



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Brunetto Verruck Acker, Justina Inês; Annoni, Fabrina; Carreno, Ioná; Hahn, Giselda Veronice; Gotler
Medeiros, Cássia Regina

As parteiras e o cuidado com o nascimento

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 59, núm. 5, septiembre-octubre, 2006, pp. 647-651

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019619010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

As parteiras e o cuidado com o nascimento

Midwives and care in childbirth

Las parteras y la atención con el nacimiento

Justina Inês Brunetto Verruck Acker

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSC. Coordenadora e Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS.
fvacker@uol.com.br

Fabrina Annoni

Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS.
fabrinaannoni@hotmail.com

Ioná Carreno

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde - Saúde Coletiva, Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS.
icarreno@univates.br

Giselda Veronice Hahn

Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS

Endereço para contato:

Rua José Kreling, 230, Cx. Postal 233, 95.900-000, Lajeado, RS
giselda@beyondnet.com.br

Cássia Regina Gotler Medeiros

Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, RS.
cassiargm@terra.com.br

RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer o cuidado das parteiras com o nascimento no século passado. É um estudo de abordagem qualitativa tendo como referencial a Análise de Conteúdo. Os informantes foram quatro parteiras e emergiram cinco categorias: A motivação para ser parteira; A aprendizagem do fazer da parteira; A contextualização do fazer da parteira; O desenvolvimento do cuidado; As compensações do trabalho. As parteiras buscaram a ocupação por uma necessidade institucional e de trabalho. Aprenderam em cursos e com a prática. Sendo precárias as condições no domicílio, realizavam a maioria dos partos no hospital. Realizavam cuidados à mãe e ao bebê. Destaca-se a paciência para que o parto fosse normal. Realizavam seu trabalho com desprendimento, pois a compensação vinha pelo reconhecimento social.

Descritores: Enfermagem prática; Parto domiciliar; História da Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed at knowing the care in childbirths conducted by midwives by the middle of 20th century. It is a study of qualitative approach using as reference the Content Analysis. Four midwives were interviewed. Five categories emerged: Motivation to be a midwife; learning to be a midwife; positioning the midwife's work; developing care; work compensation. Midwives sought this occupation for institutional and job need. They learned the work in courses and practice. At home, conditions were poor, and in hospitals, they conducted the majority of the childbirth. They took the necessary care for mother and child. They have reported to be patient so that mothers could have normal childbirth. They conducted with selflessness because social recognition was their compensation.

Descriptors: Practical nursing; Home childbirth; Nursing history.

RESUMEN

En este estudio hemos tenido el objetivo de conocer el cuidado con el nacimiento hecho por parteras, en la mitad del siglo pasado. Es un estudio de abordaje cualitativo, utilizando el análisis de contenido. Fueron entrevistadas cuatro parteras. Han surgido cinco categorías: motivación para ser partera; aprendizaje del trabajo de ser partera; contextualización del trabajo de partera; desarrollo del cuidado; compensación del trabajo. Las parteras han buscado la ocupación por una necesidad institucional y de trabajo. Han aprendido en cursos y con la práctica. En las viviendas las condiciones eran precarias y realizaban la mayoría de los partos en el hospital. Seguían los cuidados indispensables a la madre y al hijo. Cuentan que tenían mucha paciencia para que el parto fuera normal. Han realizado su trabajo con desprendimiento, pues la compensación venía por el reconocimiento social.

Descriptores: Enfermería práctica; Parto domiciliar; Historia de la enfermería.

Acker JIBV, Annoni F, Carreno I, Hahn GV, Medeiros CRG. As parteiras e o cuidado com o nascimento. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5):647-51.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa é fruto das atividades do grupo de estudo "A trajetória do cuidar em saúde na região do Vale do Taquari" que integra docentes e discentes do curso de enfermagem do Centro Universitário UNIVATES, cujo objetivo foi conhecer o cuidado das parteiras com o nascimento, em meados do século passado, na região do Vale do Taquari, RS.

Os rituais que cercam o nascimento modificaram-se ao longo do tempo, em virtude de influências significativas do avanço da ciência. O nascimento já foi parte do cotidiano das famílias. Acompanhado por mulheres parteiras no domicílio e marcado por grande envolvimento afetivo, permitia que a natureza agisse sem interferências.

