

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TORCATA AMORIM

**O resgate da formação e inserção da  
enfermeira obstétrica na assistência ao parto  
no Brasil**

SÃO PAULO

2010

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TORCATA AMORIM

**O resgate da *formação e inserção da enfermeira obstétrica*  
*na assistência ao parto no Brasil***

Tese de Doutorado apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dulce Maria Rosa Gualda

SÃO PAULO  
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)  
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Amorim, Torcata

O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil / Torcata Amorim. – São Paulo, 2010.

290 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dulce Maria Rosa Gualda

1. Enfermagem – Educação 2. Enfermeiras obstétricas  
3. Parto – Brasil 4. Trabalhador autônomo 5. Pesquisa qualitativa I. Título

Nome: Torcata Amorim

Título: O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

# Dedicatória

Dedico este trabalho a Igor e Clara, por me permitirem vivenciar o encantamento da maternidade. E a Arnaldo, por dividir comigo esta experiência.

# Agradecimentos

A Prof. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda, pelas imprescindíveis orientações, mas principalmente por sua disponibilidade, tranquilidade, segurança e amizade.

As colegas do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública e principalmente da disciplina Enfermagem da Mulher e Recém Nascido, Clara, Marta, Corina, Márcia, Livia e Lenice que me incentivaram e ajudaram nesta caminhada.

A minha mãe Nair e ao meu saudoso pai Adalberto, exemplos de honestidade, trabalho e perseverança, e pelo esforço, cobranças e incentivo nos estudos dos filhos.

A todos os meus familiares que além de me incentivar, vivenciaram comigo nesta trajetória, as alegrias e angústias inerentes deste processo.

Não poderia deixar de fazer um agradecimento especial a minha irmã Cida, e a Marli, pessoas essenciais para a operacionalização do cotidiano de minha residência, para que eu pudesse me ausentar e desenvolver esta caminhada com mais tranquilidade.

A minha querida sobrinha, afilhada e comadre Amanda, pelo carinho e pelas contribuições feitas neste trabalho.

A Prof. Maria Alice Tsuneschiro pelas contribuições e pelo empenho em conseguir o contato com um dos sujeitos deste estudo.

A Prof. Marilanda Lopes de Lima por disponibilizar os documentos sobre a solicitação ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, autorização para que as enfermeiras obstétricas desempenhassem as mesmas funções das Obstetrias.

Aos funcionários da Secretaria de Pós Graduação da EE-USP e da Secretaria do EMI (EEUFMG), pelo carinho e amizade e, por disponibilizarem e facilitarem todo o processo burocrático pertinente ao doutoramento.

Ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem (EMI) da Universidade Federal de Minas Gerais, por me disponibilizar para avançar mais este degrau na minha carreira acadêmica.

Ao CNPQ, pela importante ajuda financeira, que tornou a realização deste estudo mais fácil.

A todos os amigos que, direta ou indiretamente; com palavras de carinho e incentivo, me motivaram nesta caminhada.



O enfermeiro tem que ser ousado,  
não tem como nenhum ser vivo  
nascer ou crescer, se não for  
ousado. Só nasce quem é ousado,  
quem tem o movimento espontâneo de  
avançar. É o movimento espontâneo  
de avanço que vai fazer a  
diferença.

Marilanda Lopes de Lima

Amorim T. O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

## RESUMO

Este trabalho é fruto das inquietações da trajetória profissional da pesquisadora que, ao longo de sua carreira profissional, acompanhou as políticas de saúde reprodutiva no país e, como docente, se envolveu com a titulação e qualificação de enfermeiras obstétricas. Diante destas experiências surgiu a necessidade de levantar os fatores facilitadores e dificultadores para formar e inserir enfermeiras obstétricas na prática da assistência ao parto, e como formar profissionais para enfrentar a situação de assistência vigente. Foram entrevistadas profissionais que participam da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), da elaboração de políticas de saúde no Ministério da Saúde e que atuaram na área como coordenadoras e docentes de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Para subsidiar o trabalho, foi feita uma revisão de literatura sobre as políticas de saúde da mulher, um breve levantamento da história da assistência ao parto e sobre o ensino da enfermagem no Brasil. A seguir, realizou-se 11 entrevistas com profissionais, utilizando-se a História Oral. Este método de investigação possibilita compreender como os indivíduos experimentam e interpretam os acontecimentos, e mostra a percepção do passado como algo que tem continuidade no presente. Após a transcrição, textualização e transcrição dos discursos, foram criadas 4 categorias: “Atores e a história”, em que as entrevistadas falam da sua trajetória profissional e da história da enfermagem obstétrica; “Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática”, onde foram levantados os fatores que contribuíram para a formação e inserção das profissionais na assistência; “Barreiras para a formação profissional e para a prática da assistência”, em que as entrevistadas mostram alguns dificultadores para a formação e inserção das profissionais e, “Desafios” na qual foram sintetizados os caminhos que as profissionais devem percorrer para implementar a formação e inserção das profissionais na assistência. Conclui-se que a trajetória percorrida foi importante para a continuidade da formação e da atuação das profissionais e que as políticas ministeriais (portarias e financiamento de cursos) contribuíram para impulsionar a profissão; que tem-se que buscar parcerias com outras categorias profissionais, em especial a médica, com instituições e gestores, e fortalecer os órgãos de classe. Tem-se ainda que titular com qualidade um número maior de profissionais, para que juntas, tenham mais condições de lutar pelas causas da profissão e por mudanças no modelo de assistência. Percebe-se que nos últimos 20 anos a profissão cresceu e foi valorizada, porém, ainda há muito o que conquistar.

