavam em residências próximas às suas casas. Vale lembrar, porém, que em áreas rurais as casas estão isoladas em sítios e fazendas, de modo que para exercerem seu ofício elas tinham que caminhar a qualquer hora do dia ou da noite por lugares ermos e longínquos. Observou-se uma distribuição por áreas adscritas, já caracterizando um território de atuação, contemplado nas discussões atuais.

A escolaridade predominante nesse grupo foi de nível primário, do primeiro segmento do ensino fundamental, com exceção de uma senhora que ocupava a função de professora. Em geral as parteiras residem em casas próprias, beneficiadas por projeto municipal de casa popular, onde vivem acompanhadas de familiares. Apenas uma reside sozinha, tendo a casa da filha ao lado. Atualmente, quatro residem na área do centro da cidade e outras três em área rural.

As PT tinham como atividade principal as tarefas do lar e trabalhos na lavoura com limpeza e corte de cana ainda acumulando a ocupação de partejar. Enquanto às PH tinham como atividade ocupacional principal a função de auxiliar de enfermagem atuando como parteiras no seu trabalho e atendiam, também, às comunidades quando solicitadas por moradores ou pelas parteiras tradicionais.

Pode-se exemplificar com relatos das PT e suas jornadas de trabalho:

"Quando foi um dia, nós trabalhando na enxada, limpando cana, aí chegou o marido de uma gestante (...). Me disse o feitor (supervisor): "você pode ir, que conto as suas horas que o serviço ficar parado, se todo mundo terminar a sua parte e ficar o seu preso, eu venho tirar, eu completo a tarefa sua" (PT 3);

"Eu tenho que trabalhar. Aí trabalhava, ia pra roça, fui trabalhar na casa do meu patrão logo, trabalhei 18 anos (...) começava às 07h e ia às vezes até as 23h, quando o patrão não estava no Rio de Janeiro" (PT 4) ;

Para atuar no hospital a PHA relata que venceu a resistência paterna para deixá-la treinar no hospital aos 19 anos, inicialmente para aprender a aplicar injeção e, posteriormente, para atuar na enfermagem e fazer partos. Essa função não era muito bem vista para moças de família na época. No hospital, quando começou, atuava junto com outra profissional de enfermagem e ambas moravam no hospital, revezando à noite, caso houvesse atendimento nesse período. Somente quando se casou, com 32 anos, é que mudou a escala, tendo ela permanecido no horário diurno, enquanto o turno noturno ficou aos cuidados de uma auxiliar de enfermagem e, posteriormente, admitiu-se mais uma parteira que fazia seu turno à noite.

A PH B decidiu treinar para ser parteira após fazer tentativa como professora mas não se sentiu à vontade. Ela teve que vencer a resistência masculina, no caso a do marido, cujo comportamento autoritário levou-a a se separar dele, quando então ficou livre para ir para o Hospital da Santa Casa de Campos treinar como parteira.

Percebe-se que a fé é um elemento marcante em todas as mulheres que exercem ou exerceram a ocupação de parteira: "Deus em primeiro lugar", repetem. Algumas recorrem ainda à Nossa Senhora do Carmo, Nossa Senhora Conceição ou Nossa Senhora do Bom Parto, sempre antes de exercer a função e em situações difíceis.

Em seus relatos, a fé é enaltecida com frases como :

"Quem manda é Deus, Deus que sabe" (Falando sobre a hora de nascer" (PT1).

"Eu dizia assim: "Oh! Eu já vim com esse destino! (...) 'eu já vim com destino de Deus'. Mas venci tudo e agradeço a Deus, muito a Deus, por tudo". Ao relatar uma situação difícil, disse: "Eu sou entregue a Deus, eu sou!" (PT 2).

"Mas pode ser tudo realizado se você tendo coragem e força de Jesus, com a fé dá certo" (PT3).

Figura 9 Nossa Senhora do Bom Parto



Fonte: http://www.marisavidigalartnaif.com/galeria_2_3.html

"Tinha sempre Nossa Senhora do Parto que sempre ajudava na hora que tinha filho. E ela ajudava mesmo. Primeiro (Jesus), primeiro é ele, né? Depois dele, tem que pedir aos Santos pra ajudar e como eles ajudavam! E graças a Deus, nunca perdi partido (...) Então eu estou na vida. (Jesus) que me ensinou, tudo, nega. E vem ensinando sempre, porque eu sou muito boa, sou uma pessoa amiga do mundo todo e graças a Deus, (Jesus) dá força! Fazia muita oração, mas muita oração mesmo, pedia a Nossa Senhora do Parto: ajuda minha Nossa Senhora do Parto, que eu não posso perder essa partida, não. Você vai me ajudar!" (PT 4)."Nossa Senhora do Parto...e Nossa Senhora das Dores, essas que são as santas que protegem as mulheres, né? E até hoje, eu não partejo mais, mas eu faço.. Isso aqui, tem sempre uma oraçãozinha, oração boa! Só são

de Deus. Isso aqui é um saco de oração!" (PT4).

Uma delas fala, também, sobre as rezas que realiza no "quartinho" que tem anexo à sua residência e onde é muito procurada, por pessoas do município e de municípios vizinhos.

"(...) e daí comecei a fazer sozinha com Deus e com Nossa Senhora da Conceição... não sei por que nunca chamei Nossa Senhora do Parto, era a santa que vinha, cheguei até a conversar com Frei João (...) e perguntei por que eu sempre chamava por Nossa Senhora da Conceição e nunca Nossa Senhora do Bom Parto, e ele disse que todas eram Nossa Senhora e que eu não precisava me preocupar" (PH 1).

"Era Deus e Nossa Senhora da Conceição. Chegava na sala de parto, a gente logo olhava para ela, na cabeceira da cama. E dizia, 'estou colocando a mão, mas seja feita a Vossa Vontade. Porque é muita responsabilidade. Não é brincadeira" (PH B).

A PH A sempre foi mencionada na cidade por seu vasto conhecimento no ofício. Foi ela quem indicou os nomes das outras parteiras que atuaram no município, inclusive especificando em que localidade elas exerciam sua função. As outras parteiras fizeram algumas referências sobre seu trabalho:

"Mas ela resolvia muito bem." disse, PT 3. "Eu tenho uma filha que nasceu com PH A. A minha mãe era parteira, mas quando eu comecei a sentir da menina Se eu levantava a dor começava, ficava andando naquelas passadas, né, pra desembaraçar (...) Aí minha mãe dizia: "deita". Eu deitava. Quando eu deitava passava a dor, e quando eu andava a dor chegava, era assim (...). Depois minha mãe disse: tem que chamar PH A, que comigo ela não nasce, não". Disse PT1

A PH B relata sobre um médico realizando consulta no ambulatório do hospital, e reitera como as pessoas acreditavam na PH A:

"(...) eu, consultar com esse homem que está com o olho inchado de tanta cachaça?. Teve paciente que falou na cara dele, prefiro a dona PH A(...) Ele não bebia, era por causa do olho dele, que era inchado. Elas confundiam (...). Ela tem uma experiência muito grande em relação a parto. Eu mesma aprendi muito com ela (...). Quando

chegava gestante hipertensa, eu ficava preocupada de segurar a onda. Ligava para a PH A, que ia e medicava"(PH B).

Algumas parteiras conseguiam dizer com precisão quantos anos tinham quando fizeram o primeiro parto, outras relataram mais de uma idade, sendo a informação aproximada referida no quadro 3, em que se inclui, também, outras características, como, o número de filhos, e o tipo de vivência pessoal com o parto

Quadro nº 3- Número de filhos, tipos de parto e realização do primeiro parto

| Identificação | Número de filhos | Tipo de parto | Idade com que realizou o primeiro parto |
|----------------------|-------------------------|---------------------------------|--|
| PT 01 | 13 | 12 Normais/ 1-Cirúrgico-Cesárea | 40 a 50 |
| PT 02 | 10 | Normal | 22 |
| PT 03 | 05 | Normal | 22 |
| PT 04 | 10 | 09 Normais / 01 Cirúrgico | 15 a 16 |
| PT 05 | 02 | Normal | 22 a 28 |
| PH A | 01 | Cesárea | 20 |
| PH B | 03 | 02 Normal / 01 Cirúrgico | 22 |

Fonte: Questionário das parteiras entrevistadas, confeccionado pela autora

O início da atividade de partejar dessas mulheres variou de 15 a 50 anos, e relaciona-se com a necessidade e oportunidade para fazer o parto ocorrida em cada caso. Nos dois casos extremos de idade, 15 e 50, foi transmissão geracional, da sogra e mãe, respectivamente.

As PT em geral tinham muitos filhos, e estes nasciam em casa com as parteiras ou mesmo com elas sozinhas, como relataram duas delas. O parto cesáreo ocorria para realizar ligadura tubária e em apenas um caso por complicações no trabalho de parto.

PH A sofreu complicações na gestação e teve indicação de cesárea em hospital no município de Macaé. PH B teve dois de seus filhos de parto normal no hospital da CIA com PH A, sua irmã.

4.2 Conhecimento, apropriação e transmissão

Ao abordarmos a apropriação do conhecimento do ato de partejar, percebe-se como a prática do "fazer" foi importante para a tomada de decisão quando ocorriam situações com algum risco para mãe e/ou bebê. A coragem, a necessidade e o desejo de ajudar outra mulher, a fé e a intuição eram as primeiras características para se tornarem parteiras e se dedicarem a essa missão, à qual vieram destinadas, conforme afirmam.

Especialmente as PT não demonstraram em seu relato medo, mas sim coragem e sobretudo fé de que estariam sendo ajudadas sempre. Alguns relatos sobre a primeira prática são minuciosos, conforme demonstrado a seguir:

“Eu já era mãe, mas os outros que tinha, eram a minha parteira, não era eu que fazia o parto, não. (...) Aí quando eu cheguei, ela deitada e sem posição, aí: "Mamãe, que paneiro é esse aqui?" e ela está deitada, aí ela foi e falou assim: "É porque eu forrei para ela ganhar. **Eu nunca tinha visto também como é que faz. Aí, eu vi como é que forrava a cama, aquela época botava um plástico em cima da coberta** , desinfetei a minha mão, peguei a fralda, fiz aqui no dedo (enrolei o dedo com a fralda, mostrando como se faz) e cuidei de ver se a criança estava ou não para nascer, que quando eu levei a mão e que estava muito torcido, muito duro, aqui quando você faz assim (mostrando quando se faz o toque) **mas eu sem saber, nunca fiz, nunca vi ninguém fazer.** Aí eu vi aquilo duro; (...) desceu o sinal, ela disse que vinha a dor(...:) Aí, a mamãe: Eu não quero nem ver, pelo amor de Deus. E começou a chorar. Eu falei assim: Mamãe, a senhora fica quieta, pede a Deus que tudo corra bem, **que eu sei o que eu estou fazendo, mamãe.** Ela disse: Você nunca fez! E ela falando, que ela falava demais. Aí eu fui, vi no sinal do parto, é a bolsa que está trazendo a moleirinha, aí disse, quando assim passou a dor descansa, você puxa a respiração funda, não solta tudo, você aguenta, para ele não subir. Aí ela disse: aí vem a dor, falei: Faz força! quando ela fez a força eu vi que aquela moleirinha estava aparecendo. Que criança quando nasce, vêm assim, coroando. E quando você faz o examezinho, você encontra a cabecinha durinha (...) É, aí (....) a dor apertando, e uma dor em cima da outra e

nada. Eu fui, fiz assim...toquei com a unha, a bolsa estourou, quando a bolsa estourou, corou, aí quando foi corouando eu não perdi tempo, disse: Faz força! E ela fazia força, aí a dor passou. Disse: Para! Aguenta a respiração para não subir. Aí, quando de quatro (4) força, ela botou, quando ela veio, eu segurei por baixo, eu fui e peguei (Ah! minha mãe!) e quando eu, segurei por baixo, veja como é, a criança ficou aqui, na minha mão, e agarrei os ombrinhos e disse: "Faz força.", aí ela fez aquela força, aí eu puxei, puxando devagarzinho. Mas que quando, eles vêm assim, de cabeça para baixo, mas quando rompe (.. .) ele vira e roda, elês vem (...) quando rompeu, que manda fazer força para a criança nascer, eu não sei que jeito mas eles reviram lá dentro que a gente não sabe como e nasce de barriginha para cima. Aí eu peguei e botei aqui do lado, da mãe, aí ficou a placenta. A minha irmã pergunta, "Precisa fazer mais força ? é que a dor passou", "Não, espera a dor.", "Mas é assim mesmo, espera a dor. Sabe porque eu estou mandando você fazer assim? **Porque quando a minha parteira foi para mim, do meu filho, José, ela não me ensinou, mas eu guardei tudo na cabeça e agora eu estou mandando você fazer. O que ela mandou eu fazer para ajudar ela, eu só estou te pedindo para você fazer para me ajudar.**" Aí ela falou, "vem a dor", "você faz a força, mas não faz aquela força grande para botar o neném, não.", "Mas como é que eu posso fazer?", "A gente, quando está com vontade de fazer a necessidade, a gente não vai no vaso ou onde for, no urinol, a gente tem que fazer aquela força para aquilo sair? É assim, é igual para fazer necessidade.". Aí quando eu passei a mão nela, dei duas sacudidas nas cadeira, e tinha aquele cordão, e a criancinha, batendo assim na bundinha e ficou quietinho. Fui na bundinha e dava palmada e ele pegou chorando, quando pegou chorando, Aí, a mamãe veio de lá me abraçando e falava: quem foi que ensinou essa coisa para mim, para eu ter coragem de fazer essa coisa que eu nunca fiz e risco de matar sua irmã; eu disse "Quem ia matar ela, era a senhora, porque a senhora botou tesoura de ponta, na ganância que foi, de ela fazer força, embaixo da coberta, em cima de um plástico, aquilo some e quem é que ia ver.".Nasceu esse garoto. **Aí tudo bem, o primeiro “filho de colo” meu que nasceu foi essa criança. Esse filho dela, que nasceu comigo, ele mora aqui em Quissamã**"(PT 3, grifo nosso).