Atualmente o nascimento está cercado de procedimentos técnicos desenvolvidos para aumentar a segurança do parto, porém está afastado da família, do componente humano e afetivo.

Para a realização da pesquisa identificamos na comunidade parteiras que realizavam partos domiciliares e hospitalares, buscando resgatar a cultura do nascimento da época.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo de abordagem qualitativa foi realizado em três municípios da Região do Vale do Taquari, situados no interior do RS, que compõem a área de abrangência do Centro Universitário UNIVATES.

Realizamos entrevistas semi-estruturadas com quatro parteiras identificadas aleatoriamente na comunidade, as quais faziam partos domiciliares e hospitalares. As entrevistas ocorreram em outubro de 2003 em suas residências.

Para análise dos dados, utilizamos o método de Análise de Conteúdo de Bardin⁽¹⁾. Da análise dos dados das entrevistas com as informantes emergiram cinco categorias: a) A motivação para ser parteira; b) A aprendizagem do fazer da parteira; c) A contextualização do fazer da parteira; d) O desenvolvimento do cuidado; e) As compensações do trabalho.

Os nomes das parteiras são simbólicos, a fim de resguardar sua identidade.

Conforme os preceitos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽²⁾, as parteiras assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contém todas as informações referentes à pesquisa, bem como ao anonimato e sigilo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A concepção, a gravidez e o parto são alguns dos fenômenos naturais que ocorrem na vida da maioria das mulheres. Estes fenômenos sofrem influências sócio-culturais do meio, principalmente as relacionadas ao ritual do nascimento, que está cercado de simbologia, ligada a determinantes culturais⁽³⁾.

A sociedade dispõe de regras que regulam a vida das pessoas, entre elas citamos as relacionadas ao nascimento que modificam a universalidade dos fatos biológicos. Tais regras especificam o local apropriado para a ocorrência do parto, determinam as pessoas que podem assisti-lo, indicam o comportamento mais apropriado à mulher no decorrer do processo e até a forma de reagir ao nascimento do bebê. "Dar a luz a uma criança nunca é simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definitivo e desenvolvido num ambiente cultural"⁽⁴⁾.

O nascimento é um evento carregado de significados e tratado comportamentalmente diferente nas diversas sociedades. Estas sociedades, representadas por diferentes grupos étnicos, raciais, religiosos e mesmo classes sociais, marcadas por múltiplas e diferentes culturas, possuem uma diversidade de orientações em relação à saúde, bem como em relação a métodos e práticas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. Vários autores se referem a eles como rituais. Monticelli⁽⁵⁾ relata que os ritos de passagem são rituais que representam a forma através da qual as pessoas se relacionam e desenvolvem diferentes papéis sociais. Os rituais caracterizam-se pelo seu alto teor simbólico e por serem vivenciados de forma compartilhada. Junqueira⁽⁶⁾ define ritos como o conjunto de atos e práticas desenvolvidas da mesma forma em determinados momentos, trazendo em si um simbolismo corporificado e eternizado.

Em algumas comunidades, o rito do nascimento era cercado de várias crenças e tabus, entre eles o de o sangue ser considerado contaminado, como ilustra o estudo de Faithorn apud Monticelli⁽⁵⁾. Por esse motivo, muitas vezes, a mulher era retirada do lar para ter o bebê. Depois era proibida de cozinhar e de compartilhar a cama com o marido. A placenta e o cordão umbilical eram enterrados pela própria parteira. No estudo de Laderman apud Monticelli⁽⁵⁾, o resultado do parto dependia da harmonia do feto e da mãe, e desta com a parteira, sendo ela sempre alguém de confiança da gestante e escolhida com antecedência para firmar este elo.

A assistência à mulher durante o parto foi realizada durante muito tempo por outras mulheres, chamadas de parteiras ou assistentes de parto. Estas podiam ser amigas, mães, vizinhas ou pessoas escolhidas nas comunidades, consideradas capazes de colaborar com a futura mãe em alguma tarefa relacionada ao parto⁽⁶⁾. Até o século XVII, quando surgiram os primeiros e escassos parteiros, era tarefa exclusiva da mulher.

