UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

O TRABALHO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM GOIÂNIA:

Políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho

MARIA FERNANDES GOMIDE DUTRA E SILVA

GOIÂNIA
2015

sistema de bibliotecas ufg

PRPG
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

UFG

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **[X] Dissertação** **[ ] Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva

Título do trabalho: O TRABALHO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM GOIÂNIA: Políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [ ] NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva

Assinatura da autora

Ciente e de acordo:

Jordão H. Nunes

Assinatura do orientador

Data: 30/01 /2019

Jordão Horta Nunes

MARIA FERNANDES GOMIDE DUTRA E SILVA

O TRABALHO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM GOIÂNIA:

Políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho

Orientador: Professor Dr. Jordão Horta Nunes

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Sociologia no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás.

GOIÂNIA

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Fernandes Gomide Dutra e Silva, Maria
O TRABALHO DE ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM GOIÂNIA: [manuscrito] : políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho / Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva. - 2015.
CXXX, 130 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Jordão Horta Nunes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Goiânia, 2015.
Bibliografia. Anexos.
Inclui siglas, tabelas.

1. Assistência ao parto e nascimento. 2. Sociologia do trabalho e das profissões. 3. Identidade Profissional. 4. Enfermagem Obstétrica. 5. Relações de Trabalho. I. Horta Nunes, Jordão , orient. II. Título.

CDU 316

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ATA DA SESSÃO DE JULGAMENTO DO TRABALHO DE DISSERTAÇÃO DE

MARIA FERNANDES GOMIDE DUTRA E SILVA

Aos onze dias do mês de setembro de 2015, às 09:00 horas, no miniauditório Luiz Palacin da Faculdade de Ciências Sociais da UFG, realizou-se a sessão de julgamento de dissertação da mestranda **MARIA FERNANDES GOMIDE DUTRA E SILVA**, intitulada "**O trabalho de enfermeiras/os obstetras na assistência ao parto e nascimento em Goiânia: políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho**". A Banca Examinadora foi composta, conforme Portaria nº 045/2015-PPGS, de 01 de setembro de 2015, pelos seguintes Professores/as Doutores/as: Jordão Horta Nunes (UFG-presidente), Silvia Yannoulas (UnB) e Tania Ludmila Dias Tosta (UFG). A mestranda apresentou o trabalho, os/as examinadores/as a arguiram e ela respondeu às arguições. Às 11:55 h horas, a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão secreta, atribuindo à mestranda os seguintes resultados:

☒ **Aprovado** □ Reprovado
Jordão Horta Nunes _____

☒ **Aprovado** □ Reprovado
Silvia Yannoulas _____

☒ **Aprovado** □ Reprovado
Tania Ludmila Dias Tosta _____

Resultado Final Aprovada, recomendando a publicação, com a prescrição de se observar e acatar as recomendações e sugestões realizadas durante a sessão de defesa.

Reaberta a sessão pública, o Presidente da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata que vai assinada por mim, Prof. Cleito Pereira dos Santos, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, e pelos/as membros/as da Banca Examinadora.

Cleito Pereira dos Santos _____

Cleito Pereira dos Santos
Coord. do Prog. de Pós-Graduação
em Sociologia - PPGS
Fac. Ciências Sociais - FCS/UFG

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, antes de tudo.

Agradeço também ao Dim, meu marido e companheiro de vida, e a minhas filhas, que tiveram que me esperar.

Agradeço a meus pais, que são minha origem.

Às filhas, mãe, avós, irmãs, sobrinhas, tias, agradeço por serem minhas referências femininas.

Agradeço a outros familiares queridos, que compreenderam quando não pude estar presente.

A meus professores que me dão gosto pelas Ciências Sociais. Especialmente agradeço ao professor Francisco Rabelo, que viu nascer minha primeira filha e acompanhou minha trajetória de formação.

Agradeço de coração ao professor Jordão, meu orientador e amigo, que me ensinou sobre a potencialidade investigativa do cotidiano e também sobre ética e humanidade.

A meus colegas e companheiros de vida, que me incentivaram em todo o tempo.

Também agradeço a cada um que se dispôs a contribuir com a pesquisa através de entrevistas, conversas e orientações.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES, por ter me apoiado financeiramente.

RESUMO

O objetivo é analisar o cotidiano de trabalho e a identidade laboral de enfermeiras/os obstetras voltadas/os à assistência ao parto e nascimento em Goiânia. A ênfase justifica-se pelo fato de que, desde a década de 1970 o Ministério da Saúde tem enfatizado a importância da categoria para o processo de humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil e para a reversão do índice de cesarianas praticadas de modo abusivo no país. Em primeiro lugar, resgatou-se a história da assistência obstétrica ocidental a partir da Idade Média. Inicialmente a parteira tradicional assistia as mulheres na hora do parto com base no conhecimento herdado de suas antecessoras e a partir de seus próprios partos. Com o surgimento das universidades medievais iniciou-se um processo de masculinização da assistência através da formalização do partejamento sob a tutela das escolas de medicina. A partir das inovações do Iluminismo, os cirurgiões parteiros passaram a mapear os órgãos femininos e o parto passa a ser destacado como um evento médico de alto risco. Já no século XIX, o modelo de assistência obstétrica consolida-se em torno da prática médica pautado em tecnologias de intervenção. No mesmo período, a enfermagem moderna é criada na Inglaterra e disseminada para o ocidente, inclusive para o Brasil. A enfermagem obstétrica inicialmente surge como atividade de parteiras profissionais formadas em escolas de parteiras. Posteriormente torna-se de responsabilidade das faculdades de enfermagem, tornando-se uma especialização lato sensu. Em segundo lugar, enfatizou-se o movimento de humanização do parto no Brasil e os principais programas e políticas governamentais voltados à atenção ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto. Por fim, destacou-se o cotidiano de trabalho das/os enfermeiras/os obstetras atuantes em Goiânia com base em quinze entrevistas realizadas com profissionais envolvidos, quantidade definida a partir do princípio da saturação de conteúdo, dentre eles sete enfermeiras obstetras, um enfermeiro obstetra, um técnico de enfermagem, duas médicas obstetras, dois médicos obstetras, uma médica pediatra e uma doula. Levou-se em conta também o estudo realizado pela autora durante a graduação que observou a rotina de técnicas de enfermagem na Maternidade Nascer Cidadão, localizada em Goiânia, Goiás. Ficou evidente que, embora a atuação dos profissionais seja diversificada, atuando em maternidades, no domicílio, em consultórios privados, na doulagem e no ensino superior, o cuidado especializado com o uso de práticas não medicamentosas e pouco intervencionista é o principal elemento da identidade profissional da categoria. A abordagem do estudo foi prioritariamente qualitativa e pautou-se, além das entrevistas, em estudos históricos relacionados à assistência ao parto, em estudos sobre as políticas públicas voltadas à área e na sociologia interessada na construção das identidades profissionais. Os dados quantitativos foram utilizados para a construção de seu perfil socioeconômico. Apesar da criação de plataformas e

programas de qualificação profissional, os índices de cesarianas e morbimortalidade materna e neonatal permanecem acima do recomendado pela OMS.

Palavras-chaves: assistência ao parto e nascimento, enfermagem obstétrica, identidade profissional

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to analyze the daily work and the work identities of obstetric nurses engaged on childbirth in the Brazilian city of Goiânia. The emphasis is justified by the fact that since the 1970s the Ministério da Saúde has emphasized the importance of these professionals to the process of humanization of obstetric care in Brazil and for the reversal of cesarean section rate applied in excess in the country. First, it brought back the history of western obstetric care from the Middle Age. Initially, the traditional midwife attended the women in childbirth based on the knowledge inherited from their predecessors and from their own births. With the rise of medieval universities, then began a male-dominated process by formalizing midwifery under the tutelage of medical schools. From the Enlightenment innovations, surgeons begin to map the female organs and childbirth becomes highlighted as a high-risk medical event. This is how the nineteenth century the obstetric care model consolidates around the medical practice founded on the instrumental technology. It is also during this period that modern nursing is established in England and spread to the western world, including Brazil. The midwifery appears initially as professional midwives trained in midwifery schools. Later, this work became the responsibility of nursing colleges, making it a *lato sensu* specialization. Second, the emphasis was placed on the humanization of childbirth movement in Brazil and the main government programs and policies that focused on attention to prenatal, delivery and postpartum. Finally, thirdly, the highlight was the daily work of the obstetric nurses who work in Goiânia, based on interviews with professionals and also with obstetric doctors and doulas. The study conducted by the author during her graduation in observing the nursing techniques of the Nascer Cidadão Maternity was used as a startin point. It was evident that, although the performance of the professionals in obstetric market is diverse, specialized care is the main element of professional identity category. The approach of the study was primarily qualitative and guided up in addition to the interviews in historical studies related to childbirth in focused studies in public policy and sociology devoted to the study of professional identities. Quantitative data were used to construct their socioeconomic profile. Despite the creation of platforms and professional qualification programs, the rates of cesarean sections and maternal and neonatal morbidity and mortality remain above that recommended by the WHO.

Keywords: assistance to delivery and birth, midwifery, professional identity.

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem Nacional

ABENFO – Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras

ABO - Associação Brasileira de Obstetrizes

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CIEON - Congresso Internacional de Enfermeiros Obstetras e Neonatal

CNDM - Conselho Nacional e Estaduais dos Direitos da Mulher

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COBEON - Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal

FEBRASGO Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

MBE– Medicina Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

P&N – Parto e Nascimento

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PMI - Programa Materno Infantil,

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes

PNH – Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS

PNSMI Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

PQM - Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros

PSF – Programa de Saúde da Família

ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TABELAS, QUADROS E FIGURAS

TABELA 1	FAMÍLIA OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS – BRASIL 2011	70
TABELA 2	FAMÍLIA OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS – BRASIL 2012	70
FIGURA 1	ÚTERO DISSECADO	33

SUMÁRIO

Introdução 14

Capítulo I: A história do cuidado no parto: uma abordagem histórico-social 19

1.1 O parto como evento familiar: as parteiras como primeiras "aparadeiras" 19

1.2 O parto e o nascimento como ato médico: o desenvolvimento da obstetrícia moderna 31

1.3 A enfermagem na cena do parto: entre o médico e a parteira 41

Capítulo II: Modelos de assistência, movimentos de humanização e políticas públicas: a assistência ao parto e nascimento no Brasil 48

2.1 Mudanças de direção nas práticas de rotina: o início da humanização 48

2.2 Movimentos sociais e políticas públicas para humanização do parto no Brasil: da década de 1970 à atualidade 60

2.3 A atuação da gestão pública: principais políticas e programas de atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério 64

Capítulo III: Identidade e práticas profissionais: a/o enfermeira/o obstetra no cuidado obstétrico em Goiânia 70

3.1 Perfil socioeconômico da enfermagem obstétrica no Brasil 70

3.2 "A enfermagem é voltada mais para o cuidar do que para o tratar": formação, currículo e prática 72

3.3 Entre o pessoal e o institucional: a identidade profissional das/os enfermeiras/os obstetras 81

3.4 "Eu queria cuidar de mulher": o cuidado especializado como "essência" da profissão 85

3.5 O cuidado hospitalar: a/o enfermeira/o obstetra nas equipes multiprofissionais 90

3.6 O cuidado domiciliar: a/o enfermeira/o obstetra como parteira/o urbana/o 99

3.7 O cuidado emocional: a/o enfermeira/o obstetra como doula 104

3.8 O cuidado por consultoria: a informação no foco da/o enfermeira/o obstetra 106

Considerações finais 109

Referências Bibliográficas 113

Anexo 1: O ensino da Obstetrícia na USP.....120

Anexo 2: Marcos legais e políticas públicas: a Enfermagem a partir da década de1970 122

Anexo 3: Formação de enfermeiras/os atuantes em Goiás 123

Anexo 4: Marcos legais sobre o ensino da obstetrícia e sobre a regulamentação da enfermagem 124

Anexo 5: Roteiro de entrevista com enfermeiras/os obstetras 124

Anexo 6: Roteiro de entrevista com médicas/os obstetras 126

Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 129

INTRODUÇÃO

Dubar e Tripier (1998, p. 12 *apud* Perrusi, 2013, p. 14) afirmam que, a partir dos estudos realizados até o final da década de 1990 sobre o universo das profissões, é possível destacar pelo menos quatro sentidos para o termo. Em primeiro lugar, tem-se o significado de "declaração". Neste caso, profissão torna-se um processo identitário, uma "vocação". Profissão tem sido compreendido algumas vezes como "ocupação", como uma atividade especializada, e em outras como "função". Neste caso, a profissão representaria uma posição na divisão social do trabalho. Além dessas, seria possível reconhecê-la como sinônimo de "emprego" ou como um tipo de ocupação. Mesmo com tal diversidade, Artur Perrusi, interessado no estudo sobre o cotidiano de equipes profissionais em unidades básicas de saúde em João Pessoa/PB, defende que é possível reconhecer elementos comuns importantes a recentes pesquisas, como a descrita nesse manuscrito, em pesquisadores como Claude Dubar (1991), Eliot Freidson(1982), Glória Bonelli(2002), Anselm Strauss(1992), dentre outros, apontados a seguir:

> a. Não há como estudar uma profissão isolada do contexto histórico em que está inserida e sem perceber suas conexões com outras profissões; b. Dificilmente encontra-se uma profissão unificada e homogênea, e o sistema profissional é multifacetado; c. Não há profissão estabelecida definitivamente; d. Não há profissões "objetivas". Existe, isto sim, relações dinâmicas entre estruturas e lógicas de ação, entre instituições e trajetórias, entre formação profissional e vocações, entre saber e poder, entre papel profissional e formas identitárias.

Na segunda metade do século XX, os estudos de orientação interacionista de Eliot Freidon, Howard Becker e Anselm Strauss sobre o desenvolvimento da profissão médica lançam as bases para a chamada Sociologia das Profissões. Eliot Freidson (1998) propõe que, para se compreender uma profissão, é essencial conhecer sobre sua organização interna e suas regras regulamentadoras. A partir delas, seriam apresentadas as características particulares que capacitariam os profissionais a dominarem um saber técnico próprio denominado *expertise.* No entanto, para o sociólogo, essa análise não pode ser desvinculada do contexto sociocultural sobre o qual se desenvolve. Em Profissão Médica (2005[1970]), investiga como a medicina praticada nos Estados Unidos na década de 1950/1960 consolidou-se como uma profissão reconhecida. Para isso, busca compreender seus critérios de formação e consolidação a partir de sua relação histórica com outras ocupações, concluindo que o tempo de treinamento e o

serviço para o público não seriam condições suficientes para se promover a profissionalização de uma ocupação e sim sua autonomia em relação a outras categorias ocupacionais.

Em *Espelhos e Máscaras* (1999 [1959]), Anselm Strauss enfatiza como ocorrem as interações "face a face" entre profissionais no cotidiano de uma instituição hospitalar. Nessas situações seria preciso conciliar o estudo sobre o comportamento simbólico dos homens e as regras organizacionais às quais estão submetidos, unindo elementos da psicologia social e da sociologia. Para se realizar uma pesquisa sociológica sobre a formação das identidades seria preciso que o pesquisador se esquivasse da concepção dicotômica entre os universos micro e macrossocial. Além de observar as motivações dos envolvidos nas interações, seria essencial estar ciente de que as interações de tal natureza são complexas e passíveis de mudanças e que variam conforme a situação e as regras institucionais (STRAUSS, 1999, p. 72).

Andrew Abbott (1988), com base no estudo sobre profissionais da área de tecnologia, afirma que as profissões estão inseridas em sistemas dinâmicos que são influenciados tanto por suas jurisdições internas quanto por fatores externos. Julia Evetts também tem sido lembrada como alternativa para se pensar a questão do profissionalismo, já propõe que o fenômeno seja interpretado levando-se em conta o discurso formado pelos grupos profissionais e pela mídia. Para a autora, esse conceito é cada vez mais utilizado, seja nas organizações, no comércio, nas políticas de governo, e é apropriado com intenções variadas (EVETTS, 2005).

Sobre as emoções presentes no ambiente de trabalho, importantes a serviços como os das/os enfermeiras/os, Arlie Hochschild (1983) afirma que elas são instrumentos de transmissão de uma mensagem do *self* e, em situações de tensão, são manipuladas para que sejam favoráveis às instituições empregadoras. No Brasil, a coletânea *Outras Sociologias do Trabalho* (2013) organizada por Jacob Carlos Lima aborda novas configurações de trabalho e apresenta também variáveis sociológicas como a mobilidade geográfico-espacial e as emoções. Nesta, Ângelo Soares destaca que as lágrimas de trabalhadores atuantes no setor de serviços canadense, por exemplo, podem ser compreendidas como mecanismos de se protegerem contra o "trabalho emocional" (HOCHSCHILD, 1983).

A coletânea recente organizada por Helena Hirata e Nadya Araújo Guimarães sobre o universo do cuidado e dos cuidadores no Brasil, na França e no Japão são importantes para a reflexão sobre o conceito de cuidado e das emoções envolvidas em atividades de serviço a pessoas e também para embasar as discussões sobre a permanência da divisão sexual do trabalho em ocupações tradicionalmente ocupadas por mulheres como a enfermagem (GUIMARÃES *et al*, 2012).

A respeito do movimento de humanização da assistência ao nascimento e parto no Brasil, destacam-se pesquisadoras como Simone Diniz, Carmen Tornquist, Daphne Rattner. No final da década de 1970, Diniz (2005) afirma que o movimento representou "uma redefinição das relações humanas na assistência" no sentido de valorizar o processo vivido pela mulher, pela família, pelos profissionais, instituições, detentores do saber tradicional (como as parteiras) e sociedade de modo geral.

Diante dos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal e com vista nas recomendações da OMS de que o número de cesáreas chegue a, no máximo, 15% dos procedimentos de parto, desde a década de 1970, o poder público vem desenvolvendo uma série de programas e políticas. Dentre eles, destacaram-se o PNSMI (Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, 1974 – 1978), o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 1984), o PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2011), a Rede Cegonha (2012), além dos programas de treinamento e formação profissional como especializações em enfermagem obstétrica e o PRONAENF (Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (2012) (Pereira *et al*, 2010).

Nas últimas décadas, os estudos sobre a assistência ao parto e nascimento no Brasil e em Goiás têm sido desenvolvidos principalmente com ênfase nas características do trabalho das profissões e ocupações envolvidas, mas tomadas de modo isolado. Também há investigações com destaque para a percepção das mulheres durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, observando suas relações com as instituições de saúde acolhedoras. Em Goiânia, por exemplo, Lôbo (2010), vinculada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, analisa a frequente realização de episiotomias[1] e suas consequências nas mães que passaram pelo procedimento em duas maternidades públicas da cidade. De 107 dissertações e teses defendidas no respectivo programa de pós-graduação, no entanto, apenas quatro estão relacionadas ao tema. Ainda assim, apresentam uma análise focada nas instituições pesquisadas e em procedimentos específicos.

Abordagens sociológicas a respeito da obstetrícia são ainda mais raras e pode-se considerar a pesquisa de Moreira (2009) como uma importante contribuição para os estudos a respeito do parto humanizado em maternidades públicas de Goiânia. A análise centra-se na relação de poder entre os médicos obstetras e as usuárias das maternidades pesquisadas. Entretanto, ao se destacar as tensões profissionais relacionadas ao exercício profissional no mercado mais amplo da assistência obstétrica com suporte em repertório conceitual relacionado

[1] A episiotomia consiste em um procedimento cirúrgico(corte) realizado no períneo da parturiente no momento do parto.

principalmente à sociologia do trabalho ou das profissões e das emoções, pode-se dizer que as referências ainda são escassas. Portanto, pesquisar tal universo é importante para se estabelecer diálogos entre áreas como a Sociologia e a Saúde e para contribuir com as discussões relacionadas à Sociologia do Trabalho e das Profissões, além de fortalecer as reflexões sobre a saúde no contexto do parto e do nascimento em Goiás.

Diante das referências e contexto expostos, a enfermagem obstétrica praticada em Goiânia será observada e analisada de forma relacional. Não se poderia tratá-la somente a partir de seus princípios técnicos internos. Sabe-se que as/os enfermeiras/os obstetras estão submetidas/os a um universo político-social e econômico peculiar, seja de modo indireto, mediante políticas e programas governamentais referentes ao parto e nascimento e à atividade dos profissionais envolvidos, ou de forma direta, a partir da dinâmica de trabalho dos locais onde atuam, a saber: as maternidades e os centros de parto normal, os consultórios privados, o ambiente domiciliar e as instituições de ensino superior. A enfermagem obstétrica relaciona-se com a dimensão institucional do cuidado e depara-se com uma série de valores que integram modelos ou paradigmas referentes ao local, à forma e ao tipo de assistência à gestação, ao parto e ao nascimento. Além disso, interage de modo mais aprofundado com as mulheres assistidas, que trazem para a cena do parto suas emoções e seu aparato cultural.

Seguindo a orientação da OMS, as/os enfermeiras/os obstetras são destacadas/os pelo Ministério da Saúde como chave para a humanização da assistência ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto. Atualmente, a categoria pode acompanhar partos normais, seja no hospital ou nas casas e centros de parto normal, seja em consultórios ou no ambiente domiciliar. No hospital e nas casas de parto, estão diariamente em contato com outros profissionais, como a/o médica/o obstetra, a/o médico neonatologista e a/o técnica/o de enfermagem. Já no domicílio, lideram uma equipe mínima, geralmente composta por um/a enfermeiro/a obstetra e uma doula, e raramente há contato com a equipe médica, só em caso de complicações durante o parto. Em consultórios privados, atuam como consultoras/es e orientadoras/es a mulheres grávidas e acompanhantes e nos primeiros cuidados ao recém-nascido.

O projeto de pesquisa que deu origem a essa dissertação foi devidamente cadastrado na Universidade Federal de Goiás sob n. 27172714.1.0000.5083 e aprovado pela Comissão de Ética da mesma universidade, sob o parecer n. 642.213. A Pesquisa iniciada em 2013, focada na construção identitária de enfermeiras/os obstetras, consistiu no aprofundamento das primeiras observações realizadas durante o último ano de graduação em Ciências Sociais sobre

o cotidiano de trabalho de técnicas de enfermagem vinculadas à Maternidade Nascer Cidadão, situada em Goiânia[2].

Trata-se de uma pesquisa com abordagem prioritariamente qualitativa, sendo a principal técnica a realização de entrevistas semiestruturadas (FLICK, 2009) com profissionais da área, inseridos no mercado obstétrico de Goiânia, tanto em instituições de saúde pública quanto em consultórios privados e no ambiente domiciliar da parturiente. De modo paralelo, foram utilizados os dados quantitativos disponibilizados por bases governamentais como a RAIS para identificar o perfil socioeconômico da categoria.

As entrevistas só foram iniciadas após o devido esclarecimento acerca do conteúdo da pesquisa e após a concordância da/o entrevistada/o em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de ser informada/o sobre a garantia de seu anonimato nas futuras publicações. Foram realizadas quinze entrevistas de profundidade, orientadas pelo princípio de saturação, distribuídas da seguinte forma: uma entrevista com um técnico de enfermagem, sete entrevistas com enfermeiras obstetras, uma entrevista com enfermeiro obstetra, quatro entrevistas com médicas/os obstetras, sendo duas mulheres e dois homens, uma entrevista com médica pediatra e uma com uma doula.

Ao longo do texto foram utilizados nomes fictícios em substituição dos verdadeiros, em cumprimento com a exigência explicitada na Resolução CNS 466/2012. A dissertação está organizada em três capítulos. O capítulo I, intitulado A história do cuidado no parto: uma abordagem histórico-social, resgatou as principais transformações ocorridas na assistência ao parto e nascimento ao longo dos séculos no mundo e no Brasil, que se iniciaram com a presença marcante das parteiras tradicionais e culminam com o cuidado especializado ora por profissionais da medicina, ora por enfermeiras/os obstetras, além das chamadas equipes multidisciplinares. No segundo capítulo, intitulado Modelos de assistência, movimentos de humanização e políticas públicas na assistência ao parto e nascimento no Brasil, destacou-se o movimento de humanização do parto no Brasil e as principais políticas públicas voltadas à saúde da mulher no pré-natal, na gravidez e no período pós-parto. No terceiro e último capítulo, intitulado Identidade profissional, diversidade e autonomia: a/o enfermeira/o obstetra no cuidado obstétrico em Goiânia, foi enfatizada a prática profissional da categoria. Foram abordados elementos como: formação, desafios profissionais, relações com seus pares e com os outros profissionais, trabalho emocional e discussões de gênero no trabalho.

[2] A investigação intitulada “Os Serviços de Enfermagem e a Humanização do Parto: a conquista da identidade no trabalho”, sob orientação do professor Jordão Horta Nunes, foi realizada com apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica (PIBIC) da Universidade Federal de Goiás.

CAPÍTULO I

A HISTÓRIA DO CUIDADO NO PARTO: uma abordagem histórico-social

O cuidado obstétrico ao longo da história foi realizado por diversas ocupações. Inicialmente, a atividade de parturição fazia parte do cotidiano das comunidades, sendo que o diploma não era critério de valorização e reconhecimento. Antes de se tornar um "evento médico-hospitalar", a assistência ao parto e nascimento constituía uma atividade feminina domiciliar, praticada por mulheres da família ou da vizinhança próxima com experiência pessoal com gestações e cuidado. Com o desenvolvimento das escolas corporativas e o consequente monopólio dos assuntos relacionados à saúde pelo médico, as parteiras práticas passam a ser vistas como ameaça e inicia-se, assim, um longo processo de treinamento sob os princípios da ciência moderna. São formadas as parteiras diplomadas, que logo são substituídas por seus tutores e posteriormente por outras/os profissionais como as/os enfermeiras/os obstetras, hoje destacadas/os como centrais no processo de humanização das práticas de saúde relacionadas ao parto e nascimento no Brasil e no mundo. O objetivo desse capítulo é apresentar como se deu esse processo e como o parto tornou-se foco de disputa entre profissionais. Primeiramente, serão apresentados alguns estudos sobre o universo das parteiras tradicionais na Europa e no Brasil. Em seguida, serão trazidas reflexões sobre a formação da medicina obstétrica para, enfim, ser destacada a introdução da enfermagem na cena do parto e a formação das chamadas equipes multiprofissionais.

1.1 O parto como evento familiar: as parteiras como primeiras "aparadeiras"

Conforme relata Carneiro (2003) em estudo sobre a assistência obstétrica europeia entre os séculos XV e XVIII, as "matronas", "aparadeiras", "parteiras curiosas", auxiliavam em tarefas como acender o lume, aquecer a água, lavar a parturiente e o recém-nascido, preparar a roupa, e diversas operações que a anfitriã tinha dificuldade de fazer sozinha durante o trabalho de parto (CARNEIRO, 2003, p. 63). Diante da importância de tal assistência, para Jacques Gélis, médico francês pesquisador sobre a arte obstétrica, "até o século XVIII o parto não se concebe sem a parteira, essa mulher de saberes práticos, «vinda do fundo dos tempos, herdeira de pequenos segredos e do toque de mão daquela que a precedeu» confidente das suas companheiras, depositária da tradição" (1988, p. 17 *apud* CARNEIRO, 2003, p. 45-46). A presença de homens na cena do parto, ao contrário, era combatida e indesejada. A exposição

das partes íntimas da mulher ao sexo oposto era considerada como inibidora sobre sua evolução fisiológica além de ser tratada como algo imoral (CARNEIRO, 2003, p. 63).

Se as mulheres mais próximas não fossem aptas à atividade, era comum a busca por outras de regiões um pouco mais distantes que, embora com menor grau de intimidade, eram coletivamente reconhecidas como conhecedoras da "arte do partejamento". À medida em que iam adquirindo maior confiança na atuação, investiam na formação de futuras matronas, processo educativo informal que Carneiro chamou de "dinastias familiares" (CARNEIRO, 2003, p. 63). De modo geral, essas matronas ou parteiras curiosas exerciam a atividade por solidariedade, mas, sendo de estratos menos abastados, aceitavam pequenos agrados da família assistida.

> A parteira, com a continuidade das solicitações, levava como ajudante uma filha ou vizinha, que lhe sucedia na função, através da aprendizagem prática, ajudando, vendo fazer, ensaiando alguns toques, assumindo, enfim, quando a idade aconselhava, porque a juventude não se ajustava à natureza da atividade. Eis a «parteira curiosa» ou a «matrona», mãe de família, mulher respeitável na comunidade, com experiência própria de partos numerosos, que revelava destreza e decisão, que cumpria os usos e costumes, mas normalmente mulher pobre, que vivia com dificuldades e que por isso se disponibilizava para ajudar outras mães a troco de pequenas retribuições. Quanto ao parto, tudo se desenrolava «num quadro estruturado por rituais religiosos e populares» no qual a presença de um homem como parteiro retiraria virtudes à parturiente, por eventuais manipulações que incitassem à luxúria ou ferissem o pudor" (CARNEIRO, 2003, p. 63).

A partir do século XVI, na Europa Ocidental, inicia-se o processo longo e vagaroso da transformação destas, bem como do processo de partejamento. As *sage-femmes*, como os franceses as chamavam, passam a ser observadas com maior atenção por instâncias como a Igreja, detentora da moral cristã, o Estado, regulador oficial das profissões e da dinâmica das cidades, e as Universidades, responsáveis pela sistematização do saber. Para Carneiro "a matrona não desaparece, longe disso, mas é colocada sob vigilância, obrigada a justificar as suas intervenções, submetida a responder pelas suas palavras e seus atos" (CARNEIRO, 2003, p. 63).

O "Regimento das Parteiras", incluído no rol de ofícios de Lisboa em 1572[3], ilustra o processo de transformação das práticas leigas em "artes" e "ofícios", regulamentadas e controladas pela recente lógica de organização coletiva dos espaços profissionais (CARNEIRO, 2003, p. 63). No regimento destacado estavam contidas recomendações e exigências anteriormente inexistentes como, por exemplo, a obrigatoriedade de submissão da candidata a

[3] *Livro dos Regimetos dos Officiaes Mecânicos da Mui Nobre e Sempre Leal Cidade de Lixboa (*1572). Publicado e prefaciado por Vergilio Correia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1926, p. 215-2. Disponível em Carneiro, 2003, p. 45.

um exame de aptidão realizado por um físico local. No ato da avaliação, fazia-se obrigatório o desembolso de uma taxa além de um juramento de submissão ao médico cirurgião da cidade e às normas estabelecidas, com pena de pagamento de multa caso não seguissem às orientações. Após a aprovação nessas etapas, a parteira recebia um certificado de qualificação para o exercício do partejamento, que poderia se iniciar a partir de três preceitos principais. Em primeiro lugar, tornavam-se responsáveis pela propagação dos ritos institucionalizados da Igreja Católica, como o hábito da confissão, ao invés de recorrerem a suas práticas religiosas tradicionais. Em segundo lugar, exigia-se um diagnóstico mais preciso sobre a idade gestacional de modo a se garantir o nascimento de crianças fisiologicamente mais maduras e também para diminuir o número de abortos. Com isso, contribuía-se com o objetivo estatal de redução da mortalidade e também com a consolidação de uma moralidade católica de "valorização da vida". Por fim, a presença do médico cirurgião passa a ser recomendada em todo e qualquer quadro de complicações durante o parto, dando início ao processo de formação de equipes de trabalho centradas na atuação médica (*id,* p. 49).

Apesar de terem o monopólio do cuidado na parturição, são raros os registros próprios sobre o cotidiano de trabalho, sobretudo porque se tratavam, em sua maioria, de mulheres sem o domínio da leitura e da escrita. Diante dessa dificuldade, os mais antigos documentos de tal natureza são datados já do século XVII, segundo Rojo *et al* (2014). Os pesquisadores espanhóis destacam a importância desses escassos manuais para a evolução da obstetrícia contemporânea. O ponto de partida para o estudo são quatro manuais de parteiras escritos entre 1609 e 1710, além do manual do cirurgião obstetra francês François Mauriceau, primeiro médico que escreve sobre a obstetrícia a médicos obstetras em formação e que também faz referência a outros praticantes como as parteiras, e que pela riqueza descritiva do registro, foi considerado como um "protótipo dos manuais de cuidados pré-natais" atuais (NUNES, GOMIDE, 2013)[4].

A partir de uma análise cuidadosa, os autores desses manuais destacam como as parteiras práticas descreviam seus procedimentos de assistência na gestação, no parto e no pós-parto, que se estabeleciam em consonância com a medicina da época. Ao longo da gestação as matronas recomendavam às gestantes, por exemplo, uma alimentação equilibrada, a prática de exercícios físicos mais brandos e enfatizavam a importância de evitarem o uso de substâncias

[4] Os quatro manuais das parteiras eram: *Observations diverses sur la Sterilite, perte de fruict, foecondité, accouchements et maladies et des femmes et enfants nouveaux naiz* (de Louise Bourgeois, 1609); *The Midwives Book or the whole Art of Midwifery discovered* (Jane Sharp, 1671); *The Court Midwife* (Justine Siegemund, 1690) e *Instruction familière et très-facile, faite par questions et réponses touchant toutes les choses principales qu'une sage-femme doit scavoir pour l'exercice de son art* (Marguerite La Marche, 1710). O manual médico de François Mauriceau (1681) intitulava-se "Traité des Maladies des Femmes Grosses" [Tratado das doenças de mulheres grávidas e daquelas que dão à luz].

tóxicas durante a gravidez e a amamentação. Descreviam também o processo de formação do feto no ventre da mulher, alertando sobre a possibilidade da geração de "monstros"[5]. Outro interesse girava em torno do diagnóstico precoce da gestação. Os autores destacam que os métodos utilizados para o reconhecimento de uma gravidez eram fundamentalmente clínicos: com base no aspecto físico da urina da provável gestante e também a partir de sintomas característicos, confirmava-se a gravidez ou, descartando-a, sugeria-se algum tipo de disfunção orgânica. Mas as próprias parteiras reconheciam a dificuldade de estabelecerem um diagnóstico certeiro, o que era compartilhado com os cirurgiões da época. A idade gestacional também era enfatizada nos manuais. Fundamentados em ideias clássicas de Hipócrates, Aristóteles, Plutarco e Galeno, faziam afirmações como, por exemplo, a de que o feto teria mais condições vitais de sobrevivência aos sete meses do que aos oito, pensamento questionado e desvalidado com o passar do tempo, mas aceito até então como científico. Quanto ao período do pós-parto, estão presentes recomendações como repouso e o cuidado alimentar. Ainda com base na medicina hipocrática, acreditava-se que as patologias relacionadas à gestação e ao parto, assim como as demais, estavam ligadas ao desequilíbrio dos humores de seus corpos (Teoria Humoral[6]) e à ação do mundo espiritual, explicações também correntes no pensamento científico do momento.

A partir de suas prescrições, recomendações e fundamentação teórica, mesmo que embebidas por teorias já descartadas como a Teoria dos Humores ou também de superstições e crenças culturais da comunidade, os autores compreendem tais documentos como embriões de movimentos recentes de humanização do parto e nascimento que vêm se fortalecendo desde o século XX em todo o mundo, inclusive no Brasil. Esses movimentos preconizam o respeito à fisiologia da mulher, o autocontrole de seu próprio parto e a ação assistencial a partir de evidências científicas[7] (ROJO *et al*, 2014, p. 110).

Em relação às Corporações de Ofício medievais, segundo Dubar e Tripier (1998), o sistema originou-se na França no século XII, tem seu auge no século XV, chegando ao fim no século XVIII. Seus membros declaravam uma "profissão de fé" às normas instituídas, a partir do qual se criava um "idioma corporativista" masculino fundamentado em três elementos

---

[6] Para Meneghelli (2013, p. 106 - 107), a Teoria da patologia humoral descrita no *Corpus Hippocraticum* pode ser resumida em dois postulados: 1. O corpo humano contém um número variável, porém finito de quatro diferentes e indivisíveis humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra; 2. A saúde é o equilíbrio entre esses humores e a doença o predomínio de algum deles sobre os demais. Além disso, existia uma força propulsora, o calor inato ou interno, responsável pelo equilíbrio. As estações do ano, nessa teoria, influenciavam sobre o predomínio de um humor sobre outro.

[7] No Movimento pela Humanização do Parto iniciado no Brasil, por exemplo, uma das lutas foi o reconhecimento da importância as parteiras tradicionais para o enfrentamento da assistência médica baseada na tecnologia como garantia de qualidade.

principais: garantia de emprego, espírito comunitário e estatuto jurídico-social (*id*, p. 48). Sobre o assunto, Freidson (2005, p. 71) afirma que "a formação universitária deu aos médicos e cirurgiões um poder político maior para persuadir o Estado a colocar sob seu controle tais concorrentes, como boticários, comerciantes e barbeiros, sem falar na permissão que lhes foi dada de perseguir os médicos irregulares".

As ocupações de grande relevância social, como as parteiras, deveriam ser anexadas a corporações que mais se aproximavam da natureza da atividade. Portanto, as escolas de medicina, frequentadas e lideradas por médicos e cirurgiões do sexo masculino, tornaram-se supervisoras da prática popular (CARNEIRO, 2003, p. 48). No entanto, é interessante destacar que a atividade se diferenciava da maioria dos ofícios que se concentravam nas oficinas por sua dinâmica caracterizada pela necessidade de realização de visitas frequentes. Dessa forma, em certa medida, as parteiras em formação conseguiam escapar da vigilância constante dos tutores. Diante de tais especificidades, somadas à resistência das próprias mulheres em serem assistidas por homens, destaca Robert E. Roush (1979) que a parturição foi a última área da medicina a ser inserida na rede de profissionalização, processo que se desenvolveu de modo lento e gradual.

No Brasil, as descrições de Lycurgo Santos Filho (1991) sobre a história da medicina no Brasil do século XVI ao século XIX partem de fontes variadas, como as crônicas e relatos de viajantes, os relatórios de médicos estrangeiros, os romances de cunho sociológico, as revistas históricas, os almanaques e jornais etc. Sobre as indígenas tapuias do primeiro século da colonização, por exemplo, o pesquisador afirma que elas não contavam com a presença de acompanhantes no momento do parto, no máximo esperavam a ajuda ocasional de algum padre jesuíta. Assim consta no relato de Gabriel Soares de Sousa, retomado por Santos Filho:

> Não obstante achar-se grávida, a mulher nativa trabalhava de sol a sol na labuta doméstica, sem repouso e sem experimentar perturbações decorrentes de seu estado. A gestação processava-se normalmente e o parto fazia-se com grande facilidade e naturalidade. Às primeiras dores, onde quer que estivesse, no mato catando lenha, à beira d'água ou no terreiro da aldeia, a indígena punha-se de cócoras e o feto descia seguido da páreas e de quantidade mínima de sangue. A própria parturiente secionava o cordão umbilical com uma lasca de taquara ou mesmo com os dentes, ligava-o com cipó, embira, ou qualquer raiz mais à mão e carregando o nascituro dirigia-se para o rio mais próximo onde se banhava e ao seu filho... Eram raras as distócias e raríssimo o pardo duplo. Não havia a infecção puerperal. Se necessitasse de auxílio, a mulher gritava e aquele que dela estivesse mais próximo acorria, e com manobras sobre o ventre forçava a descida do feto. Os padres jesuítas, em muitas ocasiões, auxiliaram o trabalho de parto... Quando essas índias entram em dores de parir não buscam parteiras, não se guardam do ar, nem fazem outras cerimônias. (SOUSA, 1587, p. 370 apud SANTOS FILHO, 1991, p. 113-114).