"Quando comecei a fazer parto eu já era casada, **eu fiz meus próprios partos**, fiz **parto de um, de dois**, de gêmeo. **Dr Germano me ensinava tudo. Eu tinha uma maleta e tudo escrito**, "quando não conseguir fazer", ele dizia, "manda me chamar imediatamente (...)" "Foi tanto do filho que cada um de um jeito! Que nem lembro direito do primeiro. Meu marido acordava cedo para ir trabalhar e perguntava se eu estava sentindo alguma coisa, "para dizer que ele ia para longe". Eu dizia "pode ir, tá aí, a casa cheia de criança para dar comida", ele saía a dor ia apertando, apertando. Eu deixava tudo ajeitado, a tesoura, o pano de umbigo, tudo, tudo, eu fechava a porta e ninguém entrava, nenhuma criança. Eles batiam, e se eu dissesse não, eles não entravam, só quando acabava tudo, tudo limpo e arrumadinho que eu deixava entrar (PT 2, grifo nosso).

"Eu fazia parto, quando já chegava quase nascendo e ficava na aba de Maria da Gloria (enfermeira) e Dr. Germano, com eles, eu fazia tudo mas sem eles não me sentia segura (.....)A primeira vez que fiquei sozinha para me testar ele, o médico, foi numa casa no Carmo e examinou a mulher e viu que o neném já estava vindo e disse vou ali na usina e já volto... e já estou voltando e eu fiquei toda tranquila, daqui a pouco, a Sra. disse que estava sentido vontade de evacuar e aí coloquei a luva correndo e foi só o tempo de calçar a luva e amparar o bebê (..), mas era mais para me testar para tirar o medo de fazer um parto sozinha, tirar essa insegurança (PH.A).

"Eu casei com 13 e com 15 anos fui parteira. Que a minha sogra era, né? Aprendi tudo, aprendi a rezar com ela, aprendi parto com ela, aprendi tudo com ela (...) Até a reza que eu escutava ela rezando..., a cabeça boa, né? (PT 4).

"A minha mãe fazia parto, aprendi com ela mesma. Ela falou, agora você toma conta disso porque eu não estou podendo mais fazer, não. Fazer sozinha mesmo, eu estava com uns 40 anos" (PT1)

As PH foram treinadas pelo médico da unidade hospitalar no município (Sr. Germano) e/ou encaminhadas para a Santa Casa de Campos para treinar a função de parteira, onde aprenderam a acompanhar o trabalho de parto, auscultar o bebê, fazer toque vaginal, a assistir o parto normal sem ou com intercorrências e avaliar quando era preciso encaminhar para o

médico para realizar intervenção cirúrgica.

PH A comenta que no início acompanhava o médico e também, a outra "enfermeira" (todas eram chamadas de enfermeiras, e até a sua carteira está assinada como enfermeira, lembra ela, rindo disso). Depois que o médico certificou que ela dominava o partejar, a deixava sozinha, já que ele não permanecia todos os dias no hospital. PH A acrescenta que foi, então, para a Santa Casa de Campos pegar mais experiência e ficou uns 50 dias treinando lá, embora nesta época ela já soubesse "fazer parto."

"E aí, quando fui para Campos, foi muito engraçado, estava lá, como quem não sabia nada . Alguns médicos até sabiam que eu fazia parto. (...) Me deixaram na sala de pré-parto e nada de achar campainha. Vi onde estava tudo e fiz o parto. Coloquei a criança na balança, medi, fiz tudo...e quando fui fazer a higiene da mulher, vi que tinha uma pequena ruptura de períneo, peguei agulha, suturei e depois de muito tempo apareceu alguém da enfermagem e disse: 'ué, você já fez tudo isso?', eu disse: 'ué, já estou há muito tempo aqui sozinha com a parturiente', e ela disse que eu tinha feito algo errado que quem fazia sutura ali era o medico, eu disse: 'Agora já era! Chama o médico que eu falo com ele, lá na minha terra eu que faço, já está tudo prontinho', hum, ele chegou e até elogiou e perguntou se não queria trabalhar lá com eles, e eu disse não (...)" (PH A).

A transmissão do saber das parteiras da área hospitalar ocorreu com treinamento transmitido por saber médico ou pela enfermagem hospitalar, no próprio município e no município vizinho de Campos dos Goytacazes. Percebe-se nos relatos das PH que houve a transmissão de um saber científico com as práticas hospitalares instituídas entrando algumas vezes em discordância com práticas das parteiras tradicionais, conforme demonstrado no quadro 04.

Uma das parteiras tradicionais, a PT 2, utilizava-se da transmissão oral do saber médico para realizar seus próprios partos e colocar esse saber em prática com outras mulheres posteriormente. Segundo ela, aprendeu com orientação dos "doutores".

"(...) Botavam tudo na minha cabeça. Eles não saíam daqui de casa não, por causa do meu marido, que trabalhava pra eles, vinha aqui pra casa, aí dizia: Vamos conversar, a

senhora que é a parteira, é isso, é isso. (...). Eu perguntava, e a placenta para sair.. aí, Dr. como faz ? Ele explicava: então, você pega a criança coloca na cama ao lado das pernas, com os pés para trás, e vai apertando a barriga devagarzinho. Eu fazia e aí puff, ela sai (...) E quando a criança nasce, que dá hemorragia, ela não pode andar, não, ela tem que ficar deitada. Aí, no meu tempo, o médico me dava um papel assim, tudo escrito, hemorragia, injeção tal (...)”(PT2).

Com esta parteira, se observa o uso de saberes tradicionais e a influência da ciência. Se por um lado, o conhecimento que ela ouvia da mãe, da avó foi sobreposto pelo saber científico, já em algumas situações, é indubitável que ele pôde salvar uma vida como nos casos de hemorragia, por outro, um necessariamente não precisaria estar excluído, mas associado, complementando o outro.

Nota-se, assim, que a transmissão do conhecimento no ato de partejar ocorreu de maneira diversa entre as parteiras. O saber médico foi transmitido `as parteiras atuantes da área hospitalar e em um caso à parteira tradicional. Já o saber tradicional foi apreendido com a prática por meio da experimentação ou pela abordagem geracional com o próprio corpo como modelo.

4.3 Parturição, práticas e procedimentos

O município de características rurais, com parteiras assistindo às mulheres no parto e nascimento nos domicílios e na unidade hospitalar local, nos faz querer entender como ocorria essa interação das parteiras com as gestantes e as parturientes. Essa interação natural e sem muitos artifícios é hoje pleiteada pela proposta da Rede Cegonha e por muitas mulheres.

Até meados do século passado, as mulheres entravam em trabalho de parto e seus maridos procuravam a parteira mais próxima da sua residência. A inauguração de uma unidade hospitalar da CIA possibilitou, também, o acesso ao parto normal no hospital para familiares e trabalhadores da CIA, e para aqueles moradores que forneciam cana de açúcar. A

interação entre as parteiras e familiares era respeitosa, muitos se conheciam pelo nome, no entanto não há relato de contato prévios entre a gestante e a parteira, exceto em situações esporádicas. Em geral, o contato ocorria no momento em que a gestante iniciava o trabalho de parto.

"Algumas vezes, elas (gestantes) iam até mim, porque iam lá pra rezar a barriga (...), outras só chamavam na hora, não tinha disso, não, de chamar antes. Qualquer hora, a gente saía, em nome de Jesus" (PT 4).

"(...) Eu estava dormindo num sono tão bom, bateu na porta. pah, pah,pah! Aí o meu marido disse assim, já tem gente chamando você aí. Aí eu ia, levantava, ia lá, abria a porta. Aí tinha uma pessoa chamando, "dona... para ir lá em casa, que fulano tá lá esperando(...)" (PT1).

Os partos tanto no hospital quanto no domicílio eram realizados, em geral, sem presença de familiar.

"Fazia sozinha, colocava tudo no jeito e não precisava de ninguém. Tinha gente lá para dentro da casa. Eu limpava a criança e arrumava a mulher e deixava ela deitada direitinho e o povo dela cuidava." (PT2).

Os maridos, também, não entravam no espaço do parto, com raras exceções. Alguns desmaiavam no hospital ao assistir à esposa parindo, diz a PH A, que no início deixava os que queriam entrar para acompanhar, mas depois dessas ocorrências, pedia para esperarem no lado de fora.

"O marido nessa hora saía fora. Saía para lá com medo, ele ficava com medo, ' a senhora tem muita coragem, eu não quero ver essas coisas, não'. Saía pra lá!. Ele ficava lá, para fora, depois vinha. E dizia assim "Deixa eu ver essa nigrinha" (referindo-se à menina que tinha nascido). (PT1)

Não existe consenso na literatura a respeito da presença de um acompanhante no trabalho de parto. Para Odent (2003), a mulher necessita ficar sozinha no trabalho de parto para que o neo córtex, o cérebro do intelecto, possa ocupar sua função secundária, ou seja

mantê-la relaxada. O autor lembra que nas comunidades antigas as mulheres se isolavam para dar à luz. Neste momento do parto é liberada a ocitocina, o hormônio do amor que faz com que a mulher se sinta fora de si, apenas embriagada por esse amor e por esse momento, Assim, sentir-se julgada ou observada pode bloquear e atrapalhar todo o processo do parto.

O mesmo autor afirma que apesar da abertura para a participação dos parceiros acompanhando a mulher, atualmente, o local do parto nunca foi um espaço com presença masculina. No entanto, acrescenta que a mulher precisa se sentir segura com a presença de alguém ao seu lado, que a parteira fazia esse papel e que hoje pode ser substituído pelas doulas.

A OMS (1996) lembra que a mulher precisa se sentir apoiada por algum familiar num momento tão importante da sua vida. Em abril de 2005, foi promulgada a lei 11.108, segundo a qual a parturiente tem direito a ter um acompanhante de sua escolha no pré-parto, parto e pós parto.

Alguns relatos das parteiras assinalaram que, especialmente em situações de risco, algumas mulheres vizinhas apoiavam o parto. Como muitos partos aconteciam à noite, a parturiente só teria alguém para ajudá-la nos afazeres domésticos no outro dia, em geral a mãe.

Segundo Carneiro, o "doméstico é o espaço de liberdade para parir de acordo com o desejado, como lugar livre de expressão de sensações e emoções"(CARNEIRO 2015, p151). As parteiras do hospital preferiam, também, atuarem sozinhas, controlando a situação, longe de acompanhantes, diz:

"(...) Porque com a presença de mãe , madrinha, etc, elas ficam muito dengosas e não obedecem `a gente; agora deve ser diferente..., ficavam: porque tá doendo, doendo muito; a mãe delas: calma que é assim mesmo; mas isso me fazia sentir mal com aquilo, então eu pedia: Mãe por favor, a Senhora espera lá fora, e depois vem ver o neném (PH A).

O que vimos é que tanto a parteira tradicional, quanto a hospitalar, preferiam assistir à mulher sozinhas. No entanto, em casa, como lembra Odent (2003), a parteira é alguém que

nos remete à figura materna: "Num mundo ideal, a nossa mãe é o protótipo da pessoa com quem nos sentimos em segurança, sem nos sentirmos observados ou julgados, o que não ocorre com a instituição hospitalar, em que as mulheres se sentiam realmente sozinhas e isoladas de objetos pessoais e da presença de familiar que pudesse deixá-las em segurança".

No hospital, mesmo que pequeno, alguns temores circulavam entre as mulheres:

"Tinha hospital, mas elas não gostavam de hospital, não. Tinham medo do doutor. hi, hi, hi (risos). Elas tinham medo! Diziam: eu chego lá, doutor me deixa presa. hi, hi, hi. Elas tinham essa cisma"(PT1).

Esse temor ainda está presente no imaginário de algumas mulheres ao serem internadas. As experiências cirúrgicas de parto cesariana com anestésico faziam as mulheres terem alucinações, e, precisarem ser amarradas (ODENT, 2002). Seria daí o temor?

Outro temor da gestante estaria relacionado à temível dor do parto e uma das funções das parteiras era de acalmá-las. Cada parturiente apresenta um comportamento, mas uma frase foi ouvida, repetidas vezes nos relatos, uma mulher gritando:

"Vou morrer, vou morrer!" e a voz da parteira que dizia: "fica calma que não é assim não, vai dar tudo certo, fica quietinha! Isso é assim mesmo (...) Na casa, eu acalmava elas, porque a gente tem que ajudar" (PT2).

Alguns relatos demonstram que as parteiras tradicionais usavam de determinação na interação com a parturiente para controlar a situação do parto e a dor. A PT 3 relata enternecida como a menina de 14 anos, num parto em que o recém - nascido se encontrava de nádegas: "não deu um aí", em outra situação relata que a parturiente já estava com o neném coroando, mas continuava "de palhaçada" (...)

"Eu cheguei e disse: 'Faz força!', pegou a fazer e levantava isso aqui lá para cima (a cintura), e naquilo eu peguei a chinela, mas dei uma surra nela (...)"

Nos relatos das parteiras, algumas parturientes associavam a dor à morte. A dor permanece uma vivência sentida de maneira pessoal, muitas vezes temida por ser desconhecida mas em geral é enfrentada e desmitificada, refere Carneiro (2015).

