

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DE UMA PARTEIRA: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

OBSTETRIC PRACTICES OF A MIDWIFE: CONTRIBUTIONS FOR THE MANAGEMENT OF NURSING CARE WITH THE PARTURIENT

PRÁCTICAS OBSTÉRICAS DE UNA MATRONA: CONTRIBUCIONES PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PARTURIENTE

Greici Capellari Fabrizzio¹, Joice Moreira Schmalfluss², Luana Silveira³, Caroline Cechinel Peiter⁴, José Luís Guedes dos Santos⁵, Alacoque Lorenzini Erdmann⁶.

RESUMO

Objetivo: descrever as práticas obstétricas realizadas por uma parteira leiga tencionando uma reflexão sobre as contribuições dessas práticas para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente. **Método:** utilizou-se da história oral temática, na perspectiva qualitativa, tendo como participante, uma parteira leiga, residente em um município do Norte do Estado do Rio Grande do Sul, que atuou na assistência a gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e seus familiares. Na coleta de dados, utilizaram-se entrevistas e diário de campo. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo. **Resultados:** demonstraram a atuação da parteira no pré-natal, no parto, no pós-parto e na condução de complicações, com práticas voltadas para a gestão do cuidado de Enfermagem durante o período gravídico-puerperal, pautadas na humanização do parto e nascimento, cuidado seguro e empoderamento da mulher. **Conclusão:** as práticas obstétricas realizadas pela parteira têm potencial para contribuir para a gestão do cuidado de Enfermagem à parturiente, embora algumas técnicas adotadas, nas décadas de 1940 a 1970, necessitem de respaldo científico.

Descritores: Tocologia; Parto domiciliar; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica; Gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: describe the obstetric practices performed by a lay midwife with a reflection on the contributions of these practices to the management of nursing care to the parturient. **Method:** thematic oral history was used in the qualitative perspective, having as a participant a lay midwife, resident in a municipality in the North of the State of Rio Grande do Sul, which assisted in the care of pregnant women, parturients, mothers who has recently given birth, newborns and their families. In the data collection, we used interviews and field diary. The data were submitted to thematic content analysis. **Results:** demonstrated the performance of the midwife in prenatal care, in the delivery, postpartum and in the management of complications, with practices aimed at the management of Nursing care during the pregnancy-puerperal period, based on the humanization of childbirth and birth, safe care and empowerment of women. **Conclusion:** this description may contribute to the orientation of obstetrical practices for the management of nursing care, although some techniques adopted require scientific support.

Descriptors: Midwifery; Home childbirth; Humanizing delivery; Obstetric nursing; Health management.

RESUMEN

Objetivo: describir las prácticas obstétricas realizadas por una partera laica teniendo una reflexión sobre las contribuciones de estas prácticas para la gestión del cuidado de enfermería a la parturienta. **Método:** se utilizó de la historia oral temática, en la perspectiva cualitativa, teniendo como participante una partera laica, residente en un municipio del Norte del Estado de Rio Grande do Sul, que actuó en la asistencia a embarazadas, parturientas, puérperas, recién nacidos y sus familiares. En la recolección de datos, se utilizaron entrevistas y diario de campo. Los datos se sometieron al análisis de contenido temático. **Resultados:** demostraron la actuación de la partera en el prenatal, en el parto, en el postparto y en la conducción de complicaciones, con prácticas dirigidas a la gestión del cuidado de Enfermería durante el período gravídico-puerperal, pautadas en la humanización del parto y nacimiento, cuidado seguro y empoderamiento de la mujer. **Conclusión:** las prácticas obstétricas realizadas por la partera tienen potencial para contribuir para la gestión del cuidado de Enfermería a la parturiente, aunque algunas técnicas adoptadas, en las décadas de 1940 a 1970, necesiten de respaldo científico.

Descriptor: Partería; Parto domiciliario; Parto humanizado; Enfermería obstétrica; Gestión en salud.

¹Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. ²Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul. ³Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. ⁴Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. ⁵Graduado em Enfermagem. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente na Universidade Federal de Santa Catarina. ⁶Graduada em Enfermagem. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular na Universidade Federal de Santa Catarina.

Como citar este artigo:

Fabrizzio GC, Schmalfluss JM, Silveira L, et al. Práticas Obstétricas de uma Parteira: Contribuições para a Gestão do Cuidado de Enfermagem à Parturiente. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2019;9:e2892. [Access _____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2892>

INTRODUÇÃO

A partir da metade do século XX, o parto e nascimento deixaram, progressivamente, de serem realizados em domicílios e passaram a acontecer em hospitais, fazendo com que esses eventos fisiológicos fossem institucionalizados e tratados segundo o modelo de saúde baseado em doenças⁽¹⁾. Apesar de se tratar de um processo normal e natural, configura um período vulnerável para a saúde da mulher, sendo influenciado pelo ambiente e condições sanitárias.

