



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DARLENE DE JESUS RODRIGUES DE MACEDO

**PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR
PARTEIRAS TRADICIONAIS NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO
DO PARÁ, BRASIL**

Itaituba - PA

2019

DARLENE DE JESUS RODRIGUES DE MACEDO

**PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR
PARTEIRAS TRADICIONAIS NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO
DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mestranda Bruna Santana de Sousa
Soares

Itaituba - PA

2019

DARLENE DE JESUS RODRIGUES DE MACEDO

**PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR
PARTEIRAS TRADICIONAIS NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, ESTADO
DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mestranda Bruna Santana de Sousa
Soares

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Esp. Bruna Santana de Souza Soares

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Esp. Cristhianny Almeida e Silva Aguiar

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Esp. Raimison Antonio de Abreu Santos

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de março de 2019

Dedico a Deus, por promover essa conquista, a minha família, em especial meu marido Antônio de Araújo Macedo, e aos meus filhos Ronilson Darcus Rodrigues de Macedo e Darlyson Rodrigues de Macedo por acreditarem no meu esforço e me incentivarem a concluir meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por esta conquista, pois é significativa para mim. Mesmo em meio às lutas e muitas adversidades, consegui.

De modo especial agradeço à meu pai e minha mãe ,**Benedito Crescêncio Cunha e Maria de Jesus Rodrigues**, pois me incentivaram sempre.

De igual modo sou grata aos meus irmãos **Marinaldo de Jesus ,Franci Rosa Rodrigues e Miranildes Rodrigues**, por sempre torcerem por mim, e em memória relembro meu irmão **Josivaldo Rodrigues**, que por uma fatalidade foi tirado do nosso convívio, mas sua lembrança permanece viva no meu coração.

Especialmente agradeço à meu professor **Dr. Jossehan Galúcio Frota** e minha orientadora Mestranda **Bruna Santana de Souza Soares**, pelo empenho, paciência e dedicação, e por sempre estarem disponíveis as minhas solicitações .

Aos meus **colegas de classe**, que sempre estiveram dispostos a me ajudar, incentivando e colaborando para meu bom desempenho.

Agradeço verdadeiramente a todos os **professores**, pois sempre estiveram trabalhando para formar profissionais com potencial.

Grata ainda a todos os **enfermeiros**, que me ajudaram contribuindo para a realização deste trabalho.

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveria ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.

“Florence Nightingale”

RESUMO

A gravidez , parto e nascimento constituem-se como fenômenos naturais na vida da maioria das mulheres, podendo sofrer influências sócio- culturais do meio em que vivem, portanto o nascimento é um evento significativo para mãe, acompanhado de expectativas, o qual durante a idade média era assistido principalmente por parteiras, prática essa, que perdurou por muitos anos, mesmo após a institucionalização do parto, mantendo-se até o presente século, porém em menor escala. No Município de Itaituba, Estado do Pará, não possui estudos específicos, a respeito do parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais, portanto, pretende- se conhecer a contribuição das parteiras, na assistência ao parto em domicílio. O presente estudo, trata- se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, realizada com sete parteiras tradicionais do município, onde a coleta dos dados deu- se através de entrevista com perguntas abertas. Constatando-se que todas as senhoras iniciaram a prática de partejar, quando jovens, acompanhando em média, mais de sessenta partos domiciliares, sendo chamadas a prestar assistência, pela parturiente ou familiares. Percebeu- se que o ofício desenvolvido por essas mulheres, acontecia como contribuição social e voluntária, visto que, não recebiam ou combravam qualquer remuneração, no entanto, tornavam-se indispensáveis, às gestantes, a medida que, promoviam segurança psicológica e cumprimento da humanização do parto, principalmente na zona rural, por ausência de unidade hospitalar, e dificuldade de acesso a esse serviço especialmente na década de oitenta. Porém é notório o conhecimento empírico e escassez do saber científico, no entanto, negaram intercorrências graves durante os acompanhamentos e demonstraram carinho pelo ofício, embora não tenham jamais passado por qualquer capacitação.

Palavras- Chaves: Parteiras Tradicionais. Domicílio. Gestante. Nascimento.

ABSTRACT

Pregnancy, childbirth and birth are natural phenomena in the lives of most women, and may suffer socio-cultural influences from the environment in which they live, so birth is a significant event for the mother, accompanied by expectations, which during the age The average age was attended mainly by midwives, a practice that persisted for many years, even after the institutionalization of childbirth, and continued until the present century, but on a smaller scale. In the city of Itaituba, in the state of Pará, there are no specific studies on childbirth and home birth attended by traditional midwives. Therefore, it is intended to know the contribution of midwives in the delivery of childbirth. The present study is a qualitative and quantitative research carried out with seven traditional midwives of the municipality, where the data collection was done through an interview with open questions. It is noticed that all the ladies began the practice of partaking, when young people, accompanying in average, more than sixty home deliveries, being called to provide assistance, by the parturient or relatives. It was noticed that the office developed by these women was a social and voluntary contribution, since they did not receive or pay any remuneration, however, they became indispensable to pregnant women as they promoted psychological security and fulfillment of humanization of childbirth, mainly in the rural area, due to the absence of a hospital unit, and difficulty accessing this service especially in the eighties. However, the empirical knowledge and the lack of scientific knowledge are notorious. However, they denied serious interurrences during the accompaniments and showed affection for the craft, although they have never gone through any qualification.

Keywords: Traditional Midwives. Residence. Pregnant. Birth.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Violências obstétricas e os direitos maternos	24
Quadro 2 -	Dados referentes à identificação das entrevistadas. EMC: Ensino Médio Completo; EFI: Ensino Fundamental Incompleto; NA: Não Alfabetizado; ZR: Zona Rural; ZU: Zona Urbana.....	34
Quadro 3 -	Dados relacionados a idade atual, início do ofício de parteira, origem do aprendizado e tempo de atuação.....	35
Quadro 4 -	Dados relacionados a idade atual, tempo de atuação e quantitativo de acompanhamento de gestações, partos e nascimento de gêmeos	38
Quadro 5 -	Relatos dos acontecimentos e atividades exercidas pelas parteiras	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Quantitativo de partos hospitalares e domiciliares, ocorridos no município de Itaituba nos anos de 2006 a 2017	21
------------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Quantitativo médio de partos acompanhados	36
Gráfico 2 -	Atividades exercidas pelas parteiras	43

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde.
AME	-	Aleitamento materno exclusivo.
ANDO	-	Associação Nacional de Doulas.
COREN	-	Conselho Regional de Enfermagem.
MS	-	Ministério da Saúde.
OMS	-	Organização Mundial de Saúde.
PNH	-	Política Nacional de Humanização.
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública.
SINASC	-	Sistema de Informação sobre nascido vivo.
SUS	-	Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	GRAVIDÉZ, PARTO E NASCIMENTO	15
2.2	ASSISTÊNCIA AO PARTO NO DECORRER DA HISTÓRIA.....	16
2.3	PARTO DOMICILIAR E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO	18
2.3.1	A opção pelo parto domiciliar	18
2.3.2	A opção pelo parto hospitalar	20
2.4	PARTO HOSPITALAR: ESPAÇO PARA INTERVENÇÕES E MEDICALIZAÇÃO DO NASCIMENTO.....	21
2.4.1	Parto cirúrgico	22
2.4.2	Violência obstétrica	23
2.5	HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO CONTEXTO DO SUS	25
2.5.1	Rede cegonha	27
2.5.2	O papel das doulas	27
2.6	HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA	28
2.6.1	Inauguração do Hospital Municipal	30
3	METODOLOGIA	31
3.1	TIPO DE ESTUDO	31
3.2	LOCAL DO ESTUDO E MÉTODO	31
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
3.5	COLETA E ANÁLISES DOS DADOS	32
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE.....	50

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, parto e nascimento são eventos impactantes na vida da mulher e família, a medida que envolvem fatores físicos, psicológicos e sociais, sendo as transformações ocorridas na gestação uma das mais significativas modificações que o ser humano pode sofrer (CAMACHO, 2006).

No entanto, Ferreira (2015) afirma que durante anos, o trabalho de parto vem sendo considerado um fenômeno natural, porém, levando ao desencadear de sentimentos como medo, insegurança, impotência e principalmente ansiedade em quase totalidade das gestantes, podendo ser potencializados em decorrência das variadas situações, envolvendo as práticas e os costumes em diferentes culturas da sociedade a qual a gestante encontra-se inserida.

Na antiguidade, muitas mulheres desempenhavam o papel de cuidadoras populares, e principalmente na idade média, as parteiras detinham o saber que era transmitido através das gerações, por mães, tias e avós. tinham conhecimento de manipulação de ervas, algumas viajavam de aldeia em aldeia, auxiliando diversas mulheres no momento do parto, pois, nesse período estava atrelado ao exercício domiciliar e conhecimentos aliados às práticas empíricas (BASAGLIA, 2013).

A pesquisa culminou nas seguintes indagações : __ Qual a idade de início da prática, origem e tempo de atuação no ofício? __ Qual o conhecimento das parteiras em relação a assistência materna e neonatal? __ Qual a participação em qualificação ou qualificações para aperfeiçoamento da prática? Logo, o estudo objetivou conhecer a contribuição das parteiras tradicionais na assistência ao parto domiciliar no município de Itaituba, a fim de pesquisar a idade de início da prática, origem e tempo de atuação no ofício, avaliar o saber das parteiras em relação a assistência materna e neonatal, e investigar a participação em qualificações para aperfeiçoamento do exercício, sendo direcionado a sete parteiras captadas através das informações de agentes de saúde (ACS), entrevistadas através de questionários estruturados com perguntas abertas.