O "mosaico de sensação de dor" a que se refere Carneiro (2015) na sua pesquisa com mulheres de parto domiciliar, observa como a dor é sentida de diferentes maneiras, podendo ser classificada em cinco categorias: 1. Dor que dói: mulheres que sentem uma dor tão forte como se fossem partir-se ao meio; 2. Dor que se sente, mas se esquece: uma espécie de sublimação ou até mesmo um 'ritual de passagem' para uma nova subjetividade, a materna; 3. Dor que não é sofrimento: neste caso, a mulher lembra-se do ocorrido mas não o associa ao padecimento; 4. A não dor, mas prazer e satisfação: mulheres que não sentem dor mas 'ondas que vêm e vão' - são os partos orgásticos, experimentados por poucas mulheres libertas dos tabus sociais (CARNEIRO, 2015, p 233 a 237).

A dor interfere na interação dos envolvidos com o parto e nas condutas justificadas, por alguns médicos, como formas de "humanizar" a atenção ao parto, realizando a cesárea e assim adormecendo as mulheres para não sentirem nada. Esse procedimento perpetua a ideia de que o corpo feminino é patológico, histérico, e não é possível não sentir dor (CARNEIRO, 2015).

As parteiras relatam as situações relacionadas ao parto e qual conduta realizavam na prática no domicílio e no hospital e como ocorria essa rotina. Quando chamadas para atendimento, duas das PT levavam uma "maletinha" e outras três levavam, apenas sua tesoura e linha para amarrar o cordão umbilical. As PH no atendimento domiciliar levavam uma maleta grande com todo o material e outra com soro e medicamentos.

A gestante ao chegar ao hospital era examinada pelas parteiras e se estivesse em trabalho de parto era internada.

“Examinava, via que tinha dilatação, o batimento do bebê e se estava dentro dos limites (...). Em primíparas a gente acompanhava para ver se tinha condição de nascer de parto normal ou não, e se tivesse aumento no batimento do coração do bebê, a gente encaminhava logo para Macaé, no hospital São João Batista ou para o Hospital São Lucas. O tempo que ficava no hospital era para fazer essa avaliação. O Dr. sempre

orientava: não segura parto que vocês veem que não dá! E ia para Macaé, e as vezes, era até cesárea, já que tinha batimento com problemas" (PH A).

A PH relata que, algumas vezes, as PT colocavam a parturiente para fazer força antes da hora, cansando-a. Quando percebiam que não estava ainda na hora de nascer, acompanhavam e esperavam.

"Quando a gente examinava que tava indo para o terceiro centímetro, a gente mandava ela relaxar, conversava para descontraír. Tinha gente que dizia, eu estou desde ontem sem comer nada, estou com uma fome..! eu perguntava à mãe, tem banana? - não. Ah! tem laranja? Então espreme e faz um caldinho para diminuir a ansiedade (.....) A sra. vai descansar um pouquinho e, quando a dor vir, a Sra. vai respirando, respirando, eu vou respirar fazendo com a Sr^a para ir treinando. E perguntava, a dor tá vindo? Então vamos respirar fundo, devagarzinho, solta devagarzinho, não precisa fazer força agora....até a hora do parto" (PH A).

Os saberes utilizados pelas PH advêm de procedimentos científicos instituídos na medicina moderna, utilizando de alguns aparatos tecno-hospitalares, em geral, medicamentos, hidratação venosa, oxigênio, aspiração do bebê e material de apoio (luvas, pinças, entre outros), enquanto que as PT tinham "apenas as mãos", como referiam em seus relatos.

O parto normal, desde que seja de baixo risco, precisa apenas de uma observação atenta por parteiras treinadas e capacitadas, a fim de detectar sinais precoces de complicações. A gestante não precisa de intervenção, mas incentivo, apoio e um pouco de amor e carinho (OMS, 1996, p13).

A maioria dos partos aconteciam de maneira espontânea. Vamos ver posteriormente, ao tratar das complicações, que a dificuldade não é o ato de partejar em si como relatou uma parteira, ela própria fazia seus partos, como as índias que tinham seus filhos no mato sozinhas.

Abaixo, algumas situações relacionadas ao parto e o manejo conduzido pelas parteiras:

Quadro 4 Situações relatadas pelas parteiras tradicionais/hospitalares na conduta do parto

| Situação relacionada ao parto | Conduta com parteira hospitalar | Conduta com parteira tradicional |
|--|---|--|
| Admissão e ou primeiro atendimento | Avaliação da pressão arterial, do batimento cardíaco fetal (BCF), contrações e dilatação do colo do útero, lavagem intestinal. | Avaliação de contrações e dilatação. |
| Durante a dilatação | Parturiente podia caminhar pelo quarto, sentar. | Parturiente podia caminhar, sentar, tomar banho de bacia com água morna. |
| Dilatação completa e a contração fraca | Colocava soro com orastina ³⁵ . | Sacudidelas nas costas, chá de canela, banho com sabão virgem e chamado à PH |
| Alimentação | Parturiente podia comer, se estivesse longe do parto (geralmente líquido), e após o parto, dieta livre leve (evitar carne de porco) | Podia comer, mas as gestantes não queriam. No resguardo se alimentavam de pirão de galinha |
| Rotina para evitar sangramento | Ergotina ³⁶ , Methergin ³⁷ . | Em caso de sangramento usavam reza, simpatia, ervas. |
| Episiotomia | Nas primíparas fazia geralmente de rotina | Em caso de não passagem do bebe usavam gilete para fazer episiotomia (relato de dois casos). |
| Local do parto e posição | Na cama no quarto hospital-semideitada ou na mesa ginecológica - deitada (posição litotômica) ³⁸ . | Na cama -semideitada ou na borda da cama. |
| Cordão umbilical | Corte logo após o nascimento, usava uma liga para prender | Corte após saída da placenta, prendia com linha ou barbante |
| Bolsa d'água | Rompia-se na hora do parto, quando o bebê estava coroando, se precisasse com "pinça mosquito". | Rompimento espontâneo (Um caso em que o bebê nasceu empelcado-envolto na bolsa íntegra) |
| Banho da mulher após o parto | Inicialmente banho de leito, posteriormente de chuveiro Após parto de episiotomia com acompanhamento e uso de Lisoforme. | Banho de bacia, algumas só da cintura para baixo, outras de corpo inteiro; não podia lavar o cabelo. |

³⁵Orastina - Ocitocina - Indução do parto, tratamento do aborto inevitável, incompleto ou frustrado.

³⁶Ergotina - Provoca a contração dos músculos lisos e que é utilizado para sangramento.

³⁷Methergin - Controle da hemorragia pós-parto. Estimulação da secreção láctea

³⁸Litotômica ou posição ginecológica - Deitada com as pernas flexionadas sobre o abdômen apoiadas em perneiras.

| Situação relacionada ao parto | Conduta com parteira hospitalar | Conduta com parteira tradicional |
|-------------------------------|---|---|
| Encaminhamento | Para Macaé ou Carapebus - Alterações no BCF, bebê grande, desproporção; posição córmica (de ombro para o nascimento). | Para hospital da CIA e uma situação referida para Macaé. Casos de intercorrências chamava-se parteira hospitalar. |
| Amamentação | Logo após o parto, depois do bebê limpo ou 2h após o parto. | Logo após o parto ou 2 a 6 horas após o parto. |
| Cuidados com o bebê | Feito pela parteira logo após o parto (colocava o neném num berço anexo à cama ou maca). | Feita higiene pela parteira após o parto e ia `a casa fazer o banho até o umbigo cair. |

Fonte: Relato das entrevistas das parteiras de Quissamã, produzido pela autora.

Correlacionam-se os relatos das parteiras às condutas recomendadas pela OMS (1996)³⁹, práticas essas, instituídas nas Políticas Públicas da Rede Cegonha relativas ao atendimento à gestante e ao parto, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. De acordo com a classificação da OMS (1996) podem-se avaliar:

- As práticas realizadas pelas parteiras, claramente úteis, deveriam ser encorajadas no parto:

Ao admitir a parturiente, sob o ponto de vista do conhecimento científico, as condutas no hospital são adequadas, no entanto as parteiras tradicionais não dispunham de recursos para avaliar pressão arterial, monitoramento dos batimentos cardíacos fetais, fato incluído nas capacitações de parteiras pelo país atualmente, mas demonstravam uma preocupação com o bem estar das parturientes, conversavam, orientavam, a acomodavam na cama; ensinavam como respirar e fazer força adequadamente. Para alívio da dor, era usado algumas vezes massagem e uso de óleo pelas PT.

- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes deveriam ser eliminadas no parto:

A realização de lavagem intestinal, uso de posição supina para parir, bem como, posição litotômica eram utilizadas pelas parteiras no hospital da CIA; em ambos os grupos a

³⁹ Boas práticas referida nas páginas .37- 40.

posição era supina, no entanto, a parturiente domiciliar ficava numa posição semi deitada, fato que ocorria no hospital se o parto ocorresse na cama.

O contato pele a pele do bebê com a mãe foi relato de ocorrência rara, não era habitual colocar a criança no abdômen materno e o aleitamento materno demorava de duas a seis horas para iniciar após o parto, se preocupavam com a saída da placenta, mas não há relato por nenhuma das parteiras de que a examinavam minuciosamente.

- Práticas de que não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, a ser usada com cautela até que as pesquisas esclareçam a técnica.

A pressão no fundo do útero, chamada manobra de kristeller, realizada por ambos os grupos de parteiras, conduta que se recomenda seja feita de forma suave e controlada; O clampeamento precoce do cordão era utilizado pelas PH, recomenda-se esperar ao menos de 3 a 5 minutos para o corte do cordão.

- Prática frequentemente utilizadas de modo inadequado:

Restringir alimentos durante o trabalho de parto: há uma controvérsia tanto no domicílio como na área hospitalar, se eram oferecidos alimentos à parturiente, o que se evidenciou não ser uma conduta unânime. Os relatos afirmam que poderiam ingerir alimentos leves. A realização de episiotomia era realizado pela PH e, em situações emergenciais, pelas PT, procedia-se com o que se tinha disponível no momento.

As PT utilizavam de um saber baseado na prática, realizavam partos com menos intervenções para a mãe e bebê, atuavam sozinhas nos domicílios com seu saber e intervinham com tomadas de decisões, dotadas de perspicácia para as intercorrências. Pode-se exemplificar com a realização de partos com apresentações diferenciadas da posição cefálica. Avaliavam as alterações encontradas no parto e quando percebiam risco no parto para mãe ou bebê, solicitavam apoio do hospital da CIA Engenho Central.

As recomendações da OMS e as discussões sobre a humanização do parto tendem hoje a manter um mínimo de intervenções no parto natural, aconselhando a utilização de recursos

tecnológicos apenas se necessário, e trazendo à luz modelos humanizados de técnicas como o banho de imersão, as massagens e os usos de ervas no estímulo à dilatação, embora não seja comprovado cientificamente seu uso.

4.3.1 Conhecimento tradicionais, ritos e crenças

Os saberes, os ritos e crenças utilizados no ato de partear pelas PT foram denegridos pela ciência em contraposição às técnicas e às tecnologias, que se acreditava como confiáveis e científicas. E como refere Cunha (2007, p 79), o uso dos conhecimentos tradicionais nem sempre apresenta os mesmos resultados dos "progressos da ciência", o que leva os defensores da ciência moderna a desprezarem os saberes tradicionais.

As parteiras tradicionais citam nos seus relatos alguns procedimentos, técnicas e crenças para realizarem um bom parto mas nem todas essas condutas eram comuns, exceto o banho de bacia com água morna ("água esperta") e sabão de roupa virgem de preferência, antes do parto, referido por elas para ajudar na dilatação. "Fazia a espuma do sabão e passava da cintura pra baixo, com água morna"(PT4).

O banho de imersão vem sendo utilizado também, nas casas de parto e em partos domiciliares favorecendo a dilatação e alívio da dor. De acordo com Odent (2003),

quando uma mulher entra na piscina em pleno trabalho de parto, há primeiro um alívio imediato da dor e, portanto, uma redução dos níveis de hormonas de tensão. (...) A resposta a curto prazo é habitualmente um pico de oxitocina e, portanto um progresso espetacular da dilatação (p. 179).

Outras condutas utilizadas pelas PT em situações relacionadas ao parto foram:

Para aumentar as contrações e a dilatação:

"Chazinho de cidreira"(PT1). "Um chazinho de canela pra despertar a dor e tudo dava certo. Hoje, precisa de outra coisa, mas antigamente não"(PT 4).

Expulsão do bebê:

“Pegava o azeite doce, fazia massagem forte com tudo pelas costas, dava umas sacudidas, às vezes pedia aos próprios maridos pra me dar uma força”(PT1).
 “Calcava em cima da barriga de leve”(PT2).

Para a descida da placenta:

“Cozinha capim limão, de repente, botava no urinol e sentava aquela pessoa, botava ali sentada e aquele bafo ele despejava, ele (a placenta) caía.”(PT3)

Para hemorragia:

“Tinha as orações, simpatia, botava, às vezes, um chapéu na cabeça do pai, do homem, o homem saía com o tal de chapéu na beira da casa, aí fala logo umas palavras. Que eu não sei mais, não. Acabou. Mas aí, daí um bocadinho acabava. Parava”(PT4). “Flecha dessas que faz gaiola e a vinagreira também” e complementa que no caso do uso da erva para hemorragia, que a pessoa nunca pode saber (PT 3).

Examinar a paciente:

“Eu botava o dedo no óleo de rícino (que tinha aquele óleo de rícino), eu passava o dedo ali pra ver a distância. Para ver se estava no jeito.” “ eu só tinha as mãos mesmo”(PT1), falando que não usava luva. “Mantinha unhas aparadas, enrolava uma fralda no dedo”(PT3).

Coto umbilical:

“No inviche do bebê botava álcool e pra secar, aquele pó secante, eu comprava, botava.”(PT1); álcool e Merthiolate, quando a inviche tava sequinha (se for esperar Mertiolate demorava dois meses) colocava óleo, podia ser de cozinha”(PT3);
 “Passava álcool, queimava, depois quando caía, uns botava também, aquele Mertiolate branco e em alguns pegava casinha da bimbina da parede, tá entendendo? Aí a gente pegava, torrava o pozinho e botava”(PT4). “Outros, antes de cair eu socava arruda mesmo, como é que é antigo, né, botava”(PT4).