No entanto, a figura da parteira logo é introduzida na realidade brasileira, desde a chegada das primeiras caravanas coloniais. Nos primeiros séculos, foram elas que exerceram a obstetrícia, para o historiador, e realizavam as práticas "mais elementares" através das gerações. Nem físicos e nem cirurgiões-barbeiros se dedicavam a essa função (SANTOS FILHO, 1991, p. 230). Se por um lado, esses relatos trazem ricas descrições sobre a prática médica brasileira, por outro, transparece uma visão hierarquizada entre os saberes médico e o tradicional. Em sua narrativa sobre o perfil, a metodologia e a natureza da atividade das "comadres", é possível perceber uma série de termos que ilustram o que se acaba de destacar.

> A aparadeira acompanhava os trabalhos do parto, procurando ajudar com medidas e conselhos, a mor parto extravagantes, quando não perigosos. Desdenhando dos mais simples preceitos higiênicos, proferia palavras misteriosas, desconexas, rezava determinadas orações e ordenava que a parturiente assumisse posições as mais estranhas... Vestia-se de preto, com mantilha, rosário e um lenço na cabeça. Além de "aparar", praticava o curandeirismo, provocava abortos, tratava de doenças venéreas, "secretas" (SANTOS FILHO, 1991, p. 231).

Exposições como esta, apesar de sua importância histórica acabaram contribuindo para que se imprimisse uma imagem pejorativa dessas mulheres, presentes na cena do parto ainda hoje. No entanto, diversos estudos sobre a atuação de parteiras práticas e diplomadas no Brasil, a exemplo de Maria Lúcia Mott, Anayansi Brenes, Maria Luiza Riesgo, têm resgatado de modo mais cuidadoso essa realidade. Mott (2001) enfatiza que esse tipo de descrição permanece frequente na literatura médica nacional recente, visão que, embora distorcida, foi capaz de fundamentar uma série de medidas relacionadas ao processo de regulamentação da atividade.

> Não é raro se deparar com críticas às parteiras leigas, sobretudo no que diz respeito à ignorância, à falta de conhecimentos básicos de higiene, à prática de manobras de forma incorreta e o uso inadequado de medicamentos... Portanto, a inclusão dessas penalidades no regulamento [que não poderiam tratar doenças femininas, nem medicar, como faziam anteriormente] não causa surpresa, pois estão em consonância com o que era então repetido nos periódicos médicos... Quanto a ser um reflexo do que ocorria na prática, pode-se ter algumas dúvidas. Vale lembrar que nem os partos feitos por médicos nas residências, nem nas maternidades eram seguros. (MOTT, 2001, p. 50).

Rosamaria Carneiro, ao tratar das mudanças de paradigmas sobre o partejamento no Brasil, trata de como essa atividade ocorria no período colonial, dando ênfase às parteiras como sabedoras da "arte do parto".

> Neste período predominava uma espécie de saber-curar religioso e praticado por mulheres que recorriam aos seus quintais e suas hortas, misturando técnicas indígenas, africanas e portuguesas, para encontrar o remédio dos males do corpo. Existiam também locais milagrosos e entidades de devoção para a cura, por isso, os partos

> difíceis. Predominava uma cura empirista, religiosa, oral e de memória gestual, que, inevitavelmente, reverberava também na assistência ao nascimento. Por essa razão, as parteiras, mulheres mais velhas e tidas como sábias, recitavam palavras mágicas e receitavam infusões transmitidas de geração a geração, para o bom caminhar do trabalho de parto (CARNEIRO, 2011, p. 26).

A pesquisadora relembra, com base em Mott (2001, p. 48) que, embora as parteiras tivessem sido apontadas como as principais responsáveis pela transmissão de doenças infecciosas em 1900, alguns acontecimentos - como o episódio em que grávidas internadas na Maternidade de São Paulo tiveram que voltar para suas casas pelos altos índices de morte por febre puerperal - demonstram que o despreparo das equipes médicas era superior, muitas vezes, às precariedades da assistência da categoria.

No Brasil, eram conhecidas como "aparadeiras", "comadres" ou "parteiras-leigas" e, em sua maioria, tratavam-se de "mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares" (BRENES, 1991, p. 135). O estudo de Anayansi Brenes parte da revisão de 83 teses médicas desenvolvidas no século XIX por estudantes de escolas de medicina e cirurgia inauguradas por Dom João VI desde 1808 na Bahia e no Rio de Janeiro. O que se demonstra é que a assistência não ocorria somente durante o trabalho de parto, mas por toda a gestação e no pós-parto. Também eram tratados de diversos assuntos relacionados à sexualidade das mulheres, como cuidados básicos com o corpo e doenças venéreas, além de auxiliarem procedimentos abortivos (BRENES, 1991, p. 135). Maria Lúcia Mott destaca a presença de dois tipos de parteiras práticas no início do século XIX: as ocasionais e as por ofício. As primeiras eram aquelas que eventualmente acompanhavam mulheres em tais condições, mas que não necessariamente tinham vivência na atuação. As por ofício, por outro lado, tinham larga experiência na área e, por isso, eram capazes de resolver partos difíceis. Os médicos raramente eram chamados, somente em situações que "punham em risco" a vida mulher (MOTT, 2005, p. 119).

A autora enfatiza, assim como faz Silveria (2010), ao detalhar a trajetória das parteiras do Distrito Federal, que com a vinda da corte portuguesa para o Brasil e a consequente abertura dos portos, novos costumes são introduzidos na vida do país. Como prática social, o modo de partejamento também é modificado. De modo semelhante ao que houve na Europa, o processo de regulamentação da prática ocorreu sob os princípios da medicina. As "comadres" tradicionais como outros práticos são perseguidos e submetidos a um processo de desvalorização e descrédito. Não só pela classe médica, mas também por outras categorias de profissionais como as parteiras diplomadas, logo inseridas na disputa obstétrica (MOTT, 2005). Para Carneiro (2011, p. 29), "a condenação das parteiras ao ostracismo interessava não somente

aos médicos, mas também aos que tinham se dedicado ao processo de modernização das cidades e ao clérigo mais tradicional".

A partir da década de 1830 iniciam-se as tentativas de regulamentação da "prática leiga", sob os princípios afinados com a política higienista da época. Com esse objetivo, em 1832 são criadas as faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (Lei de 3/10/1832), em substituição às primeiras escolas médicas inseridas no país pela família real. Três modalidades de curso são organizadas sob supervisão das instituições criadas: o Curso de Medicina e o Curso de Farmácia, exclusivamente voltados ao público masculino, e o Curso de Partos, destinado a mulheres. Este, com duração de dois anos, destinava-se a mulheres de "boa educação e bons costumes", com idade mínima de 16 anos, dotadas de habilidades na leitura e escrita em português, as quais deveriam desembolsar 20 mil réis para a matrícula. Os ensinos teórico e prático seriam de responsabilidade de um médico cirurgião, mantendo assim uma relação tutelar com as alunas (MOTT, 1999, p. 136).

Em 1834 é emitido o primeiro diploma de "parteira diplomada" pela faculdade de medicina do Rio de Janeiro em nome de Marie Josephine Matilde Durocher, conhecida como Madame Durocher. A parteira de origem francesa foi atuante na profissão por cerca de 60 anos, com histórico de mais de 5 mil partos e tornou-se a primeira mulher a fazer parte, em 1871, da Imperial Academia de Medicina brasileira. Como parte da prática médica do século XIX, a atividade profissional da parteira diplomada englobava grande parcela das poucas mulheres profissionalizadas no Brasil nesse período. Elas atuavam como profissionais liberais nas principais cidades brasileiras com prestígio social e econômico (MOTT, 1994, p. 102).

Em 2005 um interessante artigo é publicado sobre as estratégias publicitárias utilizadas por parteiras ativas no século XIX e XX para se promoverem. A análise parte de uma série de anúncios de jornais, revistas e almanaques, além de fotografias de arquivos históricos[8] e cartas de recomendação emitidas por médicos. Nos jornais, além da presença marcante das parteiras e raros casos de enfermeiras, raramente eram anunciados empregos femininos. As primeiras, geralmente atendiam em suas casas ou em consultórios que criavam em conjunto com outras colegas e às vezes com médicos, o que demonstra o fortalecimento da parceria e a gradativa entrada dos últimos no contexto do parto. Eram comuns as moradias coletivas e também a formação de vizinhanças profissionais pensadas para facilitar a localização dos clientes. Sempre estavam de prontidão para o atendimento aos partos, acompanhando os sinais que indicavam a chegada do momento de dar à luz (MOTT, 2005, p. 120).

[8] Dentre as fontes pesquisadas estão os jornais A capital e A cigarra, de São Paulo, Gazeta do Rio de Janeiro, O Estado de São Paulo, Almanaque Laemmert (SP e RJ).

No entanto não havia, na realização de suas funções, uma delimitação clara entre atividades de cuidado e atividades de cura. Com a introdução de recursos técnicos inovadores para a época, por conta própria ou por intermédio dos médicos, as parteiras não se limitavam à assistência ao parto e ao recém-nascido, mas investiam na "cura" de "doenças de senhoras". Em 1876, no entanto, são legalmente proibidas de atuarem dessa forma, o que não as impediu de permanecerem colaborando com procedimentos abortivos e tratamento de infecções. Conforme indicam os anúncios, suas atividades eram organizadas em seis grupos principais:

> 1.Voltados para a saúde da mãe e do recém-nascido (gravidez, parto, puerpério, tratamento de umbigo); 2. Em torno da vida sexual e reprodutiva das mulheres (contracepção, aborto, infertilidade, reconstituição de virgindade; 3. Tratamento ginecológico ("das senhoras"); 4. Alojamento e tratamento da parturiente e doentes; 5. Comerciais (aluguel de ama-de-leite) e 6. Redistribuição de recém-nascidos, atividade nem sempre dentro da legalidade (MOTT, 2005, p. 126).

As parteiras deveriam aceitar qualquer cliente sem discriminação. Essa atitude pode ser percebida, por exemplo, no juramento de formatura em que se comprometiam "atender com prontidão, de noite e de dia aos chamados tanto dos ricos quanto dos pobres" (*id*, p. 130). Ter nacionalidade estrangeira, ser formada em escola oficial, ter habilidade com várias línguas, ser casada, eram qualificações que contribuíam para a consolidação de suas identidades profissionais e, com efeito, facilitavam a aproximação com a clientela. Além destas, a parceria com médicos "atribuía valor" ao seu trabalho e essa informação era sempre inserida nos anúncios como uma "carta na manga" profissional. Sobre o local de trabalho, até o final do século XIX raramente trabalhavam em maternidades e hospitais, realidade que se transforma gradativamente com a virada do século.

O parto, até esse período foi quase que exclusivamente ocorrido na casa da parturiente. No entanto, no avançar do novo século, dá-se início ao processo de profissionalização dos alojamentos criados para abrigar mulheres estigmatizadas como as prostitutas, as órfãs, as viúvas. Algumas casas de parto são criadas pelas próprias parteiras, como a Casa de Saúde de Ajuda, que passa a ser dirigida em 1865 por Durocher. No entanto, a presença dos médicos nesses locais torna-se cada vez mais comum até que em 1876, passa a ser obrigatório que instituições dessa natureza fossem dirigidas por "doutores". Os médicos eram chamados para solucionar partos com complicações e para isso amparavam-se em equipamentos obstétricos como o forceps. Porém, apesar de muitas parteiras terem se concentrado nessas instituições, era muito comum a assistência em sua própria casa ou em pensões, a pedido de parturientes que desejavam esconder a gravidez. Essa prática foi combatida avidamente pelos médicos da época,

o que influenciou a aprovação da lei de proibição do parto domiciliar em São Paulo (lei n. 1134/1908) (MOTT, 2005).

Apesar da importância desses anúncios, eles não foram suficientes para que as parteiras diplomadas se estabelecessem de modo definitivo no mercado. Partiam, assim, para outras estratégias como a denúncia de parteiras sem diploma, criando uma tensão ainda maior entre as duas categorias. As denunciadas muitas vezes voltavam-se a médicos no desejo de tornarem-se parceiros de trabalho. Quando aceitavam, havia sempre a condição de se sujeitarem à sua supervisão (MOTT, 2005, p. 132).

Para Jacques Gélis (*apud* Mott, 1999) a criação de cursos regulares de parteiras na França, no norte da Itália, na Alemanha e na Suíça trouxe uma consequente queda no número de mortes no contexto obstétrico. Por outro lado, no sul da Itália, na Rússia e na Espanha, onde os cursos eram esporádicos e desvinculados de políticas de planejamento, essas taxas mantiveram-se em alta. Em semelhança ao segundo grupo europeu, o Brasil parece não ter pensado, na época, na formação de parteiras a partir da necessidade da população local, apesar de sua comprovada importância, mas sim de modo aleatório, como um "modismo" para acompanhar uma tendência europeia. Aliada à falta de planejamento, a pouca frequência das alunas nos cursos havia um quadro de grandes dificuldades para a manutenção dos preparatórios e para a atuação das profissionais (MOTT, 1999, p. 140).

Como foi enfatizado no artigo "Deve ou não haver parteiras", datado do último quarto do século XIX, de autoria de Durocher[9], os cursos oficiais de responsabilidade das faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia possuíam um rigor mais elevado no processo de exames de admissão e eram os únicos que poderiam emitir diploma. Portanto, a quase totalidade das poucas alunas era estrangeira, sobretudo francesa: entre os anos de 1832 e 1901, por exemplo, somente 24 matriculadas obtiveram o diploma profissional. A população feminina brasileira acabou destinando-se, dessa forma, a cursos não oficiais, com menor grau de rigor no exame. Um destes foi o Curso de Obstetrícia de Recife criado na década de 1840, que conseguiu formar um pouco mais de profissionais, mas sem a devida habilitação: em 14 anos, de 1849 a 1854, 32 alunas teriam concluído o programa proposto (MOTT, 1999).

[9] O título do artigo também intitulou o trabalho apresentado por Madame Durocher à Imperial Academia de Medicina defendendo a importância da profissão das parteiras diplomadas, tuteladas pelas Faculdades de Medicina. Para a parteira, era importante uma formação rígida para a proteção da sociedade contra a práticas de "comadres ignorantes e parteiras charlatãs" (DUROCHER, 1871, p. 293 apud MOTT, 1999, p. 135). Mott destaca que apesar da reconhecida necessidade de se formar parteiras qualificadas pouco se discutiu sobre o assunto. Durocher durante sua longa atuação de 60 anos e mais de 5 mil partos, foi sempre ativa.

Além das dificuldades de acesso e diplomação existiam resistências culturais manifestas pela família e pela própria parturiente. As mulheres grávidas não reconheciam facilmente a autoridade requerida pelos médicos e pelas parteiras diplomadas. Sendo as "matronas" mulheres de seu convívio e respeitadas por sua experiência, criava-se uma amizade e relação de confiança pouco provável de ser substituída pela técnica dos profissionais. Mais ainda, existia uma compreensão popular de que o parto fosse um evento simples, do cotidiano comunitário. Era fácil encontrar manuais de medicina doméstica que ofereciam instruções práticas para que a própria família pudesse auxiliar a parturiente na ausência de uma parteira (MOTT, 2005).

Quanto à assistência obstétrica, os médicos se dividiam em dois grupos, havia os que achavam legítima a atuação nesse campo de trabalho e os que não eram favoráveis. Os clínicos gerais representavam o segundo grupo, dos que consideravam impróprio o contato direto com as partes íntimas do corpo feminino. Para esses profissionais "a participação do cirurgião no parto era vista como algo degradante, e o ofício de parteiro, considerado desonroso e vil, porque lidava com secreções e odores femininos" (MOTT, 1999, *apud* Osawa *et al*, 2006, p. 701). Esta dificuldade viria a justificar o incentivo à formação futura de médicas na área obstétrica. O segundo grupo, dos médicos cirurgiões, incentivava a formação das parteiras diplomadas desde que submetidas à formação em escolas médicas. No entanto, Mott afirma que a forma como essa proposta de formação foi apresentada pelas faculdades oficiais, elevando-se o nível dos exames de admissão e a restrição da prática a diplomadas cadastradas seriam uma forma de resistência política camuflada. Com a diminuição de parteiras qualificadas na assistência ao parto, seria mais fácil o processo de valorização profissional no mercado de trabalho, nos hospitais ou na clínica particular em ascensão no final do século XIX e início do século XX [10].

Fica claro, então, que o interesse na consolidação da profissão médica dependia, em grande medida, do controle da "atividade concorrente". A atuação da Sociedade Médica e Cirúrgica destacada pode ser apontada como um exemplo de como a categoria passa a construir um "cerco" em torno de qualquer outro praticante da obstetrícia e como, gradativamente, aproxima-se da monopolização da cena do parto com o apoio do governo através da criação de leis e decretos. Sobre esse caráter fiscalizador dos médicos durante seu processo de monopolização das práticas de cura, Eliot Freidson (2009) destaca que muitas das atividades

[10] O estudo de Maria Lúcia Mott (2001), intitulado Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920) destaca a Associação de Parteiras de São Paulo, ativo na Revolução Constitucionalista de 1932 como um dos poucos movimentos que podem ilustrar a restrita resistência da categoria nesse processo de substituição profissional. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/563.pdf

concorrentes à medicina eram úteis ao seu trabalho. Nesse sentido, ao invés de destruí-las era preciso supervisioná-las com a permissão do Estado, para que, gradativamente fosse possível situá-las em posições subalternas. Esse processo demonstrava que a profissionalização estaria relacionada a aspectos políticos e econômicos.

> A divisão do trabalho no setor não profissional pode resultar de uma contingência histórica, do poder econômico e político, da concorrência e das relações puramente interdependentes, ao passo que a divisão do trabalho em torno de uma atividade fortemente profissionalizada de cura é ordenada politicamente pela profissão dominante (FREIDSON, 2009, p. 67-68).

No final do período imperial brasileiro, a fiscalização era realizada pela Inspetoria Geral de Higiene, recém-criada para auxiliar no combate de epidemias e problemas de saúde pública. Sobre a prática das parteiras, o Decreto 9554/1886 (2001, p. 46) determinava que somente profissionais diplomadas poderiam atuar na assistência ao trabalho de parto normal e nos primeiros cuidados ao recém-nascido. No entanto, assim que a República foi instaurada em 1889, é criado o Conselho de Saúde Pública e o Serviço Sanitário é reorganizado a partir do Decreto 169/1890 (*id*) que passa a considerar crime a atuação de pessoas não habilitadas de exercerem atividades médicas. Com efeito, a atividade de parteiras leigas torna-se proibida. Em 1896, restringe-se também o campo de trabalho das parteiras com formação. Somente seria permitido atuar as diplomadas pela Faculdade de Medicina da República dos Estados Unidos do Brasil, e que tivessem registro no Serviço Sanitário (SÃO PAULO, 1896) (MOTT, 2001).

Porém, na ausência de uma escola de partos e diante da demanda pelo serviço, há uma reabertura provisória a práticos, dentre eles as parteiras, desde que aprovados em testes realizados por bancas médicas. Essa reabertura permanece por alguns anos mesmo após a Escola Livre de Farmácia, criada em 1902, ter sido reconhecida pelo legislativo federal como escola oficial sob novo nome: Escola Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo (ELFOO). Somente em 1908, com a aprovação de mais um regulamento, volta-se a restringir a atividade às diplomadas pela ELFOO de São Paulo ou por qualquer outra escola oficial equiparada à União e às diplomadas por escolas estrangeiras que tivessem sido habilitadas pelas mesmas escolas. Além dos testes, as aprovadas deveriam registrar-se na Diretoria do Serviço Sanitário (SÃO PAULO, 1908).

Mesmo com todo aparato legal e com toda avidez da "vigilância" médica, as parteiras práticas ainda continuavam no domínio da parturição. As pesquisas realizadas na década de 1930 pelo médico Edgard Braga (1937, *apud* MOTT, 2001, p. 53), por exemplo, indicavam que dentre 18 mil fichas de gestantes atendidas durante 8 anos pelo Serviço de Pré-Natal da

Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância em São Paulo, 85% foram atendidas por curiosas, 10% por parteiras diplomadas e 5% em hospitais e maternidades.

O surgimento de outras categorias também interferiu sobre a atividade das parteiras diplomadas. As chamadas parteiras-enfermeiras formadas em escolas com propostas diferentes da Escola de Parteira da USP atuavam não só na assistência ao parto, mas também no cuidado de todo tipo de moléstia, no hospital e também nas casas das famílias. Como destaque desse tipo de formação, Mott evidencia a escola da Santa Casa de Misericórdia de Santos, que em 1912 cria a Escola de Enfermeiros e Parteiras. Propunha-se um currículo mais abrangente, porém ministrado nos mesmos dois anos. A formação de parteira era adquirida por quem se interessasse e a complementação curricular deveria ser feita após a conclusão das disciplinas básicas e as aulas práticas seriam ministradas obrigatoriamente por médicos cirurgiões no hospital escola. Para os estudiosos do assunto, a associação do trabalho da parteira e da enfermeira vinha sendo sugerida desde o final do século XIX como meio de fortalecer o processo de centralização dos princípios médicos. Nesse sentido, "com essa medida (criação de enfermeiras-parteiras), buscavam limitar sua prática independente (das parteiras), restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida às enfermeiras, especialmente no hospital.

> Quando Florence Nightingale começou a organizar a enfermagem, precisou convencer os médicos do Exército que as enfermeiras poderiam ser úteis para eles, em seus locais de trabalho. As tarefas designadas pelos médicos para "suas" enfermeiras variavam conforme o profissional médico e estas dependiam da aprovação dele para se constituírem como enfermeiras. Não surpreende, portanto, a necessidade da enfermeira ser aprovada e apreciada em seu trabalho pelo profissional médico. Nesse contexto, as relações entre a nascente profissão de enfermagem e a milenar profissão de parteira não foram nada amistosas. Parteiras e enfermeiras hostilizavam-se mutuamente, as enfermeiras vendo as parteiras com desdém, compartilhando a visão que os médicos tinham delas: "supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas". As parteiras consideravam as enfermeiras "um pouco mais do que servas da profissão médica" (OSAWA *et al*, 2006, p. 702)

1.2 O parto e o nascimento como ato médico: o desenvolvimento da obstetrícia moderna

Em 1970, Eliot Freidson publica pela primeira vez o livro *Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado* que, por sua profundidade analítica, torna-se um clássico para os estudos sobre a sociologia das profissões e do trabalho. Na obra, o sociólogo enfatiza que alguns fatores foram determinantes para a diferenciação da profissão médica em relação a outras ocupações interessadas na cura, dentre elas os curandeiros e os feiticeiros (2005, p. 40). A criação das Universidades e guildas medievais possibilitaram a sistematização

do saber médico desenvolvido ao longo da história, além de criar uma identidade coletiva a partir do treinamento padronizado. Essa identidade e formação distintas foram prestigiadas pela elite pós Renascença, interessada na valorização do conhecimento. A regulamentação da profissão torna-se, portanto, um facilitador para a administração do Estado, interessado no controle estatístico da saúde pública. No entanto, afirma Freidson que os médicos das escolas universitárias na Idade Média formavam uma pequena elite que prestava atendimento a uma parcela muito restrita da população, formada por nobres ricos. Dessa forma, até o século XIX as famílias de menor poder aquisitivo continuavam a ser assistidas por curandeiros. É por isso, destaca o autor, que o monopólio dessa profissão se consolida somente no século XX, a partir do momento em que o atendimento à clientela é destinado tanto aos substratos mais elevados quanto ao público de baixa renda (*id*, p. 40).

Com o surgimento dessas primeiras universidades, as chamadas Corporações de Ofício, há um processo de sistematização e regulamentação do conhecimento médico, como já foi destacado anteriormente. Esse processo é intensificado pelas transformações derivadas do Movimento Renascentista, ocorridas entre os séculos XIV e XVII. De acordo com Bezerra (2013, p. 147), a medicina científica do Renascimento retomou a antiguidade grega como inspiração para a prática de descrição do corpo humano. Sendo assim, uma série de inovações passa a influenciar o modo de se praticar a medicina e a percepção sobre o corpo, a saúde e a doença. A primeira dessas inovações foi a invenção da imprensa em 1450, fato que contribuiu decisivamente para difusão do conhecimento médico compilado até então. Nesse embalo, em 1466 tem-se a publicação do primeiro livro médico de que se tem registro (BRAGA *et al*, 2013), *De Pollution Nocturna*, de Jean Charlie De Gerson's e também a publicação de folhetins educativos sobre a saúde de modo geral e sobre assuntos específicos como o nascimento e o parto. Para Freidson, no entanto, a principal transformação da Medicina não foi exatamente no campo médico, mas partiu de inovações tecnológicas como o descobrimento do microscópio e as leis newtonianas da física que possibilitaram "pela primeira vez, uma fundamentação sistemática da Medicina".

O interesse pelo conhecimento do corpo humano, característico desse período, de acordo com os autores, instiga a realização de estudos mais detalhados da anatomia humana, possibilitando assim, o avanço em técnicas de cirurgia, até então realizadas de modo instintivo, sem instrumentos e metodologias adequados, por barbeiros-práticos e por cirurgiões-barbeiros (BRAGA *et al*, 2013, p. 357). Dentre diversos representantes, destaca-se, por exemplo, Ambroise Paré, considerado o pai da cirurgia francesa, não por sua carreira acadêmica, mas por sua trajetória no cotidiano de tratamento. Paré foi responsável pela substituição das

cauterizações com óleo quente por compressas de óleos em temperatura ambiente e pela introdução da ligadura de vasos sanguíneos como meio eficaz para se estancar hemorragias ao invés do uso de ferro em brasa (BEZERRA, 2013, p. 151). Outro nome marcante na medicina científica do século XVI foi Andreas Vesalius. Seu destaque partiu de sua atuação como professor de Anatomia e Cirurgia e seu principal legado, o livro *De Humani Corporis Fabrica*, é considerado o primeiro grande tratado de anatomia humana (*id*, p. 149).

Em relação à Obstetrícia, os principais avanços partiam da compreensão da gravidez como um evento de grande complexidade. Para Hamilton (1975), "a obstetrícia é um ramo da medicina que trata do nascimento de um novo ser e se ocupa da mãe e do filho desde a gestação até o puerpério" (1975, p. 2). Ao analisar a história da obstetrícia ocidental, a autora resgata seus principais legados. Na Grécia antiga, destaca os estudos de Hipócrates de Cós no século 400 a. C e de seus colaboradores, os quais propõem, por exemplo, que em casos de feto invertido na hora do parto, o médico poderia mudá-lo de posição inserindo sua mão no ventre da mulher. A partir do estudo de Ulysses Meneghelli sobre a história da medicina, os tratados de Ginecologia e de Obstetrícia da medicina hipocrática

> são uma mistura de observações acuradas e de suposições. A apresentação cefálica era considerada normal, mas a de nádegas requeria a versão do feto para o nascimento. Algumas doenças do útero são bem descritas, mas admitiam que este era um órgão migratório, pois mudava de localização dentro da cavidade abdominal. O parto era feito com a parturiente ajoelhada ou sentada em uma banqueta. Os nascidos com nove meses de gestação tinham maiores chances de sobreviver do que os com oito meses (MENEGHELLI, 2013, p. 94).

Sobre as descrições de procedimentos de retirada do feto através da parede abdominal, Hamilton volta-se ao trabalho dos cirurgiões Cornélio Celso e em seguida de Sorano de Éfeso atuantes durante o Império Romano, no primeiro século da era cristã. Nesse período, Sorano estabelece os fundamentos da obstetrícia e da ginecologia em *Sobre as doenças das mulheres*, princípios que permaneceram como referência para a prática médica por mais de mil anos. O estudioso escreve, por exemplo, sobre a gravidez, sobre as posições "normais" e "anormais" do feto e a assistência ao parto, sendo a vida da mãe uma prioridade em relação à do filho (HAMILTON, 1975, p. 3)

No Renascimento, há uma valorização dos métodos de observação e de experimentação nos estudos médicos. Com a introdução da dissecação de cadáveres, tem-se um aperfeiçoamento do conhecimento sobre o corpo e sobre as estruturas femininas como o útero e a placenta. O primeiro atlas de anatomia, de autoria de Andreas Vesalius bem como a descrição das trompas uterinas de Gabriele Falloppio partem dessas observações. É nessa época

que se tem registro das primeiras escolas de parteiras europeias, tuteladas pelos profissionais médicos. Outras importantes descobertas são destacadas. Willian Harvey anuncia a teoria de circulação fetal em 1651, Deventer inicia estudos sobre o trabalho de parto no século XVIII e Naegele, no século seguinte o aprofunda além de criar meios mais eficazes para contar a idade gestacional. Em 1720 torna-se público o fórceps criado em 1580 pelo inglês Chamberlen para retirar fetos de partos "complicados". No século seguinte, Braxton cria um método de retirar o recém-nascido com os próprios dedos. A assepsia passa por grandes avanços a partir do experimento realizado pelo médico norte-americano Oliver Holmes que, partindo da hipótese de que haveria uma relação entre morte por febre puerperal e falta de assepsia na cirurgia, sugere aos colegas que lavassem as mãos antes de operarem. Logo em seguida, Louis Pasteur descobre que a febre puerperal era causada por bactérias (HAMILTON, 1975). Esse importante evento é destacado por Freidson por ter permitido se conhecer as causas das doenças, de modo distinto de médicos mais antigos que se fundamentavam em intuições e superstições (2005, p. 36). Com isso, a cena cirúrgica molda-se na direção de maior controle de infecções dessa natureza. O uso da anestesia no parto também é citado como evento que transformou a prática da obstetrícia. Em 1847 tem-se registro de seu primeiro uso através do médico James Simpson, na Inglaterra. Todos esses eventos delineariam, então, a Obstetrícia e a formação dos profissionais dos últimos séculos em toda a sociedade ocidental (HAMILTON, 1975, p. 2 – 4).

Para Freidson, nas diversas sociedades há pessoas hábeis para lidar e tratar de doenças, mas nem todos que curam são chamados de doutores ou médicos, e muitos nem são considerados profissionais (2005, p. 23). Diante disso, no primeiro capítulo de Profissão Médica (2009), o sociólogo propõe-se a analisar as características "especiais" da Medicina que fizeram dela uma profissão reconhecida.

> Todas essas descobertas e recursos disponíveis aliados ao refinamento do conhecimento possibilitou, pela primeira vez, prever o quando poderiam entender e controlar as doenças humanas e por isso "estabeleceram uma ruptura qualitativa com o passado.... e então a distinção entre médicos e os denominados charlatões não ficou mais baseada na certificação acadêmica da superioridade de uma superstição sobre a outra (*id*, p. 36).

O estudo de Ana Paula Martins sobre os princípios e métodos utilizados pelos "cirurgiões parteiros" europeus dos séculos XVIII e XIX, trata do processo de desenvolvimento do saber especializado sobre o corpo feminino que se tornou referência para os profissionais dos séculos seguintes. A análise parte do estudo de cinco tratados médicos europeus sobre o corpo e a natureza femininos que utilizavam como método a observação de corpos de mulheres

que haviam falecido nos estágios finais da gestação. Em 1774 é publicado o livro de anatomia obstétrica do cirurgião escocês William Hunter intitulado *Anatomy of the human gravid uterus exhibited in figures*. Juntamente com outros cirurgiões, Hunter funda uma especialidade cirúrgica que aprimorou o uso de instrumentos obstétricos e os métodos de diagnóstico. Para a autora, observando as imagens realistas dos órgãos dissecados por Hunter, como a figura I demonstra[11], é possível separar o útero grávido do corpo da mulher grávida (MARTINS, 2005, p. 645). Para Foucault, o surgimento dessa Medicina, denominada Moderna, transforma o modo de se olhar para o corpo humano.

> Para nossos olhos já gastos o corpo humano constitui, por direito da natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelos atlas anatômicos (FOUCAULT, 1977, p. 1)

Figura 1

FONTE: HUNTER, Willian. *Anatomy of the Human Gravid Uterus Exhibited in Figures*. Birmigham, 1774. In: PETHERBRIDGE, Deanna; JORDANOVA, Ludmilla. *The Quick and the Dead. Artists and Anatomy*. Berkeley/London: University of California Press, 1997.

A intenção de publicar imagens com esse grau de realismo era transmitir aos estudiosos e alunos uma objetividade científica característica da ciência moderna. Assim, pretendia-se eliminar as explicações "sobrenaturais" sobre a gravidez e a parturição ainda presentes na época. No entanto, através desses métodos, os cirurgiões parteiros dos séculos XVIII e XIX não se mantiveram no campo da neutralidade. Ao contrário, construíram novas representações sobre a "natureza" e o corpo das mulheres.

[11] A figura 1 está disponibilizada no artigo de Ana Paula Martins (2005, p. 647).

> Como só as mulheres engravidavam e davam à luz, os cirurgiões parteiros e os anatomistas ressignificaram essa capacidade reprodutiva à luz do debate filosófico a respeito da natureza humana. Conduziram de tal forma suas investigações sobre o corpo feminino que ao cabo não se tinha apenas o conhecimento dos fenômenos estudados, mas a verdade sobre o sexo feminino, a sua diferença e a inquestionável lei natural que transformava a mulher num corpo prolífico (MARTINS, 2005, p. 648).

Portanto, a principal diferença entre os tratados publicados entre os séculos XVIII e XIX e as publicações de séculos anteriores está em seu caráter especializado. O objetivo desses estudos era esmiuçar os órgãos exclusivamente femininos a partir de critérios da anatomia e da fisiologia. Com essa mudança metodológica há o surgimento de uma atenção especializada, não mais sobre o corpo generalizado, mas sobre os órgãos reprodutivos da mulher. Mas a consolidação desse olhar específico como uma especialidade médica concretiza-se somente no século XIX. De acordo com Martins, a partir do ponto de vista da medicina, a gravidez e o parto ganham destaque quando o médico, com seu "espírito desafiador", conquista a cena do parto, enfrentando o monopólio até então pertencente às parteiras e à própria parturiente. Isso teria sido possível pela "superioridade da medicina científica" diante do saber prático e pelo surgimento de hospitais de caridade onde puderam praticar o conhecimento, como o Hôtel Dieu, na França. Além disso, surge uma nova postura médica na segunda metade do século XVIII, que passa a se preocupar com o bem-estar da população, postura que se aproximava dos interesses do Estado moderno de controle populacional, com interesse em manter os indivíduos saudáveis como fonte de riqueza nacional (MARTINS, 2005, P. 650).

Sob a nova perspectiva, o campo de atuação médica é ampliado. Porém, era necessário conquistar espaço diante das próprias mulheres e dos saberes tradicionais. A redução da mortalidade materna e infantil evidencia-se como a principal estratégia de convencimento médico, fortalecida por campanhas de valorização da maternidade e da família. A valorização da figura da mãe permitiria, assim, a entrada do médico como um "conselheiro" sobre assuntos relacionados não só ao parto e ao nascimento, mas também ao puerpério e aos problemas ginecológicos no pré-natal (MARTINS, 2005, p. 650-651)

A formação da obstetrícia, entretanto, necessitou de outra ordem de transformações. Foi preciso, segundo Martins (2005, p. 652), que os fundamentos científicos e os próprios currículos universitários se adequassem às novas demandas e perspectivas. O médico, nesse processo, passa a atuar como um "intérprete dos sintomas dos corpos doentes, fortalecendo a sua autoridade no decorrer do século graças à reorganização epistemológica da medicina que, por sua vez, definiu o corpo como um objeto de seu domínio" (MARTINS, 2005, p. 653). Além da

reestruturação do ensino, demonstrada a partir da busca de professores com novas perspectivas científicas e pela formação de termos próprios e exclusivos da área obstétrica, também era necessário obter acesso a hospitais para que o exercício clínico (*id*, p. 653).

Alguns nomes destacaram-se, de acordo com a autora, dentre os defensores da especialidade médica. Alfred Armand Velpeau foi um deles. Em 1830, alega a superioridade da medicina em relação à prática de parteiras. Para o cirurgião parteiro, a obstetrícia partia de princípios da fisiologia, ao contrário de suas concorrentes que se pautavam na sabedoria popular e em suposições. Portanto, afirmava que a gravidez e o parto não se tratavam de fenômenos simples, sendo que "os problemas de natureza obstétrica eram frequentes e necessitavam da atenção médica especializada em anatomia, fisiologia, patologia, embriologia e cirurgia" (MARTINS, 2005, p. 654). Assim, a assistência à parturiente deveria acompanhar o desenvolvimento "civilizatório" e "a arte dos partos deveria acompanhar os avanços científicos, vindo a transformar-se numa ciência produzida exclusivamente pelos médicos, a tocologia" (*id*, p. 654).

Nesse sentido, é possível dizer que a medicalização da gravidez, como aponta Martins, foi fundamental para o processo de monopolização médica da cena do parto. Sobre esse processo, Robert E. Roush já constatava a existência de documentos egípcios escritos em 1550 a.C., que descreviam um tratamento específico contendo "regras para se diagnosticar a gravidez", já vista como um tipo de doença que requer tratamento (Cf. ROUSH, 1979, p. 29). No entanto, retornando à Idade Moderna, o manual do obstetra François Mauriceau intitulado *Tratado das doenças de mulheres grávidas e daquelas que dão à luz* [...] (MAURICEAU, 1681) também enfatizava a gestação como uma doença, por sua natureza complexa. Mauriceau utiliza-se da metáfora do barco em um mar revolto para demonstrar as mudanças sobre a representação do processo de gestação:

> Ao contrário [de outros animais] as mulheres ficam doentes quando se tornam grávidas, tanto por causa de sua vida ociosa e sedentária, quanto por causa da supressão de seus mênstruos. Assim como o bom Piloto que, quando embarca num mar revoltoso e cheio de rochedos, evita o perigo se conduz o barco com prudência e só por um acaso ocorreria um acidente, também a mulher grávida pode ficar, por vezes, em perigo de vida, se não fizer o possível para evitar e prever a quantidade de acidentes a que ela se sujeita, nesses termos (1681, p. 112).

A partir da descrição de Roush (1979), sobre iniciativas de treinamento de parteiras por médicos obstetras no século XVII, enfatiza-se aqui o início de um quadro de dominação masculina reproduzido também sobre relação com a parturiente que permanece ainda hoje no modelo de assistência atual. A resistência das mulheres de terem seus trabalhos de parto

acompanhados por homens não se demonstrou tão forte quanto o movimento de medicalização da gravidez e do parto, aliado às campanhas de cuidados pré-natais e do mercado da assistência obstétrica.

Se por um lado essas iniciativas fortaleceram a identidade profissional do médico obstetra em relação às ocupações anteriores como as parteiras, por outro, interferiram sobre a relação das mulheres com seu próprio corpo e sobre o processo de gestação e partejamento, contribuindo assim para a dependência da mulher a um profissional ligado à rede formal de assistência.