Maldonado⁽⁷⁾ concorda com esta afirmação, porém lembra que no campo os homens que atendiam o parto de animais também auxiliavam o nascimento de crianças; ao contrário dos homens da cidade como artesãos, comerciantes e escrivães, que nada sabiam fazer no momento do nascimento. As parteiras eram nomeadas pelo sacerdote ou pela assembléia de mulheres, cuja presença contribuía para um clima favorável à parturiente. Além disso, era fundamental a presença da mãe da parturiente.

Maia apud Neves⁽⁸⁾ afirma que a profissão parteira é uma das mais antigas, já reconhecida na Bíblia, no livro do Êxodo. Há relatos dando conta de que as parteiras deveriam ser asseadas, sem vícios, idôneas, honestas, preferencialmente viúvas, possuir destreza manual, conhecimentos fisiológicos, bem como conhecer os rituais ligados ao nascimento.

Neves⁽⁸⁾ auxilia-nos a refletir sobre o ritual do parto como um momento de integração entre seres humanos, principalmente entre mulheres.

A parturição sempre teve o poder de agrupar mulheres, vizinhas, amigas e parentes próximas em volta da parturiente, gerando amizades profundas, comadrismos, um grande número de crenças acompanhadas de um universo simbólico, além de invocações aos mais diversos santos (...).

De qualquer forma, a autora continua, "(...) o que sabemos é que elas trabalharam, e muito, desde os primórdios da civilização, sem uma remuneração concreta, sem horário cronometrado e, às vezes, até sem preparação para tal função".

Segundo Helman⁽⁹⁾, grande parte do conhecimento das parteiras era adquirido por meio da própria experiência de gravidez e parto. A partir da última metade do século XIX, as parteiras foram gradualmente sendo incorporadas ao sistema médico, mesmo havendo oposição por alguns destes profissionais, cabendo às parteiras, porém, a execução do parto normal. Para o autor, a maioria dos bebês veio ao mundo por meio das mãos das "assistentes tradicionais de parto", do sexo feminino, especialmente nas zonas rurais dos países em desenvolvimento. Além de ajudar no parto, elas prestavam cuidados antes e após o nascimento, cumprindo rituais importantes de acordo com a cultura local. São chamadas de Parteiras no México, Comadronas em Porto rico, Nanas na Jamaica, Daías na Índia e as Dayas no Egito. No Brasil, registram-se denominações de Curiosa, Comadre, Leiga, Domiciliar, Aparadeira, Capoteira, Habilidosa, Entendida e Assistente.

As crenças relacionadas principalmente à gestação e ao parto têm sofrido modificações ao longo dos séculos, acompanhando a evolução tecnológica na área da saúde. O parto passou de uma atividade empírica, realizada por pessoas leigas, a uma prática institucional, realizada dentro dos hospitais pelos médicos.

Rezende⁽¹⁰⁾ refere-se ao cuidado prestado pelas primeiras parteiras como sendo guiado pela ignorância e por pouco discernimento. Eram transmitidos de geração em geração práticas desarmozoadas, feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações, que mais poderiam complicar a parturição do que auxiliar. Para o autor, as mulheres mais velhas, com multiparidade cumprida, passaram a cuidar com conselhos e práticas diversas as principiantes, porém, eram ignorantes, feiteiras, sendo seus préstimos discutíveis. Como aspecto positivo ressalta apenas a ajuda psicológica prestada por elas às mulheres na hora do parto.

Em uma breve recapitulação histórica, verificamos que entre os séculos XVI e XVII, o cirurgião começa a despontar neste cenário. Conforme Foucault⁽¹¹⁾, até o século XVI, na Europa, a noção de cirurgia era tarefa de homens rudes e ignorantes. Por esse motivo, a obstetria era deixada a cargo das mulheres. Somente em casos mais graves, recorria-se ao cirurgião ou ao médico. Alguns depoimentos coletados por Magalhães apud Foucault⁽¹¹⁾ atestam a raridade com que se solicitava a presença de um médico no

momento do parto, dando preferência às parteiras, em virtude do excesso de pudor em relação ao profissional homem. Porém, gradativamente, o parto deixa de ser um “assunto de mulheres”, e passa a ser uma atribuição médica, cada vez mais complexa.