**Palavras Chave:** Enfermagem - Educação. Enfermeiras Obstétricas. Parto – Brasil. Trabalhador Autônomo. Pesquisa Qualitativa.

Amorim T. The rescue of the obstetrician nurse graduation and insertion in childbirth care in Brazil. [Thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

### **ABSTRACT**

This work is a consequence of the uneasiness of the researcher's professional path who, throughout her professional career has worked in the country reproductive health policies and, as a teacher, has been involved in the graduation and qualifications of obstetrician nurses. In face of these experiences the need to know the process of graduation and insertion rescue of the obstetrician nurse in the care to women in their reproduction period, within the context of Brazilian reality has emerged. Professionals who have participated in ABENFO (Brazilian Association of Obstetricians and Obstetrician Nurses), in the elaboration of health policies in Ministry of Health and who have acted in the field as coordinators and teachers in graduate specialization in obstetric nursing courses were interviewed. To sustain the study, a review of the literature on women health policies and a brief survey of the history of childbirth care and of Brazilian nursing schools were carried out. Then, 11 interviews with those professionals were done, using Oral History. This investigation method allows the understanding of how individuals feel and interpret the occurrences, and shows the perception of the past as something that extends to the present. After the transcription, textualization and trans-creation of the speeches, 4 categories were defined: "Actors and history", in which the interviewed approach their professional path and the obstetric nursing history; "Supporters of the changes in context of teaching and practice", in which the factors that contributed to the graduation and insertion of the professionals in care practice are discussed; "Obstacles against professional graduation and care practice", in which the interviewed show some difficulties to the graduation and insertion of professionals and, "Challenges", in which the ways professionals should go to implement the graduation and insertion of obstetrician nurses in childbirth care are discussed. Finally it is concluded that the path covered was important to the continuation of graduation and actuation of professionals; that the ministry policies (decrees and financing of courses) have contributed to improve the profession; that it is advisable to look for partnership with other professional categories, specially the medical one, with institutions and managers, and that it is necessary to strengthen class organs. It is also necessary to graduate with quality a greater number of professionals, so that together they have more conditions to fight for the profession causes and for changes in the assistance model. It is also observed that in the last 20 years the profession has grown and became more recognized, however, there is still a lot to achieve.

**Keywords:** Nursing – Education. Nurse Midwives. Delivery – Brazil. Autonomic Worker. Qualitative Research.

Amorim T. El rescate de la formación e inclusión de la enfermera obstétrica en la asistencia al parto en Brasil. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

### **RESUMEN**

Este trabajo es fruto de las inquietudes de la trayectoria profesional de la investigadora que, a lo largo de su carrera profesional, acompañó las políticas de salud reproductiva en el país y, como docente, se envolvió con la titulación y calificación de enfermeras obstétricas. Delante de estas experiencias surgió la necesidad de que se conociera el proceso de rescate de la formación e inclusión de la enfermera obstétrica en la asistencia a la mujer en el periodo reproductivo, dentro del contexto de la realidad brasileña. Fueron entrevistadas profesionales que participan de la Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), de la elaboración de políticas de salud en el Ministério da Saúde y que actuaron en el área como coordinadoras y docentes de cursos de especialización en enfermería obstétrica. Para subsidiar el trabajo, fueron hechas una revisión de literatura sobre las políticas de salud de la mujer y un breve levantamiento de la historia de la asistencia al parto y de la enseñanza de la enfermería en Brasil. A seguir, se realizaron 11 entrevistas con profesionales, utilizándose la Historia Oral. Este método de investigación posibilita comprender como los individuos experimentan e interpretan los acontecimientos, y muestra la percepción del pasado como algo que tiene continuidad en el presente. Después de transcribir, textualizar y transcribir los discursos, fueron definidas 4 categorías: "Actores y la historia", en que las entrevistadas hablan de su trayectoria profesional y de la historia de la enfermería obstétrica; "Coadyuvantes de las mudanzas en el contexto de la enseñanza y de la práctica", donde fueron mostrados los factores que contribuyeron para la formación e inclusión de las profesionales en la asistencia; "Barreras para la formación profesional y para la práctica de la asistencia", en que las entrevistadas muestran algunos dificultadores para la formación e inclusión de las profesionales y, "Desafíos", en la cual fueron sintetizados los caminos que las profesionales deben recorrer para implementar la formación e inclusión de las enfermeras obstétricas en la asistencia. Al final se concluye que la trayectoria recorrida fue importante para la continuidad de la formación y de la actuación de las profesionales; que las políticas ministeriales (portarías y financiamiento de cursos) contribuyeron para impulsar la profesión; que se tiene que buscar alianzas con otras categorías profesionales, en especial la médica, con instituciones y gestores y que se debe fortalecer los órganos de clase. Se tiene, aún, que calificar con calidad un número mayor de profesionales, para que juntas, tengan más condiciones de luchar por las causas de la profesión y por mudanzas en el modelo de asistencia. Se percibe también que en los últimos 20 años la profesión creció y fue valorada, empero, todavía hay mucho que conquistar.