“Aí as mães gostam de enterrar o umbigo, assim, em poleiro de galinha, em chiqueiro de porco, não joga fora não, enterra (PT 2).

E até hoje se diz que a pessoa está com o umbigo enterrado na terra, fazendo com que permaneça no lugar.

Limpeza do útero:

"Depois de 3 dias passava água inglesa pra elas tomarem e chá de rosa branca"(PT 4).

Na embalagem da água inglesa estão os seguintes componentes de ervas: cinchona, quina, casca calumba, losna, artemísia, camomila, carqueja, centaura, canela da china. Estas ervas apresentam sabor amargo com ação para causas gástricas e hepáticas.

Banho da parturiente

Após o parto era indicado banho de bacia, alguns da cintura para baixo, outras o corpo todo, nos partos complicados banho na cama. A PT 3 relata um fato no seu parto, em que a mãe fala para ela tomar banho da cintura para baixo, após seu parto, e ela diz:

“Eu? Eu estou tomando banho pela metade? Eu estou tomando banho é toda”, a mãe diz: "E da onde que mulher que ganha criança pode tomar banho toda?", ela diz: "Quem que disse que não pode? Eu já tomei". E esclarece: “só não lavava o cabelo”.

Cólica no bebê:

“Só fazia a simpatia com baga, folha de baga, folha de algodão. Botava quando o neném estava com muita cólica, aí esquentava a folha ou da baga, ou quando não, do algodão. Passava azeite doce e mandava ela embutir por dentro de uma fralda e botar na barriga pra criança não sentir”(PT3); “chá ferve e coa, com: folhinha de arruda, hortelã, alevante, noz moscada, oferece as colheradas para o bebê, quando chorar” (PT3).

Leite materno

“Chá de (...) aquele carirú gordinho. É caruru de porco, aquela folhinha. É carirú ou caruru, esse chazinho pra render o leite”(PT3); Leite e canjica e bebe muita água (PT1). “Se não tiver, coloca em alguma mãe para mamar”(PT4).

Agora, “se o peito estiver duro, a mulher tem que lavar bem lavado com água morna e pegar o pente e tirar” (PT3).

Cuidados com o bebê

“No neném, o pessoal tratava de cinteiro, eu botava. Apertadinho, ali pra não sair. A roupinha do neném, Aquele madreãozinho, nome da roupa era madreão e a camisinha de pagão”(PT3).

Alimentação:

“No meu tempo que eu trabalhava, era sopa de galinha, botava galinha pra cozinhar, fazia aquele pirão bem cozidinho com galinha pronta e não botava mais nada. Reparte um bocado pra janta, um bocado pro almoço, no almoço faz aquele pirão, dá, com galinha, aquela pessoa come, o outro de tarde sobrou, vamos fazer outro pirão. Mas realmente, hoje tá mudado”(PT3).

“O feijão, depois de 2 dias, 3 dias, no almoço; na janta, só o caldo de galinha (PT5)”.

“Agora, o principal, da mulher que ganha o seu filho, no hospital não tem nada, porque eles botam remédio” (PT3).

"Não deve comer: carne de porca, comida pesada, pimenta (....) Eu digo para elas o que comer, uma lá da beira da lagoa, comeu pimenta e morreu e o médico disse que era isso; (...) carne seca diziam que dava bicho no útero, eu fiquei pensando como é que pode (...) comi um lasco escondido, tava bonito, fiquei feliz! Quando foi de noite, deu uma hemorragia que tiveram que correr”(....) “cebola é ventoso”(....) "uma vez falaram pra mim que eu não podia comer queijo (...) tava de resguardo, enquanto minha mãe foi pegar água na cacimba, comi escondido”(PT3).

Outras rezas e rezadeiras:

“Aí, chamaram a parteira, que era uma tal de dona M., quando chegou disseram que "está correndo perigo", ela trabalhava incorporada, ela fazia o parto e não via nada. Quando a criança nascia, bebia dois ou três litros d'água, ela dava aquele assovio e aí, que ela ia ver a criança”(PT3).

“Aí, hoje eu rezo, quebro de galho, rezo ventre caído, rezo o que Deus mandar (...) “Ventre caído, só tem que rezar, nega. Ventre caído se não rezar ele morre, a criança. Quantas vezes a criança já tem morrido (...) a criança com ventre caído tem desarranjo, vômito, a criança emagrece. Existe muita coisa. Tá bom? Lá da Penha morreu unzinho, uma criança. Uma criança que morreu lá pro lado de Penha ou pro Canto de Santo Antônio, outro dia“(PT4).

As parteiras do hospital não utilizavam nenhuma dessas práticas das parteiras tradicionais, somente o que era recomendado pela ciência moderna no período. A PH B recorda:

“Muitas inventavam aquele banho antes do parto para despertar a dor. Mas sempre quando eu chegava, já estava com dilatação completa. Eu observava o batimento do bebê, a dilatação e contração. Muitas vezes, já que a mãe ou a parteira queria dar o banho, eu deixava. Mas, o que despertava mesmo a dor era o soro com Orastina”.

Algumas crenças e ritos tradicionais possuem uma explicação para seu uso com evidências científicas mas nesse caso, não se usa essa lógica analítica, para comparar com as técnicas utilizadas pela medicina, determinando se estavam erradas ou não, uma tendência muitas vezes do pensar epistemológico da ciência que se busca controlar, evitando um julgamento errôneo. Muitas dessas tradições têm sido regatadas ao se evidenciar sua eficácia. O que não se pode deixar de perceber, é a pluralidade de saberes utilizados, as crenças e ritos e especialmente a forte presença do espiritual e do sagrado nessas práticas das parteiras tradicionais.

4.4 Complicações e dificuldades no partejar domiciliar

Brasil (2012) refere que a assistência pré-natal pode detectar possíveis riscos durante a gestação e durante o trabalho de parto quanto às complicações. Algumas gestantes procuravam o ambulatório do hospital da CIA para realizar acompanhamento pré-natal com o médico Germano, e este realizava exames, num pequeno laboratório de análises clínicas; as consultas ocorriam a cada dois meses e caso as gestantes tivessem edema ou elevação da pressão arterial, estas ocorriam mensalmente. Relata a PH B

“Muitas não faziam o pré-natal, hoje que a conduta está exigindo mais rigor. E é necessário! A saúde hoje tem a facilidade!”

A OMS(1996) afirma que as parteiras estão aptas a identificar as complicações e encaminhar, se necessário, e possível, e se não, devem ser capazes de salvar vidas.

As parteiras entrevistadas relatam que a maioria dos partos ocorria com tranquilidade, sem intercorrências, especificados adiante:

"Não esperava muito não.Não teve nenhum que tive que esperar o dia todo" (PT 2).

"As mulheres pescavam no brejo com o maior barrigão, iam pro brejo, muita vida sadia. Lembra, tinha uma comadre minha (...), tinha dias que ela ia pro brejo com o maior barrigão (...) chegava jogava pra lá, nem comia o tal de peixe, botava lá as coisas e dizia: - chama comadre lá, que eu estou com uma dor danada. Quando chegava lá, eu ia chegando, botava o banho forte, pegava o sabão, como é que é o mundo, né, pegava aquelas curvas de sabão forte, sabão virgem, botava da cintura pra baixo, rapidinho com 20 minutos o neném nascia (PT4).

"A mulher chegava e já ia para o quarto e quando chegava na hora do parto, muitas vezes o bebê já vinha assim, cuspidinho, numa rapidez tão grande que não dava para levar para sala de parto (...) só quando dava tempo ia para sala de parto.”(PHA)

No entanto ocorriam situações de risco e de emergência, embora, pouco frequentes foram marcantes na prática das parteiras, especialmente porque detectavam intercorrências e

muitas vezes, elas não tinham como saná-las. A morte de mãe e bebê chocava e marcava, como ainda acontece hoje, considerando que se fala de mulheres jovens e de um processo fisiológico.

O fisiológico num processo de parto natural, um bom parto, é aquele em que a gestante entra em trabalho de parto, com contrações rítmicas, o colo dilatado para dar passagem ao bebê que vem de forma cefálica, de cabeça, e nasce chorando. No entanto, alterações ocorrem e necessitam de condutas e tomadas de decisão para não colocar em risco a vida de mãe e bebê, como as alterações nas apresentações do parto (pélvica- pé; pélvica incompleta- de nádegas; acrômio- ombro); circular de cordão; gemelar; alteração das contrações; desproporção da pelve em relação ao tamanho do bebê.

Os maiores índices de complicações que podem levar ao óbito são as hemorragias que correspondem de 10 a 15% do total dos partos e 10% esta relacionada à hipertensão arterial, ocasionando a eclampsia, e 6% de infecções puerperais (BRASIL, 2012). Destas, observa-se a preocupação das parteiras com as hemorragias, especialmente no pós-parto e no cuidado com o período puerperal, o chamado "resguardo".

"Só dá hemorragia depois que a criança nasce, hemorragia não é antes, não."(PT 2)

"Só umas duas que teve hemorragia após o parto, mas Jesus ajudou, quando PHA chegou já estava bem (...) precisou muita coragem de uma parteira, porque não é todo mundo. Teve outra também que dava aquelas coisas. Eu fui muito corajosa, nêga. Depois que ganhou neném saiu a placenta ou não tinha saído a placenta ainda? Não, depois que saiu tudo. Mas depois não posso entender, como é que ela deu aquela..., era hemorragia feia, nêga. Aquilo lá, ela perdia sangue pra cima. Ui. Fui muito mulher, né, mulher? Mulher nova, fui muito mulher mesmo. Eu pedia a Deus, fazia oração. Eu era doída desde nova, fazia muita oração, mas muita oração mesmo, pedia a Nossa Senhora do Parto, me ajuda minha Nossa Senhora do Parto, que eu não posso perder essa partida, não. Você vai me ajudar! Fazia simpatia, rezava (...) colocava chapéu na cabeça do marido e pedia para dar volta na casa, passava um azeite forte (...)" (PT 4).

"Quando as parteiras me chamavam que via a situação, via que não tinha jeito. Perdi uma, com descolamento de placenta (....) essa paciente foi a óbito mas o bebê nasceu,

pelo que me lembro... e outro na Estivinha que o bebê nasceu e a paciente foi. E não tinha como fazer cirurgia aqui, Dr. Germano não era cirurgião" (PH A).

A parteira desta área conta a angústia de chegar e ver a parturiente com dor, sangrando e não conseguir fazer nada. Era uma área com uma concentração de casas, mas ninguém possuía carro. Quando a parteira detectava uma situação complicada, solicitava ao "dono da mulher" para ir buscar ajuda com a parteira hospitalar. Elas contam que, em geral, demorava-se para chegar, que a criança nascia ou não conseguiam socorrer a mulher e/ou bebê. O hospital, por sua vez, relata que nem sempre o carro estava disponível, reforçando isso quando falou das dificuldades.

"O único parto que a mulher morreu com filho na barriga, eu disse: esse parto não era para mim não". Eu cheguei, ela tava deitada; era numa cama, nem era uma cama, num colchão de capim, e o sangue escorrendo. Chamei N., vizinha, e disse como ela vai ganhar neném desse jeito que está aí; ela responde, desde cedo eu ouvi ela dizendo, "chama comadre PT 3, para me ver. E ele (o marido) ficou gingo, ai, a mulher sentindo..". Eu já tinha feito parto dela de um filho que nasceu morto, e só quando amanheceu o dia que o homem chegou para chamar. Falei na mesma hora, tu vai correndo no Engenho (hospital CIA) para chamar PHA e 'pedi pressa que o caso é perigo e que tá muito feio que não posso fazer não.' Era umas 3h e sabe que horas eles chegaram? 9h30. E a L. tava, 'comadre me socorre', eu disse, 'nesse caso só o médico para puxar'. A PHA, quando chegou disse, 'o que é isto'? Falei: 'chamei N. para colocar areia para ver que não é mentira'; a parede cheia de sangue, que ela andava e sujava tudo (...). E ela com um estojo, eu com outro, dando injeção. PH A disse que ia na casa grande para chamar Dr Germano, eu disse, não vai não (...), não vai dar, ela não vai aguentar (...) quando ela rompeu na porta a mulher apagou (morreu); a barriga ficou imensa, e ela pretinha igual a um carvão. Eu fiquei com medo, disse eu não faço mais parto, não!"(PT3).

Outras situações consideradas, nos dias atuais, como contraindicação ao parto normal, eram realizadas pelas parteiras, como circular de cordão, parto gemelar, parto pélvico ou glúteo.

"Circular de cordão era muito, nem fale, mas Deus dá a sabedoria para cada um, uma sabedoria (...). E quando percebe que tem circular de cordão, você passa o dedo e sente" (PH A).

As parteiras só sabiam que era gemelar na hora do parto e, em geral, nem falavam para a paciente, esta só sabia na hora que a criança chorava, estava aguardando colocar o "companheiro para fora", a placenta (PH1).

"Daqui a pouco a mãe dela falou assim: -Já ganhou?--Já - Graças a Deus! - Graças a Deus não, que ainda tem outro! - O quê? (kkkkkk , rindo muito)" (PT 3).

"Eu também, nunca tinha visto, nasceu assim, um que já estava de frente. O que você acha? Quem é mais velho? Quem é o mais velho, é o primeiro ou é o segundo? É, assim, nasceu dois nenéns, o mais velho não é o que nasce na frente não (.....) daí você bota do lado, perto da perna dela, deixa ali. Aí vai mexendo na criancinha para chorar, para chamar o outro (mexendo no cordão, daqui a pouco ele vem. Quando nasceu o outro, bota os dois. Um do ladinho. A invicha (cordão) é uma só, e pegado, aí vira um só" (PT3).