A cadeira obstétrica, popularmente utilizada até então, deixou de ser carregada para a casa da parturiente e passou a ser utilizada apenas pela nobreza, pois integrava o enxoval da noiva. Eram ricamente esculpidas e forradas de veludo⁽⁷⁾.

Com a introdução da mesa de parto, das argolas e das correias, a mulher passa a dar a luz a seu bebê, deitada. A posição de decúbito dorsal começa a ser utilizada para facilitar o trabalho médico e a utilização de seus instrumentos. Posteriormente, surgem os refletores. O pai, pouco presente até então, é cada vez mais excluído deste processo⁽⁷⁾.

Rhoden⁽¹²⁾, em um extenso estudo, relata que, na Europa, em 1799, havia exames para ganhar o título de cirurgião. Esse tipo de formação breve também caracterizava a das parteiras, que deveriam submeter-se a um exame para obtenção da carta que regularizava a profissão. Em 1832, no Brasil, foi criado um curso de partos para as senhoras parteiras, para que aprendessem, de acordo com os preceitos da ciência, a maneira correta de atender as mulheres no momento do parto e dispensar os primeiros cuidados com a criança. Propagou-se, então, a idéia das parteiras com certificado concedido pelos médicos. Mais qualificadas, tomaram-se legítimas e requisitadas pelas famílias mais poderosas. Nesta época, desembarcam no Rio de Janeiro, parteiras francesas formadas, com novas técnicas e prescrições.

Por volta de 1978, tendo em vista o fortalecimento da medicina nesta área, passou-se a atribuir às parteiras a freqüente infecção puerperal justificando-a com a falta de higiene e assepsia. Os médicos também combatiam as técnicas de aborto, segundo eles, conhecidas e executadas pelas parteiras em qualquer situação⁽¹⁰⁾.

Portanto, a medicina vai tomando a frente do gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Aos poucos, vão surgindo as especializações e as práticas relativas ao manejo do corpo feminino. No final do século XIX, surgem, no RJ, as primeiras maternidades. As parteiras diplomadas são convidadas a trabalhar sob o controle absoluto dos médicos⁽¹⁴⁾.

A institucionalização do parto nos hospitais começou a partir de 1930, quando o índice de partos hospitalares superou o de partos domiciliares, tornando-se um ato quase que exclusivamente médico⁽⁹⁾. A institucionalização do atendimento médico e do parto torna-o medicalizado. Conseqüentemente, a mulher deixa de ser sujeito da ação para tornar-se objeto. Além disso, a internação hospitalar favorece a separação da gestante de sua família, despoja a mulher de suas referências e torna-a uma propriedade da instituição.

Assim, o nascimento de um novo ser torna-se um processo desumano, artificial e complexo, pois ocorre distante do ambiente familiar. Pais e mães sentem-se cada vez mais incompetentes e despreparados para o parto⁽¹³⁾.

Em relação à enfermagem, estudo feito por Simões¹⁴ revelou que a inserção da enfermeira nas propostas e políticas de assistência ao parto e nascimento ocorreu apenas no início do século passado, apresentando um caráter essencialmente de prevenção e de educação das mães. À enfermeira de saúde pública, cabia difundir e aconselhar, nas visitas domiciliares, preceitos de higiene, bem como orientar as mães sobre os meios de manter sua prole sadia, para evitar ou curar males e regularizar a alimentação. Este modo de inserção pode ser classificado como operacional, pois se revestia da repetição de ações, visando minimizar problemas nesta área. “Assim, a enfermeira teve um papel de fazer, de produzir, de tratar e de cuidar da saúde da mulher e de sua prole (...)”.

A primeira referência a um ensino voltado à obstetrícia e puericultura para enfermeiras foi no primeiro currículo do curso de enfermagem, proposto e implementado pela escola Ana Néri em 1923. Nos últimos quatro meses de formação, os conteúdos eram voltados aos princípios e organização da higiene infantil; higiene pré-natal; cuidados e ensino a grupos de mães e de crianças; causas da mortalidade infantil; leis sobre saúde e higiene e manutenção da saúde.