Segundo Ribeiro (2011), o município de Itaituba tornou-se destaque durante o ciclo da borracha e corrida do ouro, promovida pela abertura da rodovia transamazônica, que contribuiu para o desenvolvimento da cidade, embora que lento, mas levaram ao desencadear da abertura das fronteiras da cidade para com as demais regiões do Brasil. Portanto, por conter uma vasta extensão territorial urbana e rural, o acesso a saúde tornava-se dificultoso, levando muitas gestantes a

receber assistência de parteiras tradicionais da região, que embora tenham contribuído com o nascimento e cuidado da mãe e recém nascido de inúmeras mulheres, não tiveram seus nomes registrados em documentos da cidade, ou em qualquer setor como Secretaria de Saúde ou outros órgãos, tornando-as inexistentes na história. Portanto, visto que, na cidade não há registro do quantitativo de atuantes nesse ofício, nem estudos voltados a essa temática, despertou o interesse pelo assunto e conseqüentemente cogitou-se realizar a investigação afim contribuir para o registro dessas senhoras na biografia de Itaituba.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GRAVIDEZ, PARTO E NASCIMENTO

A gravidez, parto e nascimento são eventos impactantes na vida da mulher e família, a medida que envolvem fatores físicos, psicológicos e sociais, sendo as transformações ocorridas na gestação uma das mais significativas modificações que o ser humano pode sofrer (CAMACHO, 2006).

A gestação acarreta portanto, alterações fisiológicas decorrentes de fatores hormonais, podendo ser distinguidas como modificações sistêmicas, que envolvem o metabolismo, sistema cardiovascular, sanguíneo, urinário, respiratório, digestivo, equilíbrio acidobásico, pele, e mudanças dos órgãos genitais vulva, vagina e útero, logo, muitas dessas transformações funcionarão como preparo do corpo feminino para o momento do parto (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

No entanto, Ferreira (2015) afirma que durante anos, o trabalho de parto vem sendo considerado um fenômeno natural, porém, levando ao desencadear de sentimentos como medo, insegurança, impotência e principalmente ansiedade em quase totalidade das gestantes, podendo ser potencializados em decorrência das variadas situações, envolvendo as práticas e os costumes em diferentes culturas da sociedade a qual a gestante encontra-se inserida.

Só as mulheres sabem quanto se morre e nasce no momento do parto. Porque não são dois corpos que se separam: é o dilacerar de um único corpo [...]. Não é a dor física que, naquele momento, mais aflige a mulher. É uma outra dor. É uma parte de si que se desprende, o rasgar de uma estrada [...]. (COUTO, 2012, p. 123).

Figueredo *et al.* (2010) declaram que surgiram novas ideias e adaptações relacionadas a atenção para com o momento do parto e nascimento, sempre centradas na gestante, como única, com seus direitos, vontades e diferenças culturais, objetivando substituir as ações que eram feitas nos anos passados, com o uso de tecnologias que distanciavam o tratamento humanizado, com o principal propósito de abranger o real parto natural, onde faz-se importante a participação ativa e autônoma da gestante focando nas mudanças que ocorreram no decorrer dos anos relacionando os procedimentos que eram utilizados na prática do parto natural.

2.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO NO DECORRER DA HISTÓRIA

David e Xavier (2011) acatam o parto como normal, quando os sinais acompanhados das contrações inicia-se entre 37 e 42 semanas de gestação, com o nascimento espontâneo da criança, e logo após o trabalho de parto a puérpera e o recém-nascido estejam em boas condições.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem - Coren (2010), o parto para que seja considerado normal, deve acontecer sem intercorrências e procedimentos desnecessários, que possam intervir durante o processo que está sendo desencadeado. A gestante deve ser observada com atenção, visando sua segurança e bem estar, o que também refletirá positivamente na saúde do recém-nascido.

No entanto, Pinheiro (2015) destaca que embora o processo gestatório gemelar possa se desenvolver naturalmente, o parto de gêmeos é considerado distórcico, havendo a necessidade de um acompanhamento criterioso durante toda a gestação, no pré, trans e pós- parto, pois acarreta riscos para mãe e criança.

Porém, na antiguidade, muitas mulheres desempenhavam o papel de cuidadoras populares, e principalmente na idade média, as parteiras detinham o saber que era transmitido através das gerações, por mães, tias e avós. Tinham conhecimento de manipulação de ervas, algumas viajavam de aldeia em aldeia, auxiliando diversas mulheres no momento do parto, pois, nesse período estava atrelado à exercício domiciliar. Carregavam conhecimentos aliados às práticas empíricas, e, com o decorrer dos anos, passaram a representar ameaça à medicina que avançava como forma de conhecimento científico (BASAGLIA, 2013).

Muitas mulheres tornaram-se parteiras em decorrência da necessidade da comunidade, pois geralmente não havia assistência, levando algumas a aprenderem sozinhas, e exercendo a atividade, aperfeiçoavam o ofício na vivência cotidiana (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

A tradição da cultura das parteiras não existia no Brasil anteriormente à chegada dos portugueses, as nativas geralmente pariam sozinhas, e com a colonização, passou-se a implantar no país os modelos de assistência a saúde de Portugal, conforme o exemplo das Santas casas de Misericórdia, onde o cuidar era fornecido por mulheres, no geral, religiosas que desenvolviam a prática da caridade

como um estilo de vida, nesse contexto desenvolveu-se o ofício de parteira, sendo geralmente uma prática não remunerativa (BASAGLIA, 2013).

Afirmam Gabiatti e Arraes (2013) que o avanço e valorização da medicina enquanto ciência, levaram à sua legitimidade enquanto detentora dos saberes sobre saúde, acarretando à desvalorização da enfermagem e principalmente ao ofício de parteira.

Nascimento *et al.* (2009) assegura que, parteira tradicional é aquela que acompanha o parto no domicílio, fornecendo à parturiente aconselhamento, orientações e cuidados diversos, contribuindo para sobrevivência de suas comunidades.

Durante a idade média o papel da enfermeira estava atrelado a uma prática empírica, longe do profissionalismo, vinculada a cuidados básicos, principalmente ao acompanhamento de mulheres durante a gestação, parto e puerpério, no domicílio, constituindo-se profissão somente após as contribuições de Florence Nightingale (GIOVANINI, 2011).

Narchi (2013), propõem que a oferta de cursos de especialização em obstetrícia, tem promovido a capacitação de muitos enfermeiros, contribuindo para melhor acompanhamento durante o pré-natal, parto e puerpério, levando à diminuição da mortalidade materna e infantil.

Drife (2002) relata que o primeiro parto cirúrgico bem-sucedido com sobrevivência da mãe, foi realizado por uma parteira irlandesa chamada Mary Donally, aconteceu em 1738 nas ilhas Britânicas, porém as transformações ocorridas na conjuntura político sociais, contribuíram para inserção da categoria masculina/médica nas práticas destinadas ao parto e nascimento sendo considerado o médico, o único profissional habilitado à realização de partos cirúrgicos.

No Brasil a partir de 1832, quando as academias médico cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia passam a ser consideradas faculdades de medicina, vinculam o ensino de partejar a estas instituições, submetendo-o a legislação médica até meados do século XX, porém em 1955 deixam de ser regulamentadas a esse regimento e futuramente passam a ser juguladas a mesma de enfermagem (NARCHI, 2013).

Narchi (2013) afirmam que muitas mulheres exerciam a parturição licenciadas pela legislação médica da época, contudo, o ofício de partejar alcançou

ascendência, a medida que, iniciou com a parteira tradicional, após, aquelas que passaram por capacitação, foram nomeadas obstetriz (1925), e as enfermeiras graduadas após especialização em obstetrícia, passam a ser intituladas enfermeiras obstetras (1949), de maneira que, a oferta de especialidade nessa área contribuiu para melhor acompanhamento durante o pré-natal, parto e puerpério, levando à diminuição da mortalidade materna e infantil.

2.3 PARTO DOMICILIAR E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

O hospital geral surgiu na antiguidade anexo aos monastérios, inicialmente criado para os monges, posteriormente aberto à comunidade com propósito religioso, assistencialista e caritativo, sendo os cuidados realizados por religiosas e leigas que buscavam além da cura física, a salvação da alma. Os partos eram acompanhados geralmente em domicílio na maioria das vezes por parteiras e mulheres da família (GIOVANINI, 2011).

Por volta do século XVIII, os cuidados durante o parto era uma atribuição especificamente feminina, estando desvinculado do ato médico, porém, na metade do século XX ocorrem transformações onde passa a ser um evento controlado, diminuindo significativamente sua incidência em domicílio (SANFELICE, 2014).

Sanfelice (2014) aborda que, ao final do século XIX ocorrem a construção de hospitais específicos para realização do parto, assim como as maternidades, objetivando inicialmente criar um ambiente de ensino e prática da medicina, proporcionando um lugar seguro para assistência das gestantes, contribuindo para institucionalização do parto.

2.3.1 A opção pelo parto domiciliar

A assistência ao parto foi primeiramente desenvolvida por parteiras, que detinham técnicas, porém, desprovidas de conhecimento científico. Com o transcorrer dos tempos, médicos e enfermeiros passaram a assumir essa função, levando a mudanças importantes, entre elas, a desvalorização do parto domiciliar e a valorização institucional com o apoio tecnológico, logo, desencadeou o desprestígio do parto natural e a intensificação de intervenções cirúrgicas desnecessárias (FERREIRA, 2015).