Quando o parto foi institucionalizado, práticas como a episiotomia, a tricotomia, o enema e a indução do parto começaram a ser utilizadas sem que seu uso rotineiro fosse sustentado por evidências científicas⁽¹⁻²⁾. Ou seja, a assistência obstétrica e neonatal centrou-se no modelo biomédico, com utilização acrítica de conhecimento técnico, sendo percebida como patológica.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se ao período da gravidez e do parto. Em 1984, sob influência do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), municipalização e regionalização do sistema de saúde, principalmente, pelo Programa de Saúde da Família, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O Programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher na clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas infecções sexualmente transmissíveis, no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, contribuindo posteriormente para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁽³⁾.

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde tem lançado políticas de saúde voltadas à humanização, entre elas, o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN)⁽⁴⁾ servindo como uma das bases para a construção da Rede Cegonha⁽⁵⁾. Essas duas iniciativas visam qualificar a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido no que tange ao planejamento familiar, ao ciclo gravídico-puerperal e ao desenvolvimento saudável.

A humanização do parto, ao considerar a mulher de forma holística e integral, proporciona inúmeros benefícios. Por meio dela, busca-se resgatar a autonomia feminina, incentivando a mulher a decidir pelo próprio corpo, como protagonista do seu parto, possibilitando que decida sobre sua movimentação, posição, alimentação e outras preferências no processo de parturição. Nesse sentido, cabe à equipe de saúde assistir à parturiente de modo individualizado, respeitoso e acolhedor, promovendo um cuidado seguro⁽⁶⁾.

Nesse ínterim, a prática de Enfermagem obstétrica no Brasil aponta para a construção de um panorama mais promissor para a atenção ao parto e ao nascimento. Considera-se que o modelo de cuidado, pautado na humanização da assistência realizada à mulher e ao recém-nascido e baseado nas políticas públicas de saúde, seja responsável por este impacto⁽⁷⁾.

No Brasil, a Enfermagem é exercida pelo enfermeiro, pelo técnico de Enfermagem, pelo auxiliar de Enfermagem e pela parteira. Na assistência ao parto, para cada uma dessas categorias, cabe a realização de diferentes práticas relacionadas à assistência à parturiente e ao parto normal. Entretanto, cabe, privativamente, ao enfermeiro, o acompanhamento e a evolução do trabalho de parto, execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia⁽⁸⁾.

Na atenção obstétrica e neonatal, a gestão do cuidado de Enfermagem é elemento fundamental para a qualificação da assistência. O papel do enfermeiro obstetra é atuar no incentivo às boas práticas, humanização da assistência e protagonismo da mulher, posicionando-se como mediador da implantação de um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal⁽⁹⁾.

A prática de assistência ao parto por parteiras leigas foi liberada no Brasil até a década de 1970. A partir de então, houve a aproximação entre enfermeiros obstetras e obstetras, culminando na formação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras na década de 1980, definindo os profissionais de Enfermagem habilitados à assistência ao parto⁽¹⁰⁾. Em países como Reino Unido, as parteiras ainda são presentes nos cuidados pré e pós-natal, e a presença da parteira no processo de trabalho de parto, parto e nascimento é associada à

contribuição para a humanização do parto e puerpério⁽¹¹⁾.

Este estudo justifica-se pela representatividade social e importância dos cuidados exercidos por parteiras, desde os primórdios da humanidade até os dias atuais, visto a importante atuação dessas profissionais em cenários, geralmente, de difícil acesso pela comunidade aos serviços de saúde no Brasil⁽¹²⁾.

Nesse âmbito, visando contribuir com o cuidado de Enfermagem à parturiente, considera-se relevante conhecer as práticas obstétricas desenvolvidas por parteiras, uma vez que a experiência dessas profissionais pode fomentar mudanças e inovações relacionadas ao cuidado humanizado e não tecnocrata no período gravídico-puerperal, bem como na assistência ao recém-nascido.

Assim, o presente estudo objetiva descrever as práticas obstétricas realizadas por uma parteira leiga tencionando uma reflexão sobre as contribuições dessas práticas para a gestão do cuidado de Enfermagem à parturiente.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade de história oral temática. O referencial metodológico foi escolhido com vistas à sua pertinência e construção de conhecimento a partir do esclarecimento de experiências vividas pela informante.

Esse método de pesquisa leva a compreender processos, incluídos os de vida, de cuidado, de formação e da sociedade assistida pela parteira. Possui caráter social, sendo definida como uma estratégia de construção de conhecimento científico a partir do conhecimento empírico e prática nos diferentes contextos de saúde e Enfermagem⁽¹³⁾. Ainda, a história oral temática proporciona uma maneira dialógica de discutir sobre um assunto específico, tendo um foco central⁽¹³⁾.

A coleta de dados ocorreu em outubro de 2014, por meio de quatro entrevistas realizadas com a parteira, com duração aproximada de 40 minutos a uma hora. Cada entrevista foi norteada por perguntas voltadas para as práticas obstétricas a partir da abordagem de temas específicos em cada âmbito da assistência prestada pela parteira, desde a atenção pré-natal até o período puerperal.