A medicalização da gravidez ganhou impulso com o desenvolvimento da racionalidade tecnológica, primeiramente no campo dos exames pré-natais, mas também nos procedimentos de assepsia e instrumentação cirúrgica, abrindo espaço para a crescente realização de cesáreas e para a transformação da gestação e do parto, de fenômenos familiares a ocorrências cada vez mais artificialmente monitoradas e controladas (Cf. NUNES, GOMIDE, 2013).

Para Anayansi Brenes, quando os chamados médicos-parteiros assumem a liderança do "cuidado obstétrico" no Brasil iniciam "não só o enquadramento do corpo feminino, como [também] a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino" (BRENES, 1991, p. 135).

O chamado modelo ou paradigma tecnocrático de nascimento (BARKER, 1998; DAVIS-FLOYD, 2001) foi introduzido em diversos países. K. Barker (1988) demonstra como esse modelo foi implantado nos Estados Unidos, mediante clínicas de saúde educativas, visitas domiciliares e publicações sobre saúde pública, promovidas pelo *Children's Bureau* (Secretaria da Criança). Recorrendo às considerações de Foucault em *O nascimento da clínica* (1963), Barke admite que a mulher, sob o "olhar clínico", reorganiza sua experiência, acatando a noção de que a gravidez não é tranquila, mas compreende um processo orgânico difícil. Ao mesmo tempo, sua gravidez é definida, em termos médicos, em torno de sua identidade como paciente (Cf. BARKE, 1998, p. 1070).

Sobre a Medicina praticada no Brasil, Lycurgo S. Filho (1991[1977]) apresenta uma visão panorâmica sobre o desenvolvimento de vários modelos de prática de cura e cuidado. Para o pesquisador, não é fácil estabelecer uma delimitação tão clara sobre os diversos tipos de medicina praticada desde o primeiro século de colonização. Mesmo assim, correndo alguns riscos de reducionismos, ele opta por estabelecer três fases principais da medicina brasileira. A primeira delas seria determinada como *Medicina dos físicos e cirurgiões, curiosos e feiticeiros*, estendendo-se do início do século XVI até o ano de 1808, quando a corte portuguesa instala-se no Brasil. Nesse período estariam inseridas a medicina indígena, a medicina jesuítica, a

medicina africana ou negra, a medicina no Brasil-holandês e a medicina dos profissionais portugueses. Apesar da diversidade de manifestações sobre a prática médica, esse momento inicial pode também ser chamado de "Fase Ibérica" por ter sido Portugal o país que estabeleceu as mais profundas influências no país. No primeiro século de colonização, apesar do predomínio das "matronas", para o autor "foi o tempo em que o jesuíta partejou, assistiu parturientes, medicou, sangrou" (SANTOS FILHO, 1991, p. 119).

A segunda fase, denominada Medicina Pré-Científica, teria iniciado em 1808 com a criação das escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Com a independência brasileira de Portugal em 1822, os laços culturais entre os dois Impérios também são abalados abrindo espaço para novas interferências estrangeiras. Surge, assim, dentre os estudantes brasileiros, um sentimento de negação ao passado colonial e à Universidade de Coimbra, e como alternativa são buscadas as instituições francesas. Nesse período, os físicos e cirurgiões de base ibérica são gradativamente substituídos por doutores das escolas nacionais de influência francesa.

A terceira e última fase foi chamada por Santos Filho de Medicina Científica que, para o historiador, surgiu com os estudos científicos de pesquisadores baianos e teve como marco a fundação em 1866 da Gazeta Médica da Bahia, em Salvador. Nesse momento começa a delinear-se uma medicina nacional com características próprias, uma "Medicina Brasileira" fortalecida por institutos de pesquisa como Manguinhos, Butantã, dos quais surgiram pesquisadores como Osvaldo Cruz, Adolfo Lutz, Carlos Chagas, Vital Brasil, dentre outros (SANTOS FILHO, 1991, p. 9-13).

Rosamaria Carneiro (2011), para analisar algumas práticas femininas de parto humanizado no Brasil, resgata o modo como o partejamento modificou-se ao longo da história brasileira. Para a antropóloga, com a vinda da família real em 1808 e com a entrada de profissionais da medicina no país, evidencia-se um processo de perseguição contra as práticas tradicionais de partejamento realizadas pelas parteiras práticas. Uma série de medidas foi introduzida pelo governo imperial constituindo-se um "conjunto de reações à arte de partejar" que teria contribuído "para que os partos fossem transferidos para os hospitais e para que tal prática tornasse, depois, uma atividade controlada e codificada por meio das Escolas de Parteiras. Nesse momento, para Tornquist, a assistência ao parto teria passado

> de ofício a profissão, de *affaire de femmes* para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para as luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e meticuloso (TORNQUIST, 2004, p. 98).

Brenes também se depara com a história da obstetrícia no Brasil do século XIX e põe em relevo o caráter político da medicina científica aqui desenvolvida. Para isso, descreve como o projeto do médico francês Le Masson foi rejeitado e intencionalmente esquecido. No mesmo período em que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro é criada, Le Masson havia enviado à Câmara Municipal do Rio de Janeiro uma proposta de criação de uma Maternidade para formação exclusiva de parteiras. A intenção era formar mulheres de todas as províncias do país e, quando diplomadas, reenviá-las às regiões de origem. A escolha seria realizada através da indicação de seus representantes locais que também arcariam com seus custos. As alunas ficariam por dois anos em regime de internato sob rigorosas regras de alojamento sendo o principal enfoque da formação a atenção à parturiente e ao recém-nascido. Esperava-se, com isso, capacitá-las contra as "crendices das parteiras práticas". No projeto também havia uma preocupação em alfabetizar as alunas durante o tempo de curso. No entanto, Júlio Xavier, diretor da Faculdade do Rio de Janeiro, diplomado em Doutor em Medicina em 1831 na França, faz do projeto uma proposta esquecida. Para Brenes, as principais justificativas para eram de cunho político. Xavier declara anos depois que o Brasil não necessitava de uma escola de parteiras, "mas sim de uma maternidade, onde pudesse haver ensino prático, não só para as parteiras, como também para os alunos do sexo masculino" (BRENES, p. 145). O incentivo à prática independente seria um entrave para o processo de consolidação médica na parturição. Sobre a temática, Diniz afirma que, com a monopolização da obstetrícia pela classe médica, há um processo de "secularização do parto". Se antes os rituais de nascimento estavam inseridos em um paradigma religioso, ao final do século XIX, ele torna-se moderno, cirúrgico e hospitalar (1996, *apud* CARNEIRO, 2011, p. 31).

Ao se resgatar a metáfora empregada por Mauriceau há mais de três séculos, a imagem da mulher grávida como um barco em mar revolto, guiada para que sua "viagem" esteja menos livre de perigos permanece, só que o "piloto" não é mais apenas o obstetra ou a parteira, mas um corpo de profissionais desempenhando funções complementares numa instituição hospitalar. Pois bem, este modelo é gerado na profissionalização do obstetra que, nos hospitais-maternidade contemporâneos no Brasil, é o principal integrante de uma equipe composta por enfermeiro/a obstetra, técnico/a de enfermagem, médico obstetra e médico neonatologista. Porém, os/as enfermeiros/as obstetras são em geral formadas sob a égide de uma crítica a este modelo. Supõe-se que essa orientação alternativa decorra do processo de profissionalização de que a enfermagem obstétrica é originária, ou seja, da certificação e reconhecimento institucional de parteiras, fato que remonta ao sec. XVII em alguns países europeus e certamente teve

contornos específicos em países que atravessaram uma dominação colonial (Cf. NUNES, GOMIDE, 2013).

1.3 A enfermagem na cena do parto: entre o médico e a parteira

De acordo com Freidson (2005, p. 68), a enfermagem esteve presente nos registros históricos de todos os tempos porque o ser humano é carente de cuidados. A obra hipocrática, por exemplo, recomendava a presença de um aprendiz no leito do doente de modo a garantir que as ordens médicas fossem cumpridas. Na Antiguidade a pouca referência à enfermagem estaria relacionada ao caráter doméstico do cuidado. Com o Cristianismo, a explicação sobre as doenças deixa de ser fundamentada na natureza e passa a se relacionar com o campo sobrenatural. Sendo assim, a caridade passa a ser o motivo do cuidado, realizado por religiosas para a salvação de sua própria alma e não pelo convalescente. Esse foi o caso das freiras enfermeiras atuantes no Hôtel Dieu, na França, das freiras monásticas que realizavam o cuidado no leito e na casa do doente e das freiras seculares que, diferentemente das religiosas não tinham o respeito moral da população. Por sua natureza caritativa, a medicina pré-científica não era hospitalar, pois tratava-se de uma atividade liberal destinada à classe alta capaz de oferecer-lhe boa remuneração. Em seu atendimento individualizado, o médico diagnosticava, prescrevia e fabricava seus medicamentos (SCHOELLER, 2002, p. 137). A enfermagem, por sua vez, era praticada por religiosos ou leigos de classes menos abastadas e eram "pessoas além de caritativas, mui compassivas e maviosas, para acompanhar os enfermos e os ajudar a bem morrer" (NIGHTINGALE, 1989, p. 14 *apud* SCHOELLER, 2002, p. 137).

A transformações das funções do hospital provenientes do desenvolvimento da medicina moderna influenciaram a prática da Enfermagem no contexto público. De acordo com Schoeller (2002), os hospitais antes disso, eram locais de exclusão que "funcionavam como hospedaria, abrigando pobres e sem casa, doentes, moribundos, loucos, ladrões" (2002, p. 137).

Braga *et al* (2013), com foco na história dos hospitais no Ocidente, destacam que conselhos sobre a prática médica e sobre locais de assistência já estavam descritos na Antiguidade através de documentos religiosos como o Código *Hammurab* (1792 a.C. a 1750 a.C). Os templos religiosos são apontados como locais que inicialmente exerceram a função de assistência comunitária. As *Asckepieias* gregas, por exemplo, sendo locais de adoração a *Asklepius* (o "deus da cura"), além de rituais religiosos de cura, proporcionavam discussões relacionadas à saúde e à doença. Na Idade Média, com a ascensão do Cristianismo, os mosteiros passam a ser o principal local de atendimento, em contraposição aos templos não cristãos que

gradativamente foram abandonados e destruídos. Surge assim, entre os séculos V e X a chamada Medicina Monástica que enfatiza o estudo sistemático e o ensino de textos médicos antigos, tendo como principal redator os próprios monges. Nos séculos seguintes, os hospitais tomam formas mais semelhantes aos atuais, como no caso do Hôtel Dieu, hospital francês surgido no século XVI mas que modificou sua estrutura e função nos séculos seguintes a partir das inovações renascentistas, tornando-se no século XVIII um local de grande importância para o exercício prático dos médicos em formação. Ainda sobre o hospital moderno, a nova função seria a de abrigar doentes para a cura e não para a morte. O médico, na coordenação desse processo, estabelece também a hierarquia de trabalho necessária para a execução de sua atividade. Nessa hierarquia, há uma aproximação do "corpo doentio", pensado de modo objetivo, assim como propunha o cirurgião parteiro Hunter. E aqueles que se dedicavam anteriormente ao indivíduo doente, os enfermeiros, são limitados ao cumprimento da prescrição médica (BRAGA *et al*, 2013, p. 138).

É nesse cenário em que a Enfermagem Moderna se desenvolve na Europa. Dentre seus princípios fundamentais destacavam-se o lema "cuidar-educar-pesquisar", além da disciplina, da obediência aos médicos, do cuidado com a aparência, da "boa reputação", todos estes preconizados pela enfermeira inglesa Florence Nightingale. Além disso, contrariando a tradição de cuidado do doente por homens, Nightingale alegava que a atividade deveria ser realizada por mulheres. Em 1859 são criadas as primeiras escolas formadoras de enfermeiras sob sua orientação. As aulas eram ministradas no hospital britânico Saint Thomas, onde as alunas concluíam o curso como *nurses ou ladies nurses.* As primeiras eram menos qualificadas e destinadas ao cuidado direto dos internados, já as *ladies nurses* eram mais qualificadas e, portanto, destinadas a serviços administrativos (SILVA, 1986, p. 136). Há, nesse processo, uma divisão hierárquica entre "trabalho intelectual" e "trabalho manual", sendo o primeiro considerado superior ao segundo. Esse tipo de divisão é constantemente analisada por pesquisadores interessados nas relações de trabalho em equipes do setor da saúde hospitalar e destacam que as tensões cotidianas são constantes tanto entre a equipe de enfermagem quanto entre enfermeiros e outros profissionais. Para Schoeler (2002) esse conflito é estabelecido pela função de gerente que os enfermeiros realizam nas instituições.

> No caso das relações travadas entre o enfermeiro e demais agentes da Enfermagem, ao mesmo tempo em que há a hegemonia do primeiro (na acepção de direção intelectual e moral), ocorre também uma relação direta de mando entre o primeiro e os últimos. Isso quer dizer que na equipe de Enfermagem cabe ao enfermeiro limitar o espaço de atuação dos outros agentes da equipe. Essa posição de gerente ocupada pelo enfermeiro já foi bastante estudada. E, como qualquer gerente, a posição do enfermeiro é bastante delicada, pois, ao mesmo tempo em que limita e gerencia o

> trabalho dos outros agentes da Enfermagem, esse profissional tem o seu trabalho limitado e fiscalizado pela lógica dominante da medicina e pelos proprietários dos estabelecimentos de saúde. Na medida em que a equipe de Enfermagem possui um profissional com características gerenciais, o conflito se estabelece cotidianamente entre este e os demais agentes da equipe (*id*, 2002, p. 166).

A história da enfermagem no Brasil é organizada, segundo Telma Geovanini (2002), em três períodos principais. No primeiro momento, desenvolvida durante os primeiros séculos de colonização, a enfermagem também era mantida sob o controle de ordens religiosas. Nesse período há a construção das primeiras Santas Casas de Misericórdia (a primeira construída em 1543) e dos primeiros hospitais militares, já no século XVIII. Nas Santas Casas e nas enfermarias próximas a conventos, a enfermagem era praticada principalmente por padres jesuítas e destinava-se aos pobres e moribundos. Nas instituições militares, além dos religiosos, a atividade era realizada por escravos e voluntários e consistia no cuidado a soldados feridos. O segundo período, que abarca o final do século XIX até o início da Segunda Guerra Mundial, caracterizou-se pelo desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública. Nesse momento, a saúde passa a ser pensada como um problema econômico-social. Nessa perspectiva, uma série de reformas é realizada, dentre elas a Reforma Oswaldo Cruz, que organiza a Diretoria Geral de Saúde Pública para criar estratégias de higienização e de combate a doenças epidêmicas; e a Reforma Carlos Chagas (1920) que tenta organizar as iniciativas a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Quanto à formação de enfermeiras no país, destaca-se aqui a primeira escola de enfermagem brasileira, a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros (EPEE), no Rio de Janeiro, organizada em 1890 (GEOVANINI, 2002, p. 33). Nesse mesmo ano, o antigo Hospício Pedro II é renomeado como Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior, desvinculando-se das Santas Casas de Misericórdia. Nesse processo, as enfermeiras religiosas perdem a coordenação da instituição e recusam-se a continuar na atividade. Segundo Geovanini (*id*, p. 33), a escola era fundamentada nos princípios das Escolas de Salpetrière, na França, sendo que o curso era realizado em dois anos a partir de uma dimensão curativa da prática.

Além do objetivo de suprir a falta de enfermeiras para a atuação no hospital, devido à saída das religiosas, a escola também seria de interesse do Estado em formar órfãs que já se mantinham por longo tempo em instituições filantrópicas para o trabalho na saúde pública. Para Stutz, em estudo sobre os técnicos de enfermagem de Uberlândia, “embora a referida escola não tenha sido criada exclusivamente para mulheres, sem dúvida esses aspectos contribuíram

para que, por longos anos na história da enfermagem no Brasil, esta tenha sido uma profissão desempenhada por um número reduzido de homens"[12] (STUTZ, 2009, p. 33).

A segunda escola que merece destaque para esse estudo é a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, criada em 1923 e transformada em Escola de Enfermagem Anna Nery em 1931. A partir dela, há uma transformação da imagem da enfermagem, de seus praticantes e de seus princípios de trabalho. De acordo com Geovanini (2002), o governo da Primeira República, com vista na consolidação de uma identidade "moderna", inicia uma campanha de higienização no país. Nesse contexto, Carlos Chagas aproxima-se do governo norte-americano dos EUA através da Fundação Rockefeller, a qual passa a promover uma série de treinamentos liderados pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons. É a partir da consolidação dessa parceria que se inaugura a escola destacada, voltada agora para moças de escolaridade mais avançada do que as alunas da EPEE e, portanto, vindas de famílias de maior prestígio. Após dois anos e meio de curso, forma-se a primeira turma e já em 1926 cria-se também a Associação Brasileira de Enfermagem, órgão representativo das recém-formadas. Em 1931, a partir da lei 20.109 a instituição de ensino torna-se padrão para todas as escolas de enfermagem no Brasil (GEOVANINI, 2002, p. 34).

Cora, enfermeira obstetra há mais de 30 anos, ao descrever sua trajetória na Enfermagem, destaca a presença da Fundação Rockefeller no Hospital Evangélico de Anápolis na década de 1960. Cora relata que até 1963 não existiam testes para a admissão nos três níveis de formação na atividade, o técnico de enfermagem, o auxiliar técnico e o enfermeiro.

> Lá existia a escola de enfermagem. Então a escola de enfermagem até 1963 não era exigida que fizesse o vestibular, mas existiam os três níveis, que era o técnico de enfermagem, auxiliar técnico e enfermeiro (a gente falava na época enfermeiro padrão). Com a mudança de 1963 pra cá, da LDB, aí todos os cursos de nível superior tinham que ter o vestibular. E aí eles não se preparam pra isso e hoje a escola lá só funciona como escola técnica, desde essa época passou a ser escola técnica. Bem, mas como eu sou (você viu pela minha data de nascimento), você viu que eu sou meio antiga, o que acontece?

A fundação Rockefeller[13] no Brasil, entre 1913 e 1940, desenvolve ações relacionadas ao treinamento para o combate de epidemias e do desenvolvimento da saúde pública com base

[12] A frequência majoritária de mulheres na enfermagem do século XX não representa, no entanto, a atividade em seu início. Como já destaquei, por muito tempo ela foi desempenhada por homens, como os jesuítas, por exemplo. Almerinda Moreira (2002, p. 89) destaca que nessa mesma escola, por alguns anos, havia maior número de homens matriculados do que mulheres.

[13] O incentivo da Fundação Rockefeller à formação de centros de pesquisa influenciou várias escolas, inclusive na própria sociologia. Em palestra ministrada por Howard Becker no Brasil em 1990 sobre a Escola de Chicago, o palestrante destaca que A Fundação da Universidade de Chicago tem incício em 1895 com a doação de John D. Rockefeller.

nos princípios da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins. Entre 1940 e 1960, no entanto, há uma mudança no sentido da atuação. A partir desse momento, a instituição passa a auxiliar os centros universitários na criação de pesquisas de excelência na área da saúde pública (MARINHO, 2001 *apud* STUTZ, 2009, p. 25), não se limitando aos centros mais desenvolvidos do país, e voltando-se a cidades de menor expressão na época como Uberlândia e Goiânia (*id*, p. 26). Esse incentivo e treinamento transmitem não só um conteúdo técnico e específico à assistência como também o ideário americano de valorização dos talentos individuais, de pesquisa, de racionalização e da concepção elitista da atividade. Diante disso, durante a transformação da enfermagem brasileira através da presença de uma instituição estrangeira, houve uma série de resistências contra a "invasão" do ideário norte-americano que interferia inclusive na religiosidade católica do povo (FARIA, 2002, p. 568). Em 1932 surge a Revista Brasileira de Enfermagem, que ainda hoje representa um importante veículo para a discussão científica na área. Incorporada à Universidade do Brasil em 1937, somente em 1946 a Escola Anna Nery é reconhecida como instituição de ensino superior. No contexto goiano, em 1948 é criada a Seção Goiás da Associação Brasileira das Enfermeiras Diplomadas, sob a iniciativa de um grupo de enfermeiras da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo[14].

Com a criação de enfermeiras-parteiras no início do século XX, há uma aproximação entre a enfermagem e obstetrícia, causando uma série de conflitos, sobretudo com as parteiras profissionais, que se estenderam assim por muitas décadas. A história do ensino da obstetrícia em uma das mais antigas universidades do país, a USP (RIESGO, 2006), demonstra como a ocupação de parteira foi gradativamente sendo vinculada à enfermagem. Em 1901, foi autorizada a criação do *Curso de Obstetrícia*, vinculado à Faculdade de Medicina, porém com organização independente. Em 2 anos pretendia-se formar *parteiras* e para isso seriam selecionadas moças de classes mais abastadas que soubessem francês, inglês, alemão e aritmética.

Três décadas depois, em 1931, é organizado o curso de Enfermagem Obstétrica, ainda vinculado à faculdade de medicina, para a formação de enfermeiras obstétricas. A exigência passa a ser o curso primário, porém com a mesma carga horária de dois anos. Surge assim uma tensão profissional entre as representantes das enfermeiras ligadas aos cursos promovidos pelas escolas de enfermagem e as antigas parteiras agora nomeadas de enfermeiras pela Escola de Medicina da USP. Diante do consenso de que o primário (pré-requisito para os cursos de parteiras) era insuficiente para a nova proposta, em 1943 o pré-requisito passa a ser o diploma

[14] As informações foram obtidas no sítio da Associação Brasileira de Enfermagem: http://www.abennacional.org.br. Acesso em 05/01/2013.

de enfermeiras. É assim que em 1949 o curso de enfermagem obstétrica passa a ser ministrado pela faculdade de Enfermagem como uma especialização denominada Curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, com duração de 1 ano. Em 1963, a faculdade de enfermagem volta a denominar o programa como curso de obstetrícia, a partir do qual seriam formadas obstetrizes ou enfermeiras obstétricas. A duração de 3 anos seria equivalente à graduação e tinha como exigência a conclusão do curso secundário ou o vestibular. Na década seguinte, em 1970, a partir das resoluções do Conselho Federal de Educação sobre a Reforma Universitária no país, pretendia-se eliminar "duplicações de meios para fins idênticos ou equivalentes" (OSAWA *et al*, 2006, p. 701). Com isso, somente a enfermagem torna-se autorizada a formar profissionais não médicos para a assistência obstétrica. Em 1972, a faculdade de enfermagem cria a habilitação em enfermagem obstétrica ou obstetrícia, com carga horária de 500 horas para a formação de especialistas denominadas obstetrizes ou enfermeiras obstétricas. Em 1994, a habilitação e o curso de graduação são extintos com base na nova proposta curricular (CFE/MEC n. 314/94) e no lugar há a divisão entre Enfermagem Generalista, em nível de graduação, e a enfermagem obstétrica, em nível pós-graduação *lato sensu* (CFE/MEC n. 314/94). No entanto, somente em 2005 o curso de obstetrícia volta a ser ministrado, agora vinculado à Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo. Para Osawa *et al* (2006), com essa reinauguração as discussões sobre o campo obstétrico se revigoram[15].

Além da criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) pela lei 5.905/73, a lei n. 7.498 de 1986 e a consequente regulamentação da profissão em 1987 foram muito importantes para o processo de consolidação do espaço da enfermagem e da enfermagem obstétrica no mercado de trabalho brasileiro. Consta no documento de 1986 a disposição sobre a regulação da atividade diante da equipe multiprofissional de saúde, como também a delimitação das competências de cada categoria ocupacional da equipe de enfermagem, a saber: "a enfermagem é exercida privativamente pela/o Enfermeira/o, pela/o Técnica/o de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação". Diante da lei regulamentadora, essas ocupações atuantes por decretos anteriores tornam-se sujeitas à supervisão da/o enfermeira/o. Quanto à enfermagem obstétrica, conforme o decreto de lei n. 94.406/1987, a/o profissional tem o direito de assistir o parto domiciliar, desde que a cliente seja considerada com perfil

[15] Com base em Maria Luiza Riesgo (2008, p. 37 - 38) e no levantamento realizado pela ABENFO (Pereira *et al*, 2010) disponibilizo um quadro (Anexo I) sobre os marcos legais relacionados ao ensino da obstetrícia ao longo do século XX e também à atuação da enfermagem obstétrica no cenário da assistência no país.

fisiológico para o parto sem complicações. A partir de 1998, o MS confere autonomia de trabalho à categoria no contexto de Casas de Parto e Centros de Parto Normal e prevê a formação de uma equipe mínima constituída por uma/um enfermeira/o obstetra, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância (Portaria MS.985/1998). A/o enfermeira/o obstetra é destacada/o como responsável legal da equipe, embora também possa contar com uma equipe complementar composta por um médico pediatra ou um neonatologista, e um médico obstetra, se julgar necessário, além de uma parteira tradicional, se fizer parte do contexto cultural local.

Com a criação de Casas e Centros de Parto Normal em 1999 pelo MS (Portaria n. 985), o profissional assume a liderança de uma equipe mínima de técnicos, sendo a/o médica/o, pediatra ou neonatologista, e a médica/o obstetra integrados à chamada equipe complementar. Se a conquista possibilitou um avanço na autonomia profissional, por outro, abriu caminho para disputas acirradas com o campo médico.

Sobre as associações representativas da categoria profissional, de acordo com informações disponibilizadas pela ABENFO Nacional[16], em 1926 é fundada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e em 1948 surge a regional goiana ABEn-GO. Em 1954, cria-se a Associação Brasileira de Obstetrizes (ABO), logo transformada em Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Atualmente, atua como intermediadora entre as/os enfermeiros obstetras e outras instâncias sociais: a sociedade civil, o poder público e entidades representativas como a Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEn), o Conselho Federal da Enfermagem (COFEn), a Federação de Profissionais de Enfermagem e de Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Conselho Nacional e Estaduais dos Direitos da Mulher (CNDM e CEDIM), e as escolas de enfermagem e universidades. Desde 1994 a ABENFO nacional tem realizado congressos como os COBEONs (Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal) e o Congresso Internacional de Enfermeiros Obstetras e Neonatal (CIEON) (a partir de 2011), onde são discutidos resultados de pesquisas científicas e desafios relacionados à atuação profissional.

[16] Disponível em http://abenfo.redesindical.com.br/textos.php?id, acesso em 22 de junho de 2015.

CAPÍTULO II

MODELOS DE ASSISTÊNCIA, MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS: a assistência ao parto e nascimento no Brasil

O monopólio médico sobre os assuntos relacionados à saúde feminina e a medicalização da gravidez modificaram a cena do parto, antes pautada na cultura e nas intuições femininas. A busca por diagnósticos objetivos e precisos, por um lado impediu a morte de muitas mulheres e crianças através da antecipação de anormalidades durante a gravidez e no parto. Por outro, trouxe um cenário de supervalorização da tecnologia, que passou a ser enfatizada como garantia de segurança e qualidade assistencial. O número de exames pré-natais exigidos durante a gravidez e no pós-parto pode ser destacado com um bom exemplo disso. Nesse processo, o parto cirúrgico também se torna preferível ao parto natural. É nesse contexto que a relação interpessoal entre o prestador do serviço e o cliente é rebaixada a um segundo plano ou até mesmo anulada. A segurança do ambiente hospitalar e o diploma médico tornam-se os principais critérios de avaliação da qualidade da experiência. Todos esses elementos podem ser destacados como característicos do modelo tecnocrático enfatizado por Davis-Floyd (2001). Como reação aos prejuízos causados por essa abordagem, surge pelo mundo um movimento em prol da humanização da assistência obstétrica originado das(os) próprias(os) médicas(os), das mulheres, de movimentos sociais, ONGS etc. Diante de tal diversidade, a humanização tornou-se um termo polissêmico, mas com um objetivo em comum, o enfretamento da assistência violenta e desrespeitosa. O objetivo desse capítulo, portanto, é refletir sobre o atual modelo de assistência e como o movimento de humanização foi pensado pela sociedade e pela gestão pública.

2.1 Mudanças de direção nas práticas de rotina: o início da humanização

Para Carmem Simone Diniz, a "humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos" (DINIZ, 2005, p. 632). Ao analisar o movimento no Brasil, parte de um esclarecimento. Para a autora, é essencial que se tenha em mente que o termo "humanizar" foi utilizado de diversas formas ao longo do século XX, sob perspectivas diversas, muitas vezes contraditórias. Diniz relembra, por exemplo, que para o médico cirurgião Fernando Magalhães humanizar era retirar da mulher a dor do parto, considerada pela tradição cristã como "castigo divino". Nesse sentido, ao propor a utilização do fórceps e de medicamentos ainda na década de 1920, acreditava estar "humanizando" a experiência feminina

e, para Diniz, a mulher passava de "culpada" à "vítima" (i*d.*, p. 628). O termo "humanizar", portanto, sugere uma mudança no modo de entender o parto e para quem o assiste representa uma mudança no modo de agir diante do sofrimento do outro, nesse caso, da mulher. Com vista nesse sofrimento, o parto torna-se um evento "naturalmente patogênico" e a proposta da obstetrícia seria apagar as experiências traumáticas através da introdução de sedativos e instrumentos. Esse "parto inconsciente" foi rapidamente excluído dos procedimentos hospitalares por causar um grande número de mortes maternas e de recém-nascidos. No entanto, com a evolução da anestesia, permanece o modelo de compartimentação da assistência e a compreensão do corpo feminino com um objeto "neutro" do corpo humano (*id*, p. 628-629).

É assim que na metade do século XX o modelo médico hospitalar de nascimento se consolida, sem evidências científicas de que seria realmente mais seguro do que o nascimento em casa (p. 628-629). Dentro dessa abordagem, a mulher foi imobilizada, o movimento do útero acelerado ou retardado por medicamentos, para facilitar os procedimentos médicos. Desde então foi submetida ao chamado "efeito cascata"[17]. Foi o uso indiscriminado de tecnologia utilizada para "salvar a mulher do sofrimento do parto" o que mais dificultou o movimento de redução dos altos índices de mortalidade, destaca a autora. Em contraposição a esse quadro, na década de 1980 surgem movimentos coesos e, no Brasil, ele foi denominado de Movimento de Humanização do Parto (DINIZ, 2005, p.p. 628-629).

Ao longo do século XX, as mudanças das práticas de assistência hospitalar ocorreram de várias formas e a partir de várias perspectivas. Ainda na década de 1950, ele foi alavancado por vários profissionais que até então praticavam a medicina cirúrgica. Dentre as iniciativas, Diniz (2005) destaca o movimento europeu pelo "Parto sem dor", liderado pelos médicos Grantly Dick Read, da Inglaterra, e o francês Fernand Lamaze (TORNQUIST, 2004, p. 108). Também é citado o movimento pelo "Parto sem Violência", liderado pelo médico francês Frederick Leboyer[18]. De acordo com Moreira *et al* (2014, p. 68), seu método chega ao Brasil em 1974 através da atuação do obstetra pernambucano Cláudio Basbaum e visava diminuir o "sofrimento" da criança ao nascer, através do aconchego do seio materno, do fim de procedimentos agressivos como as palmadas, a diminuição de luzes no ambiente hospitalar. Outro nome de destaque nesse período foi o de Michel Odent que, embora tivesse sido seguidor

[17] De acordo com Rosamaria Carneiro (2012, p. 171), o "efeito cascata" refere-se à sequência de procedimentos que inclui o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), a ocitocina (hormônio sintético para acelerar as contrações), a ruptura da bolsa, a episiotomia (corte na musculatura perineal), a analgesia e o corte abdominal (parto cirúrgico).

[18] Um dos principais livros de Leboyer que se tornou referência para movimentos alternativos de nascimento foi *Nascer Sorrindo*, publicado em português em 1989. O preferido dos leitores de Michel Odent foram *Cientificação do amo*r, publicado em 1999.

de Leboyer e do "parto sem violência"; propôs uma abordagem científica. Ainda hoje é citado e lembrado a partir da frase "para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer", bem como de seus livros, que influenciaram uma série de iniciativas relacionadas ao "parto ecológico"[19] (TORNQUIST, 2004, p. 124).

Outra perspectiva de mudança partiu, segundo a autora, do movimento hippie dos EUA, como uma expressão da "contracultura". É nesse sentido que o termo "Parto Natural" é pensado e divulgado. Nesse ambiente, o feminismo norte-americano também teria contribuído com uma série de questionamentos sobre as práticas da rotina hospitalar do país. A partir deles teriam surgiram vários movimentos como o de usuárias pela "Reforma do Parto". Nas duas décadas seguintes, as ativistas desenvolvem a noção de assistência ao parto como elemento dos direitos reprodutivos e sexuais reconhecidos nos princípios dos direitos humanos. Por fim, surge também nesse período a compreensão de que o parto seria uma experiência genital e erótica (DINIZ, 2005, p. 629).

Na academia, mais especificamente nas ciências sociais, o termo foi realçado na década de 1970, tanto na Sociologia como na Antropologia. Em 1975, por exemplo, está presente nos escritos sociológicos de Jan Howard e de Anselm Strauss[20] (DINIZ, 2004, p. 629). Everardo Nunes, um dos pioneiros na Sociologia da Saúde no Brasil, destaca Strauss, juntamente com Howard Becker, como um dos primeiros sociólogos a investigar o universo da saúde através de diálogos com a antropologia e com a psicologia social. Diante dessa interdisciplinaridade, Strauss pôde abordar questões de maior amplitude histórica referentes à sociedade como também assuntos do universo individual. De acordo com Gilberto Velho (1999, p. 17), uma das áreas de maior interesse do sociólogo foi a saúde, sobre a qual desenvolveu uma série de pesquisas sobre estudos médicos e práticas hospitalares que tiveram repercussão não só na academia mas também na vida cotidiana dos indivíduos, já que além da abordagem teórico-conceitual preocupava-se denunciar problemas institucionais.

Na Antropologia, o termo é inserido nos estudos sobre a antropologia do parto e a antropologia médica, que abordaram a assistência como uma construção social e cultural. Nessa linha conceitual, critica o autoritarismo do modelo médico, seus princípios de supervalorização da tecnologia em detrimento das relações humanas, bem como sua pretensão de "neutralidade" científica. É nesse teor de discussão que a antropóloga Robbie Davis-Floyd apresenta o termo

[19] Esta frase foi utilizada, por exemplo, na Carta de Campinas, documento fundador da ReHuNa em 1993 e foi citada por um dos entrevistados para fundamentar o parto humanizado.
[20] O termo é abordado pelos autores, Jan Howard e Anselm Strauss, no livro *Humanizing Health Care*, publicado em 1975 em Nova Iorque.

"Modelo Tecnocrático". Partindo-se da antropologia do parto seria preciso pensar na relação da assistência com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino, elementos socialmente constituídos (DINIZ, 2005, p. 629).

Como recurso metodológico, Davis-Floyd "classifica" o modo como os profissionais desenvolvem a assistência ao parto e nascimento na sociedade ocidental do século XX a partir de três paradigmas ou modelos: o Tecnocrático, o Humanista e o Holístico. O primeiro deles, predominante na maior parte do mundo, inclusive no Brasil, toma como referência a divisão entre mente e corpo, este pensado como uma máquina ou um objeto para atuação médica. O corpo da mulher seria, assim, uma "máquina defeituosa", necessitada de ajustes constantes. O corpo desmembrado torna-se dependente de intervenções tecnológicas e os elementos subjetivos são anulados nesse processo (FLOYD, 1998 *apud* Rattner *et al*, 2014, p. 111). Com todo esse procedimento há a anulação das práticas não médicas. Carmen Suzana Tornquist, uma das pesquisadoras que dá proceguimento aos estudos antropológicos sobre o parto no Brasil, o apresenta como um evento não só biológico, mas também simbólico, como parte de uma cultura, conceito fundamentalmente semiótico (GEERTZ, 1978, p. 15). Para Geertz, de modo semelhante à concepção weberiana, o homem é um ser "amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu", sendo a cultura essas teias, decifradas a partir da interpretação.

Nesse sentido, eventos como o parto deveriam ser interpretados sob essa dupla dimensão (TURNQUIST, 2004). A partir da abordagem culturalista, destaca a concepção de Davis-Floyd (1998) sobre o novo ritualismo obstétrico, característico do modelo tecnocrático. No mesmo sentido da crítica de Martins sobre a "pretensa neutralidade" da medicina do século XVIII em anular explicações sobrenaturais sobre o corpo feminino, Davis-Floyd duvida que a medicina do século XX tenha sido "neutra". Ao mesmo tempo em que buscou desprender-se das explicações religiosas sobre esses fenômenos, a medicina obstétrica teria criado um ritual focado na tecnologia, no ambiente hospitalar e, portanto, na cesariana, reforçando os critérios da tecnocracia assistencial.

> (...) o ritual médico reforçaria os valores chave da sociedade tecnocrática e industrial: a separação entre corpo e mente, a sujeição da mulher, a priorização dos aparelhos e da tecnologia a despeito de outras formas de assistência que conferem um caráter patológico ao evento. A cesariana seria a forma mais completa de ilustrar estes valores, uma vez que neste caso a mulher se submete a uma cirurgia da qual não participa enquanto sujeito, sendo apenas um objeto nas mãos dos cirurgiões, e todas as etapas do ritual estão carregadas dos símbolos da sociedade tecnocrática. A antropóloga vai além, dizendo que, ao contrário do que se pensa, o parto hospitalar não eliminou os rituais, ritos e crenças, mas, ao contrário, levou a um exacerbamento dos mesmos (TORNQUIST, 2004, p. 300).

O cenário brasileiro, marcado por um recorde mundial de cesarianas, tem sido destacado na imprensa nacional e internacional. Uma recente matéria editada pelo jornal espanhol El Pais[21] sobre as mudanças na assistência privada divulgadas em janeiro de 2015 (Resolução normativa n. 368/6 de janeiro de 2015) pela Agência Nacional de Saúde Suplementar[22] no Brasil, destaca que grande parte dos médicos associados a planos de saúde privados não receberam as mudanças com satisfação. De acordo com José Carlos de Sousa Abrahão, diretor-presidente da ANS, a proposta visa principalmente informar à gestante sobre os riscos da cesariana, banalizados nas últimas décadas. A partir da resolução, os profissionais tornam-se obrigados a informar o percentual de partos normais e cesáreos e os hospitais onde realizarão os procedimentos, a preencher o cartão da gestante e a registrar a evolução do parto no partograma. O diretor esclarece ainda que o parto cirúrgico teria sido uma conquista científica de grande importância no contexto da medicina obstétrica. No entanto, por tratar-se de uma cirurgia, deveria ser realizada somente com indicação médica. O procedimento, além de aumentar em 300 % o risco de morte da parturiente, aumentaria em 120 vezes o risco de recém-nascidos desenvolverem problemas respiratórios pela imaturidade pulmonar na hora do parto[23]. No entanto, em garantia ao direito de escolha da via de parto, destacados pela ONU, a mulher poderia submeter-se ao procedimento sem indicação, desde que apresentasse declaração por escrito.

A Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (SOGESP), em informe publicitário divulgado em 14 de janeiro de 2015, apresenta uma resposta à avaliação ministerial e às mudanças propostas na Resolução Normativa da ANS. Para o diretor da entidade, "imaginar que categorizar obstetras como bons ou ruins pelos seus percentuais de cesáreas seja a solução para o problema é, no mínimo, na melhor das hipóteses, um desconhecimento profundo do problema". Os altos índices de cesáreas na rede privada, para o médico obstetra, estariam relacionados à constante redução do número de leitos obstétricos, à falta de qualidade na estrutura das instituições e à falta de equipes de plantonistas presenciais, formadas por médicas/os e enfermeiras/os obstetras. Para a entidade, ao invés de colocar toda a

[21] Reportagem disponível em http://brasil.elpais.com/brasil/2015/07/15/politica/1436962606_175263.html. Acesso em 18 de julho de 2015.

[22] A ANS foi criada pelo MS e é responsável por questões relacionadas à assistência privada de saúde no Brasil. A Resolução completa está disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2 892. Acesso em 18 de julho de 2015.

[23] Sobre os prejuízos da cesariana sem indicação, Leal *et al* (2014) destacam a pesquisa realizada por J.P. Souza e colaboradores em 2010 em países da América Latina e África. Para os pesquisadores, há evidências de que esse tipo de procedimento cirúrgico seja mais prejudicial à mulher e que, portanto, deve ser indicado quando houver "um benefício que compense os custos e riscos adicionais desta cirurgia" (LEAL *et al*, 2014, p. 28).

responsabilidade sobre os profissionais, o MS deveria enfrentar as operadoras dos planos de saúde exigindo que as maternidades credenciadas tenham equipes completas de plantão. Além de não interferir sobre o número do procedimento, as medidas poderiam prejudicar os casos com indicação de cesárea e também inibiriam o direito de escolha das mulheres.

Miguel é um médico obstetra que trabalha em consultório privado e no ensino universitário em Goiânia. Em resposta à indagação do que seria um parto humanizado, afirma que a humanização seria o equilíbrio entre o uso exagerado de instrumentos cirúrgicos no parto e a recusa incondicional desses recursos. Apesar de reconhecer os benefícios do parto normal, atribui grande valor à cesariana que, para ele, também pode ser humanizada. O que é evidente, no entanto, é que seu argumento parece ser fundamentado na permanência da relação entre "humanização" e "supressão do sofrimento", como era comum entre os primeiros profissionais da área no Brasil. Isso é possível perceber no relato adiante.

> Eu não posso deixar uma paciente em trabalho de parto, forçar um parto normal, insistir muito e acabar levando ao sofrimento da mãe e, às vezes, até do feto porque eu tenho um objetivo de realizar um número maior de partos normais. O parto normal, por si só, já fala, ele é normal. A partir do momento em que ocorrem alguns entraves, a gente tenta corrigir os entraves mas temos que preservar também a qualidade da mãe, porque todo sofrimento que a mãe tem durante o parto, se é exagerado, eu tô tirando, eu entendo que eu tô tirando essa característica de humanização, já que ela tá sofrendo coisas que ela não deveria e tem que proteger, logicamente, o concepto [*feto]*

Para Isabel, também atuante no mercado obstétrico da cidade, esse argumento é muito comum entre os profissionais e está relacionado à formação institucional. A médica obstetra enfatiza que falta preparo dos profissionais para lidar com os aspectos fisiológicos e naturais do parto. Essa dificuldade estaria relacionada à natureza cirúrgica da obstetrícia nas escolas de medicina do país e não poderia ser relacionado somente a aspectos individuais desses profissionais. Como exemplo, ela descreve que inicialmente não compreendia como poderia existir uma recomendação de 15% de partos normais (OMS, 1996) diante de tantas complicações cotidianas durante os procedimentos de parto. Destaca que as ações recomendadas pelos professores durante os estágios e reproduzidas na atuação profissional, tendendo à intervenção cirúrgica, acabavam prejudicando a evolução natural do parto. No entanto, declara-se no momento da entrevista, como parte do grupo que optou por uma mudança radical de abordagem, fato que teria ocorrido após dez anos de prática.

Para Beatriz, uma das médicas obstetras pioneiras na abordagem humanizada no Hospital São Pio X (Ceres/Go) na década de 1970 e atualmente em exercício na cidade de Goiânia, a manutenção do modelo tecnocrático no Brasil e dos índices de cesarianas, está relacionado com inúmeros fatores. A formação médica, a atitude passiva das mulheres, a falta

de equipes multiprofissionais e a falta de informação de qualidade no pré-natal e a cultura distorcida sobre o parto e sobre valores societários seriam alguns deles.

> Na verdade, eu acho que tem outras coisas interferindo. Tem o modelo de sociedade, uma sociedade mais prática, mais rápida, lucrativa. Por exemplo, o procedimento da cirurgia plástica em que muitas mulheres estão fazendo desnecessariamente. Porque tem toda propaganda subliminar sobre modelo do corpo, tem que ser assim, assado. Então ela tem que responder a essa expectativa. A mesma coisa é a questão do parto. De repente o parto pode ser qualquer hora do dia, da noite, que coisa é essa? O parto tem que ser a partir do momento que eu saio do salão, com o cabelo arrumadinho, com as unhas feitas, vou pra maternidade porque vai ser filmado e gravado. Na verdade, isso que é valor! *[IRONIA]*. Então, não é só a questão da informação. Eu acho que a informação é importante. Mas, acho que são coisas mais profundas.

Retornando à classificação de Davis-Floyd, o Modelo Humanista seria uma alternativa ao primeiro, já que parte da ideia de corpo como um organismo, como um conjunto de manifestações "somáticas e anímicas" (RATTNER *et al*, 2014, p.111), provenientes da razão e da linguagem. Portanto, um corpo que se relacionaria com a cultura em que se insere. O parto seria, então, um evento com aspectos psicológicos, sociais, espirituais, emocionais e fisiológicos. A tecnologia não seria negada, mas utilizada em casos de reais patologias (DAVIS-FLOYD, 1998 *apud* RATTNER *et al*, 2014, p. 111). Para Rattner (2009), o modelo humanista da antropóloga centraliza sua atenção na saúde da parturiente e do bebê, sendo a assistência menos intervencionista possível. O hospital também deixa de ser local privilegiado, buscando-se alternativas como as casas de parto ou o domicílio. Do mesmo modo, a/o parteira/o profissional (no Brasil seria a/o enfermeira/o obstetra), passa a ser recomendada/o como a categoria mais indicada, e o profissional da medicina só seria chamado em casos de complicações graves. Além disso, há um incentivo à presença de acompanhantes de modo a tornar mais familiar o momento (RATTNER, 2009, p. 599). Seria baseado em três conceitos principais, o protagonismo da mulher, a visão integrativa e interdisciplinar do parto e a medicina baseada em evidências (Rattner *et al*, 2014, p. 112).

Para Beatriz, a estrutura física das instituições, o protagonismo da mulher, o apoio dos familiares na hora do parto, a valorização da relação entre mãe e filho, o equilíbrio no uso da tecnologia, a criação de locais de parto não hospitalares, a divisão de trabalho entre profissionais distintos e a mudança da cultura médica são fatores indispensáveis para a consolidação desse modelo.

> O parto teria que ser primeiro a *questão da ambiência*, quando falo ambiência eu falo tanto nas questões físicas, ambientais, quanto também nos aspectos que influenciam no ponto de vista psicoemocional naquele local. Uma outra questão é de dar pra a mulher a autonomia, a capacidade que ela tem de reger a si mesma, de ser protagonista

> do parto. A outra questão é o *acolhimento da família*, porque o parto é um evento familiar, evento social, então a família tem que estar presente... Então, você não tem mais aquela visão de separar o parto da vida da mulher, mas trazer a vida dela, a família pra junto da maternidade. A outra questão é a *relação da mãe com a criança*, de os profissionais estarem respeitando esse primeiro contato, esse momento que a mãe conhece o seu filho, o pai e outras pessoas que estão ao redor e permitir que isso também seja de forma mais natural e espontânea. *Não valorizar as intervenções médicas desnecessárias*, não priorizá-las em função desse momento de encontro da família e da mãe com a criança. Somente estar fazendo essas intervenções se caso a criança não nasça bem e precise disso... Então, pra isso, precisa mudar os *locais de parto* porque nas salas de parto com alto fluxo é impossível você pensar que acabou de nascer o neném e que você vai deixar que eles fiquem ali paparicando o bebê durante meia hora, uma hora, é impossível. Agora, se ela está numa casa de parto, num quarto que ela vai continuar depois do nascimento, aí sim, você pode permitir esse acolhimento do recém-nascido de uma forma diferenciada. Acho que essa *mudança na cabeça do médico*, dessa equipe, da *visão da equipe o parto não é centrado só na mão de uma pessoa, precisa de uma equipe*, precisa da enfermeira, precisa da doula[24], precisa da psicóloga, da assistente social, todo mundo pode estar agindo e atuando junto para o sucesso do parto. Acho isso fundamental também [destaques da autora].

No entanto, sua compreensão não representa a maioria dos profissionais atuantes. É por isso que diversos autores apontam a formação de médicas(os) obstetras como o "nó" mais difícil de ser desatado nesse processo (RATTNER *et al*, 2014, p. 119). Se por um lado tem-se avançado na formação profissional[25], com sujeitos voltados ao cumprimento das recomendações da OMS sobre a assistência ao P&N, por outro lado, a manutenção da cultura intervencionista seria um dos elementos que dificultariam o avanço de práticas mais humanizadas (RATTNER, 2014, p. 118).

Por fim, o terceiro modelo, denominado Holístico (DAVIS-FLOYD, 1998) se pautaria na "individualização do cuidado e incorporaria, além do entendimento do parto como evento biológico, social, cultural e sexual, o enfoque do nascimento e do parto como eventos da vida espiritual" (RATTNER, 2009, p. 600). A narrativa de trabalho de Lia, enfermeira obstetra de

[24] A atividade da doula não é reconhecida como profissão, portanto não possui regulamentação ou sindicato. Porém, na CBO está pautada como ocupação, dentro da família 3221(Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas). A doula da equipe de Pedro é uma psicóloga que trabalha no atendimento em consultório, em maternidades públicas como voluntária e prestando serviço remunerado em partos domiciliares. Embora ela tenha formação em curso superior, essa não é uma exigência para a atuação na área. Qualquer mulher acima de 18 anos pode tornar-se uma doula através de leituras autodidatas sobre a área ou de cursos oferecidos por organizações como a REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), disponível em: http://www.rehuna.org.br/index.php/27-curso-de-formacao-de-doulas-2012.

[25] Desde 1999 o Ministério da Saúde, em parceria com o MEC tem investido na formação de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Nesse ano foram criados 55 cursos. Outra evidência desse incentivo é a criação de residências em enfermagem obstétrica, com uma proposta curricular mais longa e com carga teórica e prática de maior profundidade. Em Goiás, o primeiro curso de Residência em Enfermagem Obstétrica é oferecida pela maternidade municipal Nascer Cidadão com apoio do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde/Rede Cegonha, com a chancela da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Informação disponíveis em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/14/06/1curso-Residencia-Enfermagem-Obstetrica.shtml

uma maternidade pública da cidade de Goiânia e parte de uma equipe de parto domiciliar representa bem essa perspectiva.

> Pra mim, a enfermagem obstétrica é algo assim sobrenatural. É uma coisa espiritual e que não existe chegando e se tornando material. Então, você só vê o formato, você saber que tem algo crescendo ali, que tem uma vida ali mas que você só vai ver aquilo materialmente, pegando mesmo, na hora do nascimento. É uma vida, uma alma que chega e você está vendo que está chegando uma alma nesse planeta pela primeira vez, eu acho um privilégio muito grande. Eu vejo a enfermagem obstétrica como algo assim, uma dádiva de Deus, é um privilégio. Por mais que seja pesado, e é pesado, desgastante, mas na hora que você vê aquela vida chegando, o resultado é algo muito gratificante.

Apesar da diferenciação clara entre os três tipos de modelo, as fronteiras entre eles não são facilmente delimitadas, sendo que há uma constante movimentação de profissionais, sendo que "alguns tecnocráticos estão incorporando elementos do humanismo e começando a incorporar elementos holísticos por meio da prática. A medicina holística certamente também engloba muitas dimensões da prática humanista e tecnocrática" (DAVIS-FLOYD, ST. JOHN, 1998 apud ANDRADE, LIMA, 2014, p. 28).

Wagner (1994, *apud* ANDRADE, LIMA, 2014, p. 24-26), de modo diferente, propõe situar a assistência obstétrica e neonatal em dois modelos: o modelo médico e o modelo social. O primeiro teria a compreensão de saúde como um problema, sendo a vida considerada perigosa. Por isso, deveria ser controlada pela tecnologia. O parto e o nascimento, nesse aporte conceitual, seriam problemas médicos que também deveriam ser submetidos à abordagem técnológica. Segundo Andrade e Lima (2014, p. 25), em 1948 a Organização Mundial de Saúde em Alma-Ata resgata o sentido subjetivo e normativo da saúde, passando a ser compreendida como "bem-estar". Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde amplia-se ainda mais o conceito tornando-se um "componente para a vida", um direito. Essa perspectiva foi amplamente divulgada e aceita, servindo de referência para os termos propostos na Constituição Brasileira de 1988. O modelo social, com base em Wagner (*id*), passa a enxergar a saúde como uma solução, sendo a prevenção um elemento de grande importância. Quanto à tecnologia, propõe-se um uso adequado e o nascimento torna-se um evento biopsicossocial.

Nas discussões relacionadas às Ciências da Saúde, através da publicação de Roberto Caldeyro *et al* em 1979[26] há a introdução de questionamentos relacionados à visão da mulher como "vítima de seu próprio corpo" bem como da ideia vigente do corpo feminino como "naturalmente patológico" que, para o pesquisador, tratava-se de uma interpretação sob o viés

[26] *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal.*

de dominação de gênero, do obstetra do sexo masculino sobre a paciente (DINIZ, 2005, p. 630). Na Saúde Pública, em 1979 a crítica ao modelo tecnocrático ganhou força através das iniciativas internacionais, críticas que acabaram refletindo sobre as discussões brasileiras. Considerado o Ano Internacional da Criança, uma série de debates e enfrentamentos globais é desenvolvida, como os debates do Comitê Europeu pensado para desenvolver estudos sobre as intervenções de rotina na assistência ao parto e nascimento. O intuito maior era reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal na Europa e no mundo. Gradativamente foram sendo introduzidos no comitê profissionais de diversas áreas, além da própria saúde pública: da sociologia, de profissionais do parto, além das próprias usuárias. Com o desenvolvimento desses estudos, a Organização Mundial da Saúde torna-se uma potencial incentivadora e é nesse momento que a medicina baseada em evidência (MBE) toma consistência multiplicando estudos profundos nos diversos níveis desse cenário.

Em 1985 há uma parceria entre Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para se discutir com maior profundidade o uso da tecnologia na assistência obstétrica e neonatal. Alguns resultados são apontados a partir desse encontro, sendo a publicação da Carta de Fortaleza em 1987 um marco no Brasil. Ainda relacionada à saúde pública, em 1996 a OMS[27] se propõe a fazer uma revisão nos procedimentos hospitalares, de onde se efetivam as Recomendações da OMS, no Brasil traduzida como "Assistência ao Parto Normal – um guia prático" e enviada a todos os profissionais da área, médicas/os e enfermeiras/os obstetras (DINIZ, 2005, p. 630-631). De acordo com Leal *et al* (2014), a OMS e o MS no Brasil recomendam a oferta de líquidos, o estímulo a posições verticalizadas, e a liberdade de movimentação, além do uso de procedimentos não farmacológicos como massagens, banho de aspersão ou imersão em água quente, procedimentos considerados como "boas práticas" de assistência (*id*., p. 25).

A variação polissêmica do termo também é percebida dentre as/os médicas/os obstetras, as/os enfermeiras/os obstetras, as parteiras tradicionais e as doulas[28], diretamente envolvidas/os no partejamento. De acordo com Dias e Domingues (2005), cada profissional compreende o processo de uma forma, já que foram constituídos a partir de contextos sócio-históricos e paradigmas educacionais distintos. A/o médica/o obstetra, ao concluir sua formação, apresenta

[27] Word Health Organizaation, maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization, 1996.

[28] Não descarto aqui a presença de outras categorias profissionais como os técnicos de enfermagem, os funcionários da limpeza, da cozinha etc. Não poderia assim fazer levando-se em conta a importância desses trabalhadores no contexto de assistência ao parto e nascimento. Essa ênfase foi dada, em especial sobre o trabalho de técnicos de enfermagem de maternidades, na pesquisa que realizei durante a graduação. Mas nessa dissertação de mestrado, a opção foi destacar as profissões relacionadas à obstetrícia profissional.

um conhecimento especializado em problemas relacionados à obstetrícia, e seriam hábeis em casos de alto risco à saúde da mãe e do bebê. Para humanizar-se seria preciso olhar para o parto de baixo risco de modo diferente, "atuando mais como cuidadores do que efetivamente como "especialistas" em patologia obstétrica" (id, p. 701). Já a enfermagem obstétrica, por ter em sua formação um currículo "mais voltado para o cuidar", seria considerada aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto. Isso se daria por enfatizarem além dos aspectos fisiológicos, a emoção, o contexto social e cultural da reprodução. Como lembram os autores, muitos estudos têm demonstrado que mulheres acompanhadas por esses profissionais seriam menos submetidas a intervenções desnecessárias e excessos de medicamentos (*id*, p. 701).

Mesmo que ainda estejam presentes nas atuais discussões sobre o tema, o termo "humanizado" e suas variações[29], vários grupos não o aceitam como adequados. Existiriam aqueles que os rejeitam por considerá-los muito abrangentes e genéricos, o que prejudicaria as pautas específicas de luta, baseadas em evidências científicas. Nesse sentido, a melhor opção seria o uso da expressão "parto tecnicamente bem conduzido", ao indicar uma adequação às recomendações da OMS (1996) (DINIZ, 2001, p. 38). Esse incômodo é possível perceber não só no campo da medicina, mas também da enfermagem. Cora, enfermeira obstetra que atua como professora universitária em Goiânia, concorda com a crítica. Do mesmo modo, considera ultrapassado o modelo de assistência pautado na imagem da mulher como uma cidadã holística, concepção muito presente no discurso da categoria na década de 1990. Para a professora, o modelo de assistência mais apropriado seria aquele que compreende a mulher como um agente político, como alguém que sabe o que quer. Uma mulher que, quando um profissional diz "Ah, você tem que fazer tal exame!", retruca "não, não vou fazer porque acho que não precisa".

No entanto, dentre as/os enfermeiras/os obstetras entrevistadas/os, a maioria identifica-se com seu uso e, portanto, está agregado ao discurso identitário da categoria. Para Pedro, também enfermeiro obstetra atuante também na assistência domiciliar, a humanização está relacionada ao uso de técnicas mais naturais, mas também reflete uma disposição pessoal para o cuidado diante de uma realidade institucional ineficiente e inadequada.

> Eu acho que, quando a gente fala de enfermagem obstétrica, não posso deixar de pensar que esse parto é humanizado. Mas tem uma linha humanizada que é um pouco tecnicista e uma linha humanizada que é extremamente natural. A tecnicista é aquela que vai tratar a mulher bem, vai deixar o acompanhante com ela, mas que coloca uma

[29] Isso é possível perceber na observação do título de alguns eventos sobre o tema. Por exemplo, posso citar a IV Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e Nascimento com o tema "acolhendo experiência e irradiando mudanças" com data prevista para outubro de 2015.

> ocitocina[30] faz uma episiotomia. Eu tenho uma linha humanizada completamente natural, que não vai fazer isso em hipótese nenhuma. Acho que eu sou extremamente natural. Não faço nada.
>
> (...) A humanização tá em pessoas, não adianta. Não tá, infelizmente, na instituição, tá em pessoas. Eu pego médicos que eu acho super educados, que eu gosto da pessoa, mas que eu acho que o cara é intervencionista ao extremo, ao extremo.

O segundo argumento utilizado como justificativa para a discordância do termo pela medicina obstétrica seria que ao se aceitar que a prática deve ser humanizada, implicitamente se estaria reconhecendo que não há humanização na assistência e que a medicina seria "desumana". Esse tipo de discurso estaria presente, de acordo com Diniz (2001), na maior parte dos profissionais no mercado. Essa "afirmação implícita", "provoca nos profissionais muito desconforto, pois questiona seu lugar de maneira radical", representando também "uma certa xenofobia frente ao fato dessas propostas "baseadas na evidência" serem feitas a partir de estudos realizados em outros países, ou trazidos pelos programas de cooperação internacional", afirma (DINIZ, 2001, p. 38 e 39).

Isabel afirma que tal atitude dos colegas representa o temor pela perda da centralidade e do poder na cena do parto. No entanto, destaca que ela estaria diretamente relacionada com a formação curricular, que ainda traz o sinônimo de alívio imediato da dor e do "perigo" para o termo. Além disso, ela estaria vinculada ao modelo vigente nas instituições privadas, à ausência de equipes hospitalares de plantão e à falta de interesse dos planos de saúde privados.

> É muito natural [que os médicos não queiram ser entrevistados]. Porque está havendo uma cobrança muito forte! Enorme! Que está partindo das mulheres da sociedade, movimento lindo que está crescendo com muita força! Esse movimento vem cobrar mudança de postura. Lógico que quem está na postura antiga está sentindo ameaçado e cobrado, tudo que ele sempre fez a vida inteira está sendo contestado. Então é muito difícil você mudar por pressão e cobrança ... Eu acho que o grande culpado desse altíssimo índice de cesárea que a gente tem é o modelo de assistência obstétrica, não tem nenhuma pessoa específica que é o vilão, que é o culpado, não é o médico que é mal, desumano, não é isso. A assistência ao parto depende de muitas coisas, muitos profissionais têm que estar envolvidos. Então é do modelo vigente atualmente, que é todo em cima do médico, falando da medicina privada, porque no serviço público é diferente...

[30] A ocitocina sintética é um medicamento usado em alguns momentos do parto com a intenção de acelerar as contrações uterinas, acelerando o trabalho de parto.

2.2 Movimentos sociais e políticas públicas para humanização do parto no Brasil: da década de 1970 à atualidade

Ao final da década de 1970, todas as discussões internacionais e também de âmbito nacional começam a se consolidar através de iniciativas pessoais e institucionais. Nesse momento, os profissionais brasileiros que modificaram seu modo de atuar foram essenciais, assim como em outros países do mundo. Destacam-se os médicos José Galba de Araújo, que implantou o sistema misto de atenção, incorporando as parteiras tradicionais no parto domiciliar e nas casas de parto, com parceria com a Maternidade Escola Assis Chateaubriand para a realização de possíveis remoções, caso houvesse complicações[31]. Também se destaca o trabalho dos irmãos Paciornik, médicos que introduziram o parto de cócoras na rotina dos hospitais (DINIZ, 2005, p. 630).

Em 1980, de acordo com Diniz, outras iniciativas locais são apontadas como o Coletivo feminista de Sexualidade e Saúde, a Associação Comunitária Monte Azul, o Grupo Curumim e o Cais do Parto. Mas somente na década seguinte, o movimento cria uma dimensão nacional, com a criação em 1983 da REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) e essa diversidade de participação acaba formando um movimento aberto ao diálogo por conter diversas formas de se compreender a "humanização" no contexto do P&N.

> a. Humanização como legitimidade científica da medicina ou da assistência baseadas na evidência (MBE);
> b. Humanização como legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias);
> c. Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população;
> d. Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papeis e dos poderes na cena do parto;
> e. Humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos;
> f. Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde;
> g. Humanização como direito ao alívio da dor (DINIZ, 2005, p. 633 -635)

Como é possível perceber pelo estudo de Diniz e também a partir de outros mais recentes como o realizado por Rattner *et al* (2014) em parceria com o Ministério da Saúde, muitos atores, de diversas instâncias, estiveram envolvidos nesse movimento. Somadas às iniciativas pessoais pioneiras de médicos e de instituições, os estudos enfatizaram também o papel dos movimentos sociais, de novos profissionais e da gestão pública.

[31] Por seu ativismo, em 1998 o Ministério da Saúde cria o Prêmio Galba de Araújo para maternidades como iniciativas de humanização.

Para Tornquist (2004), o movimento de humanização do parto e nascimento é uma soma de iniciativas de setores diversos: da sociedade civil, dos movimentos sociais, do governo, da academia, bem como de diversos profissionais, alguns já reconhecidos como as(os) médicas(os) obstetras, outros que ainda estão no processo de consolidação no mercado de trabalho, como as/os enfermeiras/os obstetras e outros ainda que representam o retorno à tradição como as parteiras tradicionais. Ainda conta com novas categorias como as doulas, que só em 2013 foram reconhecidas como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

> Na verdade, no que tange à assistência ao parto, o Brasil apresenta características comuns a países dependentes: de um lado, *profissionais de centros urbanos* que se valem das mais novas tecnologias obstétricas, em clínicas privadas; de outro lado, mais ao extremo, *especialistas de áreas rurais e ribeirinhas*, *como* as *parteiras* que desempenham seu ofício recorrendo a métodos tradicionais; em uma posição intermediária, *os profissionais que encaram os riscos de atender um parto a domicílio*, articulando elementos de vários sistemas de atenção ao parto. Há ainda as *enfermeiras obstétricas e alguns médicos* que, apesar das resistências de seus colegas, dispõem-se a trabalhar nas incipientes Casas de Parto, autorizadas pelo Ministério da Saúde, em uma espécie de caminho do meio entre medicina familiar e medicina hospitalar. Esses diferentes estilos de atenção ao parto se fazem presentes também no âmbito da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento: dela fazem parte desde os *obstetras* que, nos grandes centros do país, atuando em hospitais, produzem *pesquisas baseadas em evidências*, as *feministas e sanitaristas* que têm atuado nas capacitações de parteiras tradicionais, passando pelas próprias parteiras e mulheres leigas (TORNQUIST, 2004, p. 8)

Muitos estudiosos apontam a criação da ReHuNA em 1983, dentre eles Tornquist (2004), como marco para a consolidação do movimento no Brasil. Em seu site oficial há a seguinte caracterização:

> A ReHuNa é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil. Nosso objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado "humanização do parto/nascimento. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. A ReHuNa apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe-Bebê e da medicina baseada em evidências científicas. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupadas(os) com a melhoria da qualidade de vida, o bem estar e bem viver [32].

A ReHuNa teria trazido profundas contribuições para para o processo de humanização do P&N, atuando sobre a gestão do cuidado, a difusão de conhecimento, a formulação de novas

[32] Acesso em 5 de maio de 2015.

políticas públicas, posicionando-se também como "baluarte de resistência" contra o modelo tecnocrático e contribuindo para a formação de profissionais sob os princípios do modelo humanista. Da movimentação de seus associados, algumas transformações ocorreram, tanto na criação de instituições como a Casa de Partos e o Centro de Práticas Terapêuticas do Hospital São Pio X, em Ceres/GO e o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG, como também na formação de profissionais, como o exemplo da parteira obstetriz Angela Gerke. Pautas até então esquecidas foram introduzidas nas agendas de ação como o resgate das parteiras tradicionais e a formação de doulas no cotidiano assistencial. O Grupo Curumim Gestação e Parto e o C.A.I.S. do Parto podem ser destacados como propulsoras na valorização das parteiras e das doulas, respectivamente. A formação do Núcleo de Parteira Urbana formado por enfermeiras/os obstetras também pode ser citado como resultado da movimentação dos chamados "rehunidos" (RATTNER, 2014, p. 117).

A partir da ReHuNa, há registros e divulgação de material temático tanto no meio acadêmico, através de artigos, livros e manuais, como também nas redes populares com cartilhas, vídeos e sites. O boletim Notas sobre o Nascimento e Parto divulgado em 1995 e a tradução em 2000 das Recomendaçõs da OMS de 1996 são dois grandes exemplos. O material traduzido foi incluso no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN/2000) e enviado aos membros da Federação brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes (ABENFO). Inúmeras campanhas, desde então, têm sido lançadas como o "Parto Humanizado, pense nisso" (1997), pensadas para conscientizar usuárias, sociedade e os próprios profissionais (RATTNER, 2014, p.p. 117-118).

A ReHuNa também interferiu sobre a ampliação da abrangência das políticas públicas relacionadas ao parto. Em 1994, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro reformula a Maternidade Leila Diniz a partir dos princípios discutidos. Também há um destaque para a criação do prêmio Galba de Araújo para maternidades com boas práticas de assistência e a proposta de Casas de Parto (DINIZ, 2004, p. 632). Essas iniciativas foram essenciais para a ampliação do movimento e a partir da criação do PHPN, em 2000, torna-se uma espécie de consultora sobre políticas públicas sobre o nascimento e o parto no país e sobre a formulação de manuais técnicos sobre o assunto e diversos projetos são criados como o "Doulas no SUS", o "Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal" (desde 2004), a "Rede Cegonha" (2011), o "Plano de Qualificação de Maternidades na Amazônia Legal e no Nordeste (2009 e 2010, respectivamente). Além do ReHuNa, destacaram-se o Projeto Doula Comunitária e o Projeto da Ouvidoria Comunitária, o Grupo Curumim, com a capacitação das parteiras

tradicionais e a Marcha das parteiras, que reivindicavam ser reconhecidas como profissionais. Também foram ativos a Associação Comunitária de Amigos e Usuárias do Hospital Sofia Feldman (HSF), formada pela comunidade circunvizinha, e o movimento de mulheres a exemplo do grupo Parto do Princípio e a Marcha do Parto em Casa (Rattner *et al*, 2014, p. 122 – 126).

Além dos movimentos de mulheres, de profissionais, de associações, os programas e políticas governamentais atuaram no processo com vista na redução da mortalidade materna e de recém-nascidos bem como de problemas relacionados à gravidez e à parturição.

As políticas voltadas à saúde da mulher no Brasil demoraram a se adaptar às novas demandas femininas surgidas a partir da década de 1970, sobretudo por sua entrada mais intensa no mercado de trabalho (BRUSCHINI, 2007). É importante lembrar que a mulher já estava inserida em trabalhos fora do ambiente domiciliar[33] desde o século XIX, mas se limitava a "guetos ocupacionais", ou melhor, a ocupações consideradas "mais apropriadas a mulheres", a exemplo da enfermagem, como foi demonstrado no capítulo I. Nessas ocupações, o trabalho era realizado por moças solteiras e sem filhos, perfil que representou por muitas décadas o mercado feminino brasileiro (*id*, p. 538). Na década de 1970, no entanto, as mulheres passam a ocupar novas espécies de trabalho. Se por um lado, destinaram-se a subcontratações, submetendo-se a salários menores, com ausência de garantias (ARAÚJO, 2009), por outro lado, acessa "boas ocupações" (BRUSCHINI, 2007, p. 552) em espaços até então "dominados" por homens. Com essa transformação, surge um novo perfil de mercado formado também por mulheres mais velhas, casadas e com filhos, "o que revela uma nova identidade feminina, voltada tanto para o trabalho quanto para a família" (BRUSCHINI, 2007, p. 538). Os principais fatores relacionados a esse fenômeno seriam as transformações culturais ocorridas a partir dos anos 60, em paralelo com a efervescência de movimentos sociais e políticos pró-democracia e a abertura da universidade para o público feminino. Sendo assim, "essas profissões abriram novas possibilidades para as mulheres que se formaram nessas carreiras, ampliando o leque profissional feminino para além dos "guetos" tradicionais" (*id.*, p. 552).

[33] Bruschini(2007) enfatiza que os primeiros estudos sobre o mercado de trabalho e sobre a atividade feminina não levaram em conta o trabalho doméstico, relativo a atividades corriqueiras de cuidado da casa. Estudos recentes, no entanto tem discutido esse "trabalho não remunerado" como reflexo da divisão sexual do trabalho. Sobre isso, abordarei com mais afinco no próximo capítulo. A autora destaca que em 1970 e 1980 sérios trabalhos criticaram essa "invisibilização" nos primeiros estudos.

2.3 A atuação da gestão pública: principais políticas e programas de atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério

De acordo com Maria Antonieta Tyrrell (1993), os marcos relacionados à assistência à saúde da Mulher a partir da década de 1970 foram o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) ou somente PMI (Programa Materno Infantil), lançado pelo governo federal em 1974, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), aprovado vinte anos depois, em 2004.

Maria José Osis (1998) destaca que as iniciativas anteriores ao PAISM/1983, como o Programa Materno-Infantil ou Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), instituídos no país entre 1974 e 1978, possuíam um caráter controlador e concebiam a mulher somente a partir de suas características biológicas de reprodução. Tais programas partiam do papel social da mulher como mãe de família, sem ligação com o setor produtivo. Por isso, as propostas de assistência não se integravam com outros programas do Governo Federal. Do ponto de vista profissional, estavam centralizadas nas especialidades médicas. Nesse período, em 1974, durante a Conferência Mundial sobre População, em Bucareste, diversos representantes do mundo discutem temas relacionados ao crescimento populacional, com vista na formulação de planos e políticas de atuação. Para Costa (2009, p. 1.074), é a partir daí que o mundo, e também o Brasil, efetivamente passa a pensar sobre "planejamento familiar".

Nesse sentido, esse aspecto é introduzido na nova proposta de assistência à saúde da mulher, o PAISM. Se por um lado o Programa representava uma abordagem inovadora através do conceito de integralidade da saúde e autonomia da mulher, por outro, representou um caráter controlador, ao destacar o planejamento familiar como parte de suas propostas. O tema era abordado através da intenção de regulação da fecundidade através de programas educativos sobre métodos contraceptivos. Conforme enfatiza Costa (2009), a intenção era assumir o papel de intermediador entre métodos contraceptivos e família, o que estaria sendo realizado desde a década de 1960 por instituições não governamentais estrangeiras[34]. No entanto, de acordo com o programa, não haveria um caráter coercitivo sobre o controle de natalidade, resguardando-se à própria família o direito de decisão sobre o número de filhos (OSIS, 1998).

[34] A BEMFAM, segundo Ana Maria Costa (2009, p 1075), criado em 1965 no Rio de Janeiro era uma entidade filantrópica ligada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) e atuava em todo o território nacional.

Por essa tensão, tem-se uma divisão entre apoiadores e opositores do programa. Dentre os principais opositores, destacaram-se a Igreja Católica, sempre contrária a qualquer tipo de controle de natalidade, e movimentos políticos de esquerda que o consideravam autoritário. Por outro lado, seu maior incentivador foi o movimento sanitarista que, inclusive, atuou com uma das bases de sustentação conceitual para o Programa. Posteriormente, o movimento feminista torna-se um importante aliado, consolidando uma parceria de trabalho entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, movimento feminista e movimento sanitarista. Ao analisar a proposta e o cenário político da época, bem como as concepções vigentes na área da saúde na década de 1980, Osis (1988) afirma que o PAISM/1983 representou um marco na forma de abordar a saúde da mulher. É a partir do entendimento de sua integralidade que se cria o conceito de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1984 (BRASIL, 1984), que representaria "o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução" (OSIS, 1998, p. 26).

As diretrizes do programa previam a capacitação de profissionais do sistema de saúde para que pudessem atender às necessidades da população feminina, agora voltadas também ao mercado de trabalho. Previa-se a inserção de práticas educativas para que se introduzisse um comportamento de autonomia feminina com relação à saúde reprodutiva (i*d*, p. 27). A atenção deveria, portanto, ser integral, clínico-ginecológica, preparada para acompanhar o pré-natal, o parto e o período pós-parto. Também deveria se estender à adolescência e à terceira idade, ao tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e de câncer de útero e de mama, além da assistência para a concepção e a contracepção. A introdução desses novos elementos indicou um aumento da amplitude do movimento em relação aos programas anteriores que se restringiam à assistência durante o período de gravidez e no pós-parto. Pela primeira vez, o pré-parto seria abordado com igual preocupação. Previa-se também a criação de pontos de referência de estudos científicos, além da identificação de outros já existentes para que servissem de apoio técnico às medidas que deveriam ser implementadas (OSIS, 1998).

A consolidação da Constituição Federal Brasileira em 1988, por sua concepção de saúde como direito, demonstrou ter sido influenciada por esse processo de substituição conceitual. A criação do Sistema Único de Saúde a partir das leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é pensado para tornar-se responsável pela aplicação do programa em questão e de outros planos relacionados à saúde pública. Em 1995 o MS nomeia Margareth Arilha como conselheira do Conselho Nacional de Saúde que, para Costa (2009), foi importante veículo para se conhecer melhor as demandas das mulheres. Na Segunda

Conferência sobre População ocorrida em 1994 no Cairo, o tema "saúde da mulher" retorna à pauta de discussão como elemento fundamental para se refletir sobre os dilemas populacionais. Ao final do evento, concluiu-se que o conceito de "saúde reprodutiva" responderia de modo mais direto às demandas do momento. Sendo assim, no Cairo há a consolidação deste termo já definido em 1998 pela OMS (OSIS, 1998, p. 31).

No entanto, Osis destaca que o PAISM não foi efetivado na prática, somente parcialmente e de modo diferenciado nas regiões do país. Para Cecatti *et al* (2004, p. 1282), o descompromisso político de algumas regiões do país foi um forte motivo para a não aplicação do programa no SUS, abrindo espaço para uma série de questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada, reforçados a partir de indicadores que demonstram um quadro negativo de falta de acesso em algumas regiões do país, de falta de qualidade da atenção prestada, da ausência de vínculo entre o pré-natal e o parto (preconizado pelo movimento de humanização do parto) e da manutenção das inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal (*id*. p. 1282).

A partir dessas constatações, o MS lança em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000)[35], fundamentado na busca pelo cumprimento de direitos e nas diretrizes da humanização da assistência ao parto. Para o Ministério da Saúde, a humanização é compreendida, nesse momento, por dois aspectos fundamentais.

> O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer *atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde*, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000)

Com base nesses princípios, as práticas de assistência ao P&N passam a ser classificadas em cinco grupos[36]. No Grupo A são descritas as práticas consideradas benéficas e que por isso, deveriam ser incentivadas. No Grupo B, estão descritas as práticas tidas como danosas ou pouco efetivas, sendo recomendado seu abandono; o Grupo C é formado por práticas sem evidências suficientes para serem recomendadas e no Grupo D estão as práticas compreendidas como benéficas, mas utilizadas erroneamente (RATTNER, 2009, p. 599).

---

[35] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf
[36] Disponível em: http://abcdoparto.com.br/site/recomendacoes-da-oms/

Fundamentada nos mesmos princípios, mas com a intenção de aplicar o PHPN de modo mais concreto, o MS institui a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS (PNH)[37] em 2003. A Política foi criada, de acordo com Martins *et al* (2014), "a partir de uma preocupação metodológica: como fazer, que percursos trilhar, que trajetos percorrer, de que modo caminhar par interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal? (*id*, p. 10)". Nesse sentido, para trazer essas respostas e auxiliar o trabalho dos profissionais, tem realizado, de acordo com os autores, uma espécie de mapeamento nacional de experiências "positivas" do SUS, o "SUS que dá certo"[38]. A humanização seria possível através da inclusão de três princípios básicos: a atenção, a gestão e a formação.