Segundo a mesma autora⁽¹⁴⁾, o conhecimento teórico sobre o assunto não foi acompanhado de atividades práticas, o que contribuiu para a implementação inadequada das normas estabelecidas na legislação do governo brasileiro. Hoje, com o incentivo do Ministério da Saúde, está sendo resgatada, na formação e atuação de enfermeiras obstétricas, através da criação de vários cursos de especialização e residência em enfermagem obstétrica, a humanização do parto, do nascimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os sujeitos do estudo

Nome fictício	Descrição
Santa	83 anos; origem alemã; tem 2º Grau; viúva; 02 filhos; moradia própria; recebe aposentadoria dela e do marido.
Madalena	71 anos; origem alemã; estudou até a 5ª série; casada; tem 03 filhos vivos e 1 natimorto; possui moradia própria.
Angélica	70 anos; também de origem alemã; estudou até a 4ª série ginásial; é viúva; tem 03 filhos; possui moradia própria.
Bela	63 anos; de origem alemã; estudou até 5ª série do ensino fundamental; casada; tem 01 filho.

Quadro 1. Descrição dos participantes.

A partir da análise dos dados, emergiram 05 categorias: a) A motivação para ser parteira; b) A aprendizagem do fazer da parteira; c) A contextualização do fazer da parteira; d) O desenvolvimento do cuidado; e) As compensações do trabalho.

4.1 Motivação para ser parteira

Segundo os dados, três informantes tomaram-se parteiras por necessidade social e somente uma por opção pessoal.

Três parteiras começaram a trabalhar em hospitais da região ainda bastante jovens, uma, com 13 anos de idade. Iniciaram fazendo várias atividades: duas como atendentes de enfermagem e uma na cozinha.

Depois passaram a auxiliar nos partos, e, por necessidade do hospital, foi-lhes recomendado fazer o curso para parteiras.

Apenas uma relatou que:

“desde criança eu me envolvia sempre com crianças,... e então eu sempre pensei quando eu crescer eu vou ser uma enfermeira ou uma parteira, trazer nenê no mundo, e com 17 anos eu já comecei a conseguir meu sonho...” (Santa).

Ela acredita ter o dom de ser parteira, pois para isso “precisa ter muita paciência” (Santa). Após seu casamento, o marido preferia que ela não trabalhasse, mas ela continuou, pois era muito procurada pelas pessoas.

Mesmo tendo sido convidada para fazer medicina, recusou, preferindo ser parteira.

4.2 A aprendizagem do fazer da parteira

Os dados levantados mostram que o fazer das parteiras foi aprendido de duas maneiras: somente com a prática ou através de cursos específicos.

Das quatro parteiras entrevistadas, apenas uma delas não fez curso para desenvolver a ocupação. Bela aprendeu a fazer partos, acompanhando as demais parteiras e o médico nos procedimentos. Relata que, aos 15 anos, atendia os doentes e, aos 19 anos, já fazia partos sem distócia, tanto nos domicílios como nos hospitais.

As parteiras Santa, Madalena e Angélica freqüentaram cursos promovidos pelos hospitais, que duravam aproximadamente seis meses. As aulas, de enfermagem obstétrica, obstetrícia patológica e ginecologia, eram ministradas por médicos e parteiras. Após as aulas teóricas, realizavam práticas nos hospitais. Segundo Rhoden¹², no Brasil, as parteiras passaram a trabalhar com certificado concedido pelos médicos a partir de 1832.

4.3 A Contextualização do fazer da parteira

Conforme os relatos, todas as informantes realizavam partos domiciliares. Sempre que a família desejasse, eram chamadas para atender a gestante. O deslocamento responsabilidade da família. Uma delas diz que ia de táxi ou a pé; outra afirmou que, por ser no interior, traziam um cavalo para que ela fosse até a residência da gestante. Algumas vezes cavalgava horas e atravessava o rio com caíque (pequena embarcação para transportes a curtas distâncias)⁽¹⁵⁾, independente das condições do tempo.