**Descriptor:** Enfermería – Educación. Enfermeras Obstetrias. Parto – Brasil. Trabajador Autônomo. Investigación Cualitativa.

## SUMÁRIO

1- Apresentação.....	11
2-Delimitação do problema de estudo .....	17
Breve levantamento das mudanças na assistência ao parto ao longo da história... 18	
As políticas de saúde reprodutiva no Brasil.....	23
O ensino formal das obstetrias e enfermeiras obstétricas no Brasil.....	34
A atuação da enfermeira obstétrica em Belo Horizonte - Minas Gerais.....	39
3-Objetivo .....	42
4-Referencial teórico metodológico.....	44
5- Procedimentos metodológicos.....	52
Sujeitos da pesquisa: .....	53
Local de realização das entrevistas: .....	54
Coleta, registro e organização dos dados. ....	54
Procedimentos ético legais:.....	55
Análise dos dados: .....	55
6- Entrevistas .....	58
Entrevistada 01: M.R.C.L. ....	59
Entrevistada 02: R.C.V. ....	68
Entrevistada 03: L.M.G.D.....	74
Entrevistada 04: M.V.M.....	83
Entrevistada 05: O.M.B. ....	90
Entrevistada 06: M.S.P.....	99
Entrevistada 07: M.A.R.T. ....	107
Entrevistada 08: M.L.G.R. ....	116
Entrevistada 9: J.S.....	127
Entrevistada 10: R.H.O. ....	139
Entrevistada 11: M.L.L. ....	148
7-Categorização.....	155
Atores e a história .....	156
Coadjuvantes das Mudanças no Contexto do Ensino e da Prática.....	173
Barreiras para a Formação Profissional e para a Prática da Assistência ..	188
Desafios .....	214
8- Análise .....	240
9- Reflexões.....	271
10- Referências Bibliográficas .....	278
11- Anexos.....	288

# 1- Apresentação

## **APRESENTAÇÃO**

A escolha do tema para o presente estudo é fruto da minha trajetória profissional, e da influência das políticas de assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, nessa trajetória. O meu interesse inicial pela área materno infantil era por afinidade, mas, a aproximação maior com o tema durante o curso de graduação em enfermagem e o conhecimento do trabalho desenvolvido no Hospital Sofia Feldman (HSF), consolidaram a escolha da área para a minha atuação profissional. Recém formada, em dezembro de 1987, fui trabalhar no Sofia Feldman como enfermeira da pediatria, ainda em seus primeiros anos de funcionamento.

O Hospital Sofia Feldman, hoje Fundação de Assistência Integral à Saúde – Hospital Sofia Feldman esta localizado na periferia de Belo Horizonte e, desde sua fundação atende a população carente da região. Foi criado pela Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), que preocupada com as dificuldades encontradas para internar pacientes sem cobertura previdenciária, os chamados indigentes, resolveu construir um hospital. Assim, em 1977, o ambulatório foi inaugurado e, em 1982, foi criada a unidade hospitalar com seis leitos na maternidade, em sistema de alojamento conjunto, sem berçário e seis leitos de clínica pediátrica, no sistema de internação conjunta. Iniciava-se nesta Instituição, um atendimento diferenciado e inovador à mulher e a criança.