"(...) e era gêmeo, na hora a gente não sabe, só depois, aí saiu um; e a placenta são para duas crianças, uma de lá e outra de cá. Saiu uma e a placenta ficou, e a gente não pode dizer não, que são dois. Nasceu um e a barriga para fora (é complicado... !) e acertei tudo, tirei uma e segurei na tripa da placenta e ela disse assim: Não tem outro não, Eu disse: "fica quietinha aí! tem outro não!"(PT 2).

Sobre a placenta:

"Vai esperar quinze minutos depois que as crianças nascem (...). Agora, se passar de 15 minutos tem que tomar providência rápido, porque o que mata a mãe não é a criança não, é a placenta (...). Amarrou aqui, um, vai e corta , amarra o outro e corta". Falando do corte do cordão umbilical em gemelar - gesticulando como fazia (PT2).

A PHA conta que lembra bem desse caso complicado, que era seu aniversário e trocou o horário de trabalho para ir almoçar em casa, mas nem tinha colocado o prato e alguém

chamou para atender, ao chegar percebeu uma gravidez gemelar e, após a saída da primeira criança, a segunda estava transversa, atravessada, e como não tinha médico, fez a versão externa⁴⁰, colocando a criança na posição, fato também relatado por outras. Não se vê mais na prática hospitalar essa técnica sendo usada mas que os obstetras e parteiras aprendiam e ou praticavam. A PHA demonstrava segurança em realizar a técnica mas longe de recursos tecnológicos no hospital sempre ocorria algum temor e com isso, trazia a força da fé, por meio da oração aos Santos:

"(...) e no segundo bebê, que a mãe não sabia, não tinha acompanhamento de médico (...), parou a contração e eu examinei, a criança atravessada e aí que é difícil! (...) pedi para localizar o médico (...) Mas eu já fui tentando fazer a manobra. Explica: você empurra com a luva e vai contornando por cima e com toque devagarzinho (...) e consegui colocar na reta (...) e eu com pensamento em nossa Senhora da Conceição, e fazendo oração e a paciente me perguntou: Por que que o companheiro não sai, este era a placenta, eu na calma, pensando tranquilo para ela não ficar sabendo e ficar tranquila, e disse 'tá vindo a força, então tá na hora de colocar o companheiro para fora' (...) e conseguiu colocar para fora; aí nasceu e a paciente surpresa disse, bem que você sabia!" (PH A).

Abaixo, seguem algumas dificuldades, relatadas pelas PT e PH, nas entrevistas:

As apresentações de parto com posições diferenciadas, da situação cefálica, no nascimento também trazem preocupação para as parteiras e as colocam frente ao desafio de realizar técnicas para facilitar o nascimento. Relatam as situações que enfrentaram e explicam como é a técnica que utilizavam para efetivar o parto bem sucedido.

"Mas difícil, é nascer de pé! Primeiro vem o pé, você tem que ter unha bem preparada, eles me deram luva e tinha que juntar os dois pezinhos e vir puxando devargazinho, senão não rompe, e não pode puxar tudo de vez, não"(...) Quando chega no ombro, você tem que ajudar... Você enfia o dedo e pega o bracinho por baixo e coloca no jeito, de lado, senão num sai. Porque "aquilo" é uma borracha, você entendeu? Kkkkk,

⁴⁰ Manobra de versão externa - Manobra para virar o bebê colocando-o na posição cefálica para o parto

(Risada depois de me explicar em código que falava da elasticidade da vagina e da retração normal depois) (PT 2).

As PT observam que na maior parte dos seus partos, os bebês nasciam bem, bastava dar uma batidinha nos pés de leve que eles choravam. Há relatos de morte intraútero, ao chegarem para realizar o parto no domicílio. A unidade hospitalar Nossa Senhora da Glória realizava alguns procedimentos quando o recém nascido nascia com problemas, como citado abaixo:

As parteiras hospitalares relatam casos de parto de nádegas em que o bebê nascia necessitando aspirar ou oxigenar por engolir mecônio⁴¹.

"Você mete a mão com dois dedos na boca e vai ajudando a nascer e coloca no aspirador depois que a criança nasce. Antes de ter o aspirador fazia boca a boca. A primeira vez, vi Dr. Germano fazer, pegava uma gaze, dobrava colocada na direção da boca e aspirava, vinha tudo na gaze e depois colocava no oxigênio, mas depois de muito tempo, na época de Dr. Joel, eu já estava quase saindo, que chegou o aspirador (...) casos de morte aparente, você tinha que aspirar e respirar e fazer as manobras que Dr. Germano ensinava, era pezinho com mão do lado direito e esquerdo e cruzava os bracinhos para parte respiratória e quando estava vindo a cor normal, aí a gente colocava no oxigênio e aplicava 5ml de coramina⁴², e voltava (...) quando via que a situação tava difícil eu até batizava" (PH A).

Além das situações vivenciadas no ato de partejar, as parteiras relataram dificuldades de acesso geográfico e de transporte. As parteiras hospitalares queixaram-se do difícil acesso para algumas áreas de restinga, de areia, em que só passava carro de tração, que precisava, aliás, ser emprestado por alguém da cidade que tivesse o veículo pois, a CIA não tinha, e outra situação era que mesmo o carro comum não estava disponível todo o tempo para atender às solicitações das parteiras tradicionais ou mesmo dos moradores. Mesmo em carros de tração estes algumas vezes agarravam e atrasavam, ainda mais, o atendimento solicitado.

⁴¹ Mecônio - Primeira eliminação intestinal do bebê.

⁴² Coramina - Usado como estimulante cardíaco.

"Não tinha estrada, era areia, uma trilha. Tinha um lugar que carro não passava (...). Tinha um trator nos esperando. Embora, para salvar vida, tem de ir até no fundo d'água. Aí, fui. Ele (o Sr D. que foi chamá-la em casa) começou contando a história da mulher. Mas eu não acreditei. A criança nasceu de madrugada. E ficou até aquela hora, 2 h e pouco da tarde, com o bebê enrolado em um pano, em cima da cama (...) Um pessoal muito sacrificado. A criança enrolada em um pano, em cima da cama, do lado da mãe, que estava em uma poça de sangue. A placenta estava ainda presa, que deu o maior trabalho para tirar depois. E o cordão umbilical amarrado em um barbante na parede, em um prego, para não subir, porque se deixasse ia, disseram. Liguei para o Dr. Marcelino, que estava em Carapebus naquele dia, perguntei, 'qual o procedimento até eu chegar, porque ela não vai aguentar. A pressão dela está em 4". Ele falou, "você coloca um soro fisiológico com uma etapa rápido". e depois outro lento. Eu fiz. Deixei correr a segunda etapa. Aí medi a pressão. Estava já em 6. Falei, graças a Deus, está melhorando (...) Consegui tirar a placenta. Aí, apliquei o Methergin. Cortei o cordão umbilical da criança (...) dei um banho nela. Coitado, no meio daquela poça de sangue. E a pressão da mãe do bebê já estava com 8. Dei um banho nela. Tirei daquela situação. Peguei um pedaço de lençol. Coloquei um tampão, um modo para viajar. Aí, tudo bem. Preparei a paciente. Seu D. trouxe a gente em um trator (...). Ela ficou lá uns 4 dias, até recuperar mesmo. Aí, o contador, muito exigente, disse: a paciente não tem direito aqui. Ela é da onde? (...) O hospital era da Associação dos Plantadores de Cana, em Carapebus, me esclarece. Aí, eu sentei para conversar, "olha, Sr. ela está aqui por que tava numa situação de risco de vida, expliquei, porque é uma indigente, me procurou e eu não ia deixar de procurar recurso porque ela não tem. Vamos ver a despesa, como fica, debita na minha conta. No pagamento, você desconta"(PH B).

"Desse período era a falta de recurso com a condução, eles vinham de cavalo ou bicicleta. Um do Machado, que Dr. Germano foi junto, quando estava aproximando da área do Sabão, o cavaleiro vem a todo galope, o motorista disse "o cavaleiro vem lá, a criança deve ter nascido", disse. Tomara que tenha nascido, pois o homem chegou no hospital uma hora da manhã e o carro só chegou para pegar a gente às 7h, era a coisa

mais difícil, o transporte. Aí, o Sr. disse que não precisava mais ir, que a mulher tinha morrido. Eu fiquei muito arrasada e triste com aquilo" (PH A).

As parteiras tradicionais atendiam sozinhas "com Deus" e seus relatos demonstram dedicação, abnegação e a coragem para enfrentar as dificuldades que, para algumas, se relacionava com os apertos dos partos difíceis em que mãe e/ou bebê corriam risco e com a dificuldade do acesso. A solidariedade com a outra mulher era marcante, e exercer a ocupação de parteira era um trabalho voluntário.

"Ia a pé e, lá em Floresta, ao lugar que eu fui, São Domingos, era longe e só tinha cana, né, tinha que vir no meio da cana, descia pelo canavial de cana, passava por ali tudo. Às vezes, aparecia cobra passando na minha frente (...). Não ganhava nada, nada, nesses lugares que eu ia assentar (fazer o parto) não dava meu preço pra ninguém" (PT 1).

"Eu ia tudo a pé, depois comprei uma bicicletinha velha e passei a ir de bicicleta, mas andei muito de pé e curti muita água e nunca cobre um tostão de ninguém, era só um muito obrigada (...) Eu atravessava com água aqui (mostrando na cintura) menina. Botava a saia aqui no ombro e atravessava, ali embaixo e lá, pra dar injeção no povo (...). Para fazer o parto, enquanto estava no início de barriga, eu ainda ia, mas quando tava grande assim (mostrando a barriga), não dava!" (PT 2).

"Aí, a gente estava dormindo, encostadinho no marido, sabe como é, né? Daqui a pouco tocava a porta e era alguém com um bilhete enviado pela PH A, mandando eu ir fazer o parto, que ela não podia ir, ele (o marido) vinha me entregava o bilhete e quando levantava, ele me dava um empurrão que ia lá e voltava. Eu dizia assim: "Oh! Eu já vim com esse destino! (...) não tinha hora, tinha que ir acompanhando outro homem. Mas ele, meu marido, achava muito ruim (...) estava ali no quentinho..." (PT 2).

"Não, eu nunca ganhei nada. Luva, nada (...)" (PT1).

"Agora o parto para fazer, depois do que eu passei, eu nem tinha mais medo de nada (...). Eu dizia, não faço mais! Eu não dormia não. Olha, teve um dia que eu saí de um parto e tinha outro chamando, e outro.. (...) era uma vida triste, triste, olha, gente...! (...)". Depois disse: "se qualquer um dia, alguém disser assim: Olha fulano está ali, sofrendo para ganhar um neném. Coitado, não tem uma pessoa perto. Eu vou ver, ainda com a minha vista assim, Deus vai me ajudar. Eu tenho fé em Jesus que eu ainda dou conta, com esse tiquinho de vista que está aqui... eu só vejo aquele cravozinho, mas... não é difícil, não! Só não pode ficar nervosa" (PT3).

"Nada! Aquele tempo não dava nada não, filha. Dava nada. Muito obrigado e estava muito bom, graças a Deus mesmo, né? (...) eu tenho muito filho, muito filhinho vivo, dava conta de tudinho. Aprendi cortar, aprendi tudo. Só umas 2 que eu fiquei meio assustada. Eu não achava nada difícil, eu não tinha juízo ainda. Referiu que começou com a idade de 15 anos. A dificuldade que eu tinha era pedir a Deus força e ia pra lá. (...) Acabava de fazer o parto ali, ia trabalhar. Quando chegava de noite, o sábado, se tivesse um baile eu ia dançar, ia pro baile, e estava muito bom." (PT4)

4.5 Mão de obra das parteiras : gratidão, pagamento ou recompensa

A jornada de trabalho da parteira do hospital da CIA era uma folga a cada 15 dias para ir em casa, inicialmente. Posteriormente, diminuiu seu horário para 8 horas diariamente com a contratação de outros profissionais para dividir as tarefas de enfermagem no período diurno e noturno. Suas funções eram remuneradas e tinham carteira de trabalho assinada. Estas detinham prática, compromisso e dedicação no ato de partejar e ocasionalmente exerciam a função fora do horário de trabalho quando solicitadas.

A gratificação pelos partos domiciliares, das PT, vinha com os afilhados que ganhavam, o reconhecimento da comunidade e os elogios, que por vezes, recebiam:

“o Dr. ficou admirado de eu fazer parto de gêmeos” (PT2).

“Fazia tudo, as mulheres me acarinhavam muito, até hoje” (PT4).

“Dona PT, esse aqui é pra senhora batizar” (PT1).

“Quando me perguntavam eu dava nome, então o nome dela vai ser Esmeralda”(PT 1).

As PH possuíam muitos afilhados e recebiam, como presente, produtos da roça. PHA conta que recebeu tudo para a festa do seu casamento. As parteiras de área rural não recebiam em dinheiro, nem em presente, uma delas disse, porém, que aceitava cigarros. Porque a PH recebia presentes, além do seu salário, e as PTs que deixavam seus afazeres, não recebiam? Como entender essa diferença?

Foi observado, neste estudo, que a prática das PT, em geral da área rural, não eram valorizadas economicamente em relação às parteiras hospitalares. No entanto, relatam um reconhecimento das suas práticas pelo hospital, tanto pela enfermagem como pelo médico, que sabiam e referenciavam para que as PT cuidassem até o dia do parto, quando as gestantes eram avaliadas, e não estava ainda na hora do nascimento.

4.6 Quissamã e sua emancipação: um novo cenário na parturição

Ao serem questionadas sobre por que deixaram de fazer partos, as parteiras responderam que alguns fatos pessoais e o avanço da prática hospitalar fizeram com que elas deixassem de partejar. PH A diz:

“Deixei quando me aposentei, em 1989 (...) e o Hospital Nossa Senhora da Glória, também, parou de ter parto, quando saí, pois o médico só ficava de dia”.