Nas palavras de Pamplona (2010), o parto natural engloba um conjunto de ações e procedimentos que objetivam proporcionar qualidade ao momento,

resultando em nascimentos saudáveis e a prevenção do aumento no índice de morbimortalidade materna e perinatal.

Figueredo *et al.* (2010) acreditam que em alguns casos a decisão da gestante para com a escolha do tipo de parto sofre influência de familiares, principalmente de sua mãe, que vem a persuadir, a partir de suas vivências e experiências com o parto vaginal. Entretanto, a decisão final fica por conta da própria gestante, em decorrência do sucesso dos partos anteriores, que acabam servindo como espelho e induzindo a mesma a seguir sua própria vontade.

Portanto Costa *et al.* (2003) afirmam que, a experiência do parto é muitas vezes vista e apresentada pela ocorrência de elevado mal-estar acompanhado de emoções negativas, haja vista que, uma quantidade significativa de mães que relatam ansiedade, bem como sentimentos negativos, tais como tristeza e irritabilidade.

Costa; Prates e Campelo (2014) citam que nas mulheres com idade inferior a 18 anos ou acima de 30 anos, a gravidez fica cada vez mais problemática, possibilitando o desenvolvimento de pensamentos negativos que podem vir a ser um agravante durante o trabalho de parto, com sentimentos de ansiedade, nervosismo e medo do desconhecido, dos riscos que possa vir a passar.

A decisão e expectativas das gestantes diante da opção pelo parto natural em domicílio, podem estar diretamente relacionadas com experiências e tradições transmitidas pela família, podendo influenciar na sua adaptação psicossocial, cultural e religiosa durante esse processo (BARRETO; OLIVEIRA, 2016).

Costa; Prates e Campelo (2014) observaram que, a experiência anterior vivenciada em relação ao parto, influencia diretamente na escolha atual. Entretanto muitas gestantes que não passaram por essa experiência, demonstram maior presença de dúvidas a respeito deste momento, sendo persuadidas por quem já vivenciou.

Apesar do Conselho Federal e Regional de Enfermagem não se posicionarem contrários ao atendimento domiciliar e a assistência ao parto de baixo risco realizado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, como previsto na Lei do Exercício Profissional de nossa categoria (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986), o preconceito em relação a essa prática mostra-se evidente, tanto pela sociedade, quanto pelos profissionais de saúde, visto que, a maioria dessas categorias não sentem

segurança na prática do parto domiciliar, temendo intercorrências (SANFELICE, 2014).

2.3.2 A opção pelo parto hospitalar

Muitas das gestantes na maternidade demonstram estarem inseguras e insatisfeitas com a falta de oportunidade de expressarem suas expectativas, geralmente encontram-se preocupadas com relação a evolução do parto (LAMY; MORENO, 2014).

De acordo com Costa; Prates e Campelo (2014), a decisão da gestante pode está relacionada e sendo construída a partir da experiência do parto anterior, portanto caso tenha sido submetida a uma cesariana anteriormente, será levada a crer na necessidade de uma nova submissão caso engravide novamente, embora cesáreas anteriores não é regra para posteriores.

Costa; Prates e Campelo (2014), reforçam que a opção pelo tipo de parto por muitas vezes chega a girar em torno de uma grande discussão, troca de opiniões e experiências envolvendo a gestante junto com o parceiro e familiares em busca da direção de uma tomada de decisão correta.

Muitas gestantes buscam parir no hospital, habituadas a cultura hospitalocêntrica, apoio profissional, tecnológico e maior facilidade para acesso médico caso haja intercorrências que necessitem de sua presença, a medida que o parto domiciliar por opção da gestante e família, tornou-se um acontecimento raro. (SANFELICE , 2014).

Portanto dados estatísticos brasileiros confirmam que, com o passar dos anos a opção pelo parto hospitalar intensificou-se, visto que, os nascimentos ocorridos em domicílio acontecem principalmente de maneira acidental, não opcional, tanto em áreas urbanas ou na zona rural das regiões norte e nordeste (COLACIOPPO *et al.*, 2010).

A tabela abaixo ilustra o quantitativo de partos hospitalares e domiciliares, ocorridos no município de Itaituba nos anos de 2006 a 2017 conforme o Sistema de Informação de Nascido Vivo (SINASC). As nomenclaturas outros estabelecimentos, referem-se a partos ocorridos em postos de saúde ou outra unidade que não seja hospitalar, e outros envolve partos em locais públicos.

Tabela 1 - Quantitativo de partos hospitalares e domiciliares, ocorridos no Município de Itaituba nos anos de 2006 a 2017.

Ano	Hospital	Domicílio	Outros Estabelecimentos	Total Geral
2006	3569	52	4	3625
2007	2951	65	5	3021
2008	2458	37	0	2495
2009	2153	43	1	2197
2010	2218	35	6	2259
2011	2314	23	4	2341
2012	2187	10	8	2205
2013	1634	22	8	1664
2014	2210	6	7	2223
2015	2063	19	13	2095
2016	2070	14	13	2097
2017	2488	11	13	2512

Fonte: Sinasc (2019)

2.4 PARTO HOSPITALAR: ESPAÇO PARA INTERVENÇÕES E MEDICALIZAÇÃO DO NASCIMENTO

No decorrer da história, o parto vaginal tornou-se uma prática totalmente hospitalar, com intensas rotinas de medicações e intervenções médicas e de enfermagem, e a realização de procedimentos muitas vezes desnecessários, desprestigiando o domínio da parteira (LAMY; MORENO, 2014).

Logo o excesso de intervenções e medicalização do parto têm sido criticados em âmbito internacional. No Brasil, as reflexões acerca destes questionamentos tomam impulso no final da década de 1980, a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo assistencial hegemônico (NARCHI, 2013).

A inserção de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme regulamenta a Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005, pode funcionar como ótima estratégia para a realização de atividades não farmacológicas de alívio da dor (LIMA, 2016).

Narchi *et al.* (2013) comenta que a assistência hospitalar ao parto, especialmente nos serviços públicos, acontece muitas vezes em ambientes desfavoráveis, sem a privacidade devida, falta de suporte e apoio de familiares, e com uso de procedimentos rotineiros e sem base em evidências científicas. Muitas vezes, negligenciando a fisiologia do parto durante sua evolução, buscando-se, constantemente, correções do processo por meio da medicalização e intervenções que possam provocar consequências negativas sobre a saúde das mães e bebês.

2.4.1 Parto cirúrgico

O acompanhamento da parturiente no centro obstétrico, por equipe multiprofissional, contribui grandemente para redução de morbimortalidades, possibilitando a detecção precoce de agravos e a necessidade de intervenções precoces ou futuras, promovendo maior confiança na equipe e receptividade as condutas realizadas (BARROS *et al.*, 2006).

A cesárea é uma intervenção cirúrgica inicialmente realizada em mulheres mortas para salvar a vida do feto. Aperfeiçoada e desenvolvida para reduzir os riscos de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto, não sendo isenta de risco (PATAH, 2011).

De acordo com Rezende (2000), a operação cesariana é um procedimento antigo, tendo essa nomenclatura em homenagem ao Imperador de Roma Júlio César, que nasceu dessa forma. Inicialmente esse método objetivava salvar o feto nos casos em que a parturiente vinha a óbito antes do período expulsivo. No entanto, acredita-se que os judeus foram os primeiros a efetuar essa metodologia cirúrgica, a qual constitui uma intervenção para extração do feto pela via abdominal. As tentativas de aperfeiçoamento da técnica iniciaram-se no século XVII e perduraram até meados do século XIX.

O parto cirúrgico, com as mudanças decorrentes da evolução nas práticas científicas médicas, passou a ser caracterizado, por todo mundo, como uma operação de salvamento. No final da década de 1960, particularmente nos Estados Unidos, as taxas de mortalidade materna e perinatal eram baixas, e a cesariana utilizada com cautela e indicação, sendo considerada um dos maiores avanços da obstetrícia moderna (DIAS, 2002).

O procedimento de cesariana foi aperfeiçoado, passando de uma incisão vertical, do umbigo ao osso púbico, para uma incisão horizontal localizada na

região pélvica, tornando-se esteticamente mais agradável, passando o médico a controlar o nascimento (MARTIN, 2001; ODENT, 2004).

O artifício de cesárea deve acontecer principalmente quando há gestação de alto risco, intercorrências ou a conduta mostra-se necessária para melhor segurança da gestante e feto, conforme diagnóstico médico, porém não deverá acontecer indiscriminadamente, pois, apresenta mais riscos perinatais do que o parto vaginal (PATAH, 2011).

O Ministério da Saúde vem incentivando a prática do parto natural, com o objetivo de diminuir o índice de cesarianas desnecessárias. Avaliando e fazendo-se importante o direito de decisão das mulheres, retirando todo seu sentimento de insegurança, ocasionada pela desinformação em relação ao parto vaginal (DIAS; DESLANDES, 2012).

2.4.2 Violência obstétrica

O termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever e agrupar os danos ocorridos durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos (TESSER, 2015).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros de instituições da zona Leste do município de São Paulo, considerou a utilização rotineira de ocitócitos, episiotomia, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ausência de acompanhante, como práticas prejudiciais ao parto que muitas vezes viram rotina, no intuito de facilitar a assistência ao parto para o profissional que a realiza, e não como forma de prover benefícios para a parturiente e a criança (NARCHI *et al.*, 2013).