Durante o trabalho de parto a parturiente deambulava e ficava na posição que desejasse, era oferecida uma dieta leve/açucarada e era permitido e incentivado a permanência de um familiar que a parturiente desejasse para o acompanhamento do parto. Todos os partos normais sem distócia eram assistidos por enfermeira e a parturiente escolhia a posição para dar a luz. Logo após o nascimento, o recém-nascido era colocado junto à mãe e, sempre que possível, estimulada a amamentação. Mãe e filho iam direto para o alojamento conjunto, onde permaneciam até a alta. A admissão do recém-nascido e o atendimento diante da necessidade de antibioticoterapia, fototerapia ou incubadora, era também realizado no alojamento conjunto. Na pediatria, um familiar permanecia com seu filho durante toda internação e, o

horário de visita era flexível tanto na maternidade quanto na pediatria. Como apoio aos familiares, o hospital oferecia uma poltrona com encosto reclinável para o acompanhante, todas as refeições, banheiro com ducha e escaninho para guarda dos pertences pessoais.

Muitas das medidas adotadas pelo Hospital Sofia Feldman desde a sua fundação, atualmente fazem parte das políticas do Ministério da Saúde, tanto no Programa de Humanização da Assistência, como no Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN).

Logo após minha admissão, comecei a atuar também no ambulatório da mulher e na maternidade e, gradativamente, fui me afastando da assistência pediátrica, passando a trabalhar somente com a assistência à mulher.

Atuar na atenção obstétrica revelou muitos desafios. As usuárias atendidas no pré-natal, em sua maioria, eram de baixo risco, porém: para onde encaminhar as mulheres cuja gestação era de risco ou que se complicavam, cujos recursos da instituição eram insuficientes? Onde realizar todos os exames necessários? Quem deveria fazer as solicitações dos exames e as prescrições? Qual era a autonomia do profissional enfermeiro para tais atribuições, considerando a lei do exercício profissional? Naquele momento, despontava o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que o hospital adotou de imediato e incentivou seus profissionais realizarem o treinamento, com o objetivo de melhor desenvolverem a proposta do programa.

E, atuar na sala de parto, significava responsabilidade, prazer, mistério, emoção e risco. Sabe-se que o parto normal, por si só, é considerado por muitos, de risco. Para outros, é fisiológico, um rito de passagem que envolve emoção, tanto para a parturiente, quanto para os familiares e os profissionais que o assistem. Como não se estressar quando a mulher chama pelo seu nome ou mesmo grita a cada contração, quando diz que não suporta mais a dor, que vai morrer! Mesmo fazendo o possível, o profissional se depara com os limites pessoais, institucionais e da própria assistência. Como não emocionar quando a mãe recebe o recém-nascido e chorando emocionada diz: “meu filhinho”, ou quando o rejeita por não ter



sido planejado, ou mesmo quando manifesta dificuldade emocional, financeira ou social para cuidar deste bebê?

Como agravante para estas angústias, não possuía o título de especialista em enfermagem obstétrica, apesar de ter a garantia da atuação no protocolo da instituição. Na ocasião, o curso de especialização mais próximo ficava a 600 Km e eu não tinha disponibilidade para viajar. Este problema só foi solucionado por ocasião da prova de títulos oferecida pela Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) Nacional, a partir de 1998.

Apesar dos “riscos”, o trabalho desenvolvido era compensador. O vínculo com as parturientes iniciava em sua grande maioria, durante o pré-natal, desta ou de gestações anteriores, e continuava durante a puericultura, vacinação dos filhos, nas consultas puerperais ou de planejamento familiar, pois, assistíamos a mulher durante todo o ciclo grávido-puerperal, assim como a seu filho sadio nos primeiros cinco anos de vida (puericultura).

Durante o pré-natal realizávamos atividades educativas com as gestantes e seus acompanhantes, abordando temas de interesse do grupo como: amamentação; importância do pré-natal; tipos de parto; alojamento conjunto, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar e outros conforme solicitação das usuárias. O desenvolvimento da atividade era feito por uma equipe multiprofissional, composta pela enfermeira, assistente social, psicólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem, docentes e acadêmicos de enfermagem, médicos obstetras, dentre outros. Estes encontros eram muito importantes, pois aproximava as gestantes da equipe, dava-lhes a oportunidade de falar, compartilhar as suas dúvidas e constatar que na maioria das vezes, o que se passava com elas era semelhante ao que as demais gestantes também sentiam.

No ano de 1993 fui admitida na disciplina Enfermagem da Mulher e do Recém Nascido da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Nesta ocasião as minhas atividades docentes e assistenciais começaram a sofrer influência do atendimento preconizado

pela recém lançada política de assistência denominada Sistema Único de Saúde (SUS), criada pelo governo.