Também em 2003, o Ministério da Saúde lança a Área Técnica da Saúde da Mulher[39] com o objetivo de avaliar as ações realizadas no primeiro ano de atuação da PNH e também para lançar desafios para os anos seguintes (2004 – 2007), com preocupação em reforçar os princípios de integralidade, de respeito às particularidades regionais, do trabalho em parceria e lutando pelo "empoderamento" das usuárias do SUS (BRASIL, 2004). No ano seguinte, em 2004, há o lançamento de um documento denominado "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes" (PNAISM)[40], desenvolvido pelo MS juntamente com diversos setores da sociedade, dentre eles os movimentos sociais, pesquisadores, trabalhadores, gestores do SUS e colaboradores de pesquisas estrangeiros. O documento seria uma reafirmação de compromissos, com destaque especial para o enfoque de gênero.

> Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a *garantia dos direitos humanos das mulheres* e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004).

[37] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
[38] Como parte da estratégia da PNH em divulgar práticas humanizadas de assistência, em 2013 foram divulgados dez vídeos, produzidos pelas próprias instituições, que enfatizaram experiências positivas da assistência ao P&N no SUS. Com o título "SUS que dá certo". Dentre eles, destaco os vídeos sobre o Cotidiano do Hospital Sofia Feldman e sobre o cotidiano do Hospital Odilon Behrens, ambos em Belo Horizonte, disponíveis no youtube.
[39] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf
[40] Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

Outras iniciativas foram tomadas para auxiliar a aplicação das políticas anunciadas pelo MS. Dentre elas destacam-se o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), realizados entre 2009 e 2011, e a Rede Cegonha, lançada em 2011 a partir dos trabalhos realizados no PQM (Martins *et al*, 2014, 10-12). O objetivo central do PQM e da Rede Cegonha, conforme destacam a autoras, era fortalecer a função apoiadora de instituições de saúde voltadas ao P&N de modo que possam apresentar-se com propostas "humanizantes", mudando a realidade de descuido e violência apontados em inúmeras pesquisas realizadas desde a aplicação do PNH. Para isso, alegam que as práticas de apoio devem ser pensadas também pelos gestores, pelos trabalhadores e usuárias do SUS. Os principais desafios destacados nessas iniciativas, afirmam, seriam "a desconstrução da sinonímia gênero-mulher e mulher mãe" presentes nas políticas instituídas até o momento, "ir na contramão da produção de uma atenção à saúde materna 'prescrita de forma generalizada e uniformizada", "avançar nos diálogos sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e na desnaturalização da tríade mulher-heterossexual-mãe", abrir espaço para dialogar sobre o aborto, ampliar o acesso à contracepção e pensar em medidas para barrar a violência obstétrica (MARTINS *et al*, 2014, p. 14-15).

De acordo com Carneiro (2013), a Rede Cegonha, mesmo tendo sido implantada recentemente, já traz uma série de questionamentos de grupos envolvidos na discussão da assistência ao P&N. Para a Rede Feminista de Saúde, algumas pontuações representam um "retrocesso de trinta anos na luta das mulheres pela saúde e emancipação feminina" pois levariam ao retorno da concepção de mulher aliada à maternidade. A autora destaca que a figura da cegonha representaria uma invisibilidade da mulher que dá à luz, bem como de seus direitos reprodutivos e sexuais, retornando à concepção da década de 1970 de mulher como "objeto de reprodução". No lugar da Rede Cegonha, o movimento sugere uma retomada da proposta do PAISM, implementando-o por completo. De acordo com Aquino (2014, p. 9), a luta do feminismo volta-se à consolidação da mulher como sujeito e procura desvencilhar-se da perspectiva materno-infantil. A humanização do parto, nesse contexto, estaria ligada à garantia de uma maternidade segura, à contracepção e ao aborto e a Rede Cegonha representaria "simbólica e materialmente o encolhimento da agenda feminista e de construção do SUS" (*id*, p. 9). Mais ainda, ela retiraria o caráter sexual da reprodução, dando ênfase no bebê. Portanto, haveria uma quebra da proposta do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), um retorno ao materno-infantilismo e um encobrimento do aborto inseguro (*id*, p. 9). De outro lado, Carneiro destaca a posição favorável de alguns estudiosos sobre a Rede

Cegonha que toma como principal argumento o fato de que a proposta estaria levando em conta o contexto brasileiro de permanência de altas taxas e abusos de intervenções. Além disso, o uso de conceitos atuais como “parto cidadão” e “violência obstétrica” fariam dele um programa atento à realidade institucional (CARNEIRO, 2013, p. 49).

Aquino, pesquisadora da Fiocruz participante da equipe de análise dos resultados da pesquisa Nascer no Brasil realizada em 2011, destaca que o cenário da assistência ao P&N nesse momento traz permanências de práticas não recomendadas. Há inúmeras evidências de desigualdades quando se fala em situação socioeconômica, cor e região. Além disso, enfatiza que o “modelo tecnocrático” apresenta-se de modo distinto no SUS e na rede privada, denominada assistência suplementar. Também seria perceptível uma grande diferença de atenção entre hospitais, sendo que na rede pública o modelo tecnocrático se revelaria pela falta de articulação entre a atenção pré-natal e o parto, a falta de vagas resultando em peregrinações das mulheres durante o trabalho de parto e o uso da episiotomia e da ocitocina como rotina hospitalar. Já nos serviços privados, por outro lado, ele se revelaria pela manutenção da cesariana como procedimento habitual. O que seria comum, no entanto, é que para a pesquisadora, em nenhum deles “não se garante o direito à informação nem se respeita a autonomia das mulheres, fere-se a integridade corporal e nega-se o direito previsto em lei ao acompanhante, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso (AQUINO, 2014, p.8).

CAPÍTULO III

IDENTIDADE E PRÁTICAS PROFISSIONAIS: a/o enfermeira/o obstetra no cuidado obstétrico em Goiânia

No capítulo anterior foram destacadas as principais iniciativas do governo brasileiro e de alguns movimentos sociais relacionados ao cuidado de mulheres no pré-natal, no parto e no pós-parto, com a intenção de apresentar o cenário de atuação da enfermagem obstétrica no país. As/os enfermeiras/os obstetras vêm sendo citadas/os pelo MS, desde a década de 1990, como profissionais de suma importância para o processo de humanização da atenção obstétrica institucional no país. Para Gramacho e Silva (2014), a tradição desses profissionais como "profissionais do cuidar", sobretudo na cena do parto, facilitaria uma assistência sem equívocos médicos. Os autores enfatizam que

> a/o enfermeira/o obstetra assiste à mulher desde o pré-natal, iniciando aí uma conexão que deve ser continuada até o puerpério. Esta profissional deve oferecer apoio físico e empático, realizando abordagem não farmacológica para alívio da dor, colocando o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico-psíquico da gestante e do recém-nascido, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar o bem-estar de ambos (*id*, p. 188).

A partir desse pressuposto, o foco desse capítulo será a identidade profissional desses profissionais que, diariamente relacionam-se com outras ocupações, seja de modo direto, nas maternidades públicas, ou de modo indireto, no cuidado domiciliar. Serão abordados aspectos relacionados ao perfil socioeconômico, à formação e à prática, bem como os princípios norteadores da profissão, seus principais desafios cotidianos e a diversidade de atuação no mercado de trabalho.

3.1 Perfil socioeconômico da enfermagem obstétrica no Brasil

Em relação ao perfil social dos trabalhadores no campo da assistência ao nascimento e parto no Brasil, a Tabela 1 indica as ocupações mais frequentes na família de 'Enfermeiros". A categoria de "enfermeiro obstétrico" é nitidamente orientada por sexo, com 10,5% de homens e 89,5% de mulheres, de 2421 vínculos empregatícios no mercado formal em 2011(RAIS). A renda média anual em 2011 foi de 6 salários mínimos. Em Goiás, no mesmo ano, registrou-se apenas 30 enfermeiras/os obstetras, sendo apenas 1(um) do sexo masculino. A remuneração média anual, no entanto, é mais baixa que a média nacional: 3,2 salários mínimos. No nível de

profissionalização mais elevado do setor, a RAIS registra 7714 médicos obstetras ocupados em 2011, sendo 49,1% homens e 50,1% mulheres. A remuneração média foi de 8,9 salários mínimos. No entanto, há um *gap* de gênero (11%): as mulheres têm rendimento médio de 8,4 e os homens de 9,36 salários mínimos. Em Goiás este desnível é ligeiramente maior (16%), mas o rendimento médio anual é menor: 8, 1 salários mínimos. Há, contudo, um aspecto distintivo na distribuição de Goiás em relação ao Brasil: há 81,7% de homens e 18,3% de mulheres entre os 104 profissionais ocupados, contrastando com a quase paridade de sexo nessa ocupação no contexto nacional. Finalmente, despontam as ocupações menos escolarizadas do setor, auxiliares e técnicos de enfermagem, com nível de ensino médio, e os atendentes de enfermagem e parteiras leigas. Os técnicos e auxiliares constituem o contingente de trabalhadores mais numeroso, totalizando 950.398 pessoas, cerca de 1,3% da força de trabalho ocupada no setor formal brasileiro em 2011. Destas 83,5% são mulheres, no Brasil. Em Goiás há 17.374 técnicos e auxiliares de enfermagem, com praticamente a mesma relação entre homens e mulheres que ocorre no Brasil (85,4% de mulheres). O rendimento médio anual é de 2,5 s.m. no Brasil e 2 s.m. em Goiás, nessa família de ocupações, em que não há um desnível acentuado entre rendimentos de homens e mulheres. O segmento menos qualificado, de atendentes de enfermagem e parteiras leigas, soma 42.664 pessoas, das quais apenas 1003 são parteiras/os. As mulheres são predominantes nos dois grupos: 84,7% entre parteiras/os e 78,4% entre atendentes de enfermagem. O rendimento mensal médio no Brasil é de 1,86 s.m. no Brasil, com pequena vantagem de remuneração para os homens. Em Goiás há 974 trabalhadores no segmento, dentre estes apenas 8 parteiras e um parteiro leigo no mercado formal. A porcentagem de atendentes de enfermagens mulheres beira os 70%, sendo um pouco inferior à taxa encontrada no Brasil. O rendimento médio mensal é de 1,78 s.m. para homens e mulheres, ligeiramente inferior ao encontrado no Brasil.

A partir da Tabela 2, sobre as mesmas ocupações, é possível perceber um crescimento de 8,24% no número de enfermeiros formalmente empregados no Brasil e um crescimento de 8,35% do número de enfermeiros de nível superior sem especialização. Dentre os enfermeiros obstetras, entretanto, percebe-se uma queda de 9,6% (Cf. NUNES, GOMIDE, 2013).

TABELA 1 – FAMILIA OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS – BRASIL 2011

Ocupação	**Frequência**	**%**
Enfermeiros	232.464	93,5
Enfermeiro auditor	3.406	1,4
Enfermeiro do trabalho	3.927	1,6
Enfermeiro obstétrico	2.421	1.0
Outras ocupações da família ocupacional de enfermeiros	6.314	2,5
Total	**248.532**	**100**

Fonte: Microdados da RAIS 2011 – Construção da autora

TABELA 2 – FAMILIA OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS – BRASIL 2012

Enfermeiros	251.878	93,6
Enfermeiro auditor	3.923	1,5
Enfermeiro do trabalho	4.283	1,6
Enfermeiro obstétrico	2.187	0,8
Outras ocupações da família ocupacional de enfermeiros	6.755	2,5
Total	**269.026**	**100,0**

Fonte: Microdados da RAIS 2012 – Construção da autora

3.2 "A enfermagem é voltada mais para o cuidar do que para o tratar": formação, currículo e prática

O processo de formação de profissões não médicas e da própria enfermagem obstétrica no Brasil, de acordo com Amorim (2010, p. 241), pode ser resumido em alguns fatos. Dentre eles, destacam-se a regulamentação das parteiras, a criação do Curso de Obstetrícia, a criação do curso de Enfermagem, a união dos cursos de Obstetrícia e de Enfermagem, a criação e extinção das habilitações em enfermagem obstétrica, a criação da especialização em Enfermagem obstétrica e a recriação do curso de obstetrícia[41]. Durante esse processo, as/os enfermeiras/os obstetras e as obstetrizes permanecem em campos rivais, ocasionando um afastamento de ambas da assistência ao parto (AMORIM, 2010, p. 242).

De acordo com Schirmer *et al* (2008), a partir de 1987 a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) inicia um ciclo de amplas discussões em todo o país sobre o ensino da atividade, resultando em uma nova proposta de currículo aprovada pelo MEC em 1994 (Portaria n°. 1721, de 15/12/ 1994). Um dos resultados foi a extinção das habilitações em enfermagem obstétrica que eram consideradas insuficientes para uma boa formação (2008, p. 363). Com

[41] Em anexo, o quadro I detalha sobre esses fatos.

isso, o número de profissionais ativos tornava-se ainda mais escasso, abrindo espaço para a centralização da medicina na cena do parto (AMORIM, 2010, p. 243).

Ainda nessa década, em 1996, a Organização Mundial da Saúde reconhece que a presença da/o parteira/o profissional, como é chamada/o a/o enfermeira/o obstetra na maior parte do mundo, diminuía as intervenções consideradas invasivas, reduzindo assim o número de mortes maternas e de recém-nascidos. Além disso, enfatiza que a categoria seria "o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de prestador de cuidados e saúde para ser responsável pela assistência à gestação, ao parto normal, incluindo a avaliação de risco e o reconhecimento de complicações" (OMS, 1996 *apud* AMORIM, 2010, p. 245)[42]. No Brasil, a categoria também tem sido destacada pelos programas relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido, como foi destacado no segundo capítulo (Gramacho & Silva, 2014). A partir desse cenário, entre 1999 e 2000, dezenas de cursos de especialização foram criados em instituições públicas e privadas com financiamento do Ministério da Saúde e do Ministério de Educação e Cultura. Para Tyrrell e Santos (*apud* AMORIM, 2010, p. 254), essa iniciativa, sem investimento nos cursos de graduação, só solucionou um problema das próprias graduações em enfermagem, a abordagem deficiente da obstetrícia. Mesmo assim, afirmam que ela teria aberto o caminho para a reintrodução dos profissionais no cuidado obstétrico e para sua valorização na equipe de trabalho.

Para Schirmer *et al* (2008), os cursos criados foram pensados para viabilizar os objetivos anunciados pela Área Técnica de Saúde da Mulher, criada pelo Ministério da Saúde em 1999, e seriam integrados ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2000). A prática realizada deveria ser fundamentada nas recomendações do Ministério da Saúde e nos preceitos da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes (ABENFO, 1998). Para a última, os alunos deveriam realizar os seguintes procedimentos: no mínimo 20 partos completos com o uso do partograma, 15 atendimentos a recém-nascidos na sala de parto e 15 consultas de pré-natal.

Em Goiânia, várias instituições de ensino oferecem a pós-graduação na área[43]. A seguir serão enfatizadas três abordagens institucionais distintas acompanhadas das narrativas de alunas sobre a experiência de formação. Em primeiro lugar destaca-se Marina, graduada e especialista em enfermagem obstétrica por uma universidade confessional privada. Em seguida, será enfatizada a abordagem de Elis, graduada em uma universidade privada de Goiânia e

[42] Sobre as Recomendações da OMS, traduzida no Brasil como "Assistência ao Parto: um guia prático" http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/

[43] O quadro 3, em anexo, destaca o perfil dos enfermeiros em Goiás em relação à formação.

especialista por um centro de pesquisa e pós graduação do estado. Por fim, a abordagem institucional pública será ilustrada por Cida, que atualmente é vinculada ao Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF).

Marina, 31 anos, destaca que durante a graduação, a obstetrícia foi abordada de modo muito breve em disciplinas específicas como "o cuidar da mulher e do Recém-Nascido" e "o cuidar da criança e do adolescente", através do eixo temático "Saúde Materno-Infanto-Juvenil". Já durante a especialização, cursada na mesma instituição, Marina afirma que houve uma intensificação na relação entre os alunos e a obstetrícia e as disciplinas voltavam-se ao contexto do cuidado da mulher e da criança. Com exceção das disciplinas metodológicas, o programa era composto da seguinte forma:

. Gênero, etnia e programas de assistência à saúde da mulher

. Anatomo-fisiologia da mama e dos sistemas reprodutor feminino e as modificações na gravidez

. Obstetrícia I

. Aspectos legais, éticos e bioéticos aplicados à Saúde da Mulher

. Epidemiologia aplicada ao período gravídico-puerperal

. Desenvolvimento embrionário e fetal

. Obstetrícia II

. Neonatologia

. Intercorrências ao Parto e Puerpério

. Assistência ao Pré-Natal de baixo risco

. Assistência ao Parto e Atendimento ao Recém-nascido na sala de parto

- Assistência ao puerpério

Assim como na graduação, a especialização era dividida entre aulas teóricas e práticas e Marina afirma que havia uma série de procedimentos, em conformidade com as recomendações da ABENFO (1998), que obrigatoriamente deveriam ser cumpridos. A entrevistada os descreve da seguinte forma:

> Na teórica, a gente tem os módulos em um ano e meio de curso. E na carga prática, além dessa carga horária, a gente tem que cumprir outros procedimentos: 20 consultas de pré-natal (no mínimo), 20 assistências ao Recém-nascido, 20 consultas de puerpério e 20 partos normais. Na consulta de pré-natal a gente vai pro PSF (Programa de Saúde da Família), pra atenção básica, faz a consulta de pré-natal, independente da idade gestacional da mulher. Aí, quando chega na maternidade, a gente tem que fazer 20 partos, 20 assistências ao recém-nascido. Às vezes você divide com o colega, geralmente vão em dois, enquanto o colega faz o parto, você presta assistência ao

> recém-nascido. Vê como nasceu, já vai aquecendo, já faz toda a assistência necessária pra esse recém-nascido... E 20 assistências no puerpério. Então, essas 20 assistências no puerpério é avaliar a mulher no primeiro dia pós-parto. Por exemplo, ela pariu ontem, então vamos fazer uma consulta puerperal. Essa consulta puerperal é fazer a anamnese, o exame físico dessa puérpera, avaliar toda a questão física, colocar o bebê pra mamar, ver como é que tá a "pega", se tá colocando direitinho... (Marina)

A experiência de formação de Elis, 27 anos, foi um pouco diferente. O estágio, conforme sua narrativa, abordava aspectos da ginecologia, mas não da obstetrícia. Já na especialização, ela teria sido abordada nas aulas teóricas e nos estágios, que ocorriam sempre sob supervisão dos professores. De acordo com o site institucional do Instituto privado A, onde concluiu sua pós-graduação, o objetivo do curso seria "capacitar o profissional de enfermagem para gerir, planejar e prestar assistência direta e indireta com a finalidade de promoção, prevenção e recuperação da saúde". O programa, previsto para ser trabalhado em 14 meses, totalizando 440 horas de ensino, foi construído a partir de disciplinas relacionadas à fisiologia da mulher, às políticas da saúde da mulher, à assistência ao parto e nascimento e à prática clínica. O quadro de professores, conforme declarou o coordenador do curso, em conversa por telefone, era formado exclusivamente por enfermeiros e enfermeiros obstetras, em conformidade com as exigências do COREn, respeitando-se a abordagem assistencial e não curativa da profissão. Elis declara ter tido uma boa fundamentação teórica, mas o estágio prático considerou como insuficiente. O estágio, embora realizado em maternidade com título de humanização, não possibilitou aos alunos maior contato com as parturientes, muito menos com gestantes e puérperas, sobretudo pela concentração de outros estagiários, de diversas áreas da saúde. Por esse motivo, teria se caracterizado muito mais pela observação supervisionada do que pela prática.

> O estágio eu fiz na Maternidade M. Depois que a gente teve todas as aulas teóricas é que a gente foi ter aula prática. Aí tinha um professor o tempo todo conosco, como no estágio [graduação]. Onde eu fiz especialização não tem [pré-requisitos para a formação], mas tem escola aqui em Goiânia que é, no mínimo, 20 partos. Na pós, eu mesma, só fiz um parto no meu estágio. Porque o único lugar que faz estágio de obstetrícia é na Maternidade M. Então, é interno querendo fazer parto, é residente de medicina, residente de enfermagem, enfermeiro e tem o enfermeiro obstetra. Então acaba que é uma briga pra ver um parto. Eu fiquei aqui uns três meses e só consegui fazer um parto. Eu acho muito pouco. Porque também não tem campo aberto. Acaba que nem é tanto culpa das faculdades (Elis).

A graduação em enfermagem oferecida pela universidade pública, instituição formadora de alguns entrevistados, dentre eles Cida, 23 anos, aborda a obstetrícia através de disciplinas obrigatórias. No programa curricular da instituição destacam-se quatro disciplinas relacionadas à área, sendo elas: Enfermagem Ginecológica e Obstétrica I, Enfermagem Pediátrica e

Neonatológica I, Enfermagem Ginecológica e Obstétrica II e Enfermagem Pediátrica e Neonatológica II, totalizando 400 horas/aulas. Já na especialização em enfermagem obstétrica, inaugurada no final de 2014 com incentivo da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, a proposta é abordar em 700 horas os seguintes aspectos:

> o cuidado à saúde da mulher nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, ao neonato e à família, seus aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e fisiológicos, orientados pelas boas práticas e evidências científicas, pela PNAISM, pelo Pacto pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e pelos princípios e diretrizes do SUS[44].

Cida afirma que, na graduação, cursada na universidade pública, a obstetrícia só foi ministrada ao final do curso, com aulas teóricas e práticas de observação. Apesar de ter se sentido frustrada, pois esperava um contato mais ativo com as mulheres, declara ter sido importante para certificar-se de que voltaria ao cuidado obstétrico na pós-graduação.

> Nos estágios, por exemplo, com as grávidas em si a gente cumpria o pré-natal nas unidades básicas de saúde. E tinha a parte hospitalar. Era junto com a ginecologia. Então a gente tinha, na estratégia, tanto a parte de pré-natal quanto a de preventivo, de mama, de ginecologia também. Em hospitais, no nosso estágio a gente acompanhava a mulher tanto quando ela já tinha ganhado neném, no puerpério... a gente fazia orientações quanto aos cuidados com o bebê, primeiro banho, amamentação. A gente entrou poucas vezes em sala de parto, só pra assistir todo o processo. Inclusive eu passei mal. Nos meus primeiros partos eu passei horrores (Cida).[45]

Já na Residência, Cida destaca uma relação aprofundada com a obstetrícia, tanto nas aulas teóricas, que representam 20 % do programa e são de responsabilidade do departamento de enfermagem da PUC – Goiás, quanto nas aulas práticas, ministradas por enfermeiros obstetras vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) foi lançado em 2012 como parte das iniciativas da Rede Cegonha. De acordo com o Ministério da Saúde, o objetivo do programa

[44] Não houve entrevistados que estivem cursando a especialização. A primeira turma está em andamento e cursou o primeiro semestre em 2015. A proposta curricular está disponível em: https://www.fen.ufg.br/up/126/o/edital-001-2014-especializa%C3%A7%C3%A3o-enfermagem-obst%C3%A9trica.pdf?1412605052

[45] Não poderia deixar de abordar aqui duas questões de grande relevância para o contexto da assistência obstétrica: a violência psicológica e física contra mulheres no trabalho de parto e a violência psicológica contra os próprios trabalhadores. Cida descreve cenas agressivas de médicos na cena do parto. Mas sobre isso, por uma questão de organização, discorrerei de modo mais apropriado no tópico sobre as rotinas de trabalho.

> é capacitar enfermeiros obstetras para serem inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. Os profissionais estarão aptos a atuarem desde o pré-natal e parto até o nascimento e pós-parto dentro do preconizado pela Rede Cegonha. A estratégia visa intensificar a assistência integral à saúde das mulheres e crianças, desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, parto, puerpério, até o segundo ano de vida do filho[46].

Cida afirma que a prática é realizada em meio a um ritmo intenso de atividades. O curso, totalizando 5.760 horas, exige que os alunos cumpram sessenta horas semanais organizados em escalas, requer dedicação exclusiva (Lei nº 11.129/2005) e para isso prevê a oferta de bolsas de 2.384,82 reais durante 24 meses. Em todas as entrevistas, e também por profissionais de outras áreas o PRONAENF tem sido enfatizado como uma proposta mais coesa do que as especializações para a qualificação dos profissionais. No trecho abaixo, a estudante apresenta uma análise comparativa entre as duas pós-graduações:

> Tem sete meses que a gente começou. Então, por enquanto, a gente só viu a parte do puerpério e alguns partos. Executei... Executei não... a mulher é quem faz. Acompanhei. Tem só o critério de nota. A especialização, normalmente, tem o número mínimo de partos. Já é diferente da residência, que não tem nem um mínimo nem um máximo. A especialização em si é muito simples e a carga horária é muito pequena. Então, geralmente são aulas só no fim de semana e você tem que cumprir uma carga mínima na prática e você já ganha o diploma. A Residência é intensificada, a gente cumpre 60 horas semanais, é dedicação exclusiva, então a gente não pode trabalhar em outra coisa, não podemos exercer nenhuma outra profissão, nada por fora... Então a gente vive pra isso. Enquanto eu tô trabalhando eu fico mais na maternidade do que aqui em casa. A gente vai pra algumas unidades de saúde pra fazer o pré-natal, já ouvi falar que a gente vai pra Dona Iris e pro Materno Infantil. E eu quero entrar com o pedido pra fazer dois meses fora de Goiânia. A gente pode fazer essa comunicação com outras instituições (Cida).

Descrevendo um dia típico de estágio, ela enfatiza o aspecto relacional da profissão, mas também os aspectos técnicos que devem ser observados em cada contato:

> A gente passa as visitas nos quartos avaliando como tá o sangramento, a amamentação, o vínculo da família com o bebê, se a mulher tá conseguindo se recuperar, higiene íntima. Se a gente estiver no banco de leite a gente passa em todos os apartamentos, a gente dá orientação sobre amamentação, como a mulher faz pra conduzir a amamentação nos primeiros dias de amamentação porque pode ingurgitar a mama com a descida do leite, o peito fica muito duro e a mulher pode ter uma mastite, que é uma inflamação da mama. Então a gente tem que atuar nesses dias, então a gente ensina como ela reverte esse quadro sozinha, como é a maneira certa do bebê mamar. No pré-parto, se tiver uma mulher em trabalho de parto, a maioria dos dias tem, a gente acompanha ela de hora em hora, em trabalho de parto franco [efetivo], a gente faz o registro e no momento do parto em si, vamos pra sala de parto e o processo acontece. Sempre garantindo um acompanhante pra mulher, uma boa alimentação, porque muitas mulheres chegam em jejum porque o médico orientou que

[46] Disponível em http://www.brasil.gov.br/saude/2012/09/rede-cegonha-capacitara-enfermeiros-obstetras. Acesso em julho de 2014.

> quando fosse ganhar neném teria que ficar sem comer e isso é um preparo pra cesariana. E a primeira coisa que a gente faz é enfiar comida nessa mulher. Então a gente deixa preparado alguns óleos florais pra gente fazer massagem, aromaterapia, a gente comprou melzinho, rapadura, essas foram coisas que as residentes levaram. Não tinha antes... (Cida)

Schirmer (2001 *apud* AMORIM, 2010, p. 249), sobre as especializações patrocinadas pelo MS e pelo MEC em 1999 e 2000, enfatiza que, para os coordenadores dos cursos, as principais dificuldades estariam relacionadas à falta de campo para a realização dos estágios. Para sanarem essa dificuldade relatam que uma das estratégias criadas foi o envio de alunos a outras cidades e estados para se qualificarem em programas de maior tradição. Se por um lado verificou-se, de fato, uma formação mais embasada, por outro houve alguns problemas: o custo tornou-se mais elevado além de não se perceber um retorno dos concluintes ao local de origem, deixando de melhorar a qualidade nas instituições de ensino e na assistência em maternidades locais. Tyrrell já havia identificado esses problemas em 2005 em pesquisa nacional realizada sobre essas especializações (TYRRELL, 2005) e também Torcata Amorim, em pesquisa realizada em 2010 sobre a prática de enfermeiras/os obstetras da cidade de São Paulo.

Para a maioria das/os enfermeiras/os obstetras entrevistados em Goiânia, a principal deficiência das propostas de especialização é justamente o pouco contato com as mulheres durante a formação, seja no pré-natal, no parto ou no pós-parto. Apesar de considerarem o parto um evento natural, com grande possibilidade de ocorrer sem nenhuma intervenção, afirmam que as aulas práticas oferecidas não seriam suficientes para torná-los seguros, mesmo diante de uma situação de normalidade. A maior dificuldade apontada foi o cumprimento das práticas exigidas.

O principal ponto questionado pela medicina sobre a formação da enfermagem obstétrica em nível de especialização é o tempo de treinamento considerado reduzido. Segundo os críticos, a carga horária proposta é insuficiente para que o aluno tenha segurança na atividade. Tiago, 54 anos, médico obstetra graduado na universidade pública de Goiânia e especialista em uma renomada univeridade paulista, dentre outras funções, supervisiona residentes na área da ginecologia e obstetrícia em uma maternidade da cidade. Sobre as/os enfermeiras/os obstetras, declara ter trabalhado com a categoria por muitos anos. E a partir dessa experiência, alega que os profissionais da enfermagem iniciam a prática sem estarem aptos para reconhecerem complicações no parto, o que acabaria pondo em risco a mãe e o bebê:

> Elas fazem, pelo menos na Maternidade X, eu tive presente lá, elas fazem 20 partos. A gente trabalha aqui na Maternidade Z com residentes e residentes que fizeram 20 partos são residentes que estão começando a fazer partos. Então assim, a gente tem

> que estar presente. Eu penso que elas deveriam fazer 20 partos e a especialização, mas deveria ter o tempo de imersão dentro da atividade e após esse tempo de imersão, de um ano ou dois anos, não sei, aí sim ela teria habilidade. Porque a questão não é só fazê-lo, a questão é como resolver o problema se o problema acontece, uma complicação... Porque não tenha dúvida de uma coisa, a complicação acontece, ela é estatística, e quando ela acontece você tem que estar preparado pra resolver. Se ela vai fazer um parto, que seja na dimensão dela, sem complicações, mas mesmo esse sem complicações, há pequenas complicações que acontecem. Então, ela tem que estar capacitada pra resolver (Tiago).

Para a professora Cora, essa questão é pensada de modo diferente. A obstetrícia na formação da/o enfermeira/o obstetra, em sua opinião, realiza-se de forma gradativa. Na maior parte das vezes começa a ser abordada ainda no curso técnico e na prática enquanto tal. Já na graduação, a obstetrícia seria tratada tanto nas aulas teóricas quanto nas observações realizados nos estágios, e na especialização, ela seria vivenciada com mais profundidade, pois além do reforço teórico os alunos acompanhariam partos dentro das exigências da ABENFO e do MS. A partir desse contato progressivo, considera suficiente o conhecimento adquirido após a conclusão da especialização.

> Eu, na verdade, tenho uma visão diferente. O médico forma em seis anos, porque tem um ano de internato, o enfermeiro forma em cinco anos. A mesma disciplina, na verdade, que eles veem na graduação deles, dentro da área da saúde da mulher, acaba que é o mesmo que a gente oferece, porque é o básico, o geral. Eles fazem residência dois anos para ser um médico obstetra, a enfermagem tem que fazer a especialização que é, no mínimo, 500 horas.

Outro ponto enfatizado nas críticas sobre as especializações dá-se sobre a natureza dessa formação, que remete ao modo como ambas as profissões abordam o parto e a assistência. A tensão entre a medicina e a enfermagem em relação ao que se deve ensinar e como isso deve ser feito parece estar relacionada ao modo diferenciado como compreendem esse evento. E as instituições de ensino seriam a referência de maior peso para a maioria dos profissionais. De acordo com a médica obstetra Beatriz, 58 anos, a enfermagem obstétrica estaria mais voltada aos aspectos fisiológicos da mulher e a elementos humanistas e a medicina seria caracterizada pela abordagem cirúrgica.

> Porque a formação médica é uma formação mais voltada para medicalizar e intervir na patologia. Nós temos uma formação de ver muita doença. Essa formação das enfermeiras obstetras é uma formação de conhecer mais a fisiologia e confiar mais nessa fisiologia... Pelo que eu tenho visto, elas aprendem realmente com uma visão melhor. Eu converso com muitas alunas e vejo que a formação delas é uma formação realmente que valoriza mais os aspectos da humanização, a formação médica e a residência médica de obstetrícia ainda não consegue assimilar os valores e o potencial da humanização como a enfermagem obstétrica (Beatriz)

Além disso, a abordagem médica atual continuaria centrada na intervenção, como ocorria há 30 anos, quando se formou em Belo Horizonte. Na época, "a obstetrícia era muito na mão dos médicos, principalmente nos centros, nas academias, era algo muito medicalizada" e o parto era tratado como "evento médico", destaca.

A narrativa de Isabel, 43 anos, graduada em Goiás e especializada em São Paulo na década de 1990, também enfatiza esse caráter de sua formação. Durante a residência em Ginecologia e Obstetrícia, as(os) alunas(o) não aprendiam a lidar com o parto normal já que o foco era aprender a realizar intervenções cirúrgicas diante dos problemas que provavelmente surgiriam. No trecho a seguir, ela descreve como ocorriam seus estágios e como reproduziu as práticas aprendidas durante muitos anos de trabalho:

> No início, como a gente vem com essa formação muito equivocada, a assistência dessa forma ela está muito errada, porque você intervém em muitas coisas de forma desnecessária e acaba atrapalhando o que naturalmente, se você não encostasse, não chegasse perto, seria perfeito. Eu fiz residência num hospital que não tinha indicação desnecessária de cesáreas, mas existia uma assistência ao parto normal equivocada que é esse modelo antigo, que leva uma incidência de sofrimento fetal altíssima. Pra mim, teve uma época que fazer parto normal era algo muito próximo de risco de perder o bebê. Daquele jeito era sim porque a gente fazia um tanto de coisa errada e sem saber que estava fazendo errado... (Isabel, médica obstetra atuante em Goiânia).

Na descrição de Tiago, coordenador de equipe de residentes em uma maternidade escola da cidade, esse desejo de realizar cirurgias continua comum entre os residentes atuais. Para o obstetra, os alunos chegam nos estágios querendo aplicar o que aprenderam o parto cirúrgico. No entanto, afirma que a instituição e os professores seriam responsáveis para moldá-los de acordo com as normas recomendadas.

> A formação do médico, eu trabalho aqui há 23 anos, o médico quando ele quer aprender sua especialidade, de fato ele quer aprender a operar. Então existe uma tendência dele indicar mais *[cesáreas]*, isso é uma coisa que é natural pro conhecimento dele como médico. Agora, se o hospital tem regras estabelecidas, é só seguir as regras estabelecidas que isso não passa. Esses 50% depende muito do hospital. Porque nós temos aqui hospitais que são referências para o alto risco, aí é mais cesárea lá. Mas os hospitais que dão atendimento ao baixo risco, aí não, aí o número de partos normais vai ser maior (Tiago).

Observando a ementa das disciplinas "Ginecologia" e "Obstetrícia" ministradas na graduação em medicina da instituição pública de ensino de Goiânia, é possível ter uma amostra de como são elas compreendidas pelos professores e repassadas aos alunos. Na Ginecologia, o objetivo enfatizado é "identificar problemas ginecológicos frequentes e apresentar orientação adequada". Para isso, a proposta de conteúdo foca os seguintes tópicos: hormônios, disfunções menstruais, endocrinologia do climatério, fecundação, medidas anticoncepcionais, diagnóstico

e prevenção do câncer genital, esterilidade, tratamentos clínicos e cirúrgicos de afecções ginecológicas.

Se a compreensão do parto como um evento médico não é consensual dentre as(os) médicas(os) obstetras em atividade no país, como foi possível perceber pela abordagem de Beatriz e Isabel, por exemplo, ela é apoiada pela maioria dos profissionais. Essa preponderância já foi destacada por muitos estudiosos no século passado (*e.g.* RATTNER, 2014; DINIZ, 2004; TORNQUIST; 2004) e a recente pesquisa coordenada pela Fiocruz e divulgada em 2014 continua afirmando que o modelo tecnocrático rege a assistência obstétrica no Brasil. É nesse sentido que para Beatriz a formação de profissionais humanizados é um dos elementos que trará mudanças relevantes no cenário brasileiro e as críticas levantadas sobre a formação da enfermagem obstétrica seriam uma demonstração de resistência ao modelo proposto. Não ignora, no entanto, os problemas relacionados à formação desses profissionais, que seriam solucionados pela Residência em Enfermagem Obstétrica, mas enfatiza que as acusações demonstram um atraso na cultura médica brasileira que desde a graduação tem ignorado as transformações na área.

> Sei que vivemos um momento de muito confronto, as equipes médicas às vezes não aceitam e desclassificam as enfermeiras e acham que não têm formação suficiente, acham que o parto torna-se de risco. Mas, eu acho que é um momento de transição, momento que é inevitável a transição. Isso é inevitável, podemos passar por um momento difícil de falar não temos uma equipe com boa formação de enfermagem obstetra? Podemos sim. Mas, precisamos de aprimorar. O Governo tem que investir nisso, tem que fazer as residências de enfermagem obstétrica, tem que colocar elas realmente fazendo o parto, assistindo o parto e não ficar só acompanhando e vendo o médico fazer. Então, precisamos disso, porque senão o Brasil vai ficar fora da rota mundial. Sendo que o mundo, quando vai pesquisar sobre obstetrícia, verifica os locais onde têm mais enfermeiros obstetra assistindo o parto e tem o menor índice de episiotomia. Então isso é sinal de quê? Que a enfermeira obstetra realmente ela vai lesionar menos desnecessariamente uma mulher (Beatriz)

3.3 Entre o pessoal e o institucional: a identidade profissional das/os enfermeiras/os obstetras

Artur Perussi *et al* (2013), para fundamentarem o relatório de pesquisa sobre os profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família[47] de João Pessoa/Paraíba, apresentam uma discussão sobre o conceito de "identidade profissional" e de "profissão" bem como das políticas e manobras relacionadas à sua implantação na cidade. Para os autores, a noção de interação é essencial para se pensar as relações sociais, inclusive em ambientes de trabalho em

[47] O Programa da Saúde da Família foi criado em 2004 (BRASIL, 2004).

que o contato entre indivíduos se dá em todo tempo, como no caso das/os enfermeiras/os do PSF. Com base em Claude Dubar, os autores concordam que as identidades profissionais "constroem-se nas e pelas interações ao longo da vida" (PERUSSI *et al*, 2013, p. 10), sendo que elas seriam diferentes da identidade do trabalho por ser este "uma maneira de se situar no campo profissional e na vida social, influenciando toda a existência fora do trabalho".

Com base nesse preceito, consideram que, para se apreender as novas identidades que vão se formando nessa trajetória, seria preciso "entrar no campo da análise das interações cotidianas de categorias produzidas pelos indivíduos, e não apenas pelas instituições" (*id*, p. 11). E por isso, enfatizam que, além de se compreender o pano de fundo onde se desenvolvem essas identidades profissionais, foi imprescindível conhecer como os indivíduos pensavam e realizavam a prática profissional, bem como se posicionavam nas relações com outros profissionais no cotidiano laboral. Trazendo a reflexão para o contexto mais amplo da saúde pública, os autores afirmam que o que regia a prática dos profissionais da área seria sua identificação com o trabalho, embora o conhecimento proveniente da formação fosse importante.