A clientela atendida pelas parteiras era de diferentes raças, crenças e níveis sócio-econômicos. Muitas famílias eram pobres, não tinham acesso a água tratada e energia elétrica. Eventualmente, as parteiras passavam frio e fome durante o período em que permaneciam “ao lado da gestante”, às vezes, por mais de um dia. No parto domiciliar, usavam o que havia de mais limpo na casa. Uma delas relata que foi fazer um parto, mas não tinha bacia para lavar o bebê; retirou o feijão que estava numa bacia que foi utilizada porque não existia outra.

O número de partos realizados varia de acordo com o tempo de ocupação e/ou a região em que residiam. Angélica, diz ter feito mais de nove mil partos, pois foi parteira por mais de 50 anos.

As entrevistadas afirmaram que os partos, quando domiciliares, aconteciam em diversos locais da residência: Santa diz ter realizado um parto numa “roça de aipim”. Normalmente, os partos aconteciam dentro de casa. Era preparado o quarto do casal para realizar o procedimento. As parteiras recebiam auxílio do marido, da mãe ou da vizinha, o que confirma Neves⁽⁸⁾ quando diz que a parturição tinha o poder de agrupar vizinhas e parentes, gerando amizades. Salientamos que, conforme Maldonado⁽⁷⁾, o pai foi gradativamente sendo excluído da vivência do parto.

Geralmente, as outras crianças da família eram encaminhadas para os cuidados dos vizinhos, amigos ou parentes. Segundo Santa, quando os partos aconteciam nos barracos, as crianças “espiavam” e então os vizinhos as “enxotavam”.

As parteiras levavam consigo pinça, tesoura, gaze, cordão, luvas, agulha e fio para sutura, que seriam usados caso ocorresse rompimento do períneo. Todos os demais materiais e utensílios eram pegos na própria casa, entre eles: a bacia, roupas, sendo estas de preferência brancas e limpas.

Três parteiras afirmaram que grande número dos partos por elas realizados acontecia nos hospitais de suas comunidades. Angélica, em seus últimos 20 anos de vida profissional, atuou apenas no hospital. As parteiras relatam que os partos hospitalares eram feitos por elas. O médico somente vinha se houvesse alguma complicação, como, por exemplo, um parto transverso. As demais posições fetais eram atendidas pelas parteiras. De acordo com Helman⁽⁹⁾, foi partir da metade do século XIX que as parteiras foram incorporadas ao sistema médico.

As parteiras relatam que os médicos “exigiam” que fosse feito episiotomia em todos os partos de primigestas. No hospital assumiam o papel de auxiliares dos médicos quando eles estavam presentes. Nos casos de distócia, era utilizado fórceps pelo médico e a parteira só auxiliava.

Uma delas relata que fazia as anestésias com éter sempre que fosse parto cesáreo.

Nas cirurgias eu fazia as anestésias com Éter, usava uma armação tipo bernal com gazes no interior e isto tava adaptado numa luva onde podia ser observado se a pessoa respirava forte ou fraco. Eu ia pingando o éter conforme tava a respiração da pessoa, a gente via na luva, se ficava fraca pingava menos (Bela).

4.4 O Desenvolvimento do cuidado

As parteiras relataram que, na maioria das vezes, faziam o pré-natal das gestantes e, após o parto, realizavam o acompanhamento da puérpera e do bebê. Este dado confirma a literatura apresentada por Laderman apud Monticelli⁽⁵⁾ que diz que a parteira era escolhida com antecedência pela gestante.

Afirmam que nos partos domiciliares nunca perderam “mãe e filho”, ou seja, nunca morreu mãe e filho. Este relato contradiz Rezende⁽¹⁰⁾, ao referir que as parteiras eram causadoras de complicações e morte das mães e dos bebês.

Bela relata que raramente a mãe tinha os pés edemaciados, na opinião dela, porque as mulheres caminhavam mais. Já Santa afirma que quando ela via que os pés estavam muito “inchados”, encaminhava a gestante ao médico. Segundo as informantes, as cesarianas eram raras.

Todas as parteiras faziam uso de proteção pessoal devido ao risco do contato com o sangue. Usavam luvas e lavavam as mãos. Conforme relato de Bela, os materiais eram fervidos, colocados em álcool ou esterilizados, na autoclave do hospital.