As entrevistas foram filmadas e audiogravadas com câmera digital, realizadas na residência da parteira, em data e hora sugeridos

pela participante e na presença de alguns filhos. Na quarta entrevista, os critérios de saturação dos dados foram atingidos e a coleta de dados finalizada. O diário de campo foi utilizado como técnica de registro de dados pela pesquisadora, possibilitando a expressão de suas percepções sobre o estudo.

As entrevistas foram transcritas na íntegra em *Microsoft Word*[®] e submetidas à análise de conteúdo temática proposta por Bardin⁽¹⁴⁾, dispondo de três etapas para a sua realização: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul sob número CAAE 33711914.7.0000.5564 e respeitou os preceitos da Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. A participante concordou em participar do estudo pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como, o Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação. Os depoimentos da participante foram identificados com a letra P, referente à parteira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participante do estudo foi uma parteira leiga que atuou por 33 anos (entre as décadas de 1940 a 1970) na assistência a gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e suas famílias. Na época da coleta de dados, estava com 101 anos e, apesar da idade avançada, apresentava-se orientada auto e alopsiquicamente, com memória inalterada. Seguiu o catolicismo, era viúva e se considerava dona de casa e agricultora. A mobilidade física estava prejudicada devido a uma amputação na perna direita, decorrente de trombose. No ano seguinte à coleta de dados, a parteira veio a falecer por causas naturais relacionadas à idade.

O início da sua atuação como parteira decorreu de demanda advinda da comunidade, que necessitava de uma pessoa que atendesse a mulheres no ciclo gravídico-puerperal. O conhecimento empírico, inicialmente, foi a base do cuidado oferecido e, com o passar da atuação, foi sendo aliado às vivências e experiências da parteira, consolidando e qualificando sua assistência. No decorrer das entrevistas, a parteira não estimou o número exato de gestantes e bebês assistidos no período que praticou a obstetrícia.

A participante em questão é reconhecida na região por ter atendido ao pedido da comunidade e pelo importante papel desempenhado no cuidado à saúde daquelas pessoas. Esse processo de cuidado, de vida e comunidade assistida é o foco de compreensão da pesquisa oral temática⁽¹³⁾. A partir da análise dos dados e das inferências proferidas, emergiram as seguintes categorias que serão apresentadas e discutidas a seguir: realização do pré-natal; realização do parto; cuidados no pós-parto e condução de complicações.

Realização do pré-natal

A atuação da parteira se dava ativamente no ciclo gravídico-puerperal da mulher, quando ainda era requisitada para prestar assistência no decorrer do pré-natal. Em outros momentos, a parteira só era chamada quando o trabalho de parto já havia iniciado, sendo que essa aproximação ficava a critério da gestante. Quando solicitada durante o pré-natal, a parteira fornecia informações acerca da gestação, do parto, do puerpério e realizava avaliação clínica da gestante e do feto.

Nesse sentido, evidencia-se uma das etapas que compõem o exame físico da gestante, como as Manobras de Leopold-Zweifel, quando a parteira se expressa na seguinte fala: “[...] sente até os pezinhos ou a cabecinha a gente sente [...]” (P). Essa manobra é comumente realizada na assistência à gestante, utilizada com a finalidade de identificar aspectos importantes da gestação relacionados à saúde do bebê. A partir do segundo trimestre de gestação, por meio da palpação abdominal, é possível identificar a situação, posição, apresentação fetal e quantidade de líquido amniótico, a qual pode indicar situação de risco e anormalidades do feto⁽¹⁵⁾.

Além de prestar assistência direta à gestante durante o pré-natal, a parteira encarregava-se de outro cuidado indispensável para o momento do parto, como a limpeza dos materiais que seriam utilizados. Estes eram limpos e queimados no fogo, numa tentativa de esterilização, conforme fica evidente nas seguintes falas: “[...] queimava [a tesoura e a agulha] também no fogo da luz do lampião, eu queimava sempre. Naquele tempo até, pouca coisa existia [...]” (P). “[...] um pano bem limpo, bem limpo mesmo [...]” (P).

O controle de infecção era realizado, além da esterilização dos materiais, por técnicas de

asepsia realizadas pela parteira, como a lavagem das mãos e a higiene da cavidade oral, conforme observa-se nas falas: “[...] mas Deus me livre... Lavava muito a mão [...]” (P). “[...] e a boca também, a gente tem que lavar bem a boca [...]” (P). A higienização das mãos é importante na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Essa prática está diretamente relacionada a segurança do paciente. À medida em que não é realizada, põe em risco a segurança de profissionais e pacientes, em um cenário atual de aumento no número de infecções por microrganismos multirresistentes. Ainda hoje, a adesão à higienização das mãos (HM), por profissionais de saúde, é baixa quando comparado ao preconizado em diretrizes nacionais e internacionais. Ainda, a realização da HM está relacionada de modo mais expressivo à segurança do próprio profissional, sendo menos frequente sua realização antes de procedimento asséptico e antes do contato com o paciente⁽¹⁶⁾.