> a construção da identidade profissional deve considerar, além das especificidades do modelo de atenção, a forma como cada categoria modela o seu lugar na equipe. A partir da percepção do trabalho e de si mesmo como profissional, surge todo um universo de questões, tnais como as aspirações, as conquistas, as satisfações ou insatisfações e problemas, ao mesmo tempo de caráter individual e coletivo (PERUSSI e*t al*, 2013, p. 11).

As equipes de trabalho dos postos de saúde do PSF estariam centralizadas na enfermagem. Portanto, o "cuidado" e a "vocação", princípios norteadores da categoria, também foram percebidos como característicos do cotidiano de trabalho pesquisado. A partir dessa relação entre pessoalidade e profissão, a "vocação" torna-se sinônimo de "narrativa", por representar o processo de atribuição de sentido durante uma trajetória profissional.

Nesse sentido, destaca Lina de Faria (2005), algumas atividades estariam fortemente relacionadas à ideia de caridade e de "missão social" como a enfermagem e a pedagogia, por exemplo. Consequentemente, a seus praticantes é atribuída a imagem de "missionários". Um dos maiores exemplos seria o caso das enfermeiras sanitárias formadas em São Paulo no início do século XX. No estudo sobre a história da saúde pública brasileira, a pesquisadora analisa a atividade de educadoras sanitárias e enfermeiras da saúde pública que trabalhavam sob o lema "saúde, instrução cívica e moral". A partir destes princípios, eram denominadas de "mensageiras da saúde" e atuavam em consonância com a política higienista coordenada por Oswaldo Cruz.

O interesse em compreender o modo de formação identitária dos indivíduos e grupos profissionais foi foco de estudo de Claude Dubar. Na obra *A Socialização* (2005), o sociólogo afirma que esse processo possui um duplo caráter: o primeiro, biográfico e o segundo, relacional. A identidade dos indivíduos, a partir disso, seria "o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições" (DUBAR, 2005, p. 136).

Dubar resgata a concepção de *habitus* que, segundo o autor (*id*., p.77), foi utilizado em diferentes momentos por pensadores como Aristóteles, Émile Durkheim e Pierre Bourdieu. Em Bourdieu, a proposta é de que o termo seja compreendido como "sistemas de disposições duradouras e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípios geradores e organizadores de práticas de representações" (BOURDIEU, 1980, p. 88 *apud* DUBAR, 2005, p. 77-78). Essa compreensão da socialização, permitiria explicar a reprodução da ordem social, mas as possíveis mudanças identitárias que ocorrem ao longo da vida precisariam de uma abordagem mais ampla. Para o autor, perspectivas como essas partem do pressuposto de que há uma unidade no mundo social capaz de introduzir, de forma homogênea, valores, normas e comportamentos que tornam os indivíduos seres claramente identificáveis. No entanto, alega que a vida social é formada por manifestações heterogêneas e, por isso, a interação e a incerteza devem ser consideradas no processo de socialização (DUBAR, 2005, p. 93).

Com base nessa abordagem, pode-se afirmar que também no grupo de enfermeiras/os obstetras há uma duplo processo que atua sobre suas identidades. Ana, 34 anos, chefe de enfermagem de uma maternidade de Goiânia, por exemplo, para descrever o que seria a enfermagem e a enfermagem obstétrica, utiliza referências de seu universo pessoal e também de sua experiência de trabalho anterior. Destaca que a relação com a instituição em que realizou seu estágio foi importante para sua decisão profissional. Contudo, seus valores pessoais também foram levados em conta. Para caracterizar sua atividade, Ana recorre, por exemplo, a uma série de expressões como "oportunidade de ajudar as pessoas", "ajudar ao próximo", "ajudar essas mulheres", que estariam relacionadas à ideia de vocação e cuidado, como destacaram Perussi e a equipe sobre as/os enfermeiras/os de João Pessoa.

> Depois de atuar como técnica em enfermagem por 5 anos, resolvi fazer a faculdade de enfermagem, porque assim que eu terminei o curso de técnico eu já fui trabalhar com obstetrícia na maternidade e me preocupava muito em ver aquelas mulheres em trabalho de parto abandonadas em quartos sozinhas, sem apoio, chorando, gritando às vezes. Eu podia fazer muito pouco por elas. Então eu vi que estava numa área que eu

> gostava e estava com mãos atadas para poder ajudar. Então resolvi que queria fazer enfermagem e me especializar em obstetrícia para poder ajudar essas mulheres. Mas, a enfermagem pra mim é mais que uma profissão, é uma realização pessoal, então eu gosto muito do que eu faço, muito mesmo. Acho que na enfermagem você ter uma oportunidade de ajudar as pessoas, porque a gente é formado mais pra o cuidar, mais do que a questão médica do tratar. A enfermagem ela é mais voltada para o cuidar do ser humano, do que intervir, do que ser intervencionista. Enfermagem pra mim é uma realização mesmo, uma forma que eu tenho de além de estar trabalhando e ajudar as pessoas, ajudar ao próximo.

De volta à Cora, 63 anos, que também atuou como enfermeira obstetra na assistência hospitalar, justifica sua opção pela carreira por uma razão emocional. A professora relata que, desde a infância, admirava o trabalho de familiares[48] que atuavam em um hospital privado da cidade de Anápolis.

> Desde pequena eu tenho uma prima que é enfermeira obstetra, ela já é aposentada e ela trabalhava no Hospital D[49]... Em Anápolis.... Eu conheço bem a história, então eu via aquelas enfermeiras lindas e maravilhosas eu falava assim: quando eu crescer eu vou ser enfermeira. Então ninguém tirou isso da minha cabeça, porque eu sempre vivia dentro do hospital, porque minha irmã era secretária lá e eu ia muito ao hospital. Então, eu visitava o laboratório, aquelas coisas todas. Então, quer dizer, foi um sonho que eu tive, que realmente eu quis ser (Cora).

Seu "encantamento" pela "cultura profissional" das enfermeiras e pela política de trabalho da instituição foram decisivos para sua carreira. Essa relação com as instituições foi motivo destacado pela maioria dos entrevistados. Enquanto técnicos de enfermagem, puderam "lapidar" sua identificação com a enfermagem, mesmo diante de situações problemáticas[50]. Pedro, por exemplo, durante o estágio em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, onde atuou em nível técnico, narra que participou de mais de cem partos, o que o teria levado a fazer o curso de graduação, já com vista na especialização em obstetrícia. Ana cita sua falta de autonomia enquanto técnica como estímulo para a graduação e a pós-graduação. A educação de nível superior poderia trazê-la maiores chances de realizar a atividade com maior satisfação.

Essa trajetória profissional iniciada no nível técnico em direção ao curso superior foi percebida também durante a pesquisa realizada na Maternidade Nascer Cidadão entre 2010 e 2011. Dentre as entrevistadas, Paula narra sua rotina de sobrecarga de trabalho de mais de cem

---

[48] De acordo com a pesquisa divulgada em 2013 pela FIOCRUZ sobre o perfil da enfermagem no país, 50,4% dos profissionais atuantes em Goiás declaram ter outros familiares na atividade. Disponível em: http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Quadros-Resumos-Perfil-da-Enfermagem-Goias.pdf

[49] De acordo com a instituição de saúde, o Hospital Evangélico Goiano (HEG) foi fundado em 1927, pelo casal Daisy e James Fanstone, o último formado em medicina na Inglaterra. Na época foi a segunda unidade hospitalar do Estado de Goiás e a primeira em atendimento particular. Informações sobre a história e a estrutura do hospital disponíveis em: http://heg.com.br/o-hospital/historico.

[50] Segundo a pesquisa coordenada pela Fiocruz (2013) sobre o perfil da Enfermagem no Brasil, em Goiás 81,9% dos graduados em enfermagem fizeram o curso técnico e atuaram nessa função antes da graduação. Disponível em: http://www.corengo.org.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil-e-em-goias_5290.html

horas semanais, destacando sua falta de autonomia para a tomada de decisões e a desvalorização salarial. No entanto, declara: "sou apaixonada pela enfermagem, eu sou realizada no que eu faço". Por um lado, essa declaração poderia indicar uma tentativa de defesa contra uma possível situação constrangedora causada pelo questionamento feito sobre seu ritmo de trabalho. Para Scott e Lyman (1968) reações como essas são estratégias de "proteção do *self*[51]". Por outro lado, Paula expressa um desejo em seguir adiante na carreira quando revela estar cursando o curso superior em Enfermagem, o que indicaria uma identificação pessoal com os princípios de cuidado e vocação, característicos da profissão.

Outros motivos foram apontados como significativos: a afinidade com as ciências biológicas de modo geral, a frustração com o vestibular para o curso de medicina, o contato com situações de violência obstétrica em instituições de saúde, a admiração pela filosofia de trabalho de alguns profissionais, a morte de familiar, dentre outros. Apesar do quadro diverso, o que se destaca aqui é que em todas as declarações há elementos do universo pessoal e também outros advindos da relação com as instituições por onde passaram ao longo da vida, reforçando o duplo caráter de formação identitária destacado por Dubar (2005).

3.4 "Eu queria cuidar de mulher": o cuidado especializado como "essência" da profissão

De acordo com Monticelli *et al* (2010), a Enfermagem passou por vários estágios em relação à compreensão sobre o cuidado humano. A partir da necessidade de se pensar sobre a natureza da atividade, inúmeras teorias foram desenvolvidas, desde Florence Nightingale. Na década de 1980, Madeleine Leininger apresenta a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. A teoria foi desenvolvida a partir das dificuldades que as enfermeiras encontravam em lidar com as especificidades culturais das pacientes e torna-se uma das referências principais para a profissão. Leininger considera, segundo a leitura das autoras, que os conceitos de cultura e de cuidado deveriam ser focados tanto na prática quanto na pesquisa e que seria necessário reconhecer as formas de cuidado profissional, sem desprezar o sistema

[51] George Herbert Mead, um do nomes referenciais para o Interacionimo Simbólico, introduz a ideia de *interação mediada simbolicamente (*HABERMAS, p. 62). Através da ideia de que a ação do agente seria estímulo para o comportamento do outro participante da interação, Mead apresenta a concepção de um *self* social que se manteria em constante movimento com o mundo externo através da interação simbólica com outros *selves.* Segundo Nunes (2013, pp. 145 e 146), a corrente vinculada à George Mead toma como fundamento a relação entre a mente e a realidade social. Nesse contexto, o sentido da ação seria pautado na interação com o outro, uma interação que comportaria elementos sociais e psicológicos. Um dos sentidos mais adequado para traduzir o termo "self", seguindo a sugestão de Nunes (2004), seria de "pessoa".

de cuidado popular. O cuidado, nesse sentido, seria compreendido como "necessidade humana essencial e o cuidar como essência da Enfermagem, como modo de alcançar saúde, bem-estar e sobrevivência das culturas e da civilização" (MONTICELLI *et al*, 2010, p. 221). No contexto das/os enfermeiras/os obstetras, a teoria é pensada para servir de apoio profissional diante das dificuldades culturais das mulheres em aceitar procedimentos mais humanizados na hora do parto, devido a predominância do modelo biomédico nos assuntos relacionados à saúde. Assim, a partir da "negociação do cuidado cultural" seria possível garantir-se um melhor resultado para a saúde das mulheres e essa estratégia, para Leininger apontaria "um caminho para que a enfermeira obstétrica pudesse negociar a cultura do cuidado humanizado" (PROGIANTI & COSTA, 2008, p. 780).

Analisando as entrevistas da atual pesquisa, bem como diversos elementos relacionados à enfermagem obstétrica, pode-se dizer que a identidade profissional da categoria tem como principal fundamento o cuidado. O "cuidado especializado" é o elemento central de suas narrativas, em suas diversas atuações.

Para Elis, especializada na área há menos de um ano e atuante em uma maternidade pública de Goiânia, a preocupação principal de sua profissão "é o cuidado com a gestante, a humanização, o parto, a interação mãe e filho". Ana também destaca a enfermagem obstétrica como cuidado emocional. Para a entrevistada, o apoio psicológico à parturiente é essencial para que a evolução do parto ocorra de forma natural. Também para Pedro, que trabalha em diversos setores da assistência, mesmo que exista uma preparação técnica para a recepção do bebê, seu principal foco é a mulher, o cuidado da mulher. Esse cuidado específico seria seu diferencial em relação a outras atividades de saúde, o ponto central de sua *expertise* (FREIDSON, 2005).

Lopes e Leal (2005), destacando o cuidado a partir de uma abordagem de gênero, afirmam que a feminização da enfermagem, que permanece até a atualidade, está relacionada à lógica da divisão sexual do trabalho, que procura relacionar algumas atividades a atributos socialmente conferidos aos homens e às mulheres. O cuidado, nesse sentido, por necessitar de elementos como a sensibilidade e a atenção perspicaz seria melhor executado por mulheres que, por uma classificação social, seriam naturalmente relacionadas a tais atributos:

> a divisão sexual do trabalho assenta-se em uma tipologia de trabalhador/trabalhadora. Portanto, é a noção de cuidado (de saúde à família), enquanto ação concebida como feminina e produto das "qualidades naturais" das mulheres, que fornece atributos e coerência ao seu exercício no espaço formal das relações de trabalho na saúde. Esse último, historicamente limitado pelas possibilidades sociais das mulheres, pelas perseguições religiosas e pelas corporações médicas. Nessa perspectiva, os valores simbólicos e vocacionais, introduzidos no recrutamento de trabalhadoras, apelam para

> a entrada seletiva das mulheres nesse espaço profissional apropriado cultural e socialmente ao seu sexo (LOPES, LEAL, 2005, p. 110).

De acordo com Helena Hirata e Nadya Guimarães (2012), no Brasil, o cuidado e os trabalhadores remunerados nessa área têm sido pouco abordados nas ciências sociais. Para contribuir com essas discussões, a coletânea organizada pelas pesquisadoras, apresenta uma série de artigos que refletem sobre a variedade semântica do conceito "cuidado" e também sobre as condições de trabalho dos chamados cuidadores[52]. Para Guimarães *et al* (2014), o termo *care* é melhor traduzido no Brasil como cuidado, mesmo que ele não remeta somente à uma atividade profissional[53]. Comparando o perfil de cuidadoras/cuidadores remuneradas(os) do Japão, da França e do Brasil, as autoras afirmam que a atividade é predominantemente realizada por mulheres, o que remete a uma questão de gênero, "na medida em que essa atividade está profundamente naturalizada, como se fosse inerente à posição e à disposição (*habitus*) femininas" (HIRATA & GUIMARÃES, 2012, p. 84).

Na enfermagem, a identificação do cuidado como uma atividade feminina estaria relacionada à feminização advinda a seu processo de profissionalização. Após a Enfermagem Moderna, a atividade passa a ser realizada por mulheres, treinadas para cuidar de feridos de guerra. Na Europa, a formação de *nurses* e *ladies nurses* a partir do paradigma nightingaleano contribuiu para a criação dessa imagem. No Brasil, as primeiras escolas de orientação europeia destacavam a obrigatoriedade de atuantes serem mulheres o que afastou a população masculina da prática do cuidado, realidade até então comum em instituições voltadas ao tratamento psiquiátrico.

No entanto, a feminização também estaria relacionada, pelas narrativas, ao papel social da mulher na sociedade, ainda concebida como a "grande cuidadora da família". O trecho a seguir pode ilustrar essa relação:

> Eu acho que a questão do cuidar envolve mais a mulher, a mulher já nasceu pra cuidar, nasceu pra ser mãe, quando você é mãe, quando você é a responsável pela família, você cuida da família. O homem não é tão... não são todos que tem essa habilidade, essa questão emocional tão aflorada (vamos dizer assim), a mulher é mais envolvida com a questão emocional, eu acho que pra você cuidar você tem que trazer um pouco de emoção, não tem jeito, se você for só razão, você nunca vai ser um bom cuidador (Ana, coordenadora da equipe de enfermagem em maternidade pública de Goiânia).

[52] Os cuidadores foram recentemente reconhecidos como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) pela inscrição na Classificação Brasileira de Ocupações sob o número 5162-10 e caracterizaram-se como cuidador de idosos independentes ou não ou cuidador de idosos. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf > Acesso em julho de 2015.

[53] As autoras lembram que o termo "cuidado" é usado nas relações entre familiares ou de amizade. Por exemplo, diz-se "cuidar das crianças" ou "cuidar dos pais" e nesses casos não há uma conotação profissional como no caso de cuidadores profissionais.

A vinculação do cuidado à mulher também está presente na entrevista de Miguel. Para o médico, a qualidade da atuação obstétrica não está relacionada com o sexo de quem a pratica. No entanto, quando questionado sobre a diferença de remuneração entre médicos e médicas no Brasil e no Estado e sobre a majoritária presença de homens em cargos administrativos e representativos da categoria, Miguel afirma que o desnível deve-se ao fato de as mulheres necessitarem de dedicar-se com mais afinco à vida domiciliar de cuidado da casa, dos filhos e do marido, como podemos perceber no trecho a seguir, reforçando mais uma vez naturalizações de gênero como as destacadas anteriormente.

> Não se quer saber se seu obstetra e feminino ou masculino. Não existe isso mais. Até porque a formação hoje e o esclarecimento da população é grande nesse sentido. Não tem mais aquele negócio de "ah, como eu vou deixar minha mulher mostrar suas partes íntimas pra outro homem". Isso já acabou, né. Nós estamos num mundo moderno que não se permite esse absurdo, esse machismo não se permite mais...O que acontece de ter mais médicos trabalhando na direção é porque eu acho que a vida da mulher é diferente da vida do homem. A mulher casada tem que dar assistência aos filhos muito mais que homem, ela tem que dar assistência ao marido, muito mais do que o marido tem que dar assistência a ela. Então, eu entendo que a mulher tá muito mais envolvida, além de seu envolvimento profissional, ela tem que ter um envolvimento muito grande com a parte domiciliar. Então, por isso eu entendo que é mais frequente o homem assumir porque a mulher já assumiu uma outra direção, que é o seu lar. Logicamente que, se você for em qualquer domicílio e perguntar sobre alguma coisa da casa, você pergunta pra mulher e não pro marido. Numa casa que você tem que perguntar sobre as coisas da casa pro marido e não pra mulher, tem alguma coisa errada.

Arlie Hochschild (2003) parte das expressões *manhood* e *womanhood* para se referir aos processos sociais de cristalização dos atributos relacionados aos gêneros masculino e feminino. Em artigo sobre as babás e mães de aluguel migrantes nos EUA, a autora aborda a questão do cuidado remunerado e do cuidado no ambiente doméstico (HOCHSCHILD, 2012). Para a autora, o cuidado com os filhos ainda é delegado às mulheres. E, quando estas saem para o trabalho, muitas vezes o cuidado é transferido a outras mulheres da família e não ao marido. Em *The Second Shift* (1989), ao analisar os desafios cotidianos de casais trabalhadores com filhos nos EUA, aprofunda suas análises para a questão de gênero. Nessa pesquisa, a autora afirma que a mulher, no contexto analisado, acaba realizando a maior parte das tarefas domiciliares mesmo em relacionamentos menos tradicionais quanto ao estabelecimento de papéis no casamento a partir da divisão sexual do trabalho. Diante disso, ao assumir uma dupla jornada de trabalho, a mulher acaba construindo "estratégias de gênero" (HOCHSCHILD, 2003, p.18) para lidar com o cotidiano de obrigações, realidade que exige um "trabalho emocional" prejudicial a sua saúde física e psíquica.

Sobre essa questão, as imagens sociais de enfermeiros e enfermeiras surgidas a partir do início do século XX, ainda são permeadas de estereótipos de gênero na prática profissional. Com base em pesquisas relacionadas ao estudo de gênero no mercado de trabalho, Pereira (2011) destaca que as relações laborais e a divisão de tarefas entre os dois sexos apresentam-se pautadas por essas representações estereotipadas, consolidando o que vários autores designaram como divisão sexual do trabalho. Essas imagens, além de interferirem nas relações cotidianas entre pares profissionais e entre profissionais e clientes/pacientes, também contribuem para a permanência de uma polarização de profissionais femininos na atividade (PEREIRA, 2011). De acordo com a RAIS/2011, em 2010, de 30 enfermeiros obstetras formalmente empregados em Goiânia, 29 eram enfermeiras e somente um, enfermeiro. Embora seja possível perceber a entrada de homens no mercado de trabalho, a enfermagem e o cuidado ainda são concebidos como atributos "mais apropriados a mulheres". Dessa forma, apesar da maioria dos entrevistados não considerar que as mulheres sejam mais aptas à enfermagem obstétrica do que os homens e esforçar-se em desvencilhar-se da herança nigthtingaleana, essa relação ainda permanece.

O lento processo de reintrodução de homens em atividades relacionadas ao cuidado, inclusive na enfermagem obstétrica, ainda não é capaz de retirar da profissão essa relação, mas é considerada positiva pelos entrevistados. Para Cora, a presença de homens no cuidado traz para a profissão elementos como a racionalidade e a habilidade na área da negociação comercial, essenciais, segundo a professora, para seu processo de valorização.

> Eu acho que essa inserção do homem está dando uma característica diferente para enfermagem, no meu ponto de vista. Eu falo isso para os meus ex-alunos, meus amigos, eu falo que o que está dando uma visibilidade maior, porque o homem é muito objetivo, muito pela razão, aí eles têm um projeto diferente. A enfermagem é uma profissão que você tem que ganhar dinheiro, que tem que ter uma visibilidade, que tem um mercado competitivo, então eles acabam trazendo uma certa influência pra nós.

Maria da Gloria Bonelli e Rennê Barbalho, em artigo publicado em 2008, discorrem sobre a ideologia profissional da advocacia paulista, marcada até o início do século XXI pelo domínio da presença de profissionais masculinos em posições de maior destaque (BONELLI, BARBALHO, 2008). Diante do gradual aumento de mulheres na profissão, inclusive tornando-se majoritárias na OAB, as autoras consideram que, diante de estereótipos que relacionavam a advogada a características ligadas ao cuidado materno, elas acabam recorrendo à masculinização do ideário e da prática como recurso de afirmação profissional e ascensão na carreira jurídica. Esse processo também é possível perceber no discurso de Cora que, ao tentar

desvencilhar-se da visão da enfermagem como profissão feminina remete ao homem os atributos de racionalidade e habilidade com o mercado.

3.5 O cuidado hospitalar: a/o enfermeira/o obstetra nas equipes multiprofissionais

Dando atenção à estrutura das maternidades, sejam públicas ou privadas, com mais de 500 partos ao ano, a pesquisa de Bittencourt *et al* (2014) indica que as regiões Norte/Nordeste e Centro-Oeste apresentaram o maior número de problemas. A análise partiu de dados divulgados pela pesquisa Nascer no Brasil (2011), os quais possibilitaram a conclusão de que parte das mortes maternas e neonatais que ocorre nos hospitais poderia ser evitada. Como parâmetro para definição de qualidade, as autoras partem da relação de três elementos, a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura refere-se "às características relativamente mais estáveis dos serviços, incluindo desde a disponibilidade de recursos humanos, financeiros, equipamentos e insumos, até o modo como estão organizados" (*id*, p. 209). Ao total foram visitadas 266 instituições, sendo que 36,1% eram públicas, 45,7% eram mistas e 18,2%, privadas, onde foram aplicados questionários às puérperas e também foram preenchidos pelos pesquisadores relatórios sobre a estrutura do local. Dentre os hospitais pesquisados, na região Centro-Oeste, 43% eram públicos, 34% eram mistos e 23%, privados[54].

Sobre o volume de partos das instituições, prevalecem maternidades com médio volume de partos (entre 1000 e 2999), com exceção da região Centro Oeste, que foi caracterizada como maternidades com baixo volume de partos (até 999 partos ao ano). Quanto à localização, a região também contrariou a tendência nacional. A maior parte das maternidades mistas e privadas do Centro-Oeste está situada na capital, o que indicaria deficiências na assistência das pequenas cidades. A presença de leitos de UTI deu-se de modo mais numeroso nas regiões Sul/Sudeste, em estabelecimentos privados. Sobre o ensino nas maternidades, a região Centro-Oeste demonstrou as taxas mais altas. Em 100% das maternidades públicas e em 85% das mistas foram encontrados programas de ensino. Encontrou-se também na região Centro-Oeste um maior número de enfermeiros obstetras nas equipes de responsabilidade técnica de maternidades mistas, que representaram 82% das instituições. No entanto, estabelecimentos com especialistas das quatro áreas envolvidas (médicos obstetras, enfermeiros obstetras, médicos neonatologistas e enfermeiros com especialização em neonatologia) quase não foram

[54] O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) classifica os estabelecimentos de saúde como públicos, financiado exclusivamente com recurso público; mistos, financiados por recursos privados mas com alguns leitos mantidos pelo SUS; ou privados, sem financiamento público.

encontrados na região Norte/Nordeste e estiveram mais presentes na região Sul/Sudeste. Na região Centro-Oeste, em somente 8,8 % das instituições pesquisadas havia a equipe completa. Sobre os equipamentos necessários para casos de complicações, como a presença de ambulâncias para a mulher a para o recém-nascido, os dados indicam que, para os primeiros os dados variaram de 50% nos hospitais públicos da região Norte/Nordeste a 100% em várias regiões. Quanto aos recém-nascidos, o número de ambulâncias variou de zero%, em alguns hospitais privados do Centro-Oeste a 100% em todos os hospitais públicos dessa mesma região[55].

O estudo pôde demonstrar que a maioria das maternidades do país é pública, as quais são menos equipadas em relação às privadas, além de se apresentarem de modo desigual dentre as três regiões, Norte/Nordeste, Sul/Sudeste e Centro-Oeste. Esse panorama é indicador de "grandes inadequações da estrutura hospitalar que podem interferir na qualidade do processo de assistência ao parto e ao nascimento, com potencial para aumentar a ocorrência de desfechos desfavoráveis para as mulheres e os recém-nascidos" (*id*, p. 217).

Ana é enfermeira obstetra desde 2012 e atua em uma maternidade pública de Goiânia. No entanto, já havia trabalhado por cinco anos como técnica de enfermagem em outra maternidade municipal. Sua função, no momento da pesquisa de mestrado, consistia em coordenar a equipe de enfermagem constituída pelas/os enfermeiras/os obstetras, alocadas no Centro de Parto Normal, pelas enfermeiras generalistas[56], atuantes no centro cirúrgico sob supervisão do médico obstetra, e também pelos técnicos de enfermagem responsáveis pela execução de tarefas de apoio à equipe, organizando material, fazendo relatórios técnicos, mantendo o ambiente em ordem e auxiliando os profissionais nos procedimentos necessários[57]. A enfermeira também elabora os protocolos de rotina, as escalas de funcionários, a escala mensal, além de promover palestras, aulas e cursos sobre acompanhamento de trabalho de parto. Por sua função administrativa, sempre participa das reuniões de planejamento promovidas pela direção.

A identificação com o trabalho institucional iniciou-se durante o estágio do curso técnico de enfermagem realizado em uma maternidade referência para o parto de baixo risco

[55] Em Goiânia, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, há 62 hospitais especializados. Destes, quatro são maternidades.

[56] As enfermeiras generalistas são graduadas em enfermagem e não possuem especialização e ainda são chamadas de "enfermeiras padrão". Quando a Escola de Enfermagem Anna Nery foi criada em 1923, sob orientação nightingaleana, a profissional formada foi considerada "enfermeira padrão" para as futuras profissionais de outros cursos e escolas que surgiriam.

[57] Pela CBO, os técnicos de enfermagem são parte da família ocupacional 3222. Sobre o cotidiano de trabalho de profissionais que atuam em maternidades de Goiânia, apresentei um artigo no XXVIII Congresso Internacional da ALAS (GOMIDE, 2011) a partir da pesquisa realizada entre 2010 e 2011.

em Goiânia. Foi a partir dessa experiência que teve contato com o trabalho na obstetrícia e, com o apoio da direção, graduou-se e especializou-se na área. Os estágios da graduação e da pós-graduação foram cumpridos na mesma instituição.

> Meu estágio na Maternidade X foi no final de 2006. Eu terminei minha graduação em 2007, minha colação de grau foi em 2008. Quando eu passei por esse estágio na Maternidade X eu vi que eu queria era isso mesmo. Durante o meu estágio eu brincava com os meus colegas eu ainda vou formar, vou ser uma enfermeira obstetra e ainda vou trabalhar nessa maternidade (Ana).

Na assistência hospitalar, o primeiro contato da/o enfermeira/o obstetra com a gestante ocorre somente quando o trabalho de parto já iniciou, embora a assistência no pré-natal seja um dos aspectos enfatizados nos cursos de especialização, por tratar-se de uma recomendação da ABENFO. As/os enfermeiras/os são concentradas no Centro de Parto Normal e contam com o auxílio de técnicos de enfermagem. Recentemente foi aprovada a presença de duas enfermeiras por plantão, fato que, para Ana, foi resultado do reconhecimento da eficácia do trabalho das profissionais para a queda das intervenções cirúrgicas e das lacerações[58]. Regularmente verificam as condições fisiológicas da parturiente e do bebê, informações que registram no partograma. A/o médica/o obstetra e a/o pediatra só são chamados se houver sinais de distócias graves. Pela narrativa da profissional, gradativamente a porcentagem de partos acompanhados por enfermeiras obstetras vem aumentando. No mês da entrevista, já representavam 60% dos casos. Os outros 40% eram acompanhados por médicas/os, residentes e internos.

> A paciente é avaliada no início do trabalho de parto, ela já entrou no trabalho de parto ela vai ser admitida na maternidade. Aí ela já vai pro centro de parto normal [localizado em um dos andares da maternidade]. Ela vai internar e vai ser acompanhada durante todo o processo de trabalho de parto, que a gente chama de "primeiro período de trabalho de parto", que é a dilatação, até no expulsivo. Ao nascer, ela vai ser encaminhada ao apartamento, ficar no alojamento conjunto. Então a gente acompanha desde o início, hora em hora são feitas as avaliações quanto ao coraçãozinho do bebê, o BCF, a dinâmica uterina, a dilação (como tá acontecendo). A gente usa o instrumento, que é o partograma, que a gente vai preenchendo adequadamente. Esse partograma vai nos mostrar qual a evolução que está acontecendo no trabalho de parto, e se está acontecendo dentro da normalidade. Então é um instrumento que nos auxilia muito, porque nele a gente vai ver se está acontecendo uma distócia, se é uma distócia que a gente pode tentar corrigir. Ele tem duas linhas (uma de alerta e uma de ação), então aproximou dessas linhas a gente já sabe que está disfuncional, então vamos ver o que está acontecendo, se gente pode corrigir ou não, e no final a gente saber se tá evoluindo dentro da normalidade, a gente continua acompanhando e se não der, a gente chama o médico para poder resolver.

[58] A laceração ocorre quando o períneo abre involuntariamente na hora da expulsão do feto. Há evidências de que algumas medidas intervencionistas como o Kristeller e a indução das contrações propiciam lacerações.

Apesar desses procedimentos serem previstos em lei, há situações de desrespeito da delimitação do espaço de cada profissão, causando uma tensão muitas vezes camuflada. Em todas as entrevistas, a atitude da equipe médica é destacada como principal impedimento para a consolidação da autonomia plena da categoria. Para Giddens, os sistemas peritos, formados por especialistas, por um lado "criam grandes áreas de segurança relativa para a vida cotidiana, por outro, atuam como mecanismos de desencaixe removendo as relações sociais das imediações do contexto" (GIDDENS, 2002, p. 126). Trazendo para a realidade pesquisada, diante do campo de atuação, cada grupo organiza-se em especializações, tornando difícil o diálogo. Portanto, a autonomia de trabalho já conquistada pelo corpo médico, torna-se o maior desafio profissional de enfermeiras/os.

Conforme destacaram vários autores (*e.g.* FREIDSON, 2005; FOUCAULT, 1977), o hospital, com o desenvolvimento da medicina moderna, tornou-se o local privilegiado da prática médica. Freidson (2005), ao descrever sobre os modelos de prática no hospital norte-americano, aborda como era ordenada sua divisão de trabalho. A medicina ocuparia uma posição diferenciada em relação às demais profissões, que deveriam seguir sua supervisão. Mesmo que se trate de uma realidade distinta do contexto aqui estudado, o interessante de se observar aqui é que, embora a enfermagem tenha sido considerada como uma ocupação paramédica pelo sociólogo, há um relato de tensão entre as duas áreas. Nesse sentido, diferindo dos outros postos, a enfermeira teria uma autoridade adjunta relacionada a seu caráter administrativo, por desfrutar de

> uma identidade profissional que a inscreve em um sistema de negociações muito mais complexo. Para negociar com os médicos, um de seus primeiros recuros relaciona-se com o fato de ela ter o conhecimento e apreciação profissional de tudo o que acontece devido à sua presença contínua no serviço (FREIDSON, 2005, p. 148).

Na opinião de Ana, a reversão desse cenário, relacionado também à qualidade da formação e da preparação prática da categoria, depende da atitude de enfrentamento dos próprios profissionais.

> Então se a gente não tiver o pulso forte pra continuar vai acabar, porque se a gente desistir no primeiro obstáculo, por exemplo, eu entro no Centro Médico e o primeiro médico que passa na minha frente toma o parto e me ignora e eu desisto, acabou. Então eu sei que a gente teve dificuldades muito grandes até mesmo por falta de capacitação das meninas, mas hoje ficando ao lado de cada uma, ajudando e tudo, dando suporte também... Elas sentem um pouco inseguras e já tive profissionais a desistir, tive profissionais que desistiram porque acharam que não iam dar conta de enfrentar os obstáculos que surgiam, mas hoje eu posso dizer pra você que "estamos muito bem, obrigada!" Estamos com equipe agora com duas enfermeiras obstetras em cada plantão, inicialmente era uma só, hoje a gente está com duas e eu vejo a

> necessidade de mais. A gente começou com o número zero de partos assistidos por enfermeiros obstetras, no início tinha aquele obstáculo e tudo, mas isso foi aumentando gradativamente.

Mesmo que cientes desses impedimentos, a estrutura da instituição é evidenciada como determinante para uma boa prática profissional. Ela estaria relacionada com a humanização da atenção. Com uma estrutura apropriada várias recomendações poderiam ser cumpridas como a liberdade de movimentação, a presença do acompanhante, o contato constante com o recém-nascido etc.

> A humanização começa desde a construção da maternidade. Então aqui a gente trabalha com quartos individualizados, o pré-parto possui quatro quartos individualizados, a mulher fica com seu acompanhante, só ela e o acompanhante, com banheiro individualizado até ganhar seu bebê, quando ganha ela sobe pra um apartamento também e fica com a família e um parto individualizado. Então a gente sabe que tudo isso precisa ser refeito. Precisa ter um espaço de convivência, um espaço para elas deambularem na hora do trabalho de parto, a gente trabalha lá embaixo com a bola, com banquetinha, água morna, tudo isso. Então, a gente precisa ter uma certa privacidade para ela trabalhar. Como eu vou colocar uma paciente no chuveiro uma hora se tem um monte de paciente pra colocar também (Ana).

Miguel, um dos médicos obstetras entrevistados, enfatiza que a presença da enfermagem obstétrica na cena do parto é importante, mas traria benefícios se os profissionais forem bem preparados para reconhecer distócias. Por outro lado, afirma ser essencial que todo tipo de diagnóstico e tratamento seja realizado por médicos, assim como propunha o Projeto de Lei denominado Ato Médico (Projeto de Lei do Senado n. 7.703/2006)[59]. Em 2013, o projeto foi aprovado no congresso com vetos da presidente Dilma Rousseff. As alterações propostas estavam relacionadas à essa exclusividade de diagnóstico e tratamento que, para as demais profissões da área da saúde, ferem o direito de atuação de cada categoria.

> O que eu acho que o Ato Médico que passa a ser de qualquer profissão é o ato de fazer o diagnóstico. Ela [a presidente Dilma Roussef] deixou em aberto que não é só o médico que pode fazer o diagnóstico. Se não é só o médico que pode fazer o diagnóstico, se outras pessoas podem fazer o diagnóstico e o tratamento, então não se estabeleceu o que é o Ato Médico. Eu acho que o Ato Médico, de forma bem resumida, é o ato e a competência que tem o profissional médico de fazer o diagnóstico e propor o tratamento. Se eu não sou a pessoa que possa fazer o diagnóstico, como é que eu tenho outra pessoa que possa fazer um diagnóstico, mas não tem a competência pra fazer o tratamento?

Nesse ambiente hospitalar, o fator "segurança" é de grande relevância para os profissionais. Mais uma vez a narrativa de Ana ilustra esse fator. Em sua perspectiva, há dois lados da hospitalização do nascimento. Por um, ele teria diminuído o número de mortes

[59] O projeto de lei propõe definir as competências e os limites de atuação da profissão médica.

maternas a partir da metade do século XX. Mas por outro, teria permitido uma abertura para o processo de sua medicalização, consequente do predomínio de procedimentos médicos. Já para Alice, atuante na mesma instituição, é importante pensar que existe uma estrutura com instrumentos e recursos tecnólogicos disponíveis para serem utilizados em casos mais complicados. A existência do centro cirúrgico ao lado do Centro de Parto Normal asseguraria, assim, que a mulher fosse socorrida a tempo e essa tranquilidade seria algo importante para a própria segurança profissional prática.

A respeito da carga horária de trabalho, Ana descreve uma série de desafios. Por estar na função administrativa, afirma que segue uma rotina de 40 horas semanais, distribuídas em 5 dias. No entanto, destaca que nunca consegue cumprir a carga mínima por diariamente ter que resolver problemas relacionados à equipe de trabalho. Também relata que, mesmo em casa, durante a semana ou no final de semana deve manter o celular ligado, o que muitas vezes causaria conflitos familiares: "No fim de semana, à noite, às vezes o marido perde a paciência porque o celular toca demais em casa...". Relata também a realidade de muitos trabalhadores da enfermagem, o acúmulo de vínculos empregatícios, contexto que ficou evidente dentre os técnicos entrevistados na pesquisa realizada por mim durante a graduação na Maternidade Nascer Cidadão. Esse ritmo seria prejudicional à qualidade da atenção prestada às mulheres presentes na maternidade. Sobre os enfermeiros ativos em Goiás, 51,1% trabalha em uma só atividade. No entanto, a porcentagem de sujeitos vinculados a dois empregos chega a 33,1%, além de 10% do total de 11.801 trabalhadores declararem realizar outro tipo de atividade além da enfermagem. Em relação à quantidade de horas, 32,3% trabalham de 31 a 40 horas, 28,6% entre 41 e 60 horas e o que surpreende é que 15% dos profissionais trabalham mais de 61 horas por semana[60]. Diante desse quadro, declara:

> muitas vezes o cansaço e a sobrecarga de trabalho atrapalham no seu desempenho das atividades. Às vezes o cansaço vai te impossibilitar de estar junto com a mulher para um atendimento, então isso faz você se acomodar e ficar um pouco sentada enquanto a paciente está lá chorando, mas com certeza a sobrecarga de trabalho na enfermagem ainda é muita. A carga horária ainda é grande.