Carvalho (2012) afirma que o objetivo da assistência ao parto deve se fundamentar em realizar o mínimo de intervenções, visando garantir a saúde da mãe e seu filho, e Sanfelice *et al.* (2014), reforçam assegurando que mentir para a paciente quanto a sua dilatação, vitalidade fetal, mecônio, circulares cervicais, bacia materna estreita, dentre outros agravos, para forjar indicação de parto cesárea, constituem violências obstétricas.

Dessa forma, enfrentar a violência obstétrica, determina que os profissionais de saúde assumam a responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parturição, desenvolvendo ações individuais,

familiares e comunitárias realizadas na unidade básica de saúde, associadas ao pré-natal; e ações em maior escala (social, política e institucional). No quadro 1 estão descritos alguns exemplos de violências obstétricas e os direitos maternos. (TESSER *et al.*, 2015).

Quadro 1 - Violências obstétricas e os direitos maternos

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo)
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.

Cuidado indigno e abuso verbal.	Confidencialidade e privacidade.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física
Detenção nos serviços	Liberdade, autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: Tesser *et al.* (2015).

2.5 HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO CONTEXTO DO SUS

O Ministério da Saúde (MS) objetivando humanizar a assistência a saúde, principalmente no âmbito gravídico puerperal, instituiu em 2003 a Política Nacional

de Humanização (PNH), visando responsabilizar e compromissar gestores e trabalhadores no exercício profissional de assistência a saúde e organização social.

De acordo com Diniz (2015), a humanização da assistência de enfermagem durante o parto acarreta transformações significativas para gestante, a medida que, se sentirá acolhida pela equipe, desencadeando um processo colaborativo por parte dessa parturiente. Marque *et al.* (2016), afirmam que o parto humanizado deve acontecer o mais natural possível, onde a gestante devera ser a protagonista e a enfermagem colaboradora nesse processo.

Segundo Montes; Gomes e Amorim (2011), reconhecer as expectativas de cada gestante é humanizar o atendimento único, permitindo ao profissional perceber suas necessidades e dificuldades de lidar com o processo do nascimento.

Carvalho (2012) discorre que os trabalhadores da saúde possuem contribuição fundamental na implementação do parto humanizado, visto que, estão intimamente familiarizados e ligados a esse processo, portanto, precisam compreender que a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade participando ativamente das decisões que envolvem o seu atendimento.

A humanização da assistência a gestante, presa pelo resgate das formas tradicionais de acompanhamento ao parto, levando a mudanças de aspecto humanitário, no intuito de promover melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem, representando uma redução de custos, como a economia em gastos com medicações analgésicas, incluindo a escala de médicos, materiais e medicamentos específicos (MARQUE; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Silva *et al.* (2016) aborda que a assistência humanizada exige do profissional de saúde o desenvolvimento de características importantes, tais como, empatia, escuta acolhedora, respeito às crenças e culturas de cada indivíduo, direito a autonomia de escolha da mulher, a integralidade de práticas benéficas à saúde da mãe e filho, respeito aos direitos das usuárias, valorização do conhecimento popular e a amplitude de modalidades terapêuticas que possam ser associadas a assistência convencional.

A humanização desvia-se da adoção de medidas intervencionistas desnecessárias, não benéficas à mulher e ao recém-nascido, e além da assistência de enfermagem, visa a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor, rompendo com a conduta de isolamento normalmente imposto à mulher durante o trabalho de parto (CARVALHO, 2012).

O estudo de Garcia *et al.* (2012), concluiu que a criação de espaços humanizados de ensino e aprendizagem apresenta desafios para sua implantação, visto que, há necessidade de organização de um modelo técnico-assistencial e pedagógico. Observou, também, falhas na percepção do conceito de humanização, e dificuldade de implantá-la na prática assistencial de saúde.

2.5.1 Rede cegonha

Como forma de intensificar a humanização do parto o Ministério da Saúde, criou através da portaria N° 1459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, como estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir os princípios básicos desse sistema, como a universalidade, equidade e a integralidade na atenção a saúde, garantindo o acesso ao acolhimento e resolutividade, promovendo acompanhamento, de qualidade ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha apresenta-se como ferramenta metodológica para auxiliar no processo de implementação da humanização ao parto e nascimento no Brasil, constituindo-se como ação valorosa neste processo, a medida que, busca implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério.

Grande número de hospitais está pactuados à Rede Cegonha devendo por tanto desenvolver ações de humanização, porém muitas dessas atividades preconizadas por estes programas, não são efetivamente contempladas, logo , observa-se a necessidade de reorganização da atenção no pré-natal, nascimento e puerpério, sob a ótica da longitudinalidade do cuidado. Desta forma, os profissionais da saúde devem assumir a postura de educadores, compartilhando seus saberes através de práticas respeitosas, informativas e que posam dar mais autonomia as mulheres em todo seu ciclo gravídico-puerperal. Assim, por meio destas ações é possível modificar o cenário atual, melhorar os índices de qualidade na assistência e garantir às gestantes e seus familiares a integralidade do cuidado, permitindo a experiência ao parto humanizado, seguro e a redução das práticas intervencionistas.

2.5.2 O papel das doulas

O Ministério da Saúde publicou em 1999 a Portaria 985 que instituiu as Casas de Parto Normal direcionadas as gestantes de baixo risco, sob administração do

enfermeiro obstetra. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o enfermeiro obstetra pode acompanhar sem nenhuma objeção a gestação de baixo risco.

Chernicharo *et al.* (2011) relata que a palavra doula deriva do grego e significa “escrava”. Naquela cultura, ela assistia a mulher em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e em seus afazeres domésticos. Atualmente, a doula interage com a mulher durante o período perinatal, tanto na gravidez, no parto como durante a amamentação.

A doula é considerada uma mulher experiente em prestar apoio, com capacidade de fornecer contínuo suporte físico, emocional e informativo durante o trabalho de parto e nascimento, mediante o treinamento. No Brasil, existem cursos para a formação de doulas profissionais ou voluntárias. As entidades “Doulas do Brasil” e a “Associação Nacional de Doulas (ANDO)” são exemplos de locais que fornecem certificados e têm cadastro (SILVA, 2012).

Em estudo realizado no Brasil, percebeu-se que durante as entrevistas doze, dos dezenove entrevistados, incluindo três classes (doulas, equipe de saúde e puérperas) desconheciam sobre o que era a doula e quais suas funções, antes de presenciar uma doula na maternidade em estudo e sete já conheciam ou ouviram falar anteriormente (SILVA, 2012).

Comparando com o estudo feito por Pugin (2008) na Flórida, percebe-se a frequente presença da doula em partos normais como uma ação já implementada, diferentemente da realidade brasileira, principalmente em relação as gestantes adolescentes em trabalho de parto, pois aquelas acompanhadas por doulas, tiveram uma percepção de redução significativa da dor e dos medos do parto. Outro local onde a presença da doula é percebida desde os anos 80 é na Guatemala e América Central, onde foi realizado o primeiro estudo sobre elas.

De acordo com Chernicharo *et al.* (2011), são necessários ainda, muitos investimentos, na perspectiva de implementar a humanização no cuidado e consequentemente os serviços da doula.

2.6 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA

O Município de Itaituba pertence à mesorregião Sudoeste Paraense e a microrregião de Itaituba. A sede municipal, tem as seguintes coordenadas geográficas: 04° 16" 24" S e 55° 59" 09" W Gr. Estando limitado ao Norte pelo

Município de Aveiro, a Leste, pelos Municípios de Altamira, Rurópolis Novo Progresso e Trairão, ao Sul por Jacareacanga, e a Oeste pelo Estado do Amazonas e Município de Jacareacanga.

A fundação do Município de Itaituba confunde-se com a fundação do Rio Tapajós. Em 1836, Itaituba era um aldeamento de índios da dependência da Província do Grão-Pará, para onde fora enviado um pequeno destacamento, sob o comando português, com a finalidade de desbravar a região. Dentre os nomes que se destacaram na história do Município menciona-se o do tenente-coronel Joaquim Caetano Corrêa, por ter sido um dos precursores do desbravamento da região tapajônica, sendo considerado, inclusive, o fundador do município de Itaituba (PENA, 2007)

Até 1853, Itaituba dependeu da freguesia de Pinhel, passando, posteriormente, para a jurisdição de Boim. Com a Lei nº 266, de 16 de outubro de 1854, a povoação de São João Baptista recebeu a categoria de vila passando a chamar-se de Brasília Legal e, como não correspondeu à expectativa, a Lei nº 290, de 15 de dezembro de 1856, transferiu para Itaituba àquela categoria, somente instalado em 3 de novembro do ano seguinte. O predicamento de cidade foi conferido a Itaituba em 1900, através da Lei nº 684, de 23 de março, sendo instalada em 15 de novembro do mesmo ano. A Lei nº 1.152, de 4 de abril de 1883, desmembra parte do município de Itaituba, incluindo em seu território o distrito de Brasília Legal para constituir o de Aveiro, que havia sido criado com a elevação da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Aveiro à condição de Município (RIBEIRO, 2011).