Mesmo não fazendo mais parte do quadro de pessoal do HSF, o meu vínculo com a instituição permaneceu, por ser este, importante campo de estágio da enfermagem, na área obstétrica. Como docente, verifiquei que a área desperta interesse em muitos alunos que, após superarem a curiosidade de “ver/assistir” um parto, a ansiedade e angústia de acompanharem a parturiente na sua vivência do trabalho de parto, se mostravam realmente interessados pela Enfermagem Obstétrica. A autonomia e a assistência prestada pela enfermeira naquela instituição, estimulavam os graduandos de enfermagem, e contribuía para aumentar seu interesse em atuar na saúde da mulher e do recém-nascido.

Somando a busca dos graduandos pela área, a demanda de profissionais para atuar, o desejo antigo de profissionais em criar um curso de especialização, bem como, as políticas ministeriais que favoreciam a atuação das enfermeiras obstétricas, a EEUFMG em parceria com o HSF criou o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO), em 1999. Esses cursos continuam sendo oferecidos anualmente e ininterruptamente, desde então. Quatro deles foram totalmente financiados pelo Ministério da Saúde, um parcialmente e os demais auto financiados. Participei como docente da disciplina Enfermagem Obstétrica I e II, como preceptora do ensino clínico da assistência em sala de parto, desde o primeiro curso, e como coordenadora de 2000 a 2006, quando me afastei para cursar o doutorado.

Ao longo dos cursos de especialização as especializandas e egressas relatavam dificuldades para desenvolver as atividades, em nível ambulatorial, principalmente no pré-natal, em seus locais de trabalho. Revelavam também o quanto o curso tem contribuído para sua atuação. As profissionais, em especial as que atuam nos Programas de Saúde da Família (PSF), se dizem mais seguras para atuar e que o atendimento tem mais qualidade e resolutividade.

As especialistas inseridas em blocos obstétricos continuam com dificuldade de assistir à parturiente. Estas profissionais têm tentado desenvolver o trabalho em sua plenitude porém, sua atuação depende das políticas da instituição e da conquista do espaço de atuação. E, a relação de confiança com outros profissionais, em especial os obstetras, ainda tem de ser conquistada.

A criação do PAISM, das políticas ministeriais para ampliar a assistência a mulher, do SUS e a formação e atuação das enfermeiras obstétricas, fizeram parte da minha trajetória profissional. Meu envolvimento com a formação de especialistas se deu, não somente por ser uma atividade do trabalho, mas principalmente por acreditar na contribuição desta profissional para a assistência à mulher. Diante disto, senti necessidade de buscar conhecer mais profundamente o processo de resgate e reinserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, na visão dos formadores dessa profissional, no contexto da política brasileira, a partir da década de 1990.

## **2-Delimitação do problema de estudo**

## **DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO**

Para conhecer o processo de resgate da formação e reinserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, à partir do final da década de 1990, sentimos necessidade de descrever um pouco da história do parto e as repercussões na assistência. Buscamos também fazer um breve levantamento do movimento de mudança na assistência às mulheres, no mundo e no Brasil, com o intuito de se adequarem às novas demandas para a saúde reprodutiva e, a influência do ensino das profissionais na sua atuação.

### **Breve levantamento das mudanças na assistência ao parto ao longo da história**

A história da prática das obstetizas e enfermeiras obstétricas tem sido uma luta. Inicialmente o parto era assistido por mulheres, cujo conhecimento do ofício era adquirido através da experiência de seus próprios partos e, quando uma mulher entrava em trabalho de parto, eram chamadas para ajudar. Outras, por acompanharem as parteiras ou suas próprias mães, começaram a dominar o ofício de partejar. O seu conhecimento era exclusivamente prático, intuitivo e, elas se apegavam à religiosidade, para realizar um parto seguro. Eram as principais responsáveis por cuidar antes, durante e após o nascimento, da mulher e do recém nato. Muitas parteiras eram viúvas, com maior disponibilidade de tempo para desempenhar todas as funções delas exigidas. O parto era assistido no domicílio, onde também estavam próximos as irmãs, o marido e mulheres do convívio.<sup>1</sup>

Muitas curandeiras também dedicavam ao ofício de partejar mas, no final da Idade Média, na era do Cristianismo, como a igreja só aceitava as curandeiras que se submetessem às leis eclesiásticas, parteiras foram queimadas na fogueira como bruxas. Na Grécia antiga e em Roma, as mulheres eram excluídas das escolas médicas. Em 1512 uma lei determinou que todas as obstetizas tinham que ter licença do bispo para atuar. Em

1584 os países baixos deram fim à “caça as bruxas”, seguido dos outros países europeus. Porém, para atuarem com segurança e garantia, caso fossem acusadas de bruxaria, parteiras de diferentes países europeus viajaram até a Holanda, para obter o certificado de obstetrizes.<sup>1</sup>