Após a expulsão do bebê, mediam o cordão, chegando mais ou menos a 15 centímetros. Uma delas relata que “quando parasse de pulsar”, pinçava e amarrava-o com um cordão que estava no álcool, e depois cortava-o.

Em seguida, mostravam o bebê para a mãe, realizavam o banho de imersão com água morna, limpavam e secavam o bebê. Depois disso, colocavam gazes embebidas com álcool no umbigo e o enfaixavam. A parteira Bela diz que sempre colocava o coto umbilical deitado sobre o lado esquerdo do abdômen do bebê, pois “assim ele ia secar mais rápido”. Madalena diz que o bebê permanecia com a faixa por três semanas, ou seja, durante este período o bebê não recebia banho de imersão. Santa acompanhava o bebê diariamente até cair o “umbigo”, segundo ela, para evitar o tétano. Elas também eram responsáveis por registrar os dados do nascimento.

Olha eu tenho os livros de parto porque eu tinha que levar ao posto de saúde todos os meses para o médico chefe assinar né, porque tinha que registrar o nascimento do filho, a hora, e dos pais. O chefe médico do posto de saúde assinava todos os meses, é o livro de parto (Santa).

Todas as parteiras examinavam a posição fetal apalpando o abdôme. Se as condições fossem favoráveis ao parto normal, atendiam no domicílio. Segundo Santa, quando a bolsa rompia muito cedo, a gestante era encaminhada ao hospital. O parto acontecia com a mãe deitada na cama, com os membros inferiores fletidos. Conforme Maldonado⁽⁷⁾, esta posição facilitava o trabalho do médico e a utilização dos seus instrumentos.

Havia preocupação com a higiene: protegia-se a cama com plástico e sobre ele colocavam um lençol preferencialmente branco e limpo. A pessoa que auxiliava no período expulsivo, normalmente o esposo, a mãe, ou a vizinha, levantava a cabeça da mulher e, se fosse necessário, comprimia o abdômen. Algumas mães gritavam ou eram agressivas; já outras colaboravam com a parteira para agilizar o parto. Após a expulsão da placenta, examinavam “para ver se tinha saído tudo”. Bela relata que o marido enterrava a placenta onde achasse mais conveniente. Este fato faz parte do rito do nascimento, conforme descrito por Faithorn apud Monticelli⁽⁵⁾.

Segundo as parteiras, as mulheres amamentavam e faziam o resguardo, tomando, sempre que possível, sopa de “galinha” após o parto. Além dos cuidados com o parto, as parteiras ajudavam as mulheres nos serviços domésticos. “Matei um frango, fiz sopa, fiz doze cucas, limpei a casa, fiz o parto e lavei tudo” (Santa). Conforme Helmann⁽⁹⁾, este costume fazia parte da cultura das zonas rurais dos países em desenvolvimento.

4.5 As compensações pelo trabalho

Nesta categoria, pudemos perceber duas formas de compensação: o retorno financeiro e o reconhecimento social.

As parteiras recebiam por parto, quando era domiciliar, e um salário, quando o parto era realizado no hospital ao qual estavam vinculadas.

Relatam que o valor era pequeno, o que se confirma considerando que nenhuma delas tem posses de valor.

Nos partos realizados em domicílio, geralmente o trabalho iniciava no pré-natal e terminava após a queda do coto umbilical, mas elas recebiam

apenas pelo parto, o equivalente hoje, a aproximadamente R\$ 35,00.

No hospital, as parteiras realizavam praticamente todos os partos, sendo que os médicos faziam as cesarianas, quando necessário. No entanto, segundo o relato de uma delas, quem recebia o pagamento pelo parto, do antigo INAMPS, eram os médicos. "Enriqueci todos estes médicos velhos daqui" (Santa). Este dado confirma Neves⁽⁶⁾ quando diz que as parteiras trabalhavam muito, sem uma remuneração concreta e um horário cronometrado.

O reconhecimento social parece ser a maior compensação das parteiras pelo seu trabalho. Falam dele com orgulho, dizem que as pessoas vinham buscá-las em casa, preferindo o seu atendimento ao do médico.