Pelo Decreto nº 6, de 4 de novembro de 1930, o município de Itaituba foi mantido, porém, o Decreto de nº 72, de 27 de dezembro do mesmo ano, colocou seu território sob administração direta do Estado. Como unidade autônoma, figura na relação da Lei nº 8, de 31 de outubro de 1935. Em 13 de dezembro de 1991 o município de Itaituba teve seu território desmembrado para dar origem aos municípios de Jacareacanga, Trairão e Novo Progresso, através das Leis nº 5.691, 5.695 e 5.700 respectivamente. Atualmente, o Município está constituído apenas pelo distrito-sede: Itaituba. A origem do nome é Tupi, significando o “lugar dos pedregulhos” (RIBEIRO, 2011).

2.6.1 Inauguração do Hospital Municipal

O Município de Itaituba tornou-se destaque durante o ciclo da borracha e corrida do ouro, promovida pela abertura da rodovia transamazônica, que contribuiu para o desenvolvimento da cidade, embora que lento, mas levaram ao desencadear da abertura das fronteiras da cidade para com as demais regiões do Brasil (RIBEIRO, 2011).

Segundo o censo do IBGE até meados da década de 70, Itaituba contava com uma população de 12.690 habitantes, quase totalmente nativa, sem disposição de nenhum modelo de assistência à saúde pública, deste modo, a atenção à saúde se limitava aos próprios recursos da terra (plantas e ervas medicinais), e àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros, benzedeiros, parteiras), desenvolviam as suas habilidades na arte de cuidar e curar (PENA, 2007).

Em decorrência da migração desenfreada, o município sofreu um inchaço populacional, acarretando a origem de inúmeros problemas sociais, que culminaram na elevada incidência de agravos à saúde, tais como: malária, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, hepatites, e infecções sexualmente transmissíveis, sendo muitas dessas doenças tratadas em farmácias (PENA, 2007).

Itaituba em outubro de 1978 recebeu a visita da comitiva presidencial do excelentíssimo Senhor General Ernesto Geisel, para inauguração da primeira unidade de saúde pública do município, o Hospital da fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), que em 05 de novembro de 1998 por determinação da portaria GM/MS nº 3.843 passou para gerência municipal recebendo a denominação de Hospital Municipal de Itaituba.

Realizava assistência à saúde em nível de atenção primária e secundária, visto que, não haviam postos de saúde. O atendimento a serviços básicos como imunização e assistência ao pré-natal, eram realizados no próprio Hospital, que lentamente galgava seu desenvolvimento.

Em 2006 o Hospital passou por reforma, tendo algumas mudanças significativas em sua estrutura física. A unidade já estava integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), como hospital referência para o atendimento de urgência e emergência, dispondo de serviços médicos, de enfermagem, laboratoriais, radiológicos, cirúrgicos e clínicos complementares.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de análise de levantamento de dados de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa de natureza teórica empírico.

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo (PEROVANO, 2014).

A pesquisa quantitativa procura em suma apresentar de forma numérica a constância e a amplitude dos comportamentos dos indivíduos de certo grupo, ou população, utilizando mecanismos estruturados para coletar dados (MALHOTRA, 2012).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, é subjetiva, a medida que o pesquisador procura estudar as particularidades e experiências individuais do objeto analisado, fazendo interpretações acerca do assunto de acordo com suas percepções e entendimento (MINAYO, 2001; SEVERINO, 2007).

A natureza teórica empírica é onde se faz necessário a comprovação prática de algo, seja através de experimentos científicos, coleta de dados ou observações (ENAGO, 2014).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Itaituba, Estado do Pará, nas residências das participantes, através de perguntas por meio de questionário estruturado com perguntas abertas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo totalizou sete (7) parteiras tradicionais que atuaram na zona urbana e rural do Município de Itaituba.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão foram selecionadas todas as parteiras tradicionais encontradas na zona urbana e rural do município, que haviam atuado

em partos domiciliares, sendo excluídas as auxiliares e técnicas de enfermagem, assim como enfermeiras obstetras nos hospitais particulares, conveniados e municipal da cidade.

3.5 COLETA E ANÁLISES DOS DADOS

Para coleta dos dados utilizou-se como instrumento questionário estruturado com perguntas abertas aplicados durante o período de agosto a outubro de 2018.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para que os aspectos éticos sejam respeitados, os autores das obras utilizadas serão referenciados ao longo dessa pesquisa, de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), os direitos autorais serão preservados de acordo com a Lei de Direitos Autorais 466/12 (BRASIL, 2012).

As mulheres selecionadas terão o direito de aceitar ou não, participar da pesquisa, sendo então entrevistadas por meio de questionários e tendo preservada sua identidade. Logo a investigação apesar do risco de exposição da pessoa estudada através da análise e avaliação crítica de seus conhecimentos, beneficiará as participantes e o Município, visto que, visa além de conhecer, ressaltar a contribuição das parteiras para a cidade de Itaituba.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados através do relato de sete parteiras tradicionais, visto que, na cidade de Itaituba não consta registro documental relacionado às ações, cadastro ou quantitativo total de parteiras da zona rural e urbana do Município, conforme Pena (2007), a prática acontecia em longa escala, principalmente nas regiões de difícil acesso da zona rural, como comunidades e garimpos, considerando que, a região possui um vasto território. O quadro 2 dispõe de informações básicas relativas aos dados sociais das entrevistadas.

As participantes da pesquisa foram nomeadas como parteira 1, parteira 2, parteira 3, parteira 4, parteira 5, parteira 6 e parteira 7, sendo notório a totalidade do sexo feminino, com idades variantes entre 45 anos a 94 anos, com escolaridade predominante do ensino fundamental incompleto e apenas uma com ensino médio completo e outra não alfabetizada, notando-se nitidamente um baixo padrão escolar, e referente ao estado civil apenas uma afirmou ser solteira, todas de religião católica, proveniente em sua maioria da zona rural.

Outrora, a fisiologia do parto e pós-parto, eram vistas como um processo natural a ser vivido pela gestante, acompanhado e assistencializado tradicionalmente pela figura feminina, no geral por parteiras, que repassavam suas experiências e saberes à parturiente e a outras mulheres que acompanhavam o processo do nascimento (PIMENTA *et al.*, 2013).

Basaglia (2013) afirma que essas mulheres detinham conhecimento popular aliado a práticas empíricas, manipulavam ervas, e algumas viajavam de aldeia em aldeia, auxiliando diversas gestantes no momento do parto, pois, estava atrelado à prática domiciliar e desvinculado de embasamento científico.

Sanfelice *et al.* (2014) afirma que por volta do século XVIII, os cuidados durante o parto era uma atribuição especificamente feminina, estando desvinculado do ato médico, porém, na metade do século XX ocorrem transformações onde passa a ser um evento controlado, diminuindo significativamente sua incidência em domicílio.

Narchi *et al.* (2013) contribui alegando que muitas mulheres exerciam a parturição licenciadas pela legislação médica da época, contudo, o ofício de partejar alcançou ascendência, a medida que, iniciou com a parteira tradicional,

Conforme as colocações dos autores, em uma comparativa é possível perceber que as parteiras da idade média se assemelhavam em alguns pontos com as participantes da pesquisa

Quadro 2 - Dados referentes à identificação das entrevistadas. EMC: Ensino Médio Completo; EFI: Ensino Fundamental Incompleto; NA: Não Alfabetizado; ZR: Zona Rural; ZU: Zona Urbana.

	Idade	Sexo	Escolaridade		Naturalidade
Parteira 1 (P1)	45	F	EFI		Paraná Mirin
Parteira 2 (P2)	56	F	EFI		Paraná Mirin
Parteira 3 (P3)	57	F	EMC		Santarém
Parteira 4 (P4)	58	F	EFI		Paraná Mirin
Parteira 5 (P5)	62	F	EFI		Paraná Mirin
Parteira 6 (P6)	78	F	EFI		Painin
Parteira 7 (P7)	94	F	NA		Itaituba
	Estado Civil		Religião	Endereço	Renda
Parteira 1 (P1)	Solteira		Católica	ZR	< 1 salário
Parteira 2 (P2)	Casada		Católica	ZR	< 1 salário
Parteira 3 (P3)	Viúva		Católica	ZR	1 salário
Parteira 4 (P4)	Casada		Católica	ZR	< 1 salário
Parteira 5(P5)	Viúva		Católica	ZR	1 salário
Parteira 6 (P6)	Viúva		Católica	ZU	2 salário
Parteira 7 (P7)	Viúva		Católica	ZU	2 salário

O Quadro 3 a seguir apresenta as sete parteiras entrevistadas, destacando suas idades, início do ofício , origem do aprendizado e tempo de atuação.

Observa-se que as parteiras 4, parteira 6 e parteira 7, iniciaram a prática antes dos 20 anos de idade, enquanto as demais somente após essa faixa etária, e no geral aprenderam o ofício através da observação e acompanhamento de outras parteiras, que eram muitas vezes parentes ou conhecidas, como as avós, mães, tias, madrinhas, vizinhas, não sendo inseridas em capacitações ou cursos de aperfeiçoamento da prática. O tempo de atuação variou entre vinte e três, o tempo mínimo a setenta e seis anos o máximo atuando nessa atividade.

Basaglia (2013) afirma que na antiguidade e principalmente idade média, muitas mulheres desempenhavam o papel de cuidadoras populares, detendo saberes adquiridos ao longo de sua geração, repassados por suas mães, tias, avós e algumas anciãs da localidade.

Quadro 3 - Dados relacionados a idade atual, início do ofício de parteira, origem do aprendizado e tempo de atuação.