Pelo relato, não havia outras parteiras treinadas para assumirem o parto, nem médico. Outro depoimento afirma:

“Parei quando meu marido morreu há 30 anos, tinha que dar de comer para as crianças, em torno de 1985” (PT2).

“Quando me mudei para outra comunidade, tinha 70 anos na época, 1990”.

“Havia médico para atender não precisava mais, em torno 1987”(PT4).

Desta forma, algumas situações parecem ter ocasionado o declínio das práticas das Parteiras em Quissamã, como: Aposentadoria da PHA fazendo com que o parto deixasse de ser realizado no Hospital Nossa Senhora da Glória em 1989 e pelos relatos das parteiras tradicionais entrevistadas que deixaram de atuar entre 1985 a 1990.

Alguns fatos marcaram Quissamã nessa época, como exemplo: “Ocorre uma queda no mercado de investimentos e na produção do açúcar”; inauguração de uma unidade hospitalar, na área central da cidade, em 1987, ainda, sem maternidade, mas com médico 24 h; independência político-administrativa com a emancipação de Quissamã em 1989 com ampliação da rede ambulatorial e, conseqüentemente, de serviços de atenção à mulher; neste momento, alguns partos eram realizados no hospital municipal e outros transferidos para Macaé.

Ocorre uma morte materna, no Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus, em 1996, e a pressão de políticos e da população local favorecem a indicação da construção de um hospital com maternidade e com a equipe básica exigida. (02 obstetras, 01 pediatra, 01 anestesista, equipe de enfermagem) para atender os partos no município.

Este final da década coincide, também, com a consolidação do modelo tecnocrático e com a hospitalização do parto no país. Vale lembrar que, nesta época, já havia discussões feministas sobre os direitos reprodutivos das mulheres, e discussões internacionais sobre um modelo mais humano na atenção à gestante, bem como uma ênfase na redução das mortes maternas. As recomendações da OMS para implementação de evidências científicas são publicadas em 1996, mas na década anterior já se faziam presentes as discussões de humanização da assistência. Já no século XXI, a CIA paralisa suas atividades, definitivamente em 2003; ocorre inauguração de uma nova sede do Hospital Municipal, com maternidade e centro cirúrgico, no ano de 2003, ilustrado com figura abaixo.

Figura 10 Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus



Fonte: http://imagens.ururau.com.br/2015-07-22_23:27:31 Divulgação/PMQ

As parteiras ao se sentirem deslocadas com as práticas modernas e científicas deixaram de atuar com seu saber tradicional. Outro ponto referido e que devo creditar como importante, na saída das parteiras do cenário do parto, se relaciona com as políticas implementadas nacionalmente e, por conseguinte, no município. Há indícios que este não visualizou nenhuma ação que envolvesse as parteiras no município.

Ao serem questionadas a respeito de como percebem hoje os partos, as parteiras afirmam que tem ocorrido muita cesárea, que antigamente não era assim, as cesáreas eram realizadas quando a gestante precisava ou estava em risco.

“Agora, é o seguinte, aquela época acho que nem existia, hoje, a mulher não tem passagem pra criança nascer, corta. Naquele tempo passado não tinha isso. Não sei,

então hoje qualquer meninazinha aí tá tendo neném, porque não sente a dor que a gente sentia antigamente. Pega uma injeção, vai lá pro posto, aplica na veia, daqui a pouco a criança, quase não sente dor. Tudo deferente. Agora, hoje, é tudo deferente” (PT 2).

“Partos, hoje, têm hora que eu tenho muito sentimento quando eu sei que perdeu alguma criança com facilidade. Porque, se a mãe vem fazer um pré-natal, na ficha tem tudo registrado, alguma alteração, por obrigação, se a enfermeira faz o acompanhamento, medindo o perímetro para ver a região pubiana (...). Não tem como acontecer muitas coisas que eu vejo acontecendo. Dizer que perdeu criança por ter engolido água de parto, porque passou da hora de nascer. Porque foi várias vezes e o médico mandou para casa. A criança nasceu depois de tantas horas. Nós temos um caso que está em (Campos) ainda sob cuidado de médico (...) Ficou 5 meses internada, sem saber o que é casa, luz do dia”.

Tanto as parteiras hospitalares quanto as tradicionais acreditam que o parto normal é melhor, embora não visualize mais este parto no domicílio.

“Eu, no caso, penso que cesárea, só em último caso (...) Parto domiciliar é a última hipótese” (PH B).

Referem que os médicos recomendam e realizam cesáreas com maior facilidade mesmo, em simples alterações no processo de parturição.

“Em procedência de cordão umbilical, os médicos indicam cesárea. Quantas de nós fizemos nessa condição. Eu fiz demais” (PHB).

A PHA me diz ter questionado as gestantes e:

"Elas disseram que queriam ter normal e, depois, chega no hospital, faz cesárea. Então não sei se são elas ou o médico”.

E continua:

“O médico trabalha em dois ou três empregos, e cesárea é mais rápido, ele tem que atender em outro lugar e isso hoje virou rotina. É complicado!”

As parteiras não reconhecem a funcionalidade do parto domiciliar, apontam que há médicos, carros, telefone e ambulância que, quando a mulher precisa, está fácil, e que elas só fariam se não tivesse ninguém para socorrer. E é o contrário, como hoje tem a facilidade do transporte (carro e ambulância), o advento dos meios de comunicação, todos têm um celular, isto tudo favorece que o parto possa ocorrer no domicílio, e só se procure um serviço de maior complexidade se for necessário, conforme afirma Odent (2003).

Ao tecer algumas das narrativas das parteiras, como um artesão que escolhe cada matéria prima para que no final seu trabalho vire um produto, buscou-se valorizar cada lembrança da sua memória, cada luta, cada angústia, cada satisfação, cada rito e cada agradecimento ao Divino, proferidos por elas. Cada fala era uma matéria prima que tinha como objetivo esclarecer o fazer e o saber dessas corajosas mulheres, que me permitiram desvendar o partejar. As narrativas da história de vida e da temática, de cada uma, foram separadas buscando compreender cada fala, relacionando com as questões estudadas, e trouxe nessa categorização resposta dos fatos investigados e a maneira de superação subjetiva e individualizada de cada parteira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar as práticas e saberes das parteiras tradicionais permitiu questionar e analisar o debate contemporâneo da Política de Parto e Nascimento construído por meio da Rede Cegonha.

O saber tradicional, com seu pluralismo epistemológico, concatena os mais diversos aspectos que envolvem o ser na sociedade e na natureza, articulando o físico ao mental e ao espiritual, numa constelação de saberes a fim de promover o cuidado ao outro enquanto ser integral. Esse saber é diametralmente oposto ao saber científico que promove o paradigma tecnocrático de cuidados da saúde, o qual separa e classifica distintos tipos de conhecimentos, mantendo uma monocultura do saber que afirma seu valor a partir da especialização e do maciço emprego da tecnologia.

A história da formação e da prática das parteiras envolve a representação do papel da mulher na sociedade, na reprodução humana, bem como, a construção de políticas públicas para o seu amparo e assistência. Esse processo acabou gerando a valorização dos profissionais responsáveis pelo cuidado da saúde de mãe e bebê em detrimento das próprias parteiras a partir do exercício do poder político e científico de proteção à própria profissionalização da categoria profissional da saúde. Ao longo da história, o poder político e científico e a profissionalização acabaram desautorizando e interditando o processo de transmissão de conhecimento das parteiras tradicionais, e contribuiu para seu desaparecimento em muitas regiões no país.

No município de Quissamã ocorreu tardiamente um declínio dos saberes e fazeres envolvidos nas práticas das parteiras em relação ao restante dos centros urbanos do país. Isso é decorrente do fato de Quissamã ser uma cidade pequena, com expressiva população rural e limitação de acesso ao transporte. A eficácia da atuação das parteiras no município foi propagada a partir das conversas, do respeito e da confiança em seu desempenho. Esses fatores contribuíram para a permanência da atuação das parteiras até a década de 1990.

Entre os fatores que declinaram com a atuação das parteiras tradicionais neste município destaca-se o hospital Maria Mariana de Jesus, inaugurado em 1987, dotado de uma equipe de saúde mais ampla. Outros aspectos que interferiram foram o desenvolvimento econômico e a melhoria de acesso aos serviços de saúde. Esse hospital é precedido pelo Hospital Nossa Senhora da Glória, inaugurado em 1936 e custeado pela CIA, tendo em seu quadro de funcionários parteiras contratadas como “enfermeiras”. Para esse trabalho interessa compreender o processo de reconhecimento das parteiras a partir de sua atuação profissional na instituição hospitalar, da década de 1930 até 1980, e sua não incorporação ao quadro profissional no novo hospital, após a década de 1990.

No início da década de 1990 aconteceu a emancipação política de Quissamã em relação ao município de Macaé o que gerou a construção de estruturas administrativas locais para essa nova municipalidade. Na área de saúde constata-se o fim do interesse pelos saberes e fazeres das parteiras tradicionais, o que resultou no não reconhecimento do seu trabalho, de suas práticas e visão de mundo. A modernidade se instala. Nas palavras da Parteira 3 "não havia mais necessidade, tinha os médicos". O saber científico predomina e intimida a prática das parteiras tradicionais de ir adiante.

A ampliação da assistência à saúde por meio dos hospitais municipais e dos serviços básicos de atenção primária ocasionou alterações nos indicadores da assistência ao nascimento. O índice de partos normais no município é de somente 27,94%, em 2014. Suscita assim a questão de como reverter esse quadro, alterando o percentual elevado de partos cesarianas?

Ao investigar as práticas das parteiras tradicionais verificamos que os conhecimentos relativos ao parto e à saúde da mulher e da criança são provenientes de saberes intergeracionalmente transmitidos entre as próprias parteiras (sendo alguns deles ligados aos saberes médicos). São também resultantes da sua própria vivência enquanto parturientes quando apreendem na prática a importância em desempenhar com cuidado e zelo o parto, observando e esperando o momento para assistir cada mulher.

As PT atuavam sozinhas, longe de recursos que as socorressem nos partos mais difíceis, tendo sob sua responsabilidade a tomada de decisão que poderia salvar mãe e bebê. As contingências e percalços relativos a experiências de partos, com óbito de mãe ou bebê

foram lembrados com angústia relativa à falta de recursos logísticos e de materiais que contribuíram para o triste desfecho, exigindo das parteiras aceitação e resignação diante da morte prematura e traumática.

Embora a OMS tenha publicado em 1996 recomendações para boas práticas no parto, que passam a constituir a principal prerrogativa e instrumento internacional para a construção de políticas públicas de saúde a serem adotadas no país, ainda se observa a primazia das cesarianas conforme apontado nas pesquisas sobre nascer no Brasil. Essas recomendações preconizam a mínima intervenção medicamentosa/ anestésica, cirúrgica e instrumental compreendendo-as enquanto ações desnecessária ao parto. Concomitantemente, a OMS valoriza e estimula as práticas de respeito à mulher, suas crenças, religiosidade e de naturalização do parto normal, compreendendo-o como processo fisiológico. Desse modo, a OMS salvaguarda a ação das parteiras que utilizam somente suas mãos e tecnologias populares (respaldados por pesquisas com evidências científicas demonstráveis) no auxílio e amparo à parturiente durante o tempo necessário ao trabalho de parto.

Discutir o empoderamento das mulheres para o exercício do direito de escolha do parto natural, tornando públicas e assim valorizando os benefícios e a importância de situar o protagonismo feminino durante o parto pode provocar transformações a partir da participação social com os envolvidos no gestar e parir. Pensando nisso, o Ministério da Saúde em 2011 propõe a construção da política pública da Rede Cegonha.

Algumas proposições da Política de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde da Rede Cegonha se assemelham aos saberes e práticas das parteiras, como por exemplos o uso de práticas integrativas e complementares como o banho de imersão, as massagens e usos de ervas medicinais no estímulo à dilatação; ampliação do tempo para o corte do cordão umbilical, respeito às necessidades pessoais da mulher e acompanhamento do trabalho de parto com observação constante da parturiente e seu acompanhante.

Para tanto, o Ministério da Saúde, vem propondo a construção dos Centros de Parto Normal enquanto espaços voltados para o atendimento específico de mulheres gestantes em processo de parto, em ambientes planejados a partir do paradigma holístico e humanístico de

assistência à saúde. Os CPN evitam a hospitalização e uso de técnicas medicamentosas e invasivas na parturiente e na criança.

Este estudo aponta que as parteiras municipais poderiam atuar nos grupos de gestantes e na maternidade como doulas, favorecendo o acompanhamento do processo de parto, bem como o treinamento de outras doulas para atuação nesse espaço. Outro ponto favorável, que pode contribuir para retomar este saber tradicional e outros com as idosas, pode ser a construção de programas e ações que estimulem a troca de saber e memórias a partir das rodas de conversa e grupos de discussão, fortalecendo e propiciando a transmissão geracional de conhecimentos tradicionais.

Estabelecer interlocução com as últimas parteiras vivas no município de Quissamã constituiu estratégia para entender seus saberes e fazeres. Estas forneceram informações preciosas da história da saúde municipal entre o período de 1947 a 1990, e dos dias atuais, compreendendo o impacto e dilemas da construção e aplicação da Política Pública do Parto e Nascimento. Também possibilitaram a compreensão da importância de como as políticas públicas podem participar dos processos de desvalorização e desuso de saberes, nesse caso pesquisado, a partir de processos que desconsideraram o papel das parteiras tradicionais no nascimento. Por outro lado, ouvir as parteiras possibilitou vivenciar sua prática, muitas vezes rica de minúcias, imbricar-se com a temática, com a fé das mulheres idosas, com sua responsabilidade e comprometimento, sua coragem em enfrentar quaisquer desafios que os imprevistos do parto podiam ocasionar.