Uma delas relatou que a chamavam de "Santa", e que tinha clientes de outras cidades que vinham de avião para ter o bebê com ela.

"Ainda hoje as mulheres trazem as bisnetas para eu conhecer" (Santa).

Às vezes ganhavam presentes como agradecimento pelo atendimento dispensado.

A satisfação vinha também pelo trabalho realizado. "Era muito emocionante, a gente até chorava de alegria" (Bela).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo olhar das parteiras, conhecemos uma parte da realidade dos partos e nascimentos ocorridos na Região do Vale do Taquari, em meados do século passado. Observamos que a transição dos partos domiciliares para hospitalares intensificou-se por volta da década de 50 e atingiu o máximo da inversão (a maioria hospitalar) na década de 80, principalmente na zona rural.

Verificamos que a maioria das parteiras buscou a ocupação devido a uma necessidade institucional (dos hospitais) e de trabalho. Mesmo assim, tornaram-se referência nas suas comunidades e, por isso, foram muito

solicitadas para realizar partos domiciliares.

As parteiras aprenderam os cuidados com o parto e o nascimento em cursos específicos, para onde eram encaminhadas pelos próprios hospitais. No entanto, este conhecimento era completado com a prática do cotidiano.

Nos domicílios, as condições eram precárias e improvisadas. Embora, hoje, a forma de preparo do material para utilização no atendimento ao parto não seja considerada correta, segundo elas, nunca morreram mãe ou filho "nas mãos delas". Este relato requer estudos mais aprofundados, para identificar se houve complicações decorrentes dos partos por elas atendidos.

Constatamos, através dos relatos que, no hospital, a maioria dos partos eram realizados pelas parteiras, exceto os partos com distócia e as cesarianas, que eram realizados por médicos aos quais algumas delas auxiliavam, cumprindo inclusive a função de anestesta.

Percebemos que as parteiras seguiam uma sistemática de cuidados, entendida hoje como empírica. Todas cumpriam as etapas básicas de cuidados indispensáveis à mãe e ao bebê. Os procedimentos eram semelhantes entre as parteiras, mas adaptados a cada especificidade social, familiar e cultural.

Foi unanimidade entre as parteiras o fato de terem tido muita paciência e calma para que o parto fosse normal, aguardando o tempo que fosse necessário para o nascimento do bebê. Outro aspecto relatado foi o uso da criatividade, improvisando o cuidado, especialmente quando se tratava de parto domiciliar em famílias com menor poder aquisitivo. Vale salientar que muitas dessas famílias eram de agricultores, que, na época, na maioria das vezes, não tinham condições de pagar pelo atendimento hospitalar.

Ao longo deste estudo, pudemos perceber que as parteiras realizaram seu trabalho com muita dedicação e empenho, cuja compensação, na maioria das vezes, dava-se pelo reconhecimento social e pela alegria do parto e nascimento saudáveis.

Em suma, o momento do nascimento sempre será descrito como sendo individual e único, podendo ser carregado de simbolismos, tanto para a mãe como para a pessoa que presta o cuidado. Dessa forma, entendemos ser este um objeto de contínuos estudos, nas mais diferentes abordagens.

REFERÊNCIAS

- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 1977.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas em seres humanos (Resolução 196/96). Diário Oficial da União 16 out 1996: 21082-21085.
- Cechin PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. Rev Bras Enferm 2002; 55(4): 444-8.
- Gualda DMR. Eu conheço minha Natureza. São Paulo (SP): Maio; 2002.
- Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo (SP): Robe Editora; 1997.
- Junqueira C. Ritos de passagem de nossa infância e adolescência. São Paulo (SP): Summus; 1985.
- Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. São Paulo (SP): Saraiva; 1997.
- Neves MA. Parteiras: profissão ou doação? Rev Promoção Saúde 2002; 6: 60-2.
- Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2003.
- Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1974.
- Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro (RJ): Grall; 1979.
- Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2001.
- Espírito Santo LC, Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e o nascimento de seu filho. Rev Gaúcha Enferm 2000; 21(2): 87-109.
- Simões SMF. Parto e Nascimento: uma compreensão das possibilidades de inserção da enfermeira. Rev Bras Enferm 2003; 56(3): 265-70.
- Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1999.