Parteiras	Idade	Idade de início do ofício e origem do aprendizado	Tempo de atuação
P1	45	22 anos, aprendeu observando a avó que era parteira.	23
P2	56	26 anos, aprendeu observando a madrinha que já era parteira.	26
P3	57	25 anos, aprendeu observando a mãe que já era parteira.	32
P4	58	17 anos, aprendeu observando a vizinha que era parteira.	38
P5	62	20 anos, aprendeu acompanhando a sogra que era parteira.	42
P6	77	18 anos, aprendeu sozinha, aperfeiçoou observando algumas vezes outras parteiras.	55
P7	94	18 anos, aprendeu acompanhando outras parteiras.	76

Enquanto que muitas mulheres tornaram-se parteiras em decorrência da necessidade da comunidade, e por não haver assistência, algumas aprendiam sozinhas, por conta própria, exercendo a atividade, acabavam por aperfeiçoar o ofício na vivência cotidiana (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

Conforme Acker (2006), A maioria das parteiras iniciavam a atividade bem jovens buscando a ocupação em prol da necessidade institucional e de trabalho, nem sempre, somente por prazer, algumas aprenderam em cursos, porém a demasia com a prática.

Basaglia (2013); Nascimento *et. al* (2009) e Acker (2006) corroboram em alegar que muitas mulheres buscavam o ofício não apenas por aptidão pessoal, mas levadas também pela necessidade da própria comunidade em virtude da ausência de profissionais capacitados e instituições de assistência a saúde.

No gráfico 1 a baixo, está representado o quantitativo médio de partos acompanhados pelas parteiras participantes da pesquisa, levando em consideração não saberem com exatidão a quantidade de nascimentos acompanhados, por não terem em nenhum momento realizado qualquer forma de registro.

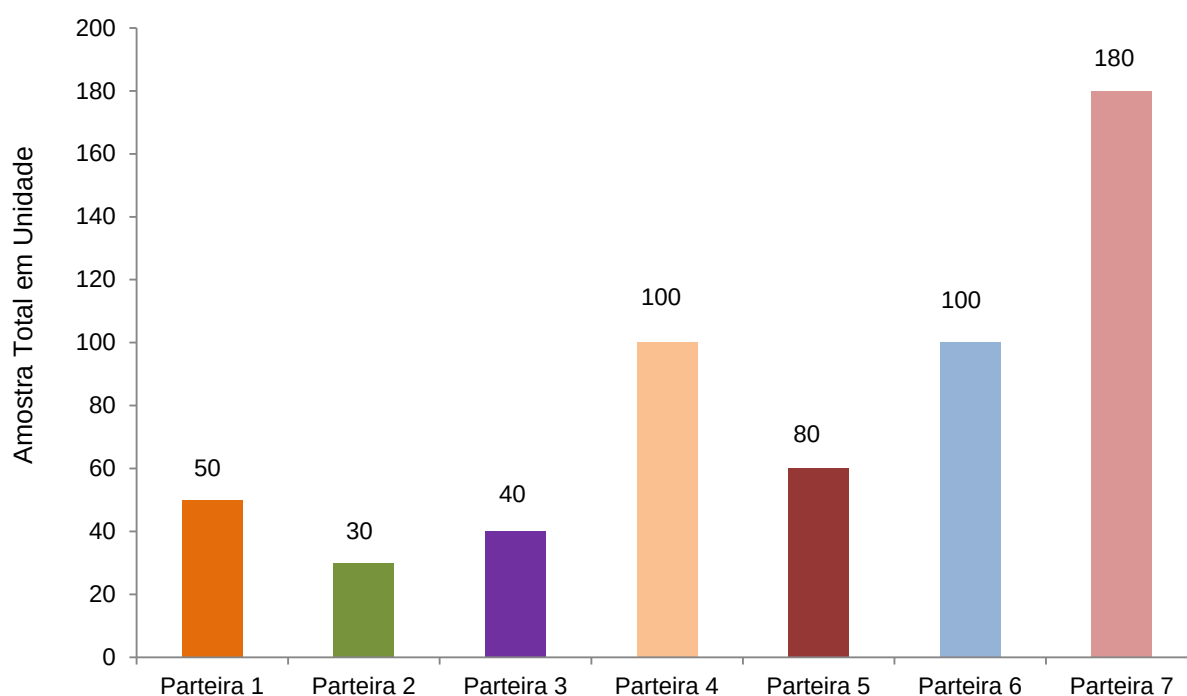


Gráfico 1 - Quantitativo médio de partos acompanhados.

Observando o gráfico1 percebemos facilmente que o menor quantitativo de partos acompanhados ao longo do ofício de parteira, foram 30 unidades, pela parteira 2, enquanto que o máximo, foram 180 unidades, pela parteira 7.

De acordo com Nascimento (2009), dezenas de gestantes tiveram uma vida sofrida, com escassez de recursos básicos, moradoras de regiões de difícil acesso,

e em épocas de assistência precária e limitada dos serviços de saúde, promovendo o aparecimento as vezes forçado da prática da parteira que inúmeras vezes desenvolvia essa atividade como contribuição social dentro de sua comunidade.

Faz -se importante sensibilizar gestores e profissionais de Saúde, na tentativa de promover o reconhecimento das parteiras tradicionais como cooperadoras na atenção à saúde da comunidade e no desenvolvimento de ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS – Sistema Único de Saúde. (NASCIMENTO, 2009).

Considerando os autores, as atividades desempenhadas pelas pesquisadas e seu reconhecimento no município estudado, podemos constatar a desvalorização dessa categoria, visto que, não existe na cidade, registro dessas mulheres, ou qualquer programa de capacitação, inclusão ou aproveitamento do ofício.

O Quadro 3 a seguir, aborda o quantitativo de partos gemelares acompanhados pelas parteiras.

Quadro 4- Dados relacionados a idade atual, tempo de atuação e quantitativo de acompanhamento de gestações, partos e nascimento de gêmeos.

Parteiras	Idade atual	Tempo de atuação	Quantitativo de acompanhamento de gestações, partos e nascimentos de gêmeos
P 1	45	23	Nunca acompanhou
P 2	56	26	Nunca acompanhou
P 3	57	32	Nunca acompanhou
P 4	58	38	Nunca acompanhou
P 5	62	42	Nunca acompanhou
P 6	77	55	2 acompanhamentos
P 7	94	76	1 acompanhamentos

Analisando o quadro 3 podemos notar que o acompanhamento de gestações, partos e nascimento de gêmeos foi um acontecimento pouco comum na realidade das parteiras pesquisadas, ao ponto que, somente duas, a P6 (2 acompanhamentos) e P7 (1 acompanhamento) confirmaram a participação nessa fase, sendo perceptível a baixa incidência de gestação, parto e nascimento gemelar acompanhados pelas parteiras.

Pinheiro (2015) destaca que o parto de gêmeos é considerado um parto distórcico, sendo necessário um acompanhamento criterioso durante toda a gestação, no pré, trans e pós- parto, pois acarreta riscos para mãe e criança.

Apesar do Conselho Federal e Regional de Enfermagem não se posicionarem contrários ao atendimento domiciliar e a assistência ao parto de baixo risco realizado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, como previsto na Lei do Exercício Profissional de nossa categoria (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986), o parto gemelar é considerado distórcico, necessitando de acompanhamento específico, considerando que em alguns casos evolui para cesárea.

Ao avaliarmos o quadro 5 a seguir, percebemos claramente as várias atividades exercidas pelas parteiras tradicionais, na perspectiva de promover assistência segura e eficaz. Diante dos relatos das parteiras, expostos no quadro 5, percebe-se facilmente que todas as sete estudadas negaram cobrar pela atividade.

Segundo Basaglia (2013), a tradição da cultura das parteiras passou a ser exercida no Brasil a partir da chegada dos portugueses, pois as nativas geralmente pariam sozinhas, e com a colonização, passou-se a implantar no país os modelos de assistência a saúde de Portugal, conforme o exemplo das Santas casas de Misericórdia, onde o cuidar era fornecido por mulheres, no geral, religiosas que desenvolviam a prática da caridade como um estilo de vida, nesse contexto desenvolveu-se o ofício de parteira, sendo geralmente uma prática não remunerativa.

Muitas mulheres tornaram-se parteiras em decorrência da necessidade da comunidade, pois geralmente não havia assistência, levando algumas a aprenderem sozinhas, e exercendo a atividade, aperfeiçoavam o ofício na vivência cotidiana (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

Portanto conclui-se claramente a contribuição social das parteiras tradicionais, em uma época de escassez de profissionais da saúde e oferta de serviços especializados.

Quanto ao uso de substâncias para intensificação das contrações uterinas, nota-se o consumo por todas as parteiras de chá de pimenta do reino com outro tipo de produto natural.