Há também que se discutir, a partir do amparo legal às parteiras ou às enfermeiras obstétricas, a inserção das mesmas para a quebra do paradigma médico-hospitalar, as quais poderiam atuar nos domicílios ou no serviço hospitalar municipal. Apesar de reivindicações propagadas pela mídia, o parto domiciliar não se encontra inserido na estratégia da Rede Cegonha e se faz em poucas referências ao trabalho das parteiras tradicionais, estas, apenas como apoio nos CPN, supervisionadas pelas enfermeiras. Apesar disso, a própria OMS recomenda que os partos possam ocorrer onde a mulher e bebê estejam e se sintam em segurança, o que pode ser no domicílio, numa casa de parto, bem como numa maternidade. Não existe comprovação científica de que o risco do parto no domicílio seja maior ao risco do parto em instituição hospitalar. O que se recomenda é que detectada uma situação de risco, a

parturiente possa ser encaminhada em tempo hábil para uma instituição hospitalar, fato possível hoje com o acesso de telefone e transporte. No entanto estes recursos ainda são poucos acessíveis nas áreas longínquas do país, demandando adequação da rede logística e comunicacional nas localidades, enquanto elemento de construção da cidadania.

Não menos importante, a participação e articulação das instituições formadoras para ampliação do quadro técnico de obstetras e enfermeiras obstetras acompanha a demanda (principalmente da classe média) pela presença de parteiras e doulas envolvidas no ato de parter, o que pode favorecer a inserção de mudança nesse cenário dominado pelo parto cesariano.

Um dos resultados dessa pesquisa reforça a necessidade de construção de políticas públicas locais e nacionais não mais pautadas no paradigma tecnocrático, mas incorporando preocupações concernentes ao paradigma humanizado e holístico de assistência à saúde. Isto abre possibilidades para uma necessária valorização, ainda que tardiamente, dos saberes e práticas adotadas pelas parteiras tradicionais.

GLOSSÁRIO

Linguagem coloquial utilizada pelas parteiras

Água esperta - água morna

Bocado – um pouco, uma parte

Calcar, carcar a barriga – apertar o abdômen

Chinela – chinelo

Colocar companheiro para fora – saída da placenta

Desembaraçar o parto – evoluir na dilatação e no trabalho de parto

Desarranjo – diarreia

Frizo - grampo de cabelo

Invice, envidia ou tripa – cordão umbilical

Madreão – mandrião, vestido leve de bebe

Nascedor – canal vaginal

Poca a bolsa - estourar a bolsa d'água

Resguardo - pós- parto, puerpério

Romper a bolsa d'água – estourar a bolsa d'`agua

Sacudidas nas cadeiras – mexer na cintura

Urinol – penico usado no lugar do vaso sanitário

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALONSO, M. F. Proteção do conhecimento tradicional. Cap. 5. In: SANTOS, B. S. de (org.). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira. 2005, p.288-316.

BADINTER, E. **Um é o outro**. 2ª edição. RJ : Editora Nova Fronteira, 1992

BARROSO, I. C. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais: histórias e memórias. Campinas/SP. 2001. PRACS: **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, n 2. Dez. 2009. <<http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/34/n2Iraci.pdf>>. Acessado em: 25 jul.2014.

BARROS, J. D'A. **O projeto de Pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico**. 8ª edição. Petrópolis. RJ: Editora Vozes, 2012.

BORDIEU, P. **A dominação masculina**. 2ª edição Rio de Janeiro:Bertrand Brasil, 2002.

_____**A Ilusão Biográfica. Usos & Abusos da História Oral**. 8.ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos** 16ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

BORGES, M. A.; Pinho, D.L.M., GUILHEN, D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. DF. V. 60. N 3. p. 317-322. maio-junho 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 de out.2014.

BORGES, M.S.; SHIMIZU, H. E.; PINHO, D.L.M.. Representações sociais de parteiras e benzedeadoras sobre o cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v 8, n2, p.257-263, abr-junho 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8207>>. Acesso em: 10 out.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e puerpério:Assistência Humanizada à mulher**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da Mulher. Brasília, 2001.

_____**Parto e Nascimento Domiciliar Assistido por Parteiras: O programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares**. 1ª edição. Brasília. 2010. Disponível em: <<http://www2.hu.usp.br/wp-content/uploads/2012/10/Livro-101-Parto-e-nascimento.pdf>>. Acesso em: 05 mar.2015.

_____**Gestação de alto risco: Manual técnico** .Dep. de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª edição. Brasília. Editora do ministério da Saúde., 2012

_____**Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Cadernos HumanizaSUS**, v.4, Brasília, 2014, pp.233 – 254.

BRASIL, M.Saúde/GM - Lei n.11108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. D.O.U. p. 1, 08 abr.2005.

_____ Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do (SUS). <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 01 mar.2014.

_____ Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS- a Rede Cegonha, disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 01 mar.2014.

_____ Portaria SAS/MS nº 650 de 5/10/2011. Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.

_____ Lei 13123, de 20 de maio de 2015. Regulamenta o inciso II do § 1º e o § 4º do art. 225 da Constituição Federal, o Artigo 1, a alínea *j* do Artigo 8, a alínea *c* do Artigo 10, o Artigo 15 e os §§ 3º e 4º do Artigo 16 da Convenção sobre Diversidade Biológica, promulgada pelo Decreto nº 2.519, de 16 de março de 1998; dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade; revoga a Medida Provisória nº 2.186-16, de 23 de agosto de 2001; e dá outras providências.

_____ Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. DOU 29 mar.2011.

_____ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa.– Brasília: Ministério da Saúde, 2013 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015>. Acesso em: 5 mar.2014.

_____ Portaria SAS/MS. Portaria nº 11,(7 DE JANEIRO DE 2015), **Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN)**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 5 mar.2014.

BRASIL, GM / Presidência da República. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1. p. 9273, 26 jun.1986.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, sec. XIX. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2, Rio de Janeiro, abr-jun.1991. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>>. Acesso em: 09 mai. 2013.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface**. São Paulo, Botucatu: v.17, n.44, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005>. Acesso em: 7 jan. 2016.

CASTRO, E. V. O nativo relativo. **Mana**. Rio de Janeiro: v.8, n.1, p. 113-148, abr. 2002.

CECATTI, J. G. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, crenças e credices sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. Pesquisa nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.30 supl. 1. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0033.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

CEZAR, L.S. A santa, o mar e o navio: Congada e memórias da escravidão no Brasil. **Revista de Antropologia**. USP. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo: v. 58, n.1 p.363-396, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/102111>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. Pesquisa nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.30 s.1., ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300004&lng=pt>. Acesso em: 5 mar. 2015.

COSTA, L.H.R. **Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar**. Florianópolis, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Tese de mestrado em enfermagem. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0400.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

COSTA, J. B. R. **Redes de solidariedade e migração interna: estudo de caso das parteiras tradicionais de Santo Antônio do Descoberto**. Brasília, GO: Universidade de Brasília, 2013. Monografia de Bacharelado em geografia. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7138/1/2013_JulianaBernardesRibeiroDaCosta.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.

CUNHA, M. C. Relações e dimensões entre saberes tradicionais e saber científico. **Revista USP**. São Paulo. n. 75, p.76-84, set.-nov. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13623/15441>> Acesso em: 05/08/2014

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth International. **Jornal of Gynecology e Obstetrics**, v.75, p. s5-s23. USA, nov. 2001.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente: 1300-1800 uma cidade sitiada**. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, **Ciência e saúde coletiva**. Vol.10. n.3. Rio de Janeiro, jul.-set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 20 dez. 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEI, A.L.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da Política de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

FLEURY, S. **Políticas sociais e democratização do poder local**; in: VERGARA, S.C. ; Correa, V.L.A. (Eds.) *Propostas para uma gestão pública municipal efetiva*, 1ª edição, Rio de Janeiro: FGV, 2003.

FOUCAUT, M. **História da sexualidade. v. 1: A vontade de saber**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Editora Grall, 1999.

_____ **Microfísica do poder**. 3ª edição. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2015.

FUNDAÇÃO Cintra. **Plano diretor de desenvolvimento sustentável de Quissamã**. Relatório final, estudos diagnósticos, março de 2006; Disponível em: <http://fsma.nucleoad.net/moodle/pluginfile.php/4239/mod_resource/content/0/cap6.pdf>, Acesso em 22 nov. 2013.

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARAES, A. Do labirinto da história e a memória da história oral: história agora. **Revista de história do tempo presente**, dossiê, 2010.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.1, p.107-113, 2006.

HOBSBAWM E.; RANGER T. (Orgs.). **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 9 – 23, 1984.

ISAACS, D. ; FITZGERALD, D. **Siete Alternativas a la Medicina Basada en la Evidencia**, Departments of Education and Medicine, BMJ, 1999; 319:1618-1618 (18 December) Short reports New Children's Hospital, Westmead, NSW 2145, Austrália. Disponível em: . <<http://www.txoriherrri.org/altmbe.htm> ou <http://www.bmj.com/content/319/7225/1618.full>>. Acesso em: 8 ago. 2013.

LAKATOS, E. M., MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

LANSKY et al Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30 Sup:S192-S207, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

LAVIS J.N. et al. Ferramentas SUPPORT para a elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências, Introdução. **Health Research Policy and System**. 2009, v.7, p.1-13, 2009. Disponível em: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/STP_introducao_portuguese.pdf . Acessado em: 2 jul. 2015.

LEAL et al. Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.30.supl.1. 2014.

LUCAKS, G. **Narrar ou descrever, ensaios sobre a literatura**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

MAIA, M. B. **Humanização do Parto, Política Pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MAINGON, T.D. et al. **Balance y perspectivas de la política social en Venezuela**. Instituto Latino-Americano de Investigaciones Sociales (ILDIS), Venezuela, 2006.

MARCHIORI, M.E.P. et al. **Quissamã**. Instituto Brasileiro do Patrimônio Cultural. Rio de Janeiro, 1991.

MARTINS, H.T.S. **Metodologia qualitativa de pesquisa, educação e pesquisa**. São Paulo, v. 30, n. 2, p 289-300, maio-ago, 2004

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia, capítulo: as técnicas do corpo**. São Paulo, Cosac Naify, 2003, p. 401- 420.

MAZZOTTI, A. J. A. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de pesquisa**. v. 36, n.129. 06 set.-dez. 2010.

MELLO, M. A. S. e VOGEL, A. **Verdade e narrativa: a filosofia das histórias e a contribuição de Wilhelm Schapp para a questão da narrativa e fundamentação de direitos**. Cidade do Porto. **Anais**. Portugal: Comunicação apresentada no VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Universidade do Porto, set.2000.

MEIHY, J.C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**, 2ª edição. São Paulo: Editora Contexto, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição, Brasília:Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2011.

MENEZES, U. T. B. História cativa da memória para um mapeamento no campo das ciências sociais. **Revista Instituto Brasileiro** , n.34, p. 9-24, 1992.

MINAYO, MCS.(org.) **Pesquisa social**. 21ª edição. Petrópolis. RJ: Editora Vozes, 2002.

MORAIS, F. R. R. **A humanização do parto e nascimento os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública Brasileira**, tese de doutorado em psicologia social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010. Disponível em:

<http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM_TESE.pdf>. Acesso em: 14 set.2013.

MOROSINI, L. Nascer é normal. **Radis, comunicação e saúde**. ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro: n.143 p. 16-23, ago. 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_143_webfinal.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2015.

MONTEIRO, M.R. **Homens da cana e hospitais do açúcar: uma arquitetura da saúde no Estado Novo, História, ciência, saúde, Manguinhos**. Rio de Janeiro: v.18, s.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500005>. Acesso em: 31 mai. 2013.

MOTT, M.L. Uma parteira diplomada, in: **Revista nossa história**. Rio de Janeiro: v.2, n.21, p. 28-31, 2005a.

_____. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista gênero**, Niterói: v. 6, n.1, 2005b.

_____. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960) Projeto história, **Revista do programa de estudos de pós graduados em história**. São Paulo: v.25, 2002a. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878> >. Acesso em: 4 abr. 2014.

_____. Parto. Centro Universitário Adventista. **Revista de estudos femininos**. Florianópolis: v.10, n.2. jul-dez. 2002b.

MOTT, M. L. et al. As parteiras eram “tutte quante” italianas , (São Paulo 1870- 1920). **História: questões e debates**, Curitiba: Editora UFPR, n. 47, p. 65-94. 2007.

NEVES, D. P. Trabalho Agrícola. **Gênero e saúde**. Niterói, 1999, nº 7, p. 75- 100

ODENT, M. **O camponês e a parteira**. São Paulo: Editora Groud, 2003.

_____. **A cesariana** São Paulo: Editora Groud , 2004

OLIVEIRA, H. B. **Mascate dos sonhos, memórias de uma quissamaenses**. Espaço Cultural José Carlos Barcelos. Quissamã, 2011.

OMS. **Care in Normal Birth: practical guide**. Genebra: 1996. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1>. Acesso em 20 out. 2015.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In Matos, M.Z.S.de; Soihet R.(org.) **O corpo feminino em debate**.São Paulo: Unesp, 2003, p.13

Plano da Rede Cegonha município, Norte Fluminense, Comitê Regional da Rede Cegonha, 2005

PORTO, M. S. G. **Crise social e multiculturalismo: estudos sociologia para o séc. XXI: violência e legitimidade**. São Paulo: Editora Hucitec , 2003.

PORTELLI, A **Memória e diálogo: desafios da história oral para a ideologia do sec. XXI.** in: FERREIRA M. M.; FERNANDES, T.M.; ALBERTI, F. (orgs.). RJ: Editora FIOCRUZ, 2000.p67 a p72. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/2k2mb/pdf/ferreira-9788575412879.pdf>. Acesso: 28 nov. 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas, comunicação saúde educação **Revista Interface**, v.13, supl.1, p.759-68, 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s>. Acessível em: 12 nov.2015.