No final da Idade Média, as parteiras foram chamadas a incorporar os padrões estabelecidos no ordenamento social de então, tendo de integrar o sistema de ofícios corporativos. Aprendizagem, exame, carta de licença, juramento são os rituais de iniciação profissional corporativa que estabelecem um compromisso, com regras a cumprir, demarcando a sua ação, perante o Estado e a Igreja, entidades que representavam a sociedade. E, sem autonomia, com uma tradição de dependência do cirurgião, com restrições de intervenção instrumental e de prescrição farmacológica, impossibilitadas de organizarem e construírem o seu próprio poder/saber, as parteiras apresentam-se no final do século XIX com uma formação clínica do tipo residual, rodeadas pelas suspeições e indagando novos caminhos.<sup>2</sup>

Paralelamente às exigências para a atuação das parteiras, começou a evoluir um sistema médico, que, como no domínio da igreja, era controlado por homens, que começaram a assistir ao parto e a utilizar “equipamentos” que não podiam ser utilizados pelas parteiras. Ao longo do sec. XIX, os médicos resistiram à organização das obstetrizes para se fazerem como profissão, uma vez que, poderia afetar a sua prática lucrativa, pois eles atendiam a classe média.<sup>1</sup> E, no início do século XX, nos deparamos com a consolidação do ramo obstétrico e com a medicalização do parto.<sup>2</sup>

Porém, apesar de cada vez mais, os médicos assistirem aos partos, na primeira metade do século XX, muitas mulheres não sobreviviam ao evento. No final da década de 1980 começou um movimento internacional (que está ganhando poder) devido à insatisfação das mulheres com o sistema da obstetrícia e das condições de nascimento.<sup>1</sup>

Antes da década de 1980, já havia um movimento devido a preocupação de governos e cidadãos, com o binômio população e desenvolvimento, que levou a realização da primeira Conferência Mundial sobre População, com o

patrocínio das Nações Unidas, em Roma, em 1954. Nela se debateu o papel da população e, seu crescimento para o desenvolvimento. Nas conferências de Belgrado, 1965, Bucarest, 1974 e do México em 1984, os debates se concentraram na ação controlista e natalista ou da população como elemento neutro para o desenvolvimento. No México, pela primeira vez, aparece explícita em uma conferência, a preocupação com a comunidade e com a geração futura, que segundo Berquó,<sup>3</sup> pode ter sido influenciada pela Conferência de Estocolmo sobre Meio Ambiente, em 1972.

Em 1993 foi realizada em Viena a Conferência Internacional de Direitos Humanos. Em 1994 a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo. Em 1995 foi realizada em Beijing/Pequim a Conferência Internacional da Mulher, movimento iniciado em 1975 no México, por ocasião da I Conferência Internacional da Mulher. Nas conferências do Cairo e Beijing diferentes articulações de mulheres trabalharam com as delegações oficiais, procurando introduzir princípios consensuais do Movimento, nos planos de ação e declarações dali resultantes. Em seguida aconteceram as conferências de Copenhagen em 1980 e de Nairóbi em 1985, nestas duas últimas conferências, mulheres de todo o mundo levaram para o cenário da ONU, questionamentos importantes sobre a condição e cidadania feminina.<sup>4</sup>

Para Barzellato,<sup>5</sup> a Conferência do Cairo estabelece dois aspectos fundamentais: reconhece que na relação população e desenvolvimento, a saúde é um fator muito importante, em especial a saúde das mulheres e, que a solução dos problemas individuais e sociais, requer participação e se ouvir o que as pessoas querem, em vez de só dizer a elas o que têm que fazer.

Para se preparar para a Conferência do Cairo, o Ministério das Relações Exteriores do Brasil instalou um Comitê Nacional formado por representantes de ministérios e teve a colaboração da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), visando preparar um documento com o diagnóstico sobre a situação do Brasil nas interfaces de população e desenvolvimento.<sup>3</sup> Para participar da Conferência do Cairo, movimentos de

mulheres brasileiras realizaram eventos como o Encontro Nacional Mulher e População e, Nossos direitos para Cairo 94, que se destacam pela magnitude e impacto.<sup>4,3</sup>

Com as mudanças de profissional e do seu papel diante do parto e dos indicadores da saúde reprodutiva, começou um movimento em todo o mundo, buscando uma assistência diferente da predominante até então. Uma das reivindicações de alguns setores da sociedade, foi a reinserção das enfermeiras obstétricas e obstetrias na assistência ao ciclo gravídico puerperal. Outra foi a mudança do modo de assistir a mulher.