Quadro 5 - Relatos dos acontecimentos e atividades exercidas pelas parteiras

Atividades Exercidas	Parteiras	Relatos
Custo da Atividade	P1	Nunca cobrou pela atividade
	P2	Nunca cobrou pela atividade
	P3	Nunca cobrou pela atividade
	P4	Nunca cobrou pela atividade
	P5	Nunca cobrou pela atividade
	P6	Nunca cobrou pela atividade
	P7	Nunca cobrou pela atividade
Uso de Substâncias para intensificação das contrações uterinas	P1	Chá de pimenta do reino com gengibre
	P2	Chá de pimenta do reino com mangaratá
	P3	Chá de pimenta do reino com mangaratá
	P4	Chá de pimenta do reino com gengibre
	P5	Chá de pimenta do reino e urtiga
	P6	Chá de pimenta do reino com mangaratá
	P7	Leite quente e chá de pimenta-do-reino com cachaça.
Tipos de intercorrências durante o parto	P1	Nunca aconteceu
	P2	Laceração do períneo e hemorragia
	P3	Laceração do períneo e hemorragia
	P4	Laceração do períneo e hemorragia
	P5	Laceração do períneo
	P6	Laceração do períneo e hemorragia
	P7	Laceração do períneo
Medidas para contenção das intercorrências	P1	Não foram necessárias, visto que, não ocorreram intercorrências.
	P2	Preparos para asseio íntimo e chá de “catinga de mulata”
	P3	Preparos para asseio íntimo e chá de algodão queimado
	P4	Preparos para asseio íntimo e banhos
	P5	Preparos para asseio íntimo e chá de “casca de pau

	P6	Preparos para asseio íntimo e chá da palha da cebola
	P7	Preparos para asseio íntimo e chá de “ casca de pau e ervas medicinais
Cuidados com cordão umbilical	P1	Cortava com tesoura própria previamente lavada com água corrente e limpa com álcool, amarrava com fio de algodão e limpava com álcool iodado
	P2	Cortava com tesoura própria previamente lavada com água corrente e limpa com álcool, amarrava com fio de algodão e limpava com álcool iodado
	P3	Cortava com tesoura própria previamente lavada com água corrente e limpa com álcool ,e amarrava com o próprio cordão umbilical e colocava umbigueira
	P4	Chá de pimenta do reino com gengibre
	P5	Cortava com tesoura própria previamente lavada com água corrente, escaldada e limpa com álcool, amarrava com fio de algodão e limpava com álcool iodado
	P6	Cortava com tesoura própria previamente lavada com água corrente, escaldada e limpa com álcool, amarrava com fio de algodão e limpava com álcool iodado
	P7	Cortava com tesoura própria previamente lavada com água corrente, escaldada e limpa com álcool, amarrava com fio de algodão e limpava com álcool iodado
Incentivo ao Aleitamento Materno exclusivo (AME)	Parteira 1	Não promovia o AME, esgotava todo o colostro da mãe, acreditando não ser saudável para criança.
	Parteira 2	Incentivava a puérpera a amamentar a criança após alguns minutos do seu nascimento.
	Parteira 3	Não promovia o AME, esgotava todo o colostro da mãe, acreditando não ser saudável para criança.
	Parteira 4	Não promovia o AME, esgotava todo o colostro da mãe, acreditando não ser saudável para criança.
	Parteira 5	Não promovia o AME, esgotava todo o colostro da mãe, acreditando não ser saudável para criança.
	Parteira 6	Não promovia o AME, esgotava todo o colostro da mãe, acreditando não ser saudável para criança.
	Parteira 7	Não promovia o AME, esgotava todo o colostro da mãe, acreditando não ser saudável para criança.

Orientações pós-parto e participação em capacitações	Parteira 1	Orientava a puérpera, quanto aos preparos para banhos, asseios, uso da umbigueira e nunca foi capacitada.
	Parteira 2	Ensinava a puérpera a utilizar remédios caseiros e nunca foi capacitada.
	Parteira 3	Orientava a puérpera a fazer uso de chás, preparos para higiene íntima e banhos e nunca foi capacitada.
	Parteira 4	Ensinava a puérpera a utilizar remédios caseiros e chás e nunca foi capacitada.
	Parteira 5	Ensinava a puérpera a utilizar remédios caseiros e nunca foi capacitada.
	Parteira 6	Orientava a puérpera a fazer uso de chás, preparos para higiene íntima e banhos e nunca foi capacitada.
	Parteira 7	Orientava a puérpera a fazer uso de chás, preparos para higiene íntima e banhos e nunca foi capacitada.

Houve um período a qual, muitas parteiras tradicionais detinham conhecimento sobre a manipulação de ervas, e viajavam de aldeia em aldeia, auxiliando diversas mulheres no momento do parto. Carregavam conhecimentos aliados às práticas empíricas, e, com o decorrer dos anos, passaram a representar ameaça à medicina que avançava como forma de conhecimento científico (BASAGLIA, 2013).

Quando indagadas a respeito do conhecimento de intercorrências durante o parto, seis delas foram unânimes em citar laceração do períneo, e quatro acrescentaram hemorragia de modo que apenas uma negou qualquer tipo de intercorrência em 23 anos de atuação. As demais relataram tratar as alterações através de higiene íntima com preparos de ervas e substâncias naturais, além de chás caseiros.

Marque *et al.* (2016) afirmam que o parto humanizado deve acontecer o mais natural possível, onde a gestante devesse ser a protagonista e segundo Montes; Gomes e Amorim (2011), reconhecer as expectativas de cada gestante é humanizar o atendimento único, permitindo ao profissional perceber suas necessidades e dificuldades de lidar com o processo do nascimento.

Através das contribuições dos autores, notamos que os partos e nascimentos acompanhados por parteiras eram os que mais se aproximavam de um modelo de assistência humanizada, porém não impedia o acontecimento de intercorrências,.

Os cuidados com o cordão umbilical, segundo todas as pesquisadas, eram cortados com tesoura própria, separada para esse fim, higienizada com água fervendo, quanto a amarração do cordão, seis informaram realiza-la com fio de algodão e apenas uma, a P3 informou utilizar o próprio cordão umbilical, dando apenas um nó na ponta e relacionado ao aleitamento materno exclusivo (AME), entende-se com facilidade que apenas uma parteira (P2), incentivava sua prática, enquanto as demais, P1, P3, P4, P5, P6 e P7 negligenciavam completamente a conduta, acreditando totalmente na ineficiência do colostro. Quanto as orientações pós-parto, observa-se que todas orientavam suas puérperas a cuidados gerais e uso de remédios caseiros, chás, banhos e asseios, apesar de jamais terem sido capacitadas por estabelecimentos ou órgãos da saúde.

Nascimento *et al.* (2009) assegura que, a parteira tradicional é aquela que acompanha o parto no domicílio, fornecendo à parturiente aconselhamento, orientações e cuidados diversos, contribuindo para sobrevivência de suas comunidades.

A assistência ao parto foi primeiramente desenvolvida por parteiras, que detinham técnicas, porém, desprovidas de conhecimento científico (FERREIRA *et al.*, 2013).

Narchi *et al.*(2013) afirmam que muitas mulheres exerciam a parturição licenciadas pela legislação médica da época, contudo, o ofício de partejar alcançou ascendência, a medida que, iniciou com a parteira tradicional, após, aquelas que passaram por capacitação, foram nomeadas obstetriz (1925) de maneira que, a oferta de especialidade nessa área contribuiu para melhor o acompanhamento durante o pré-natal, parto e puerpério, levando à diminuição da mortalidade.

Conclui-se que, apesar da contribuição das parteiras tradicionais com relação aos cuidados voltados às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, a falta de submissão a capacitações por parte das parteiras pesquisadas, contribuiu para carência de aprendizado em informações básicas, como às relacionadas ao aleitamento materno exclusivo, visto que, embora o ministério da saúde incentive a anos o aleitamento logo após o nascimento, apenas uma, (P2) orientava a prática, enquanto as demais desconheciam totalmente os benefícios do colostro.

O gráfico 2 abaixo, igualmente abordados acontecimentos e atividades desenvolvidas pelas parteiras, reforçando apenas as informações do quadro anterior.

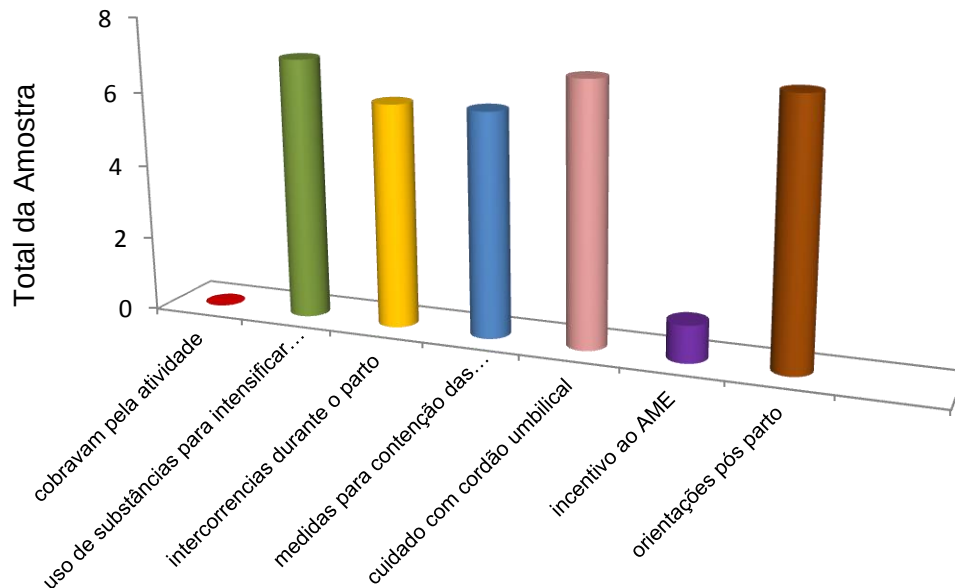


Gráfico 2 – Atividades exercidas pelas parteiras.

Conforme subsídios do quadro anterior e comentários dos autores, percebemos através da ilustração gráfica objetiva, que todas as parteiras confirmaram não cobrarem pela atividade, faziam uso de produtos naturais para intensificação da dor, seis relataram algum tipo de intercorrência durante o parto e nascimento, porém implementaram medidas de contenção. Todas realizaram cuidados com o cordão umbilical, uma apenas incentivou o AME e todas alegaram orientar as puérperas.