Chama-se a atenção aqui para a saúde desses profissionais. Em cada declaração, seja gravada em entrevista, seja em conversas informais, percebe-se um desgaste emocional e fisiológico, o que reforça mais uma vez o que foi detecto dentre os técnicos de enfermagem. Em indagação sobre a existência de programas e serviços de acompanhamento psicológico aos

[60] Dados disponíveis no sítio do COREn-GO: http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Quadros-Resumos-Perfil-da-Enfermagem-Goias.pdf

trabalhadores em atividade, em nenhum caso a resposta foi afirmativa. João, técnico de enfermagem que já atuou por muitos anos em hospitais, atualmente tem apresentado dores nas juntas e, emocionalmente, se diz esgotado e ansioso pela aposentadoria. Cida diz que não descansa porque o corpo acaba acostumando. Entretanto, declara tomar remédios para combater ataques epilépticos causados pelo estresse. Miguel chega a rotinas exorbitantes de quase 90 horas semanais, revezando entre hospital, universidade e consultório.

A ausência de cuidado institucional da saúde dos profissionais associada às recentes transformações derivadas da privatização parcial das instituições públicas e ao descrédito dos sindicatos, apontam para uma realidade de intensificação do trabalho das categorias estudadas. Como consequência, muitos profissionais acabam apresentando um quadro patológico caracterizado por distúrbios físicos e psíquicos chamado por muitos estudiosos de Síndrome de Burnout (*e.g.* KORINFELD, 2007), cenário que pode ser ilustrado a partir do que Ana aponta: uma condição de sobrecarga de trabalho, acúmulo de vínculos, intensificados pelo processo de terceirização do contrato de profissionais.

> Teve um funcionário que chegou em mim e falou "Ana, eu não tenho condição de continuar, uma noite eu trabalho e fico sem dormir e saio daqui e vou pra outro emprego, só tenho uma noite pra dormir em casa e depois já tenho que estar aqui trabalhando". Então eu tive funcionários que não conseguiram ficar por causa da carga horária que era extenuante [12 por 36]. 12/60 é o ideal. Meu sonho mesmo é que elas consigam pelo menos essa carga horária, que se equipare à da prefeitura, da rede municipal que são 12/60 H. Engraçado porque a nossa maternidade é uma OS [Organização Social] que faz administração, então a gente tem a maternidade da prefeitura, porque é municipal, mas com cara de particular. Elas fazem essa carga horária a mais. Então nosso sonho é esse, que se equiparasse.

As chamadas Organizações Sociais (OS)[61] vêm sendo implantadas pelo governo estadual em várias instituições públicas de saúde, como pôde relatar a maioria dos entrevistados. Essa tendência, no entanto, não é percebida somente em Goiás[62]. No contexto nacional, ele "têm ocupado um lugar importante não só no processo de terceirização de trabalhadores no setor da saúde, mas também na gestão de finanças e no controle do orçamento desse setor", causando uma intensificação das rotinas de trabalho e a precarização da estabilidade desses profissionais (GEORGES, DOS SANTOS, 2012, p. 174). Tomando a narrativa de João, essa transformação tem intensificado seu cotidiano de trabalho, sobretudo pela redução do número de profissionais na mesma função:

[61] OS – Organização Social: medida provisória n. 1648 aprovada como lei n. 9.637 (15 de maio de 1998).

[62] De acordo com Georges e Dos Santos (2012), esse tipo de gestão mista entre financiamento privado e público está em crescente implementação desde que o PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) assumiu o governo de São Paulo. É importante lembrar que também em Goiás o PSDB é o partido do governador Marconi Perillo.

> Nessa unidade que eu trabalho, a rotina era que tivesse uma pessoa por unidade e com a entrada da OS eles cortaram isso, é uma pessoa que faz escala pra dez e eles querem que a gente dê conta. Hoje, mais do que nunca, o meu desgaste psíquico se encontra nesse sentido. No local onde tinha que ter dez pessoas pra fazer acontecer hoje têm duas e continuam as mesmas coisas pra fazer.

Por outro lado, nem todos relatam a situação da mesma forma. Por exemplo, Elis afirma que em alguns aspectos houve melhoras.

> Eu, particularmente, como profissional, vejo mais vantagem do que desvantagem. Porque, assim, o acesso financeiro é mais fácil, não falta material pra gente, uma coisa que eu acho muito importante. E outra coisa é que eu acho que os profissionais acabam tendo mais responsabilidade do que em um órgão público que não é O.S. Porque eu já trabalhei 9 anos em uma instituição que era pública. E, assim, eu via que tinham muitas pessoas na instituição que eram desinteressadas, que não iam trabalhar, que faltavam muito. Já na O.S. não. Então a gente tem essa segurança. Então, se eu vou trabalhar eu sei que vai ter alguém lá pra trabalhar junto comigo. Então, não vai deixar o hospital sem nada, sem um profissional e os clientes não vão ficar desassistidos. Por esse lado... É mais pesado, a cobrança é maior pra nós...

No entanto, a mesma entrevistada descreve situações de sobrecarga de trabalho e carga horária, bem como uma realidade de desvalorização social e de falta de estabilidade contratual, mas que, para Elis, seria consequência da falta de atuação do sindicato.

> a gente ainda passa por tantos problemas com relação à carga horária, que é uma coisa que a gente vem solicitando há muito tempo (a redução de carga horária), melhoria salarial... a gente não consegue ver essa luta empenhada não. Eu, pelo menos, não consigo enxergar isso ainda.

Se em todas as maternidades públicas a enfermagem obstétrica faz parte da equipe multiprofissional, ela não está presente na maternidade privada. Sobre o cotidiano da atenção ao parto e nascimento em instituições dessa natureza, Isabel, Miguel, Beatriz, médicos que atuam e atuaram nesse contexto, apontam um sério problema, a inexistência de uma estrutura apropriada para o parto normal. Isabel afirma que as maternidades não disponibilizam equipes completas de atenção, sendo que a internação de parturientes fica completamente sob a responsabilidade médica. Esse modelo, além de sobrecarregar o trabalho de profissionais que privilegiam o parto natural, acabariam incentivando a cultura da cesariana agendada.

> Você quer mesmo ganhar parto normal? Então você vai ter que ficar em casa maior parte do seu trabalho de parto, porque dificilmente você vai encontrar uma profissional que disponha a ficar dez horas do seu lado. Isso não existe. Existe *[risos, porque ela se referia a ela e ao seleto grupo que faz isso]*. Então é muito desumano. Do ponto de vista financeiro, do modelo que existe hoje, que é uma dependência total e exclusiva do médico, você tem que ficar lá do começo ao fim, não dá mesmo. Não dá pra trabalhar por esses honorários, é impossível. Porque nesse período de tempo o

> que você faz? Você desmarca consultório, você desmarca cirurgia. Olha o tanto de coisa que você está perdendo? Se a paciente entra em trabalho de parto no horário de consultório é um prejuízo financeiro enorme! Porque nesse modelo você tem que sair, você tem que cancelar sua agenda toda. Quantas consultas que você deixou de atender pra ficar acompanhando o trabalho de parto da paciente. Agora se no hospital tivesse uma equipe acompanhando e você fosse só na hora que tivesse mais próximo do nascimento, aí é outra coisa, né (Isabel).

Assim, não seria possível pensar em atenção humanizada no parto natural, muito menos em trabalho humanizado. Para Isabel, a mulher, ao ser internada, não dispõe de profissionais preparados para lhe atender. Ao descrever sobre sua rotina de trabalho e da mulher que acaba de ser internada para o parto normal, relata uma série de problemas relacionados à estrutura física, à organização de equipes de trabalho e à cultura profissional de seus próprios colegas. Sua permanência na obstetrícia, nesse sentido, estaria relacionada a uma escolha pessoal, a uma questão de "filosofia de vida", diante da falta de equipes multiprofissionais formadas por médicas/os, enfermeiras/os obstetras, doulas, técnicas/os de enfermagem, como ocorre na maternidade pública. Essas dificuldades acarretariam prejuízos para todos os envolvidos, inclusive para sua vida familiar.

> Ela chega na maternidade e não tem nenhum plantonista médico, nenhuma enfermeira obstetra que possa avaliar ela, fazer o diagnóstico se ela está em trabalho de parto ou não, que fase o trabalho de parto tá, acompanhar aquela gestante. Então, por isso esse é um dos motivos desse índice horrível de cesariana na rede privada. Porque se uma paciente entra em trabalho de parto igual eu fiquei de 01:30 da tarde até 23:30 da noite acompanhando a paciente, quem, em sã consciência faz isso? Então a gente não faz por questões profissionais, a gente faz por questão de filosofia de vida. Porque eu criei um vínculo com aquela mulher, porque eu quero muito e sei como ela quer aquele parto, eu quero que aquilo de fato aconteça. Então eu quero ajudar pra que aquele processo aconteça. Não sei se eu consegui me expressar. Não é algo que você faz mesmo profissionalmente, é uma dedicação e disponibilidade que dinheiro nenhum paga isso. É um compromisso que você faz com outro ser humano que está na sua frente, você faz isso por crença mesmo, é por compartilhar uma filosofia de vida. Não deveria ser assim, porque eu também tenho meu marido e meus filhos, eu tenho minha casa... Eles ficaram lá jogados, sem jantar, meu filho dormiu sem tomar banho. Então assim, não precisava ser tão sofrido se a gente trabalhasse com esse modelo multiprofissional onde todas as maternidades tivessem lá uma doula pra acompanhar a paciente. Igual eu estou vendo lá na Maternidade, tem uma fonaudióloga pra cima e pra baixo o tempo inteiro pra orientar na amamentação. Ela é contratada pelo o hospital. Mas imagina...que dia que vai ter uma doula contratada pelo o hospital para fazer um trabalho importantíssimo, fundamental, que é dar apoio à gestante? Então fica tudo sobrecarregado sobre o médico. Ontem eu não estava porque tinha uma doula, graças a Deus. Tinha, a doula tava lá (Isabel)

Mais uma vez lançando mão da pesquisa Nascer no Brasil (2011), Torres *et a l* (2014), apresentam um panorama sobre as maternidades brasileiras. Em 2011, de 1788 puérperas internadas para o parto, 629 estavam internadas em hospitais denominados atípicos, estes caracterizados pelo modelo multiprofissional similar ao de maternidades públicas, e 1.159 em hospitais típicos. As autoras destacam que desde 2004 a Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) tem criado estratégias para tentar reverter o quadro de cesáreas em maternidades privadas, a maioria vinculadas a planos de saúde privados[63]. Nestas instituições, a pesquisa apontou a predominância de um modelo fundamentado na atenção ao pré-natal sob responsabilidade de um só médico, mantido pelo plano a partir do número de procedimentos realizados, contratados para trabalharem em horário comercial durante a semana. Também destacam um número muito baixo de enfermeiras/os obstetras. Dentre os resultados, enfatiza-se que tanto em hospitais atípicos quanto nos típicos o número de procedimentos cirúrgicos era muito superior aos 15% recomendados pela OMS. No entanto, nos atípicos, a porcentagem encontrada foi de 51%, aproximando-se dos resultados de pesquisas sobre a América Latina. Ficou evidente que a presença de enfermeira/os obstetras atuando como responsáveis primeiras/os pelo parto normal, somada à obrigatoriedade de os médicos fornecerem justificativa formal para realização do procedimento cirúrgico e à disponibilidade de métodos não farmacológicos no trabalho de parto contribuíram para a redução do parto cirúrgico.

Dentre inúmeros fatores, a relação com os profissionais interfere sobre a satisfação das mulheres no período de internação para o parto. É o que D'Orsi *et al* (2014)[64] alegam a partir dos dados coletados em 2011. Apontam também que as condições socioeconômicas, demográficas e as características do parto (normal ou cesariana) interferem nessa avaliação (D'ORSI *et al*, 2014, p. 155). Quanto à violência verbal, física ou psicológica, uma das variáveis analisadas, os índices indicados na pesquisa foram maiores dentre pardas ou pretas, de menor escolaridade, entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, que realizaram parto normal ou que passaram pelo trabalho de parto, que não tiveram acompanhantes[65] e que foram atendidas em instituições públicas (*id*, p. 158). As mulheres que vivenciaram o período de trabalho de parto e realizaram parto vaginal exigiram mais tempo com os profissionais e, portanto, estariam mais propensas à violência, relação que estaria associada "à histórica naturalização da violência de gênero, a dominação do corpo feminino pela medicina e acentuada assimetria na relação profissional-usuária" (*id*, p 164).

3. 6 O cuidado domiciliar: a/o enfermeira/o obstetra como parteira/o urbana/o

[63] As autoras destacam que 24, 7% da população brasileira é vinculada a pelo menos um plano de saúde privado.
[64] O artigo partiu da pesquisa Nascer no Brasil. Foram utilizadas declarações de 15.688 mulheres internadas em hospitais públicos e privados entre 2011 e 2013 (d'Orsi *et al*, 2014, p. 154).
[65] O direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto à escolha da mulher é garantido na lei n. 11.108/2005.

É importante destacar a dimensão da enfermagem como uma profissão liberal. De acordo com Cora, a atividade é "uma área da saúde, onde o enfermeiro é um *profissional liberal*, porque ele tem *autonomia* dentro do que ele faz". Ao profissional é garantido o direito de assistir o parto domiciliar, desde que a cliente seja uma gestante que demonstre um potencial para a realização do parto sem complicações (Decreto 94.406/1987).

No parto domiciliar, a/o enfermeira/o obstetra é o principal elemento da equipe de trabalho, composta por uma parceira de trabalho, também enfermeira obstetra, e uma doula. Embora não exista a exigência da presença do médico nesse modelo, a lei prevê a existência de uma equipe complementar formada por médicos obstetras e neonatologistas que deve ser chamada, caso seja necessário. Pedro está inserido nesse contexto. Juntamente com uma doula, atua na assistência privada e possui o que chama de "equipe backup", formada por uma/um médica/o obstetra e uma/um médico/a neonatologista, que se mantém à disposição caso haja complicações que não possam ser resolvidas pela equipe mínina. Algumas maternidades também permanecem avisadas de antemão, caso seja necessária uma transferência de urgência. No ambiente privado da "cliente" a liberdade de atuação seria possível e sua relação afetiva com o espaço doméstico permitiria uma melhor evolução fisiológica do parto. Como profissionais liberais, as/os enfermeiras/os obstetras, dentre outras competências, podem realizar consultas ao longo da gestação, acompanhar o trabalho de parto e realizar consultas no período pós-parto.

O primeiro elemento evidente nesse tipo de assistência é seu caráter informacional, iniciado geralmente no início da gravidez. Como exemplo, destacam-se os grupos de gestantes, bastante divulgados nas redes sociais, abertos a qualquer pessoa interessada, mas com cobrança financeira. Sobre esses grupos, foi possível acompanhar um deles, composto pela equipe de Pedro, por doze casais que pretendiam conhecer sua abordagem e seus métodos de trabalho. No início da reunião, os organizadores apresentaram uma série de imagens disponibilizadas por mulheres que pariram em casa com a assistência dos profissionais proponentes do encontro. Em seguida, a atenção dos participantes voltou-se para o depoimento de um casal que também havia sido assistido pela equipe. A partir daí, as pautas de discussão giraram em torno das dúvidas das gestantes e das futuras gestantes e também de seus companheiros. À medida em que surgiam questões como, por exemplo, "quais são as indicações verdadeiras para uma cesariana?" ou também como "o médico tal é cesarista ou não?", o enfermeiro obstetra e a doula, neste caso uma psicóloga, aprofundavam no assunto.

Sobre a relação com as mulheres, que são suas clientes, Pedro destaca que os encontros se intensificam à medida em que a gravidez evolui. Na 35ª semana gestacional, juntamente com

seu acompanhante, a mulher passa a ser orientada em consultas semanais, no consultório do enfermeiro ou em sua própria casa. Quando se evidenciam os primeiros sinais fisiológicos de início do trabalho de parto, a mulher é orientada por telefone e a equipe de apoio é avisada, dando iinfnício a uma assistência mais intensa e direta. Quando os sinais de trabalho de parto tornam-se evidentes, a equipe desloca-se ao domicílio, onde permanece até cerca de duas horas após o parto. Conforme declara o entrevistado, o ritmo é ditado pela parturiente e, por isso, varia muito de um caso para outro. Mas, em média, afirma que geralmente permanecem ali cerca de 5 horas. Além de permanecer no local durante o nascimento do bebê, o profissional espera pela saída natural da placenta, suturando as partes laceradas, se necessário. Após um período de observação da puérpera e do recém-nascido, momento em que aproveita para limpar o local, o enfermeiro promove um ritual de comemoração encerrando assim sua atividade.

Sobre o local de realização e assistência ao parto, é importante destacar, entretanto, que não há um consenso entre os profissionais pesquisados. A posição de Pedro (que privilegia a casa da parturiente como local ideal) não representa a opinião de todos os entrevistados, muito menos de toda a categoria. Alice, por exemplo, não concorda com o modelo seguido por Pedro. Ao contrário, afirma que o trabalho de assistência no domicílio não representa conquista de autonomia, embora a interferência de médico no cotidiano de trabalho seja considerada um problema. O trecho a seguir ilustra sua posição.

> Eu penso assim, parto em casa ficou lá pra trás. A tecnologia, o recurso tá aí pra ser usado. O risco de se ter um parto dentro de casa é muito grande porque o parto é uma caixinha de surpresas. Pode ser tudo fisiológico, tudo dentro da normalidade, nascer tudo bem. Mas e se tiver uma intercorrência? Porque, pela minha experiência durante esses anos, eu percebo assim, que o parto, quando ele é tudo bem, é ótimo. Mas quando ele complica, ele complica muito. E a maioria das complicações pode levar a paciente à óbito. Eu, particularmente, como profissional, não concordo. Se acontecer naturalmente, não deu tempo... Porque ainda tem, né, pessoas que moram em cidades afastadas, fazenda, não tem recurso. Mas por isso que existiam tantas mortes de mulheres e de crianças, como antigamente. Hoje em dia, tendo recurso, eu acho desnecessário correr esse risco de ter um parto domiciliar. E se a mulher tiver uma hemorragia e se você não tiver uma medicação pra fazer, você não ter sangue pra repor, você não consegue fazer com que esse útero contraia, o que você vai fazer? Ela vai morrer. Ela vai morrer na sua frente e você não vai poder fazer nada.

A posição de Miguel sobre o parto domiciliar é um pouco mais radical. Ele declara ser completamente contra e acusa os profissionais inseridos nesse modelo de irresponsáveis. Com base no princípio de que o médico deva antever qualquer tipo de prejuízo a seu paciente, declara:

> Eu acho que é criminoso, de forma bem prática. É um absurdo falar em parto domiciliar. Isso é caso de polícia, eu entendo. Porque você tá dentro do hospital, dentro do centro cirúrgico e alguma coisa complica e não dá tempo de você salvar o feto. A grande maioria das vezes você tira, nasce e não tem sequela nem nada. Agora, vir com essa conversa, essa balela de parto domiciliar é expor a paciente e o concepto que não tem nada a ver com isso. Porque se a mãe quer correr o risco, corre o risco pra ela, mas ela tá colocando uma pessoa, outro ser que não pediu pra entrar em sofrimento fetal, não pediu pra ser sequelado. Isso é muito bonito até a página 2.... Existem as instituições, que são os hospitais que existem pra dar melhor assistência a essas mulheres, pra proteger nem tanto a mãe, mas o concepto.

Mais uma vez é necessário esclarecer sobre a posição do médico obstetra em relação ao parto domiciliar. Embora a posição de Miguel represente a maioria dos médicos obstetras, há um número crescente de profissionais inseridos no modelo de parto domiciliar planejado. Para Beatriz, essa atitude é um ato corajoso, mas que amedronta muitos colegas, sobretudo pela cobrança do Conselho Federal de Medicina, que não recomenda esse tipo de assistência. Nesse sentido, pelo que tem presenciado no contexto de Goiânia, as/os enfermeiras/os obstetras estariam muito mais envolvidos nesse modelo do que a medicina obtétrica.

Embora a resistência a procedimentos intervencionistas no parto seja um elemento comum dos profissionais, na narrativa dos praticantes do parto domiciliar ela está presente com maior ênfase. De acordo com Pedro, o conceito de humanização está vinculado à ideologia de não intervenção que seria diversificada entre os profissionais.

> Eu acho que, quando a gente fala de enfermagem obstétrica, não posso deixar de pensar que esse parto é humanizado. Mas tem uma linha humanizada que é um pouco tecnicista e uma linha humanizada que é extremamente natural. A tecnicista é aquela que vai tratar a mulher bem, vai deixar o acompanhante com ela, mas que coloca uma ocitocina [princípio ativo da medicação injetada em algumas mulheres em trabalho], faz uma episiotomia [corte no períneo da parturiente para auxiliar na saída do bebê] .... Eu tenho uma linha humanizada completamente natural, que não vai fazer isso em hipótese nenhuma. Acho que eu sou extremamente natural. Não faço nada.

Martins e Mattos (2014) destacam que a humanização do parto está relacionada ao retorno do uso de tecnologias consideradas favoráveis à evolução natural do parto e ao uso de procedimentos não medicamentosos para aliviar a dor. Nesse sentido, “se reconhece a importância dos avanços tecnológicos, mas aponta para o resgate do modelo histórico de parir, retomando novamente o ambiente domiciliar como local seguro, viável e saudável para parturiente dar à luz” (2014, p. 85). O conceito de parto domiciliar, de acordo com os autores, profissionais envolvidos com esse modelo, significa uma nova abordagem de nascimento marcado pela parceria entre profissional e cliente. A interessada, ao procurar uma/um enfermeira/o qualificada/o para esse tipo de assistência, submete-se a uma avaliação a partir da qual são analisadas as condições fisiológicas da gestante. Se consideradas de risco habitual, a

relação intensifica-se e um plano de trabalho é traçado. Como destacam os autores, o sistema público de saúde e os planos privados não cobrem esse tipo de assistência[66], além de não exitir nenhum tipo de amparo e incentivo para a aquisição de material a preços mais acessíveis, o que torna o procedimento caro e restrito a mulheres de maior poder aquisitivo (MARTINS, MATTOS, 2014).

É por tais especificidades de atuação que Pedro considera a enfermagem obstétrica muito diferente da enfermagem em geral, e por isso a considera como uma área separada. Essa diferença também é percebida entre profissionais que optaram pelo trabalho na maternidade e aqueles mais envolvidos com o parto domiciliar planejado. Uma das evidências desse distanciamento são as referências utilizadas para a prática cotidiana. Pedro denomina-se como "parteiro urbano". A reintrodução da parteira tradicional no quadro de referência para a prática da enfermagem obstétrica foi um dos pontos enfatizados pelos movimentos de humanização no mundo e no Brasil e foi representado, por exemplo, pela criação do núcleo de "parteiras urbanas" formado por enfermeiras obstetras vinculadas à ReHuNa, como foi possível relatar no capítulo anterior.

Sobre esse núcleo, interessa destacar que a nomenclatura "parteira urbana" significa uma tentativa de se eliminar a imagem da enfermagem como submissa ao modelo médico. Como afirmaram Osava e Tanaka, desde o início do século XX a relação entre as parteiras milenares e as enfermeiras profissionais no Brasil foram tensas. De um lado, as enfermeiras reproduziam a visão médica de que as parteiras seriam "'supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas". Do outro lado, as parteiras afirmavam que as enfermeiras eram "um pouco mais do que servas da profissão médica'" (OSAVA, TANAKA, 1997, p. 99).

A diferença entre as duas ocupações também foi enfatizada por Davis-Floyd, em entrevista concedida a Tornquist. Um exemplo prático no contexto da assistência não médica dos EUA seria possível através das *nursemidwives* e as *midwives*. As primeiras, organizadas sob os princípios da *American College of Nurse Midwives*, criada em 1950, seriam enfermeiras especializadas na área obstétrica voltadas à prática hospitalar. Já as *midwives* estariam agrupadas na MANA, fundada em 1982 e atuantes sobretudo no parto domiciliar ou em casas de parto (2002, p. 394). Para a antropóloga americana, naquele momento era difícil estabelecer analogias entre o sistema brasileiro e o norte-americano. No entanto, se retomarmos o cenário atual parece indicar uma reaproximação entre os modelos, sobretudo a partir da criação escolas independentes, como no caso do Curso de Obstetrícia da USP, criado em 2005. De acordo com

[66] Desde 2013 o Hospital Sofia Feldman,

Riesgo e Tsunechiro (2002), de modo geral, há dois modelos de formação de enfermeiras obstetras no mundo, com programas educacionais distintos. O modelo europeu, com cursos de obstetrícia livres ou vinculados às escolas médicas ou de enfermagem e o modelo americano, em que para habilitar-se na obstetrícia seria preciso especializar-se na enfermagem. Diversos países mantêm essas duas modalidades de formação, e o modelo americano representa uma tendência mundial, apesar dos cursos diretos também estarem crescendo no mundo.

3.7 O cuidado emocional: a/o enfermeira/o obstetra como doula

A doula, geralmente parceira das/os enfermeiras/os obstetra no parto domiciliar, mas também atuante em maternidades, não está vinculada a nenhum órgão representativo. Apesar de não ser considerada uma profissão, desde 2013 está pautada como ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), dentro da família "tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas". A atividade consiste em exercer um papel de apoio emocional à grávida desde o pré-parto até o parto ou até mesmo durante o período de adaptação da mulher no pós-parto. Mesmo não havendo exigências de escolaridade, muitas enfermeiras obstetras têm atuado como doulas, fazendo dessa ocupação sua principal fonte de remuneração.

Como exemplo há o caso de Laura, uma doula voluntária em maternidades públicas. Em sua interpretação, a atividade praticada por enfermeiras obstetras, acaba sendo marcada por "vícios" da profissão. O uso de técnicas próprias da enfermagem realizaria grande interferência sobre a prática, que deveria restringir-se somente ao cuidado emocional, sendo que o contato físico deveria existir somente através de massagens corporais. Cida, atualmente residente em enfermagem obstétrica, exerce a doulagem no parto domiciliar e confirma o que Laura aponta.

> Acaba confundindo sim. A última gestante que eu acompanhei como doula, eu acabei sendo um pouco enfermeira obstetra. Isso não pode acontecer. Doula é doula, enfermeira é enfermeira. Porém, eu não consegui mais separar. Não sei se isso é bom ou se é ruim. Ela tava em trabalho de parto na casa dela e eu levei um sonar que ausculta o coração do bebê. E, em alguns momentos do parto eu auscultava o bebê para segurança minha e do casal.

Laura destaca a importância de se estabelecer uma relação "de mulher para mulher", entre a doula e a cliente. Portanto, fecha-se de modo mais enfático um círculo feminino de prestação de serviços e clientela mediada pela afetividade. Dessa forma, questiona-se mais

enfaticamente a presença masculina na assistência obstétrica e sua crítica aproxima-se do que observa Roush (1979) sobre a dominação masculina inserida na cena do parto com a hospitalização do nascimento. No entanto, deixa claro que não se trata de uma divisão sexual do trabalho, mas sim de se devolver a intimidade perdida com o modelo tecnocrático de assistência, que também acabou privilegiando a figura masculina do médico.

> Bom, primeiro: é um contato muito íntimo, muito próximo. Por exemplo, a mulher chega aqui e "olha, tem uma estria aqui no meu peito", aí levanta a roupa pra eu ver. "Na minha vagina tá dando um inchaço, um negócio estranho, olha pra mim pra ver o que é?". Às vezes é uma liberdade que ela não tem com o marido, de não querer expor alguma coisa, mas com a doula ela acaba tendo. A doulagem é um serviço voltado pra mulheres, pra atender mulheres. Na questão da doulagem, acho que a única vantagem que ela teria é a de ser mulher como a outra porque na questão de sensibilidade e de acolhimento, acho que isso não é uma questão de gênero.

A doulagem realizada em maternidades é marcada por uma sobrecarga emocional, sobretudo diante de situações de violência obstétrica. As doulas, nesse universo, são invisíveis. D'Oliveira e outros pesquisadores, na tentativa de sistematizar os tipos de violência simbólica existentes na assistência ao parto e nascimento, destacam a violência por negligência, a violência oral, a violência física, a estrutural e a simbólica (D'OLIVEIRA *et al*, 2002 *apud* RATTNER *et al*, 2014, p. 113) que permanecem na realidade atual (VENTURI, 2010). Laura, em sua narrativa, relata a dificuldade da categoria em firmar-se no contexto hospitalar público, sobretudo por serem constantemente submetidas a situações como as apresentadas a seguir:

> Então, realmente existe a possibilidade da doula conter, por exemplo, atos de violência obstétrica. Eu, por exemplo, eu já passei por isso de assistir uma episiotomia, que é um procedimento não recomendado, é tido como desnecessário e invasivo e até prejudicial à saúde da mulher e ele ainda é feito à torta e à direita e sem analgesia. Eu já tive processos de acompanhar muito parto lá no HX que a mulher tava no período expulsivo e no final o médico vinha lá e "crac" com o bisturi e a mulher gritar de dor. Teve uma vez que teve uma residente assistindo o parto e um coordenador, não sei como chama, mas era o médico que estava coordenando o estágio dela, assistindo pra ver se ela estava fazendo tudo direitinho. Essa menina era muito sensível, eu já tinha assistido outros partos com ela, e ela tentando "de boa" e o médico disse "pode cortar". Ela olhou pro médico assim, "tá, então eu vou dar uma analgesia", e ele, "não, pode cortar, não vai sentir nada não". E a menina fez porque o cara tava ali mandando, e essa mulher berrou de dor, né. Aí eu olhei bem pra cara dele e falei "tá vendo que ela sente dor?". Sabe... assim....dessa vez eu não aguentei" (LAURA, doula e ativista atuante em Goiânia)

Cida também destaca seu sofrimento durante os estágios na pós-graduação, proveniente de situações violentas. Nos primeiros partos que observou, afirma ter havido práticas não recomendadas e declara o quanto foi difícil manter-se emocionalmente equilibrada durante

muito tempo. Mais uma vez exalta-se a falta de acompanhamento institucional para auxiliar os alunos em questões como essa.

> Eu mesmo, no primeiro parto que eu assisti eu fiquei chocada, chorei por horas. E o máximo que fizeram foi bater nas minhas costas, "calma, é normal, é isso mesmo". Eu chorei porque a mulher fez uma episiotomia, que é um corte no períneo, horrorosa, enorme, sem necessidade [*nesse momento, a entrevistada se emociona e chora*]. Eu acho que é uma violência horrorosa e como é que eu não ia me sensibilizar com isso? E até hoje eu sofro só de falar. E se Deus quiser, eu sempre vou sofrer. Porque jamais eu quero cortar uma mulher. Quando chegar a minha hora eu quero passar bem longe do hospital.

Soares (2013), a partir da pesquisa realizada com 77 trabalhadores no setor de serviços no Canadá, destaca a presença das lágrimas no ambiente de trabalho como importante elemento analítico para a sociologia. No contexto pesquisado, as lágrimas foram consideradas como uma forma de comunicação ou como uma "válvula de escape" para as tensões cotidianas e foram relacionadas pelos entrevistados a diversos motivos. Na maior parte das vezes, elas foram relacionadas a fatos negativos como o fracasso diante de tarefas que deveriam ter cumprido, o estresse proveniente de alguma situação pontual ou de injustiça dos superiores e também à violência física, verbal ou em forma de assédio. É interessante enfatizar o que Soares percebeu sobre as emoções no ambiente de trabalho. Assim como na divisão laboral de tarefas e ocupações, as emoções também seriam orientadas pelo gênero. Do mesmo modo em que a mulher é destinada socialmente a trabalhos vinculados a atributos femininos de docilidade, paciência, meticulosidade, as emoções femininas estariam assim orientadas no ambiente de trabalho. A mesma orientação é percebida ao tratar das atividades e emoções masculinas, geralmente vinculadas a características de liderança e racionalidade (SOARES, 2013).

3.8 O cuidado por consultoria: a informação no foco da/o enfermeira/o obstetra

O caráter liberal da profissão também fica evidente na atuação de Sara, que mantém um consultório em um bairro de classe média alta de Goiânia para atender casais sobre dúvidas sobre a gestação e a amamentação. Como prestadores de serviços de saúde, de acordo com Cora, surgem tensões entre médicas/os e enfermeiras/os obstetras e o principal foco de embate não se daria sobre o domínio do conhecimento e da técnica, mas sim sobre o mercado. Sendo ambos profissionais liberais, tornam-se concorrentes[67].

[67] A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde permite que o enfermeiro obstetra cobre por seus serviços de assistência à mulher, com a justificativa governamental de melhoria da atuação (Portaria n. 572/2000).

> O Ministério agora nos permite cobrar. Enquanto isso não existia esse enfoque de mercado, nunca foi problema. A partir do momento que você tem que competir, tem o direito de competir profissionalmente em termos de trabalho e ganhar dinheiro, de mercado, ninguém quer perder mercado. Então, você tem um concorrente. Então aí começa o embate, é uma coisa que não está escrita e nunca vai estar. Porque o enfermeiro é assim, ele assistia o parto normalmente, em todos os hospitais, numa boa, fazia tudo certinho. Eu trabalhava na maternidade, embora fosse de alto risco, mas a gente que assistia o parto, chamava o médico e falava "oh doutor, esse caso está assim, assado", ele avaliava. Nem sempre ele assistia o parto, a gente acompanhava e assistia. Hoje em dia, o enfermeiro acompanha e muitas vezes, na hora que o neném tá nascendo ela vai e chama o médico, "ah, me chama quando tiver [nascendo]".

Sara, representante da última forma de atuação encontrada na pesquisa, foi convidada para coordenar a equipe de enfermagem obstétrica no início da implementação da filosofia humanizada em uma maternidade pública da cidade, há mais de uma década. Ela narra que sempre realizou seu trabalho com satisfação porque sempre desejou cuidar de mulheres. No entanto, deixou a instituição por questões pessoais e a partir daí passou a prestar serviços de consultoria privada para mulheres grávidas. O que mais caracteriza sua atuação é a informação. As consultas particulares, no total de três ao longo da gestação, de acordo com a enfermeira obstetra, são realizadas durante quase duas horas e teria como foco a informação de qualidade. Na primeira consulta, com o auxílio de slides informativos, descreve como as mudanças fisiológicas ocorrem no corpo feminino. O segundo contato seria realizado no sétimo mês de gravidez e o objetivo seria informar sobre o trabalho de parto e a amamentação. Por fim, a última consulta seria voltada aos cuidados com o bebê e seria realizada no final da gravidez. Sua proposta seria realizar "o serviço de médico de antigamente, de avó e de comadres".

Dentre os entrevistados, a prática de Sara foi a que mais aproximou-se da clínica médica realizada em consultório. E também foi a que mais demonstrou harmonia com a prática da medicina obstétrica local. O consultório onde atende suas clientes é dividido com um médico obstetra que assiste partos domiciliares e hospitalares dentro de uma abordagem humanizada. O trecho a seguir ilustra o conteúdo de suas consultorias.

> Na primeira consulta mostro as mudanças fisiológicas que acontecem com ela [a gestante]. Por que o médico diz que ela tem uma anemia fisiológica? Aumenta o volume sanguíneo, aumenta o volume da parte líquida do sangue e aí esse aumento, quando você pinga o sangue lá no microscópio, como aumentou muito a parte liquida, também aumentaram as células, mas na contagem elas estão mais esparramadas. Esse fato de estar mais esparramadas causa essa anemia. E aí algumas coisas você tem sintoma. Então a falta de ar da grávida é porque não tem um tanto de hemácia junta perto do pouco volume de sangue pra fazer essa troca gasosa. Ela precisa de ter uma vasodilatação pra facilitar que o sangue vá até placenta e passe para o bebê, como uma compra de supermercado e aí ele tem que voltar com o lixo, com os catabólicos. Aí tem todo o material pra poder mostrar. No final das contas ela fica com a pressão baixa. Porque a pressão, a força que o sangue faz pra passar dentro do vaso apertado

> é uma pressão. No vaso largo é outra pressão. Então a pressão da grávida é mais baixa porque o vaso está mais relaxado. O fato dele está mais relaxado abre um pouco essa parede e passa um pouco de liquido, então ela incha as pernas. O que segura um vaso no lugar é uma musculatura forte. Se você não tem uma musculatura da perna forte você vai inchar mais e vai ter mais varizes... Essa varise é a hemorroida, que é causada pela falta de exercício, pelo tipo de dieta, pela falta de água... Então isso é muito demorado. Então pra que isso? Porque, quando eu for fazer... isso aqui vai por escrito na pasta, se eu for falar pra ela "você tem que tomar 12 copos de líquido". Esse tem o nome da paciente [*ela mostra a indicação a uma paciente]*. "Ingerir 12 copos ou mais de líquido por dia. Mas, se ela souber que... o rim funciona sob pressão. Então o exercício fortalece sua pele, melhora sua anemia, melhora seu sono, melhora seu intestino. Qual tipo de exercício? "Ah, então eu vou fazer caminhada". Sensacional! A parte aeróbica é muito boa. Mas, como você vai fortalecer a musculatura das suas costas e da barriga pra você não ter dor nas costas que toda grávida tem, qual é o tipo de exercício, onde tá isso? Aí tá no Pilates, uma hidroginástica, no abdominal, que eu te ensino a fazer aqui, se não tiver dinheiro.

Nunes (2011) destaca que a atual sociedade de consumo apresenta uma ampliação da ideia de mercadoria, anteriormente concretizada em bens materiais. Há poucas décadas, os serviços sociais, distributivos ou pessoais, tornam-se também disponíveis para os consumidores. Embora a ênfase se dê sobre a formação identitária de trabalhadores em serviços socialmente desvalorizados, o autor não deixa de destacar o crescimento de serviços prestados por profissionais "cuja especilização é socialmente certificada por diplomas ou atestados, como no caso de serviços médicos e educacionais" (NUNES, 2011, p. 18). Thierry Ribault (2012), no contexto de serviços à pessoa, destaca a dimensão de mercado presente no cuidado domiciliar. O emprego direto, em que o cliente é o empregador estaria em crescente ascensão nesse setor. Ao evidenciar-se o "serviço de cuidado" dos profissionais envolvidos no parto domiciliar planejado e também a consultoria prestada por Sara, a relação entre serviço e consumo pode ser destacada. Se originalmente a especialização foi pensada para atuar no cuidado institucional financiado pelo SUS, como profissionais liberais voltam-se a nichos de mercado orientados para mulheres de classes mais abastadas. Um estudo realizado com 25 casais que optaram pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras/os obstetras em Florianópolis apontou, dentre outras características, que a maioria dos casais pertencia à classe média alta, dado vinculado ao nível de instrução dos contratantes do serviço (FEYER *et al*, 2013). Esta análise pode ser estendida ao contexto de Goiânia. De modo semelhante, as mulheres atendidas no ambiente domiciliar e no consultório privado possuem um poder aquisitivo mais elevado do que as que são atendidas nas instituições públicas. Diante desses exemplos, talvez seja possível sinalizar que a liberdade individual característica do modelo liberal é tão presente no discurso desses profissionais quanto os princípios de humanização do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro capítulo, foi apresentada a história do cuidado obstétrico e o processo de substituição da parteira prática pelo médico obstetra e atualmente pela enfermagem obstétrica. Em seguida, enfatizou-se como o movimento de humanização do parto e do nascimento desenvolveu-se pelo mundo e como os profissionais da enfermagem obtétrica estavam inseridos nesse processo, como primeiros responsáveis pelo parto sem complicações.