Diante deste movimento, surgiram diferentes formas de assistir a mulher, que passamos a descrever, baseado na definição de Davis-Floyd.<sup>6</sup>

- Modelo centrado na biomedicina ou tecnocrático:

O parto é visto como um evento de risco e precisa ser tratado; há uma valorização excessiva da tecnologia; uma separação do corpo e mente, e pouco espaço para os aspectos afetivos e culturais. O profissional “controla” e “faz o parto”, numa relação autoritária com a cliente que, pouco ou nada participa do processo. O trabalho é padronizado, fragmentado e hierarquizado e, as rotinas são centradas na organização do serviço. Neste processo há uma perda da dimensão cuidadora e valorização dos aspectos científicos.

- Modelo Humanístico

O parto é visto como um processo fisiológico que precisa ser acompanhado. Há uma abordagem bio psico social do evento, valorização dos aspectos afetivos e culturais, e o uso racional da tecnologia. O custo é menor e há uma maior satisfação da usuária, que participa e é o sujeito do evento. O profissional interage com a parturiente, passa informações para ela e a responsabilidade das tomadas de decisão é compartilhada entre o profissional e a cliente, há um consentimento informado. A ciência e a tecnologia são associadas ao seu uso equilibrado, às evidências científicas, ao desejo da mulher e da família e à humanização. Os cuidados são movidos pela empatia e pela habilidade de se compreender a realidade do



outro. Almeja-se um nascimento seguro, com poucas intervenções e o neonato é valorizado. O processo de parto e nascimento é assistido por uma equipe multiprofissional.

#### - Modelo Holístico

Neste modelo o corpo, a mente e o espírito são uma unidade do ser e, os campos de energia do profissional e usuária se relacionam. A usuária participa ativamente, a autoridade e responsabilidade são do indivíduo e ele decide e assume o processo de cura. Há uma abordagem e utilização de técnicas como a acupuntura, homeopatia, Reike dentre outros. Os cuidados são individualizados e, cada mulher em trabalho de parto é única e incomparável. A ciência e tecnologia são colocadas a serviço do indivíduo. Este modelo pode demandar uma mudança de estilo de vida de seus usuários.

Como observamos na breve revisão, o papel do cuidado da assistência a mulher oscilou, nos diversos momentos históricos. No Brasil, também observamos mudanças nas políticas públicas, relacionadas à saúde reprodutiva, conforme será descrito a seguir.

## **As políticas de saúde reprodutiva no Brasil**

A transformação do papel social da mulher, a organização da classe e de grupos específicos como associações e, principalmente o movimento de mulheres trouxeram modificações nas políticas de assistência a saúde da mulher.

Tradicionalmente as mulheres eram as únicas responsáveis pelos serviços da casa, pelo cuidado com os filhos e com a saúde da família. Eram consideradas grupos socialmente vulneráveis, juntamente com as crianças e idosos e, cuidadoras da saúde e responsáveis pela sobrevivência dos membros da família.<sup>7</sup> Cabia a elas, estarem atentas aos mínimos detalhes da vida cotidiana da família, vigiar-lhes os horários e prevenir a emergência de qualquer sinal da doença ou do desvio. As atividades que desenvolviam não eram valorizadas em suas funções e seus companheiros não lhes dava apoio. Seu papel social, político e intelectual era desvalorizado e, as primeiras medidas da legislação referentes ao seu trabalho, foram tomadas devido a sua função de reprodução e por serem responsáveis pela saúde das crianças e do marido, pela felicidade da família e higiene do lar.<sup>8</sup>

Com a crescente urbanização, as mudanças de costumes, a revolução industrial, dentre outros, a mulher passou a ocupar também o espaço público. Além de “dona de casa e cuidadora” foi-lhe acrescentado o de trabalhadora fora do lar, de contribuinte ou a única responsável financeira e, muitas vezes, “chefe” da família. Seu papel de procriadora e responsável pelo lar e pelos cuidados com a família começou a ser valorizado pela sociedade pois, havia uma preocupação/interesse com as altas taxas de mortalidade infantil, já que estas crianças seriam mão de obra no futuro. Com isto, os programas de assistência à saúde da mulher, que até então eram voltados quase que exclusivamente para a saúde da família, especialmente para os filhos e, as políticas de saúde destinadas à mulher diziam respeito à gravidez e ao parto, até a década de 1980, do século XX, passaram a ser direcionadas ao cuidado com a criança e com a mulher.

Para atender às demandas de assistência a criança e a mulher, foram realizados debates e conferências buscando criar programas que

atendessem a população de forma integral, humanizada e com qualidade. Como resultado das discussões, podemos destacar o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a publicação da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), visando atendimento público de saúde a toda a população brasileira.

A criação do PAISM, pelo Ministério da Saúde no ano de 1984, teve como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade da atenção. Portella, Gouveia<sup>7:24</sup> observam que esta proposta muda o foco da assistência à mulher, já que “tem como objetivo fornecer às mulheres uma assistência integral clínico-ginecológica, bem como, ações educativas dirigidas ao controle pré-natal, melhoria na atenção ao parto e puerpério”.