Embora não contasse com equipamentos de proteção individual como luvas e máscaras, a parteira tinha compreensão da importância em realizar técnicas que minimizassem a transmissão de infecções. Essas técnicas eram importantes pelo contato próximo com a parturiente e, algumas vezes, pela necessidade de realização de técnicas invasivas, como o toque vaginal, por exemplo.

Dessa forma, a atuação da parteira no pré-natal acontecia por meio de atividades relacionadas à avaliação clínica, ginecológica e obstétrica da gestante, à avaliação do bebê, orientações para o bem-estar materno e fetal, além da organização dos materiais que seriam utilizados no acompanhamento do trabalho de parto e parto.

Realização do parto

No processo de parturição, a parteira ficava à disposição das gestantes e era chamada quando os primeiros indícios de trabalho de parto se manifestassem. Segundo ela, vários eram os sinais de que o nascimento estava próximo: “[...] antes de ganhar o nenê, às vezes, derrama um sangue [...]” (P) e quando a bolsa estourava “[...] vem a água quente, vocês sabem que a água do parto é aquela [...]” (P), “Quando estoura a bolsa, tem que ver como é que está a criança [...] a gente dá uma experimentada assim com esses dedos [mostrou o dedo indicador e médio sinalizando como realizada o toque vaginal]” (P).

Após os sinais mencionados, a parteira verificava a apresentação fetal, as condições da pelve materna e as características do colo uterino, por meio do toque vaginal. Em relação à avaliação fetal, a ausculta dos batimentos cardíacos do bebê era realizada como forma de avaliar o bem-estar deste, além de identificar sofrimento fetal.

Além da realização de procedimentos técnicos durante o acompanhamento da gestante, constatou-se que a parteira também fornecia amparo emocional a fim de que esta trabalhasse melhor com a dor proveniente do trabalho de parto e parto. Ela comentou agir com paciência pelo nascimento do bebê, além de demonstrar respeito à posição adotada pela mulher em qualquer fase do processo de parturição.

Quanto à posição adotada pela gestante, a parteira afirmou considerar a autonomia da parturiente pela posição que ela se sentia mais confortável, conforme pode ser evidenciado nas falas: “[...] sentar e escorar a mulher, uma parteira boa sempre escora elas [...]” (P). “[...] ah não precisa deitar. Não. Teve muitas que não precisou deitar [...]” (P). “[...] ficava sentada [a parturiente] num banco igual aquele ali [...]” (P). Nesse âmbito, estudo que objetivou identificar práticas adotadas por enfermeiras obstetras em maternidades públicas no Sudeste do Brasil corroborou com as práticas adotadas pela parteira ao verificar que 65,5% das parturientes optaram por parir em posições verticalizadas, seguidas de posições semi verticais 15,9%, sendo que apenas 3,7% das mulheres adotaram a posição litotômica para parir. Outros instrumentos, como o banco obstétrico, foram utilizados em 11,0% dos partos com a finalidade de estimular posições verticalizadas e a livre movimentação pélvica da parturiente⁽¹⁷⁾.

A valorização da singularidade de cada parturiente e família, além do respeito aos direitos de escolha da parturiente, com liberdade e privacidade, são consideradas boas práticas obstétricas, úteis e que devem ser estimuladas por profissionais da saúde que assistem a partos e nascimentos⁽⁷⁾.

Ao estimular o cuidar de si, a autonomia e o poder de escolha da mulher, a parteira utilizou-se dos principais elementos que compõem a gestão do cuidado na sua dimensão individual, considerando as concepções do indivíduo sobre estar saudável⁽¹⁸⁾.

Na fase expulsiva, após a parturiente ter adotado a posição que melhor lhe acomodava e ser encorajada pela parteira, era aguardada a chegada do bebê. Nas vezes em que o trabalho de parto se prolongava ou era identificada a necessidade de alguma intervenção, foi mencionado pela parteira o auxílio ao nascimento do bebê por meio da realização de um corte na vagina da mulher.

As falas da parteira remeteram à prática da episiotomia e episiorrafia: “[...] eu cortava, pra nascer a criança [...] só se a criança não nascia [...]” (P) e “[...] conforme é preciso costurar [...] depois que nasceu [...] que coisa mais complicada, não é? [...]” (P).

A realização da episiotomia está associada às variáveis clínicas: primiparidade, posição de litotomia no período expulsivo, analgesia epidural, parto instrumentado, uso de ocitocina no parto, indução do parto, parto pós-termo, as quais podem influenciar no aumento das suas taxas. Outras variáveis servem como fatores de proteção contra a realização desse procedimento e se relacionam ao peso fetal menor que 2.500 gramas, bem como à idade materna maior que 35 anos⁽¹⁹⁾.

As mulheres que tiveram parto normal têm pouco conhecimento sobre o procedimento e algumas o reconhecem como normal e necessário para o nascimento. Nesse íterim, cabe ao enfermeiro e profissionais da saúde devida orientação sobre a prática da episiotomia, alertando que tal procedimento não deve ser realizado de forma rotineira por escassez de evidências científicas que o sustentem^(7,20).