Por fim, no terceiro capítulo, foi analisado o cotidiano de trabalho desses profissionais atuantes no mercado da assistência obstétrica de Goiânia. Diante das narrativas profissionais, ficou claro que a identidade da/o enfermeira/o obstetra está baseada no "cuidado especial" ou na "assistência integral", caracterizada pela atenção sensível a elementos relacionados ao processo de partejamento, muitas vezes desprezados pela equipe médica, como as práticas de alívio não medicamentoso da dor.

De modo geral, no momento do parto, a mulher é destacada como principal agente do processo, com possibilidade de escolher os procedimentos a serem investidos sobre si realidade prejudicada na presença de grande parte dos profissionais da medicina obstétrica. As parteiras tradicionais são tomadas (juntamente com os aprendizados específicos da área de formação) como referências de trabalho, sobretudo entre aqueles vinculados ao parto domiciliar. O uso de equipamentos e procedimentos intervencionistas como a episiotomia ou o *Kristeller* são fortemente combatidos em todas as áreas de atuação, em detrimento da valorização de práticas respeitosas ao desenvolvimento natural do processo de parto.

O conjunto de entrevistados foi constituído por enfermeiras/os obstetras atuantes nos Centros de Parto Normal, vinculados a maternidades, por enfermeiras/os atuantes como doulas e como parteiras/os urbanas/os no parto domiciliar, como consultoras/es sobre assuntos relacionados ao pré-natal e ao puerpério em consultórios privados e, por fim, por professores atuantes na universidade. Nos centros de parto normal (CPN) e nas maternidades demonstrou-se que há um "cuidado hospitalar" submetido às regras de organização, aos gestores e às "regras de interação" com os companheiros de trabalho. No parto em casa, enfatizou-se a presença de um "cuidado domiciliar" praticado por enfermeiras(os) obstetras, ora como chefes de equipe, ora como doulas. Neste contexto, o cuidado é adaptado aos desejos das clientes e sujeito a características pessoais de cada prestador de serviço autônomo.

No caso da doula, evidenciou-se a presença do "cuidado emocional" e a denúncia sobre a desvalorização da ocupação, mesmo reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupações, diante de equipes hospitalares. Essa realidade foi fortemente vinculada à falta de afinidade

médica em relação à humanização da saúde e da assistência ao parto e nascimento, especialmente, tornando-se um dos elementos de sobrecarga emocional cotidiana. Por fim, o "cuidado por consultoria" foi destacado como mais uma possibilidade de atuação, pouco presente no mercado obstétrico de Goiânia. Realizado em consultório privado, sua principal característica foi a informação, aproximando-se do modo de atuação médica.

Para Freidson (2005), o tempo de treinamento e o serviço para o público não seriam critérios suficientes para a profissionalização de uma ocupação, como há tempos já propunha William. J. Goode (1960). Em relação à enfermagem norte-americana, o sociólogo considera que a ocupação possuía o tempo de treinamento suficiente para a consolidação de seu conhecimento específico, como também afirma a professora Cora. Porém, este não seria o fator preponderante para o avanço da profissionalização, mas sim a autonomia em relação a outros profissionais. Apesar das dificuldades cotidianas encontradas, não se pode negar que a enfermagem obtétrica seja uma profissão reconhecida como tal, como diria Freidson. No entanto, é importante dizer, que a falta de autonomia nas equipes de maternidades tem feito com que diversos profissionais migrem para o trabalho "por conta própria" no ambiente domiciliar e esse deslocamento pode ser prejudicial para o próprio grupo profissional que se torna refém da concorrência de mercado, como afirmou Ribault (2012) sobre as cuidadoras domiciliares.

Nesse sentido, iniciativas voltadas à qualificação dos profissionais, como no caso do PRONAENF não podem ser consideradas como soluções para a falta de reconhecimento profissional, se não forem pensadas em conjunto com outras medidas, dentre elas o enfrentamento da cultura médica intervencionista. Para a maioria dos entrevistados, a falta de autonomia no ambiente hospitalar, especialmente em relação à equipe médica, apresenta-se como um dos principais impedimentos profissionais. Essa realidade revela tensões cotidianas relacionadas com os diferentes modelos e filosofias de trabalho, que remetem também à tensão entre o Modelo Tecnocrático e o Modelo Humanista (DAVIS-FLOYD, 1998).

As políticas do MS de incentivo ao parto normal, pensadas como meio de redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, realizadas desde a década de 1970, ainda são insuficientes no contexto público e privado. Neste pouco interferem, apesar de iniciativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recentemente medidas foram tomadas para se tentar inibir a permanência da prática da cesariana agendada, ação altamente criticada pelo corpo médico. As pesquisas realizadas pela Fiocruz sobre os modos de nascimento no Brasil demonstraram que ainda permanece consolidado o modelo baseado na medicalização da saúde e na assistência tecnocrática. Os índices de cesárias no Brasil ainda permanecem altos e acima

das recomendações da OMS, embora as pesquisas têm demonstrado que as/os enfermeiros obstetras no pré-natal, no parto e no pós-parto contribuem para sua redução. A recomendação da Organização Mundial de Saúde é de que procedimentos cirúrgicos como a cesariana cheguem a, no máximo, 15%, visto que nestes o risco de morte sobre as parturientes é muito superior em relação ao parto normal. Intervenções cirúrgicas dessa natureza, em instituições públicas chegam a 52,3 % (MS, 2010) e muito acima disso está o percentual de cesáreas realizadas em maternidade privadas que, em Goiás, se aproxima de 80% (MS, 2010). Tais permanências instigam futuras pesquisas.

Analisando o contexto de trabalho da/o profissional da enfermagem obstétrica voltado ao atendimento clínico e domiciliar, é possível perceber uma ambiguidade. A assistência integral de qualidade perde o caráter abrangente para voltar-se a um nicho localizado nas classes de maior poder aquisitivo. Mesmo que ofereça uma abordagem alternativa ao modelo hegemônico hospitalar de intervenção médica historicamente presente na saúde desde o início do século XX, os profissionais demonstram uma aproximação com estratégias mercadológicas publicitárias de promoção da atividade. A assistência personalizada torna-se um atrativo profissional, um elemento distintivo e mercadológico de concorrência com outros profissionais, em processo similar ao analisado por Freidson (2009) sobre a medicina clínica norte-americana.

O "cuidado integral humanizado", para os profissionais destacados, está fortemente presente no discurso da categoria e representa um ideal de assistência ainda a se alcançar. No entanto, voltando ao trabalho cotidiano como elemento formador da identidade dos profissionais, suas condições não são destacadas como critério relevante para a prática ser considerada humanizada. A valorização das estruturas, dos salários, das relações interprofissionais não foram destacadas nas entrevistas, nem mesmo com a chefe de equipe de uma das principais maternidades públicas de Goiânia. Percebe-se uma ausência de atenção institucional à saúde do trabalhador. Em Goiás, 66,9% dos enfermeiros relataram estar desgastados emocionalmente. Além disso, somente em 50,8% das instituições públicas há estruturas apropriadas para o descanso de uma hora e em somente 46% dos hospitais privados; somente em metade das instituições filantrópicas de saúde há espaço para o descanso, conforme destaca a pesquisa da FioCruz divulgada em 2013 sobre o perfil da enfermagem no Brasil.

Apesar do objetivo da pesquisa ter sido compreender a identidade profissional de enfermeiras/os obstetras, o pouco contato com narrativas médicas indicam que um dos grandes desafios do movimento de humanização do pré-natal, parto e pós-parto é a formação de profissionais humanizados. Mas os relatos de mudança de procedimentos, como observados na narrativa de Isabel, também indicam que adentrar no mundo corporativo dos médicos é possível

e importante, embora seja uma tarefa difícil. A transformação de direção narrada por Isabel faz lembrar do que Strauss (1999) afirmou sobre as mudanças identitárias des sujeitos que trabalham em ambiente complexos como de um hospital. O sentido, para os indivíduos, é construído tanto a partir das estruturas institucionais quanto a partir de suas próprias motivações. A relação entre os indivíduos e seu "mundo" partem, segundo Strauss (1999, p. 54) da concepção de que as classificações cotidianas sobre as coisas e as pessoas seriam incertas e dinâmicas, principalmente quando esse mundo é um hospital, onde prevalecem relações complicadas e tensas. Ao afirmar que "um mundo problemático implica o perigo constante de perder o domínio de objetos nos quais fizemos grandes investimentos, objetos com que estamos fortemente envolvidos", afirma que os homens, nas interações que ocorrem ao longo da vida, revisitam e reorientam suas referências morais e éticas, subjetivas e sociais. Assim, tanto suas identidades quanto seus relacionamentos seriam moldados nesse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, Andrew. The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988

AMORIM, Torcata. *O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Tese de Doutorado. São Paulo, 2010.

ANDRADE, Maria Angélica C.; LIMA, João Batista Marinho de C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *Cadernos Humaniza SUS*, Brasília, v.4, p. 20-46, 2014.

ARAUJO, Ângela Maria Carneiro; Ferreira, Verônica. Terceirização e relações de gênero. In: MOTTA, D. *et al* (Org.). *Terceirização no Brasil: do discurso da inovação à precarização do trabalho*. São Paulo: Annablume, 2009.

AQUINO, Estela M. Para reiventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, sup. 1, 2014.

BEZERRA, Armando J. C. O Renascimento e suas repercussões na Medicina. In: REZENDE, Joffre M. *et al*(orgs). *Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da Medicina*. Goiânia: Editora UFG, 2013.p. 147-153.

BITTENCOURT, Sônia *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Caderno de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, *v.30, Sup S, p. 208 - 219, 2014.*

BRUSCHINI, Cristina. Trabalho e Gênero no Brasil: nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-572, set./dez., 2007.

BOARETTO, Maria C. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. 2003. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BONELLI, Maria da G. BARBALHO, Rennê M. O profissionalismo e a construção do gênero na advocacia paulista. *Sociedade e Cultura*. V. 11, n.2, jul/dez. 2008, p. 275-284

BRAGA, Antonio *et al*. A história dos hospitais. In: In: REZENDE, Joffre M. *et al*(orgs). *Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da Medicina*. Goiânia: Editora UFG, 2013. p.351-364.

BARKE, K. K. A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, v. 47,n. 8, p. 1067-1076, 1998.

BRENES, Anayansi C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, ab/jun, 1991.

CARNEIRO, Marinha do Nascimento F. *Ajudar a Nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV - XX)*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências da Educação). Universidade do Porto, Porto – Portugal.

CARNEIRO, Rosamaria G. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese de doutoramento em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.
_____ Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Brasília: Interface Comunicação, *Saúde e Educação*, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar, 2013.

CECATTI, José G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1281-1289, set-out, 2004.

COSTA, Ana M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073 – 1083, 2009.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n. 75, p. s5-s23, 2001.
_____ *From doctor to healer:* the transformative journey. New Jersey: Rutgers university Press, 1998.

DINIZ, Carmen Simone G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.
_____ *Entre as técnicas e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

D'ORSI, Eleonora *et al*. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154 – 168, 2014.

D'OLIVEIRA, A. F. ; DINIZ, C.S; SCHRAIBER, L. B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. *The Lancest*, [S.I], v. 359, p. 1681-5, 2002.

DUBAR, Claude. *A socialização.* Construção das identidades sociais e profissionais.São Paulo: Martins Porto, 2005.

EVETTS, Julia. The management of professionalism: a contemporary paradox. Changing Teacher Roles, Identities and Professionalism, Londres, Kings College. p. 1-18, Out. 2005.

FARIA, Lina R. *Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública: identidades profissionais em construção*. Artigo apresentado no XII Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2005.

FEYER, Iara S; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Revista de Enfermagem Anna Nery*, Rio de Janeiro, n.17, p. 298-305, 2013.

FLICK, Uwe. Dados Verbais. In: *Uma introdução à pesquisa qualitativa.* 2ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. p.89-143.

FREIDSON, Eliot. *Profissão médica*: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Unesp, 2005.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

GEORGES, Isabel. *Trabalho Precário ou Inclusão Social Econômica?* O caso dos agentes comunitários da saúde (ACS) e dos agentes de proteção social (APS) da região metropolitana de São Paulo (RMSP), *Brasil.*Comunicação apresentada no VI Congresso do ALAST, México, 2009.

GEOVANINI, Telma (org.). *História da Enfermagem*: versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIDDENS, Anthony. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 2002.

GOFFMAN, Erving. The Arrangements Between the Sexes. *Theory and Society*. University Park, PA, n. 4, p. 301-221, 1977.

GOMIDE, Maria F. *O trabalho de Enfermagem na humanização da atenção a nascimentos e partos em Goiânia, Brasil*. Artigo apresentado no XXVIII Congresso Internacional da ALAS realizado em Recife/PE de 6 a 11 de setembro de 2011.

GRAMACHO, Rita de Cássia C.V.; SILVA, Rita de Cássia Velozo. Enfermagem na cena do parto. *Cadernos Humaniza SUS,* Brasília, p. 184-200, 2014.

GUIMARÃES, Nadya A; HIRATA, Helena. Introdução. In: GUIMARÃES, Nadya; HIRATA, Helena (orgs). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do car*e. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 1-11.

GUIMARÃES, Nadya *et al*. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão. In: GUIMARÃES, Nadya A; HIRATA, Helena (orgs).*Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 79 -102.

HOCHSCHILD, Arlie R.; MACHUNG, Anne. *The second shift*. New York: Penguin, 2003.
_____ *The managed heart*: commercialization of human feeling. Berkeley, University of California Press, 1983.
_____ *The Second Shift: Working Parents and the Revolution at Home*.New York: Viking, 1989.

JACOB, Carlos L. As Novas Institucionalidades do Trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trabalho e Educação,* Rio de Janeiro, v.6, n.3, 2008.

KORINFELD, Silvia: *Enfermeros laborales. Condiciones y medio ambiente de trabajo y acciones de prevención.* Comunicação apreentada no V Congreso Latinoamericano De Sociologia Del Trabajo 2007. Montevideo, Uruguay.

LAPERRIÈRE, Anne. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: *A pesquisa qualitativa*. Enfoques epistemológicos. Petrópolis-RJ: Vozes, 2008. p. 410-435.

LEAL, Maria do Carmo *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-32, 2014.

LÔBO, Sara F. *O Uso da Episiotomia e sua Associação com as Alterações Maternas e Neonatais*. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFG, Goiânia, 2010.

LOPES, Marta; LEAL, Sandra. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos pagu, Rio de Janeiro, v. 24*,p. 105-125, jan-jun, 2005.

MARTINS, Ana Paula V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 645 -665, set-dez, 2005.

MARTINS, Cátia P. Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que trabalhamos. *Caderno Humaniza SUS*, Brasília, p. 10 – 18, 2014.

MARTINS, Cleusa; MATTOS, Diego. Parto domiciliar planejado. In: AMARAL, W. N. ; VIGGIANO, M. G.; MOREIRA, S. F. *Assistência ao Parto Humanizado e neonatal*. Goiânia: Contato Comunicação, 2014. p. 86 -97.

MAURICEAU, François. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* [...] 3ed. Paris, 1681. Disponível em <gallica.bnf.fr>. Acesso em 16/04/2013.

MENEGHELLI, Ulysses G. A medicina na civilização grega: Hipócrates e a aurora da medicina científica. In: REZENDE, Joffre M. *et al*. *Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da Medicina*. Goiânia: Editora UFG, 2013. p. 87 -102.

_____ A doutrina da patologia humoral na medicina pós-hipocrática: Alexandria. In: REZENDE, Joffre M. *et al*. *Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da Medicina*. Goiânia: Editora UFG, 2013. p. 103 – 122.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de Ação Programática*. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano ação para o período de 2004-2007*. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria consolidada Rede Cegonha*. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf (acesso em 2 de junho de 2015).

MONTICELLI, Marisa et al. Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.19, n. 2, p. 220-228, ab-jun, 2010.

MOREIRA, Sebastião F. *et al*. Parto Leboyer. In: AMARAL, W. N. ; VIGGIANO, M. G.; MOREIRA, S. F. *Assistência ao Parto Humanizado e neonatal*. Goiânia: Contato Comunicação, 2014. p. 67-69.

MOTT, Maria L. Fiscalização e formação das parteiras no Estado de São Paulo (1880 – 1920). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 46-53, mar, 2001.
_____ Parteiras: o outro lado da profissão. *Revisa Gênero*. Niterói, v. 6, n. 1, p. 117 -140, 2. sem. , 2005.
_____ Madame Durocher, modista e parteira. *Estudos Feministas*. N. 1, 1994.
_____ O curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, n. 108, p. 133-160, 1999.

NASCER NO BRASIL. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, 2014.

NUNES, Jordão H. "A seu dipor!": identidade e interação no trabalho em serviços. In: *A seu dispor!: Sociologia do trabalho em serviços*. Goiânia: Ed. da PUC-Goiás, 2011, p. 15-48.

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1996. *Care in normal birth; a pratical guide.Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit.* Family and Reproductive Health. Genebra; World Health Organization.

OSAWA, Ruth H. , RIESCO, Maria Luiza G., TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém diferentes. *Revista Brasileira de Enfermagem,* v. 59, n. 5, pp. 699-70, 2006.

OSAVA, Ruth, TANAKA, Ana Cristina. Paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96 -108, ab, 1997.

OSIS, Maria José M. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, Sup 1, p. 25 -32, 1998.

PEREIRA, Adriana Lenho de F.(org.) *Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

PEREIRA, Audrey Vidal. Relações de gênero no trabalho: reflexões a partir de imagens construídas de enfermeiras e enfermeiros. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, v. 24, n.1, p. 49-77, jan/jun 2011.

PERUSSI, Artur (org). *Mapeamento e identidade do profissional do PSF na cidade de João Pessoa*. Relatório de Pesquisa. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2013.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume/CNTSS, 1998.

PROGIANTI, Jane M.; COSTA, Rafael. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, v. 12, n. 4, p. 789-792, dez, 2008.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p.p. 595-602, Sup. 1, 2009.

RATTNER, D. *et al*. Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento do Brasil. In:BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno Humaniza SUS*, Brasília, p. 110 – 132, 2014.

RIBAULT, Thierry. Cuidadoras domiciliare: que tipo de profissionalização?. In: GUIMARÃES, Nadya; HIRATA, Helena (orgs). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do car*e. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 119 – 132.

RIESGO, Maria L; TSUNECHIRO, Maria A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Revista Estudos Feministas,* Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449 – 459, 2002.

ROJO, Carmen M. *et al*. Los manuales escritos por matronas europeas (1609 – 1710): el origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Index Enfermeria*, v. 23, n. 1-2, p. 106 – 110, 2º sem., 2014.

ROUSH, R. E. The development of midwifery - Male and Female, Yesterday and Today. *Journal of Nurse-Midwifery*, Silver Spring, v. 24, n. 3, p, 27-37, may/june 1979.

SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira.* São Paulo: Hucitec/Edusp, vol. 2, 1991.

SANTOS, Nara M. dos. *A Humanização do Parto em Maternidades Públicas de Goiânia:* direitos reprodutivos e relações de poder. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SCOTT, Marvin e LYMAN, Satanford**.** Accounts**.** *American Sociological Review* (no 33, Vol. 1, pp. 46-62), 1968.

SILVA, Graciete B. *Enfermagem profissional*: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986.

SILVA, Tânia Maria de A., FERREIRA, Luiz Otávio. Parteiras em conexão: um perfil socioprofissional das associadas ao Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro, 1950-1980. *Cadernos de história da Ciência* [online]. 2011, vol.7, n.2, pp. 25-44.

SCHIRMER, Janine *et al*. A formação da enfermeira obstetra na Universidade de Pernambuco, Brasil: 35 anos de história. *Acata Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 31-366, 2008.

SCHOELLER, Soraia. D. Economia e Política da Ordem Médica. In: GEOVANINI, Telma (org.). *História da Enfermagem*: versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SCOTT, Marvin e LYMAN, Satanford. Accounts. *American Sociological Review* (no 33, Vol. 1, pp. 46-62), 1968.

SILVÉRIA, Mara dos S. *Parteiras tradicionais da região do entorno de Brasília, Distrito Federal*. Tese de doutoramento em História. Departamento de História. Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

SOARES, Angelo. Como segredos: as lágrimas no trabalho. In: LIMA, Jacob C (org). *Outras sociologias do trabalho: flexibilidades, emoções e mobilidades.* São Carlos: EDUFSCAR, 2013, p. 161 – 181.

STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras*: a busca de identidade. São Paulo: EDUSP, 1999.

STUTZ, Beatriz L. *Técnico em Enfermagem no município de Uberlândia:* a construção histórica de uma profissão e a primeira instituição escolar. 2009. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.

TAVARES, Felipe de M.. Reflexão acerca da Iatrogenia e Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica,* v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007.

TYRRELL, Maria Antonieta R. *O ensino de Enfermagem Obstétrica no Brasil: des(acertos) 1772-1996*. Rev Brasileira de Enfermagem. 2005 nov-dez; n. 58, p.677-681.

TORNQUIST, Carmen S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas,* Florianópolis, v.10, n. 2, p. 483-492, julho, 2002.

_____ Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 389 – 397, 2º sem., 2002.

_____ *Parto e poder: o movimento de humanização pela parto no Brasil*. Tese de doutoramento. Programa de pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2004.

VELHO, Gilberto. Anselm Strauss: indivíduo e vida social. In: STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: EDUSP, 1999, p.p. 11-19.

TORRES, Jacqueline *et al*. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, Sup S, p. 220 – 231, 2014.

VENTURI, G. *et al. Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

ANEXO 1: O ENSINO DA OBSTETRÍCIA NA USP

LEGISLAÇÃO	O ENSINO DE OBSTETRÍCIA
Decreto n. 3902 (12/jan/1901) – Aprova Regulamentos das Faculdades de Medicina RJ e BA	Formação de **parteiras** no CURSO DE OBSTETRÍCIA – vinculado à Faculdade de Medicina/ Duração de 2 anos/ Pré-requisitos: saber Francês, Inglês, Alemão e aritmética
Decreto n. 20.865 (28/dez/1931) – Aprova Regulamentos das Fac. de Medicina, Escolas Politécnicas e da Escola de Minas	Formação de **Enfermeiras Obstétricas** no CURSO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA vinculado à **faculdade de Medicina**/ Duração de 2 anos / Pré-requisitos: Curso Primário
Lei n. 775 (6/ag/1949) – Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e outras providências	Formação de **Enfermeiras Obstétrica** no CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENF. OBSTÉTRICA vinculado à **Faculdade de Enfermagem**/ Duração de 1 ano Pré-requisito: curso de enfermagem de duração de 36 meses (para a entrada no curso de enfermagem, exige-se a conclusão do curso primário
Parecer n. 303 (6/out/1963) – Conselho Federal de Educação – fixa currículo mínimo e a duração do curso de obstetrícia	Formação de **Obstetrizes ou Enfermeiras Obstétricas** no CURSO DE OBSTETRÍCIA vinculado à **Faculdade de Enfermagem/**Duração de 3 anos. Pré-requisito: curso secundário/vestibular – possibilidade de articulação entre os cursos de enfermagem e obstetrícia.
Resolução n. 4 (25/fev/1972) – Conselho Federal de Educação – fixa currículo dos Cursos de Enfermagem e Obstetrícia	Formação de **Obstetrizes ou Enfermeiras Obstétricas** no curso de HABILITAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA OU OBSTETRÍCIA vinculado à **Faculdade de Enfermagem** /Duração de 500 horas/ Pré-requisitos: secundário completo, vestibular, graduação em Enfermagem
Lei n. 9.394 (20/dez/1996) – Estabelece a LDB (Leis de Diretrizes e Bases) na educação do Brasil	No exercício de sua autonomia, às universidades são asseguradas as atribuições de criar, organizar e extinguir cursos e programas de educação superior, fixar os currículos dos cursos, conferir graus, diplomas e outros títulos (artigo 53) **/ USP reabre em 2005 o curso de Obstetrícia**, agora

FONTE: Construído pela autora com base em Pereira (2010)

ANEXO 2: MARCOS LEGAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS – A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA A PARTIR DA DÉCADA DE 1970

ANO/INICIATIVA	DISPOSIÇÕES RELATIVAS À/AO ENFERMEIRA/O OBSTETRA
1974/1978 - PNSMI (Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil)	Enfermeira/o limitada à assistência – atuação sem autonomia
1984 - PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)	Enfermeira/o integrada à equipe - realização de consultas a gestantes no pré-natal
1986 - Lei de Exercício da profissão da/o enfermeira/o n. 7.498/86	a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.
1987 - Decreto de Lei n. 94.406/87	As atividades realizadas pelas parteiras são exercidas sob supervisão de enfermeira/o obstetra, quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.
1998 – Portaria n. 2815/98	Inclui, nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), o parto sem distócia, realizado por enfermeira/o obstetra;
1998 – Portaria n. 163/98	Legitima as atribuições da/o enfermeira/o obstetra, e determina o laudo de internação de enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de parto normal
1999 - Portaria n°. 985/9912	Regulamentação de Casas de Parto Normal e Maternidades-Modelo no SUS sendo a/o enfermeira/o obstetra a chefe da equipe mínima de trabalho
1999 – MS e MEC- 55 cursos de especialização em Enferm.Obstétrica	Maiores possibilidades de especialização em enfermagem obstétrica
2000 – Portaria n. 572/2000.	MS legaliza a remuneração de enfermeiras/os obstetras pela atividade em instituições de saúde ou no ambiente domiciliar
2008 – Resolução do COFEN n. 339/08	Normatiza a atuação e a responsabilidade civil da/o Enfermeira/o Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto
2011 - PNAISM (Política Nac. de Atenção Integral à Saúde da Mulher)	Política com base nos princípios do SUS e na discussão de gênero
2011 – Rede Cegonha	Criação de Centros de Parto Normal pelo SUS: enfermeiras/os obstetras na assistência ao parto sem risco.
2012 -PRONAENF (Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia) – Portaria n.5/12	Financiamento de bolsas (M.S. e MEC) para especialização em enfermagem obstétrica em municípios aderidos ao Rede Cegonha

FONTE: Construído pela autora

ANEXO 3: FORMAÇÃO DE ENFERMEIRAS/OS ATUANTES EM GOIÁS

		%
Natureza da instituição formadora	Pública	17,5
	Privada	70,0
Tempo de formado	Até 5 anos	53,1
	6 a 10 anos	21,0
	21 a 30 anos	8,5
	Mais de 31 anos	2,2
Modalidade do curso	Integral	54,0
	Diurno	25,2
	Noturno	14,5
Outra graduação	SIM	6,7
	Direito	21,2
	Administração	15,2
Fizeram o curso de técnico ou auxiliar antes da graduação	SIM	81,9
Atuaram na área técnica ou auxiliar antes da graduação	SIM	81,9
Complementação da graduação	SIM	54,4
Pós-graduação	SIM	78,0
Modalidades de pós-graduação	Lato Sensu	87,9
	Treinamento Profissional Modalidade Residência	4,8
	Especialização	83,1
	Stricto Sensu	12,1
	Mestrado Acadêmica	5,3
	Mestrado Profissional	4,1
	Doutorado	1,8
	Pós-Doutorado	0,9
Título de Especialista	SIM	52,6

FONTE: Construída pela autora com base na pesquisa da Fiocruz sobre o perfil da enfermagem no Brasil (2013)

ANEXO 4: ENTIDADES REPRESENTATIVAS DA ENFERMAGEM

SEMELHANÇAS OU DIFERENÇAS	CONSELHO DE CLASSE	SINDICATO	ABEN
FINALIDADE	Disciplina e controle da profissão	Defesa trabalhista e econômica	Desenvolvimento cultural e profissional
ORIGEM	Lei 5.905/73	Outorga da carta sindical	Registro em cartório de pessoas jurídicas
TIPO	Sociedade civil e Direito público	Sociedade Civil e Direito Privado	Sociedade civil e direito privado
MEMBROS OU INSCRITOS	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem	Enfermeiros	Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e estudantes de graduação e de cursos técnicos e auxiliares
COMPETÊNCIA	Disciplinar, normatizar e fiscalizar a profissão	Defesa econômica e trabalhista	Promoção de atividades científico-culturais
FILIAÇÃO	Compulsória	Facultativa	Facultativa
ELEIÇÃO	COFEN- delegados eleitos COREN- pelos inscritos	Sindicalizados em assembleia geral	Associados

FONTE: Construído pela autora com base em Pereira (2010)

ANEXO 5: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS/OS OBSTETRAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Pesquisadora: Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva

Mestrado em Sociologia

I. Informações gerais/ pessoais:
1. Nome 2. Idade 3. Estado Civil 4. Tem filhos? 5. Cidade natal 5. Cidade onde mora

II. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

GRADUAÇÃO

1. MOTIVAÇÃO (Por que escolheu essa profissão? E o atual local de trabalho?)
2. Local e ano de conclusão da graduação
3. Caracterização do curso de graduação
4. Sobre o contato com a obstetrícia – como se dá a abordagem da obstetrícia na Universidade.
5. Sobre o número majoritário de mulheres na profissão (Divisão Sexual do trabalho)

PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

1. Local e ano de conclusão
2. Caracterização do curso
3. Tempo de duração
4. Estrutura do curso/exigências para a conclusão
5. SOBRE A LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DA/O ENFERMEIRA/O OBSTÉTRICA OU OBSTETRIZ (prestar assistência ao parto normal sem distocia, Decreto Lei nº. 94.406 que regulamentou a Lei n°. 7.498 de 25 de junho, de 1986) / ATO MÉDICO
6. Sobre o contato com a obstetrícia – como se dá?
7. Há durante a formação contato com com as parteiras? E com doulas?

III. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Local/locais de trabalho
2. Tempo de vínculo com a instituição/empresa empregadora
3. Tipo de vínculo empregatício
4. Jornada de trabalho diário e semanal
5. Escala de trabalho (submetida a qual sistema de trabalho)
6. Média salarial em cada instituição
7. Carga semanal de trabalho - soma de todos os estabelecimentos
8. Como a instituição em que trabalha define sua "filosofia" de atendimento?

IV. DIVISÃO DE TRABALHO/RELAÇÕES DE TRABALHO:

1. Composição da equipe de trabalho.
2. Obrigações específicas na equipe e no local de trabalho/ Restrições
3. Divisão de trabalho entre profissionais de áreas distintas (enfermeira/o obstetraXenfermeira/o; enfermeira/o-obstetra/médica/o obstetra; Enfermeira/o-obstetra/técnicas/os e auxiliares de enfermagem etc)
4. Divisão de trabalho entre as/os próprias/os enfermeiras/os-obstetras
5. Divisão de trabalho pelo sexo?

V. NARRATIVA EPISÓDICA

Descrição de um dia de trabalho

VI. IDENTIDADE PROFISSIONAL
1. Desafios profissionais
2. Dificuldades no exercício da profissão
3. Facilidades no exercício da profissão
4. Sobre a ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfenfermeiras Obstetras)
5. SINDICATO – Como se dá a relação da categoria com o Sindicato que o representa.

VII. DESCANSO/TRABALHO EMOCIONAL/ SATISFAÇÃO
1. Forma de lazer preferida
2. Como descansa
3. Há relação entre o nível de cansaço e o tratamento dado à paciente?
4. Satisfação com o trabalho
5. Quanto tempo dorme por dia

VIII. REPRESENTAÇÕES SOC. DO PARTO E DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO
1. Você concorda com a forma de atenção prestada pela equipe da maternidade/hospital em que trabalha?
2. O que é o parto humanizado?
3. Qual o nível de contato entre a/o enfermeira/o obstetra e a parturiente?
4. E como eu posso dizer se uma instituição de saúde é humanizada? (Atentar pra inclusão ou exclusão da qualidade de condições de trabalho como critério para determinação da humanização)
5. Onde se trabalha mais, no parto normal ou no cesáreo?
6. Qual melhor lugar para o parto? (Casa/hospital)
7. Equipe ideal para acompanhar o processo de nascimento e parto.
8. Você tem filhos? Como e onde os teve?
9. Você teria seu filho na instituição em que trabalha? Por quê?

IX. REPRESENTAÇÃO DO DESCANSO: VIDA PRIVADA/AUSÊNCIA DO TRABALHO
1. Como é sua vida social? Como se diverte?
2. O que significa descansar pra você?

ANEXO 6: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÉDICAS/OS OBSTETRAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Pesquisadora: Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva
Mestrado em Sociologia

I. Informações gerais/ pessoais:
1. Nome 2. Idade 3. Estado Civil 4. Tem filhos? 5. Cidade natal 6. Cidade onde mora
II. FORMAÇÃO PROFISSIONAL
GRADUAÇÃO
1. MOTIVAÇÃO (Por que escolheu essa profissão?
2. Local e ano de conclusão da graduação
3. Caracterização do curso de graduação
4. Sobre o contato com a obstetrícia – como se dava, no seu tempo, a abordagem da obstetrícia na
5. Universidade.
PÓS-GRADUAÇÃO EM OBSTETRÍCIA
1. Local e ano de conclusão
2. Caracterização do curso
3. Tempo de duração
4. Estrutura do curso/exigências para a conclusão
5. Sobre o contato com a obstetrícia – como se dá?
6. Há durante a formação contato com saberes tradicionais como os das parteiras e das doulas? Há, em algum momento da atuação profissional, possibilidade de contato oficial com as parteiras?

III. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

1. Local/locais de trabalho.
2. Tempo de vínculo com a instituição/empresa empregadora
3. Tipo de vínculo empregatício
4. Jornada de trabalho diário e semanal
5. Escala de trabalho (submetida a qual sistema de trabalho)
6. Média salarial em cada instituição
7. Carga semanal de trabalho - soma de todos os estabelecimentos
8. Como a instituição em que trabalha define sua "filosofia" de atendimento?
9. Há cursos de formação dentro da(s) instituição/instituições em que trabalha? Como era? Por quanto tempo?
10. Tem palestras ou cursos para os funcionários?

IV. DIVISÃO DE TRABALHO/RELAÇÕES DE TRABALHO:

TENSÕES ENTRE FILOSOFIAS DE TRABALHO

1. O MS tem desenvolvido inúmeros programas e políticas voltadas à melhoria da assistência obstétrica, à redução da morbimortalidade materna e neonatal como a REDE CEGONHA, o PRONAENF etc. Existem também alguns movimentos da sociedade civil (amigas do parto, maternitude etc) que tentam discutir sobre o nascimento no país.

Mas algumas taxas se mantém como o número de partos cirúrgicos (rede pública chega a 52 % e na rede privada, a 89%) e o número de mortalidade em decorrência do parto (METAS DO MILÊNIO) reduzir em 2/3 até 2015). Pra você, o que está por trás desses números?

2. O ATO Médico (Projeto origem na resolução da CFM 2001 – Projeto de Lei n 7703/2006 (Diagnóstico e qualquer prescrição de tratamento) estaria na contramão desse movimento de maior interdisciplinaridade e uma certa autonomia de atuação dentre profissionais da saúde?

Pensando nas/os enfermeiras/os obstetras, estão visivelmente sendo inseridas(os) em instituições públicas como tentativa de humanização do parto e diminuição de cesáreas. Tem-se comprovado que em equipes em que o obstetra não está presente, esses números são reduzidos. O que pensa sobre a atuação de enfermeiras obstetras em partos sem distócia (A LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA ATUAÇÃO DA/O ENFERMEIRA/O OBSTÉTRICA OU OBSTETRIZ (prestar assistência ao parto normal sem distocia, Decreto Lei nº. 94.406 que regulamentou a Lei n°. 7.498 de 25 de junho, de 1986)?

3. Existe ainda uma cultura intervencionista ainda dominante na medicina e na obstetrícia? É um problema de formação médica ou um problema maior, um problema cultural que abarca toda a sociedade brasileira?
4. O que significa intervenção excessiva em um parto?
5. Pra você, qual o atual estado da assistência obstétrica no país? E em Goiás? Quais os principais desafios?
6. Principais desafios da profissão no tempo de Ceres. E hoje, qual o maior desafio?

VI. IDENTIDADE PROFISSIONAL

1. Sobre a Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia. O que representa para os profissionais da área?
2. SINDICATO – SIMEGO (SINDICATO DOS MÉDICOS DE GOIÁS) - Como se dá a relação da categoria com o Sindicato que a representa.
3. Qual a principal forma de representatividade da profissão?

VII. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO E DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

1. O que é o parto humanizado? O que é um trabalho humanizado na saúde? E como eu posso dizer se uma instituição de saúde é humanizada? (Atentar pra inclusão ou exclusão da qualidade de condições de trabalho como critério para determinação da humanização)
2. Vou perguntar o contrário agora: o que significa VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA? Qual o nível de contato entre a(o) médica(o) obstetra e a parturiente?
Elementos chave:
. Práticas adequadas: clampeamento tardio do cordão umbilical, método canguru, alojamento conjunto, oferta do seio na sala de parto e na 1 ª hora de vida
. Prevenção Quaternária (princípio da não lesão)
. Combate à violência obstétrica
. evidências científicas
3. Em relação à parturiente: Há uma contradição entre classe social e acesso as boas práticas recomendadas ao parto (Segundo a pesquisa realizada pela FIOCRUZ –NASCER NO BRASIL – Caderno de saúde pública 2014). Humanização tem a ver com informação ?

4. De que forma os planos de saúde interferem nesse contexto?
5. O que pensa da criação de Organizações Sociais no estado de Goiás?

VIII. DESCANSO/TRABALHO EMOCIONAL/ SATISFAÇÃO

1. Forma de lazer preferida
2. Como descansa
3. Há relação entre o nível de cansaço e o tratamento dado à parturiente?
4. Satisfação com o trabalho
5. Quanto tempo dorme por dia

ANEXO 7: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Meu nome é Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a Sociologia.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva, nos telefones (ligação a cobrar): (62) 9654-0591 ou (62) 98153-5549. Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa, intitulada Identidade, profissionalismo e relações de trabalho no setor de assistência a nascimento e parto, tem como objetivo analisar o trabalho de profissionais da saúde no contexto da humanização do nascimento e parto, como é o caso de enfermeiras/os obstetras, de técnicas/os de enfermagem e médicas/os obstetras. Pretendo realizar uma entrevista em torno de 50 minutos com o uso do gravador para melhor aproveitar as declarações. Por ser uma pesquisa pautada na narrativa dos profissionais, o declarante poderá sentir-se constrangido ou emocionado diante de algumas perguntas. Nesse caso, poderá não responder à questão ou até mesmo desistir da participação na pesquisa. No entanto, você poderá beneficiar-se dessa pesquisa pois trata-se de um estudo crítico que busca compreender os desafios cotidianos de trabalho e o perfil das categorias profissionais destacadas, possibilitando a sugestão de melhorias. O conteúdo da entrevista poderá ser utilizado pela pesquisadora na dissertação de mestrado e em futuras publicações como artigos, livros e comunicações em congressos acadêmicos relacionados à área. Porém, em nenhum momento será utilizado seu nome real ou algo que o identifique.

Trata-se de uma participação voluntária, não remunerada. Mas, em caso de gastos necessários durante a entrevista, você será ressarcida(o) pela pesquisadora.

No caso de desistência da participação na pesquisa, poderá retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Ao sentir-se lesado ou prejudicado com a pesquisa, poderá pleitear indenização nos órgãos competentes.

Nome e Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data:_____

Nome e Assinatura do sujeito