RESENDE, J. **Obstetrícia**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1982.

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

SACCARO, E. A. **A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais.** Bauru, São Paulo, 2009 Trabalho de Conclusão de Curso, Bacharel em Comunicação Social, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Universidade Estadual Paulista, 2009. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/120909/saccaro_ea_tcc_bauru.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessível em: 17 fev. 2015.

SANDALL et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Editorial Group:** Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Published Online, 21 ago.2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clabout/articles/PREG/frame.html>>. Acesso em: 10 de mar.2015.

SACKETT et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**. 1996; pp 71-72 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>. Acessível em 8 mar. 2015.

SANTOS, B. S. de; MENESES, M. P.; NUNES, J. A. **Introdução: Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo.**In: SANTOS, B. S. de (org.). Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2005, p 21-25.

SANTOS, M. S. **Memória coletiva e teoria social.** São Paulo: Editora Anna Blume, 2003.

SANTOS, L.G. Saber tradicional x saber científico. **Artigo publicado no livro povos indígenas no Brasil.** 2001 a 2005- ISA{ 2005}. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_institucional/Saber_tradicional_saber_cientifico.pdf. Acesso em 22 de jun 2014.

SANTOS, S. M. **Parteiras tradicionais da região do entorno de Brasília.** 2010 tese (doutorado) Universidade de História de Brasília. Distrito Federal. Brasília. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7309,05/08/2014>

SANTOS et al. A memória, o controle das lembranças e a pesquisa em história da Enfermagem. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v 15 n.3: 2011, pp 616-621, jul.-set. 2011. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=687. Acesso em 28 nov.2014.

SEIBERT. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, 2005; v 13, pp.245-251. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>. Acesso em 15 dez 2014

SILVA, T. M. A. **Curiosas, Obstetizas, Enfermeiras Obstétricas: a presença das parteiras na Saúde Pública brasileira, 1930-1972**. Rio de Janeiro. 2010. Tese de doutorado apresentada ao curso de pós-graduação em História das Ciências da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-31568>. Acesso em 05/03/2014.

SILVA, T.M.A.; FERREIRA, L.O. A higienização das parteiras curiosas: o serviço especial de saúde pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). **Hist.ciênc.saúde**. Mangueiras, v 18(supl.1): pp 95-112, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/06.pdf>. Acesso em 20 nov. 2015.

SIMÕES, T.M. **Políticas de previdências e saúde no trabalho e os trabalhadores e trabalhadoras canavieiras de Campos dos Goytacazes**. Rio Janeiro, 2013. Dissertação(Pós Graduação Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade), Instituto Ciências Humanas e Sociais, UFRRJ, 2013. Disponível em: <http://www.mstemdados.org/sites/default/files/2013%20Disserta%C3%A7%C3%A3o-Tiago-Martins-Sim%C3%B5es.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016

SOUSA, N. A. **Sábias Mulheres: uma investigação de gênero sobre parteiras no sertão do Ceará (1960- 2000)** Rio de Janeiro, 2007. Tese de doutorado pós- Graduação em História Social, Instituto de Filosofia em Ciências Sociais, UFRJ, abr. 2007. Disponível em <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp058048.pdf>. Acesso em: 10/06/2014.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil** Ilha de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. Tese.(programa de pós-graduação em antropologia) Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>. Acesso em 1 dez 2015.

_____. **Parteiras Populares: entre o folclore e a escuta**. **Revista gênero**. Niterói: v 6, n 1, p 61-80, 2, set. 2005. Disponível em: <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/download/197/133>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

SITES:

CENTRO COCHRANE DO BRASIL.

Disponível em: <<http://www.centrocochranedobrasil.org.br/artic.>> 12/02/16

DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>

COFEN. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/>>

CREMERJ Disponível em <http://www.cremerj.org.br/resolucoes/>;

IPHAN Disponível em: <<http://portal.iphan.gov.br/noticias/detalhes/3544/minc-e-iphan-se-reunem-para-debater-o-patrimonio-imaterial-brasileiro>>

OPAS. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>>

RIPSA Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/>>

APÊNDICES

APÊNDICE A

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Referência: Saberes tradicionais relativos ao parto natural e a Política de Parto e Nascimento interior do Rio de Janeiro: um estudo de caso em Quissamã

Pesquisador Responsável: Sheila Maria dos Santos Batista

Eu, Viviam Marins Azevedo, ocupante do cargo de Secretária de Saúde da Prefeitura Municipal de Quissamã, AUTORIZO a realização do projeto de pesquisa intitulado “Saberes tradicionais relativos ao parto natural e a política de parto e nascimento no interior do Rio de Janeiro: Um estudo de caso em Quissamã” após a aprovação deste pelo CEP/UFRJ-MACAÉ. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaro ter ciência de que esta Instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa por ela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Macaé, ____ de _____ de 20__.

ASSINATURA: _____

CARIMBO:

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****“Saberes tradicionais relativos ao parto natural e a política de parto e nascimento no interior do Rio de Janeiro: Um estudo de caso em Quissamã”**

Nome do Voluntário: _____

Convidamos a Sra. para participar da Pesquisa “Saberes tradicionais relativos ao parto natural e a política de parto e nascimento no interior do Rio de Janeiro: Um estudo de caso em Quissamã”, sob a responsabilidade da pesquisadora, Sheila Maria dos Santos Batista, a qual pretende Investigar e analisar a prática, os saberes e a formação de mulheres parteiras no município de Quissamã - RJ, a partir da década de 1960, em diálogo com a atual Política de Humanização do Parto e Nascimento preconizado pelo Ministério da Saúde.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas individuais, que poderão ocorrer em dois ou três encontros com duração em torno de uma hora e trinta minutos, pois você será convidada a falar sobre sua experiência enquanto parteira no município.

A sua participação na pesquisa poderá incorrer no risco de se sentir constrangida com algumas perguntas, no entanto, estarei apoiando e, se for o caso, poderá se recusar a respondê-las. Se você aceitar participar, estará contribuindo para divulgação do papel das parteiras no município, bem como, para discussões a respeito do parto natural nas políticas atuais.

A Sra., tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, e utilizaremos seu nome ou apelido nos relatos, de acordo com sua escolha. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua José Ribeiro da Silva 114, Quissamã-telefone, 22 997286654 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRJ - Macaé, na Rua Aloísio da Silva Gomes no. 50 Prédio X Sala XX - Granja dos Cavaleiros, Macaé - CEP: 27930-560 TEL.: (22) 2796-2552 email: cepufrijmacae@gmail.com . Consentimento Pós-Infomação

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Eu, _____, fui informado sobre a pesquisa e os benefícios da minha colaboração. Por isso, eu concordo em participar da mesma, sabendo que não vou ser remunerada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ /___/___

(Assinatura do voluntário) _____ dia mês ano

_____ (Nome do voluntário – letra de forma)

_____ /___/___

(Assinatura do pesquisador)

_____ (Nome do pesquisador – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao voluntário indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir por ele.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista: Parteiras tradicionais

I- IDENTIFICAÇÃO:

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Data: _____ Local da entrevista: _____

II - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTEIRAS :

1- Identificação :

Nome: _____ Apelido _____

Gostaria que fosse utilizado nome ou apelido nos relatos? _____

Data nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____

Estado civil: _____

Nº filhos: _____ Tipo de parto: _____

Idade com que fez o primeiro parto: _____

III-QUESTÕES ACERCA :

1- Conhecimento – Apropriação e transmissão

- A) Fale como aprendeu a fazer partos (como ocorreu a primeira experiência, quando, com quem aprendeu, idade na época da primeira experiência?)
- B) Teve alguma orientação ?
- C) Fez orientação para outras mulheres fazerem parto?

2- Conhecimento – Interação com as gestantes/ parturientes

- A) Como era o contato com as gestantes para fazer um parto ? (ocorria na gestação ou somente na hora do parto)
- B) Cuidado com a mulher no pós-parto (quem cuidava dessa mulher, banho do bebê e outros cuidados) ?
- C) O familiar participava dos partos?

3- Conhecimento – Prática e procedimentos

- A) Como se preparava para os partos (em casa e na casa das mulheres, havia bolsa ou kit de partos, quais cuidados tinha com o material)?
- B) O que considera que seja um “Bom Parto”?
- C) Fale um pouco mais sobre os partos feitos em casa (em que local da casa ocorriam, como cortava o cordão, amamentação, cuidados com o cordão, resguardo?).

D) Você pode relatar situações de partos difíceis?

E) Como recebia ajuda, nos partos ?

IV – Conhecimento tradicional – Ritos e crenças

A) Você pode relatar se usava óleos, escalda - pés, simpatia, alimentação ou jejum durante o parto ?

B) Você pode relatar se usava no parto e resguardo (rezas, alimentação fria ou quente, uso de chás, cuidado com o umbigo do bebe, etc.)?

IV -Remuneração

A) Recebia alguma gratificação pelo parto? (Presentes ou dinheiro)

V- Políticas municipais

A) Se lembra se alguma vez foi impedida de fazer o parto ou encontrou alguma dificuldade pra fazer o parto de alguém? Por que?

B) Quando precisava de ajuda do médico ele vinha ou tinha que levar a mulher até o hospital?

C) Quem comprava o material para o parto? Onde?

D) A senhora tinha que andar muito pra chegar na casa das mulheres para fazer o parto? Como a senhora fazia? Ia a pé mesmo ou tinha outro tipo de condução?

E) O que via como dificuldade para realizar os partos (materiais, distância das casas, recebia ajuda do hospital da usina para realizar os partos, outros)?

F) A senhora conhecia outras parteiras? Quem são elas? A senhora fazia algum tipo de anotação sobre os partos?

G) Quando parou de fazer parto e como isso foi ocorrendo?

H) Como percebe os partos hoje. Como orientaria uma gestante hoje a realizar o parto, normal ou cesariana? Por quê?

APÊNDICE D**ROTEIRO DE ENTREVISTA 2 – Parteiras que realizaram partos na unidade hospitalar****I- IDENTIFICAÇÃO:**

- 1- Entrevistador: _____
 Entrevistado: _____
 Data: _____ Local da entrevista: _____

II – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTEIRAS :

- 4- Identificação :
- Nome: _____ Apelido _____
 Gostaria que fosse colocado nome ou apelido nos relatos _____
 Data nascimento: _____ Idade: _____
 Escolaridade : _____ Formação _____
 Religião: _____ Estado civil : _____
 nº filhos: _____ Tipo de parto: _____
 Idade que fez primeiro parto : _____

III- QUESTÕES ACERCA :**1- Conhecimento – apropriação e transmissão**

- A) Fale como aprendeu a fazer partos (como ocorreu a primeira experiência, quando, com quem aprendeu, idade na época da primeira experiência)?
 B) Fez algum curso (incluía parte teórica e ou só prática)?
 C) Fez orientação para outras mulheres fazerem parto?

5- Conhecimento, interação com a paciente

- A) Quem fazia o primeiro atendimento da gestante no hospital?
 B) Havia presença de algum familiar acompanhando os partos (família, marido, outros)?
 C) Cuidado com a mulher no pós parto (quantos dias ficava no hospital, quem cuidava dessa mulher, banho do bebê e outros cuidados)?

6- Conhecimento - Prática e procedimentos

- A) Como a mulher era avaliada ao chegar no hospital e qual conduta (quem examinava, quais procedimentos eram realizados) ?
 B) O que considera que seja um Bom Parto ?
 C) Fale um pouco mais sobre os partos ao hospital (em que local ocorria, qual a posição escolhida para nascer (na maca ginecológica ou outro local), como sabia se o neném estava na

posição boa para nascer, e se não tivesse como fazia (fazia versão externa,)? Alimentação da paciente, o toque vaginal, a bolsa se rompia sozinha ou não, o parto em si como ocorria, como protegia o períneo para não rasgar, o corte do cordão (o que usava para cortar, esperava ou cortava logo com a saída do bebe), amamentação ?

D) Partos difíceis, lembra de algum caso (tinha ajuda, o que usava, o médico estava presente)?

E) Fazia partos nos domicílios ? (como ocorriam, relate , o que era diferente nessa prática)

IV – Conhecimento tradicional – Ritos e crenças

A) Usava chás, óleos, escalda - pés, simpatia, alimentação ou jejum durante o parto ?

B) No pós - parto e resguardo (a alimentação era fria ou quente, cuidado com o umbigo do bebe)? Quem ensinou esses cuidados?

V –Recompensa e remuneração

A) Recebia gratificação pelos partos (recompensa, remuneração)?

B) Como era o contrato de trabalho e o horário ?

C) Pagamento pelos partos no domicílio (com dinheiro ou com alimentos) ?

VI –Políticas municipais

A) Sabe dizer quantas parteiras faziam parto no município. Quem são elas?

B) Elas tinham contato com o hospital?

C) O que via como dificuldade para realizar os partos (materiais, etc.)?

D) Quando parou de fazer parto e como isso foi ocorrendo ?

E) Como percebe os partos hoje. A senhora indicaria o parto normal ou cesárea. ?

VI - Registros dos partos

A) Fazia registros sobre mulher, parto ?

APÊNDICE E**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS**

Referência: “Saberes tradicionais relativos ao parto natural e a Política de Parto e Nascimento no interior do Rio de Janeiro: Um estudo de caso em Quissamã“

Pesquisador Responsável: Sheila Maria dos Santos Batista

Eu _____ CPF _____, RG _____

, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Sheila Maria dos Santos Batista do projeto de pesquisa intitulado “Saberes tradicionais relativos ao parto natural e a política de parto e nascimento no interior do Rio de Janeiro: Um estudo de caso em Quissamã“ a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

Macaé-RJ, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Voluntário(a) ou responsável legal

Pesquisador Responsável:

Impressão Datiloscópica