A assistência à dequitação placentária ocorria de forma cuidadosa, devido aos riscos, que podem envolver hemorragia e retenção de restos da placenta, conforme observa-se na fala da parteira: “[...] e a placenta a gente tira com todo o carinho [...]” (P). Em seguida à dequitação, recomenda-se a revisão da placenta, quanto à sua condição, estrutura, integridade e vasos umbilicais, garantindo que não foram deixados restos placentários ou membranas na cavidade uterina⁽²¹⁾. Porém, esse cuidado não foi mencionado pela parteira, não sendo possível concluir se era realizado.

Embora que, na época em que a parteira atuava, não se dispunha do aparato tecnológico disponível atualmente - o qual conta com equipamentos, medicações, materiais e insumos - o atendimento ao recém-nascido era realizado utilizando-se dos conhecimentos empíricos e da

experiência da parteira. Evidencia-se isto nas duas práticas realizadas no momento do nascimento e citadas nas falas: “[...] pra vim a criança, a gente tem que, estes dedos aqui [mostrou dedos indicador e médio], bem limpinho, tem que botar conforme na boca da criança, pra ajudar [...]” (P) e “[...] ele quando chora, que ele se afoga, tu dá um pouquinho de água morna, virava a criança [...] aí eles engolem aquela água, aí eles vomitam a água do parto [...] e aí ele se afoga de novo, a gente chacoalha eles. E dá um tapinha do assento deles [...] aí que vem direito [...]” (P).

Frente às últimas falas apresentadas, mostrando o auxílio da parteira no momento do nascimento do bebê com a colocação dos dedos na sua cavidade oral, além da utilização de água morna com efeito de desobstrução das vias aéreas após o parto, não foram encontradas, na literatura, evidências que abordem essas técnicas, nem respaldo científico para a realização de tais condutas.

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido era praticado pela parteira, sendo sustentado pelas seguintes falas: “[...] aí quando nasce a criança, que ele vem, que ele chora, aí a gente vai lá, bota ele ali no colo [...] aí a gente bota a criança naquele pano lá, compreende? [...]” (P).

Corroborando o exposto, estudo que analisou boas práticas de enfermeiras obstétricas concluiu que 97% realizam o contato precoce entre a mãe e o recém-nascido e estimulam a amamentação na primeira hora após o parto. Tal ação, além de facilitar a termorregulação do bebê, estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida⁽²²⁾. Além disso, contribui para a formação de vínculo entre a mãe e o recém-nascido.

Ainda quanto aos cuidados com o recém-nascido, esses também envolviam o manuseio com o coto umbilical, conforme evidencia-se nas falas: “[...] e cortar um pedacinho de umbigo assim, todo o dia [...]” (P), “[...] eu cortei o umbigo, lavei. Naquele tempo a gente lavava. Depois a gente já não lavava mais... Passava um pano com azeite nas crianças [...]” (P). Nesse sentido, a recomendação é de que o clampeamento do cordão aconteça ao cessar a pulsação de forma fisiológica, entre um a cinco minutos após o nascimento⁽²¹⁾. Embora essa seja a recomendação preconizada, os cuidados adotados pela parteira se diferenciavam um pouco da forma como são praticados hoje,

principalmente nos cuidados com o coto umbilical do recém-nascido.

O atendimento prestado ao bebê, nas primeiras horas de vida, os quais incluem realização de um exame físico, mesmo que simplificado, é um importante método por meio do qual é possível identificar anormalidades. Verificou-se a realização desse pela parteira: “[...] coloca a mão na boca da criança, pra ver se é são ou não é, os pezinhos [...]” (P). Ao citar a verificação da boca da criança, sugere-se que ela estivesse observando a presença de alguma má formação de palato.

Por meio das falas da parteira foi possível evidenciar que os cuidados realizados por ela não se restringiam apenas à mãe, mas também contemplavam o recém-nascido. Resultados similares também foram verificados em uma pesquisa que retratou a experiência de cuidado das parteiras tradicionais. Nesta, foi possível identificar que, além do atendimento à parturiente, também era realizado o atendimento ao recém-nascido, estendendo-se do pós-parto imediato, de forma a acompanhar a evolução do binômio mãe-bebê⁽²³⁾.

Cuidados no pós-parto

O puerpério é um período de transição em que a mulher, aos poucos, retorna à situação do seu estado pré-gravídico por meio de modificações locais e sistêmicas causadas pela gravidez⁽²⁴⁾. Os cuidados praticados pela parteira contemplavam um acompanhamento prolongado e diário da mulher e seu bebê visando auxiliá-la na higiene do recém-nascido, conforme pode ser verificado: “[...] e aí cuidei dele doze dias parece que [...]” (P); “[...] todos os meio dia, trabalhava, e ia lavar ele [...]” (P).