5 CONCLUSÃO

Ao final do estudo constatou-se que as mulheres que optavam por aprender as técnicas de acompanhamento da gestante para auxiliar na parição, iniciavam esse processo muito jovens, a carência de mão de obra e estabelecimentos de saúde, contribuía significativamente para a precocidade de engajamento dessas na prática, fato constatado pelo estudo, a qual, comprovou que boa parte começava aos dezoito anos de idade.

As parteiras participantes do estudo referiram não cobrar pelos serviços prestados durante o parto, percebendo-se a grandiosa contribuição social realizada por essas mulheres, visto que, nesse período eram frequentes as mortes neonatais e maternas, por falta de assistência a saúde das gestantes e parturientes, logo o serviço prestado por essas parteiras domiciliares, veio a colaborar para minimização da mortalidade materna e infantil.

Apesar da cooperação exercida pelas parteiras ao longo dos anos, é perceptível o conhecimento empírico, que muitas vezes em algumas situações se equiparavam as bases científicas fornecidas pela literatura, porém em outras, se distanciava demasiadamente dessas comprovações, fato percebido no estudo, no que diz respeito ao aleitamento materno, pois a maioria orientava a puérpera ao descarte do colostro. No entanto possuem vasto conhecimento que necessita ser aperfeiçoado diante de atualizações e capacitações àquelas que pretendem continuar na prática, visto que, algumas já deixaram o ofício.

O Município de Itaituba possui um vasto território urbano e rural que envolve comunidades e garimpos, que por muitos anos contou com os serviços dessas parteiras tradicionais, a qual desempenhavam atividades caritativas e sociais, aprendidas com a mãe, avó, tias, vizinhas. E apesar da colaboração não consta na cidade registros específicos e claros sobre essas atividades, não havendo incentivo e capacitações voltadas à prática, tendo em vista que, em algumas regiões encontram-se associações de parteiras tradicionais visando reforçar a humanização do parto, nascimento e puerpério no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Portanto objetiva-se fornecer o resultado da pesquisa ao museu da cidade Iracy Paraguaçu, para que faça parte de seu acervo, a fim de registrar o exercício do ofício de parteira no município, e subsidiar outros estudos.

REFERÊNCIAS

ACKER, B. V. **As parteiras e o cuidado com o nascimento**. Rev Brasileira de Enf, vol. 59, núm. 5, septiembre - octubre, 2006, pp. 647-651. Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil

BARRETO, O. Nós estamos grávidos. São Paulo: **Saraiva**, 2016.

BASAGLIA, C. C. P. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos). **A prática de parteiras e o universo multifacetado da maternidade**. Florianópolis, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. portaria N° 1459 de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2011.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CARVALHO, V. F. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 30-7, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei N° 7.498 de 25 de junho de 1986**. Brasília. 1986.

COLACIOPPO, P. M.; KOIFFMAN, M. D.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; OSAVA, R. H. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e perinatais. **Rev. Enf. Ref.**, RJ, v. 3, n. 2, p. 81-90, 2010

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Protocolo de Enfermagem: importância para a organização da assistência na atenção básica de saúde. **Boletim Informativo**: Minas Gerais, 2010.

COSTA, M. C. O.; SANTOS, C. A. S. T.; NASCIMENTO, S. C.; MOURA, M. S. Q.; SOUZA, K. E. P.; ASSIS, D. R.; **Gravidez na adolescência: associação de variáveis sociodemográficas e biomédicas materna com resultado neonatal**. Rev Baiana Saúde Pública. 2003; 29(2):300-12.

COSTA, S.P.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A.; Parto Normal ou Cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Rev. De Enfermagem da UFSM, 2014, jan- mar; 4(1):1-9.

COUTO, M. **A tradição oral no romance 'A confissão da leoa**. Dissertação de Mestrado. UF, Sergipe, 2012.

DAVID; XAVIER. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes**. Rev. Saúde Pública 39 (4): 612 – 8. São Paulo- SP.2011.

DIAS, J. B. L. Atitude do pai diante do nascimento. **Rev. Rene**, Santos, v. 9, n. 4, p. 82-90, 2002.

DIAS, DESLANDES; **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto** 2012.

DINIZ, G. S. R. **Condição feminina**: Fator de risco para a saúde mental. 1 ed. Brasília: Pioneira, 2015.

DRIFE, B; Parto Humanizado na Percepção das Enfermeiras Obstetras. Rev. Enfermagem v. 13 n.6 (2002)

ENAGO academia. **Teórico Empírico**. 1 ed. Japão: Ulatus, 2014. 5 p. Disponível em: <<http://www.enago.com.br/learn-something-new-just>>. Acesso em: 04 mar 2019.

FERREIRA, G.; IZIDORO, B. J. **A experiência da participação de mulheres em grupos de apoio na vivência do parto**. São Carlos: 2013.

FIGUEREDO, E.; BARBOSA, J. P.; SILVA, K.; MOURA, L. S.; Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru . MG. 2010

FIGUEREDO, S. S.; JAMIESON, D. J.; LINDSAY, M. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery de Enf.**, Rio Branco, v. 13, n. 1, p. 10-20, 2010.

GABIATTI, J.; ARRAES, A. **Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira.** Curitiba, 2013.

GARCIA, F. A.; PINTO, S. G.; FERREIRA, N. P.; SOUZA, C. B.; **significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil.** Rev. Saúde e Sociedade. V. 17, n.2, Campo Grande. 2012.

GIOVANINI, T. **História de Enfermagem: Versões e Interpretações.** Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

MARQUE, F. C.; STEFFANI; BONAMIGO, A. **PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.** RJ, 2013.

LAMY; MORENO, **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** Rev. Est. Feminina. v.17 n.1, RJ, 2014

LIMA, P. O.; MIRANDA, J. L. **A compreensão sobre o trabalho da doula sob diferentes pontos de vista em uma maternidade do vale do Jequitinhonha.** SP, 2016

MALHOTRA, P. N.; **Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto.** Rev. de Enfermagem v. 11 n.2, MG, 2012.

MARQUE, T.; PRATA, M. L. CUNHA, J. C.; MOURA, F. A.; **A importância do cuidado multiprofissional na assistência pré- natal da atenção básica: um relato de experiência.** FCMPB, 2016

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. **O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil** Curso de Obstetrícia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo. v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.

NASCIMENTO, T. **Das cosmologias de partos/nascimento: um estudo sobre saberes relacionados às concepções de parteira contemporânea.** São Paulo, 2018.

NASCIMENTO, KC; SANTOS, E. K. ; ERDMANN, A. L.; NASCIMENTO, H.J.; CARVALHO, J. N.; **A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM**. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 Apr-Jun; 13(2):319-327.

PAMPLONA, C. C.. **Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios**. Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus de Palmas, Curso de Enfermagem, Palmas (TO), Brasil. 2010.

PATAH, L. E. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PENNA, S. A. **Estudo de Coort de Pacientes com TB no Município de Itaituba-PA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Faculdade de Itaituba, 2007.

PIMENTA, D. G.; AZEVEDO, M. C.; BARBOSA, T. L.; OLIVEIRA, C. S.; XAVIER, L. G. M.; **O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa**. **Rev. Eletrônica Trimestral de Enfermagem , Uninortes**, Montes Claros- MG, n. 30, p. 494 - 505 2013.

REZENDE; MONTENEGRO, **Obstetrícia Fundamental**. Editora Guanabara, RJ 2014).

RIBEIRO, A. Museu Iracy Paraguaçu, Itaituba, 2011.

SANFELICE; C. F. O. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, RJ, 2014.
Santana; Lahm e Santos (2015)

SILVA, E. B. **Partejar e narrar: O ofício de parteira ao sul do Rio Grande do Sul (1960-1990)**. Dissertação de Mestrado, UFRS, Pelotas, 2016.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, SP, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

APÊNDICE



Centro de Estudos Superiores de Itaituba – FAI

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: ____

Escolaridade: _____ Naturalidade _____

Estado Civil: _____ Religião _____

Endereço: _____

Acadêmica: Darlene IX Período Enfermagem

Orientadora: Enf. Bruna Santana

Projeto: Partos Domiciliares: relatos de parteiras do Município de Itaituba, Pará, Brasil

Questionário

1-Quantos partos acompanhou desde que se tornou parteira?

2- A sra se tornou parteira com que idade?

3-Trabalhou quantos anos nessa profissão?

4-Quem lhe ensinou esse ofício (ou seja ser parteira)?

5- Sabe quantas crianças nasceram mortas?

6-A sra cobrava para acompanhar os partos? Caso sim, quanto?

7-Usava alguma coisa para ajudar a aumentar a força da mulher? Caso sim, o quê?

8-Quando acontecia de rasgar (lacerar) a vagina (o períneo) da mulher, o que era feito?

9- A sra cortava o cordão umbilical com o quê?

10-A sra amarrava o cordão umbilical com o quê?

11- Durante o parto quantas mulheres tiveram hemorragia?

12- Quando acontecia hemorragia o que a sra fazia?

13-Morreram muitas mulheres durante o parto? Quantas?

14-Depois do parto era dado ou ensinado alguma coisa para mulher fazer tratamento?

15- A sra colocava a criança para mama na mãe assim que nascia?

16-A sra acompanhou algum parto de gêmeos?