A parteira cita outro cuidado realizado no puerpério: “[...] deita a mulher [...] de costas, então aperta a mulher dos pés até a cabeça, assim, depois dela ter ganhado o nenê [...]” (P) e “Pra fazer massagem, e ele [marido] me ajudou, ajudou fazer as massagens aqui” (P). No contexto da gestão do cuidado, a família, representada pelo marido, que é um dos atores considerados na dimensão do cuidado familiar, está relacionada ao apoio em diferentes momentos da vida do indivíduo⁽¹⁸⁾.

A presença do acompanhante, nesse caso, o marido, é citada apenas no pós-parto, fato que não permite concluir se ocorria em outro momento. Apesar da participação do acompanhante no processo de parto e

nascimento, em estabelecimentos de saúde, ser amparada, desde 2005, por Lei, a construção desse processo ainda apresenta desafios.

As condições físicas ambientais dos hospitais, a qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento do acompanhante e atitudes de submissão das gestantes diante de seus direitos devem ser consideradas⁽⁷⁾.

Em relação ao retorno da atividade sexual da puérpera, foi possível observar a ciência da parteira em relação à tentativa de antecipação do ato sexual, por parte dos companheiros das mulheres: “[...] já vinha outra coisa por cima [...]” (P). Na última fala acredita-se que a parteira referiu-se à prática sexual logo após o parto. É importante orientar o casal quanto ao retorno das atividades sexuais, aproximadamente 42 dias após o parto, considerando as condições de cada puérpera⁽²⁴⁾.

Condução de complicações

As práticas obstétricas descritas até o momento eram realizadas pela parteira em condições de normalidade em todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. Contudo, nas situações em que eram constatadas complicações em alguma fase do ciclo gravídico-puerperal, condutas eram rapidamente executadas pela parteira para que a situação não se agravasse. Quando questionada em relação à existência dessas complicações, observou-se que alguns desfechos não foram favoráveis: “[...] sofreram muitas mulheres, coitadas [...]” (P).

Uma das complicações citadas relacionou-se à ameaça de aborto evidenciado na fala da parteira: “[...] ela derrama o sangue, aí já é [...]” (P). Outro aspecto evidenciado pela parteira relacionado a complicações do trabalho de parto incluíram a posição pélvica do bebê: “[...]aquele não, veio sentado [...]” (P). A conduta para este caso foi: “[...] é a mãe que tem que virar, não é a criança [...]” (P); “[...] faz assim com os dois dedos, mas que não tenha unha [...]” (P) e “[...] aí a gente tem que fazer assim oh... senão, toca pros médicos [...]” (P).

Frente a partos pélvicos vaginais, estes devem ser realizados na ausência de contraindicações, sob orientação e consentimento da gestante em relação aos riscos e benefícios das duas vias de parto. O parto vaginal se mostra seguro se assistido por profissionais capacitados, em condições de segurança e critérios de seleção, não sendo diagnosticado apenas no período expulsivo e em gestação gemelar. Os hospitais dispõem de

critérios e cuidados específicos nessas situações, geralmente descritos em protocolo⁽²⁵⁾.

Situações relatadas pela parteira também foram evidenciados em outro estudo, que identificou os principais problemas percebidos por parteiras na sua prática. Entre esses problemas foram destacados o bebê fora da posição e o sangramento na gravidez, entre outras complicações como: “bebê laçado”, parto e pós-parto, febre de parto e eclampsia⁽²³⁾.

Dessa maneira, observa-se a forma como a parteira conduzia as complicações citadas. Entretanto, em alguns casos, mesmo quando realizadas suas condutas e a não evolução do trabalho de parto, a parteira acompanhava a parturiente até o médico, informando sua condição: “[...] é, isso se ela está sofrendo, que não vem a criança, aí a gente já procura o médico [...]” (P); “[...] no médico, vai no costado da mulher, e vai lá falar com o doutor: ‘Olha eu trouxe essa Senhora que não está bem aqui [...]’” (P).

O fato de a parteira acompanhar a parturiente até o médico, proporcionando o encontro entre profissionais e usuários, confere uma das dimensões de gestão do cuidado no que se refere ao âmbito profissional, com relações baseadas em preparo técnico, ética e vínculos. Para além da dimensão profissional, pode ser associada a dimensão de gestão do cuidado sistêmico, caracterizada pela conexão entre os serviços de saúde com o intuito de estabelecer redes de cuidado⁽¹⁸⁾.

Ainda nesse contexto, em situações em que emergiu a necessidade de transferir alguma gestante para a assistência médica no âmbito hospitalar, observaram-se cuidados da parteira em relação à higiene da mulher: “[...] pra levar pra consultar, tu tem que preparar elas bem limpinhas [...]” (P).

Algumas complicações acabavam culminando em cesárea, conforme aponta a parteira: “[...] chegava lá, ele marcava a operação pra pessoa não é, fazer a cesariana [...]” (P). Entretanto, algumas vezes, a parteira não concordava com a conduta adotada, conforme fica evidente nas falas: “[...] aí eu digo: ‘Não, não é assim doutor’ [...]” (P); “[...] era a operação, a cesárea, mas não dava pra fazer [...]” (P).

A parteira também contrapõe o uso de fórceps: “[...] aí eu disse: ‘Mas porque isso doutor? Pra que essa coisa na cabeça da criança?’ [...]” (P). O uso do fórceps é considerado quando

identifica-se sofrimento fetal ou o segundo período do trabalho de parto é prolongado⁽²¹⁾.

Por meio desses relatos, foi possível observar os desafios enfrentados pela parteira participante do estudo quando ocorriam complicações em alguma fase da assistência prestada por ela. A pesquisa concluiu que os principais problemas enfrentados pelas parteiras estão relacionados à falta de material para os partos e para a proteção de doenças, a falta de apoio dos serviços de saúde, a falta de transporte, a baixa remuneração, partos difíceis, entre outros⁽²³⁾.

Apesar das complicações ocorridas no decorrer da sua prática e das dificuldades encontradas para lidar com tais situações, a parteira agradeceu por nunca ter vivenciado a perda de alguma parturiente e/ou bebê: “[...] eu trabalhei trinta e três anos nesse serviço e nunca, graças a Deus, mãe não morreu nem filho [...]” (P).

Embora ocorressem complicações durante o período gravídico-puerperal, da mesma forma que ocorrem nos dias atuais, a parteira dispunha de métodos baseados na sua experiência e conhecimento empírico para a condução mais adequada em cada caso, mesmo sem a possibilidade de usufruir do desenvolvimento tecnológico, medicamentoso e/ou diagnósticos da atualidade.

Nesse contexto, a utilização de chás de ervas era a forma que a parteira encontrava e dispunha para conduzir o trabalho de parto e controlar os desfechos negativos. A parteira cita a utilização de chá de manjerona e ruibarbo para hemorragia, chá de lágrima de Nossa Senhora para auxiliar na expulsão fetal e chás de hortelã e pessegueiro para outras ocasiões não mencionadas. Estudos em relação ao uso de chás no processo de parturição são necessários.

Práticas alternativas para o alívio da dor também eram utilizadas pela parteira: “Tomava banho e tomava um café quente [...]” (P); “[...]esquentar um pano e colocar pra passar as dores [...]” (P); “[...] ah, fazia uns exercícios, se vira pra cá e se vira pra lá [...]” (P). Nesse ínterim, atualmente considerados métodos não farmacológicos de alívio da dor, o uso da água quente, na modalidade imersão ou aspersão, é recomendado para o alívio da dor durante o trabalho de parto. O encorajamento da gestante em deambular e adotar posições verticais também⁽²¹⁾.

Permeando as práticas obstétricas recomendadas atualmente e as realizadas pela parteira, com base no seu conhecimento empírico, vivências e experiências, foi possível identificar a sua atuação desde a descoberta da gravidez da mulher, perpassando pelo trabalho de parto e parto, pós-parto imediato e, por vezes, puerpério remoto. Ainda constatou-se cuidados da parteira direcionados ao recém-nascido, desde aspectos relacionados ao vínculo imediato deste com sua mãe até cuidados com sua higiene, contemplando todo o período gravídico-puerperal do binômio mãe-bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever as práticas obstétricas realizadas pela parteira, evidenciou-se que elas possuem o potencial para contribuir para a assistência humanizada ao parto e nascimento, cujas técnicas são hoje realizadas sob o respaldo de evidências científicas.

A história analisada permite um direcionamento da gestão do cuidado de Enfermagem durante o período gravídico-puerperal com vistas à humanização da assistência. Ainda, ao acompanhar a trajetória da parteira ao longo do tema, evidenciado por meio da sua oralidade, conclui-se que ela foi responsável por ações que culminaram na assistência de muitas mulheres e bebês com consequente expansão familiar e voltadas a um cuidado seguro. No entanto, apesar dos benefícios de algumas técnicas adotadas pela parteira na época em que atuava, atualmente, algumas não são indicadas pela literatura, gerando-se a necessidade de suporte científico.

Como contribuições para a gestão do cuidado de Enfermagem, ressaltam-se práticas obstétricas que contribuíram para a humanização do parto e nascimento, para o encorajamento e empoderamento feminino, bem como para desfechos maternos e fetais positivos com práticas de segurança do paciente. Para tanto, foi possível constatar que, mesmo desconhecendo os aspectos relacionados à gestão do cuidado, a assistência prestada pela parteira sustentou-se nas dimensões do cuidado individual, familiar, profissional e sistêmico.

Destaca-se o potencial da história oral, temática como metodologia de pesquisa ao conferir visibilidade e reconhecimento a pessoas que contribuíram e/ou se destacaram em um dado contexto. Ao dar voz à própria pessoa para que registre a sua história, reconhece-se a

relevância que o conhecimento empírico e a vivência desta representa para o cunho científico na atualidade.

Espera-se que este estudo proporcione a reflexão dos profissionais que atuam no cenário obstétrico e tenha o potencial para propiciar a análise de suas ações, condutas e intervenções durante o cuidado prestado a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, com vistas a qualificar a assistência prestada a esta área de atenção.

REFERÊNCIAS

- 1- Suárez-Cortés M, Amero-Barranco D, Canderas-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015 [citado em 20 mar 2018]; 23(3):520-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547076>
- 2- Barros LP, Souza CLT, Gonçalves LF, Gonzaga LN, Paula TA, Silva AM. O parto humanizado e o seu impacto na assistência à saúde. *RESU* 2015 [citado em 20 mar 2018]; 3(2):64-71. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/1387>
- 3- Schmalfluss JM, Bonadiman POB, Prates LA. Cuidado de enfermagem na saúde da mulher adulta. In: Hammerschmidt KSA (Org). *Cuidado de enfermagem: Interfaces teóricas e práticas no ciclo vital do ser humano*. Curitiba: CRV; 2015.
- 4- Ministério da Saúde (BR). *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 5- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2017;1:109.
- 6- Silva IA, Silva PSF, Andadre EWOFF, Morais FF, Silva RSS, Oliveira LS. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev UNINGÁ* 2018 [citado em 20 mar 2018]; 53(2):37-43. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1440>
- 7- Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Bortoli CFC, Oliveira G, Ressel LB. Práticas de atenção ao parto e nascimento: Uma revisão integrativa. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2017;7:1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>
- 8- Brasil. Constituição 1986. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm
- 9- Backes MTS, Ribeira LN, Amorim TS, Vieira BC, Souza J, Dias HHZR, et al. Desafios da gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal em maternidades públicas brasileiras. In: *Anais do 6º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*, 2017; Salamanca. Salamanca: CIAIQ; 2017. p. 411-20.
- 10- Mouta RJO, Progianti JM. Process of creating the brazilian association of midwives and obstetric nurses. *Texto Contexto-Enferm*. 2017; 26(1):1-8. DOI: [10.1590/0104-07072017005210015](https://doi.org/10.1590/0104-07072017005210015)
- 11- Norman AH, Tesser CD. Obstetizas e enfermeiras obstetras no sistema único de saúde e na atenção primária à saúde: Por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015 [citado em 20 mar 2018]; 10(34):1-7. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1106/670>
- 12- Pereira MS. Associação das parteiras tradicionais do Maranhão: Relato de assistência ao parto. *Saúde Soc*. 2016;25(3):589-601. DOI: [10.1590/s0104-129020162542](https://doi.org/10.1590/s0104-129020162542)
- 13- Meihy JCSB, Holanda F. *História oral: Como fazer, como pensar*. São Paulo: Contexto; 2007.
- 14- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 15- Ataíde MM, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Exame obstétrico realizado pela enfermeira: Da teoria à prática. *Enferm Foco* 2016;7(2):67-71. DOI: [10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.798](https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.798)
- 16- Souza LM, Ramos MF, Becker ES, Meirelles LC, Monteiro SA. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):21-8. DOI: [10.1590/19831447.2015.04.49090](https://doi.org/10.1590/19831447.2015.04.49090)
- 17- Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribución de enfermeras obstétricas para la consolidación del parto humanizado en maternidades en Río de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017;21(1):1-8. DOI: [10.5935/1414-8145.20170015](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170015)
- 18- Siewert JS, Rodrigues DB, Malfussi LB, Andrade SR, Erdmann AL. Gestão do cuidado integral em enfermagem: Reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. *Rev Min*

Enferm. 2017;21:1-5. DOI: [10.5935/1415-2762.2017005](https://doi.org/10.5935/1415-2762.2017005)

19- Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro Meseguer, Canteras-Jordana J, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev Latino-Am Enfermagem 2016;24:1-6. DOI: [10.1590/1518-8345.0334.2686](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686)

20- Pompeu KC, Scarton J, Cremonese L, Flores RG, Landedahl M. C., Ressel LB. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a Enfermagem. Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2017;7:1-8. DOI: [10.19175/recom.v7i0.1142](https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142)

21- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

22- Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. J Res Fundam Care 2018;10(1):173-9. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.173-179)

23- Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Nascimento HJ, Carvalho JN. A arte de partejar: Experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13:319-27. DOI: [10.1590/S1414-81452009000200012](https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200012)

24- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

25- Ferreira A, Campos, DA. Vaginal breech delivery: is it still an option? Acta Obstét Ginecol Port. 2016 [citado em 20 mar 2018]; 2(10):142-7. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n2/v10n2a08.pdf>

Nota: Artigo proveniente do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Práticas obstétricas do ofício de uma parteira: história de vida”, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)-Campus Chapecó/SC.

Recebido em: 24/04/2018

Aprovado em: 30/11/2018

Endereço de correspondência:

Greici Capellari Fabrizio

Av. Prof. Henrique da Silva Fontes, 321, Trindade

CEP: 88040-000 – Florianópolis/SC - Brasil

E- mail: greicicapellari@gmail.com