Segundo Brasil,<sup>9:4</sup>

*As atividades básicas de assistência integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.*

Oliveira<sup>10:6</sup> em seu artigo “Saúde Integral para mulheres: ontem, hoje e perspectivas” conta que o programa é uma ideia de perspectiva feminista, com origem no debate sobre controle de fecundidade x controle de natalidade, mas ele não foi idealizado pelo movimento feminista brasileiro, embora sua primeira versão tenha sido aprimorada pelo feminismo, num processo dialogado, porém, de lutas titânicas. Neste mesmo artigo, a autora observa que o “PAISM é um ícone para o feminismo brasileiro, por ser o mito fundador das políticas públicas em saúde da mulher com vistas a atendê-la de modo integral em todas as fases da sua vida: infância, adolescência, idade adulta e 3ª idade”.

Conforme afirmam Vaitsman, Andrade<sup>11</sup> o PAISM foi um resultado da ação do movimento feminista brasileiro, e inovou ao considerar a saúde da mulher sob a perspectiva da integralidade e, mais tarde, dos direitos reprodutivos.

Mas, segundo Pitanguy,<sup>4</sup> foi relevante a articulação entre algumas universidades, grupos feministas e o Ministério da Saúde, para sua concretização.

Se por um lado a criação do PAISM teve influência do Movimento Feminista Brasileiro, por outro, havia a preocupação do governo (na ocasião do Presidente João Batista Figueiredo) com o crescimento populacional do País. Para estudar as consequências do crescimento populacional, é instalada uma Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI) e, com o resultado do inquérito, o governo cria o PAISM, seguindo aos anseios já evidentes da população feminina. Porém, o programa criado pelo governo traz o Planejamento Familiar como a resposta do presidente da república, para os problemas decorrentes do crescimento populacional. Mas, o caráter “controlista” do programa gera críticas por parte do movimento de mulheres e de profissionais da saúde, que fazem com que o Ministério da Saúde incorpore as reivindicações da sociedade civil e reelabore sua política na área materno-infantil.<sup>10</sup>

O PAISM foi reivindicado pelas mulheres, o movimento feminista brasileiro participou de sua elaboração, e teve o apoio do governo, porém os benefícios ocorridos com a sua implantação são questionados por Portella<sup>12</sup> quando, no final dos anos 1990, por ocasião da expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), ela diz que o PAISM estava mais em processo de extinção do que de consolidação, tamanha a sua fragmentação, fragilidade e a baixa qualidade das poucas ações implementadas.

Serruya, Cecatti e Lago<sup>13</sup> afirmam que, quase duas décadas depois da implantação do PAISM, o desenvolvimento de suas atividades era diferenciado em todo o país. Isto reflete os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde e nos serviços que realizam o conjunto de atividades ditas do PAISM. Há também questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujos debates contribuíram para mudar os rumos da política de assistência à criança e a mulher, foi considerada um marco para as políticas de saúde no Brasil. Esta conferência elabora um novo conceito de saúde, em consonância com as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS). E, num sentido mais abrangente, caracteriza a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.<sup>14</sup>

A partir 8ª Conferência Nacional de Saúde, ficam consagrados novos direitos sociais e princípios da política social que alteram alguns pilares básicos do padrão anterior de Estado de Bem-Estar Social.<sup>7</sup>

Porém, o processo que culminou na realização desta conferência teve início na década de 1970, através de grupos de profissionais que se opunham às políticas do governo militar para o setor saúde, denominado “movimento sanitário”. Inicialmente foram realizadas pré-conferências estaduais que se constituíam de fóruns representativos de debates, em que eram produzidos relatórios que contribuíram como subsídios, para o debate nacional. Este último aconteceu de forma democrática, possibilitando que representantes da sociedade civil debatessem com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos.<sup>15</sup>

Ainda em relação à 8ª Conferência Nacional de Saúde, tem-se que destacar o debate democrático durante as conferências; a presença de diferentes representantes sociais; a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas; a garantia em seu relatório final, da separação da “saúde” e da “previdência social”, ficando a última responsável por ações de seguro social; a definição da gestão financeira dos setores envolvidos; o encaminhamento para buscar formas de garantir que a Constituição incluísse a saúde entre as questões de atenção prioritária; a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde; a responsabilidade federal com órgãos de pesquisa, de produção de imunobiológicos, de medicamentos e de equipamentos e, a formação de Conselhos de Saúde em níveis local,

municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade, dentre outros.<sup>14</sup>

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, em vários artigos discute, a responsabilidade social e financeira da saúde. Dentre as diferentes esferas de ações, oficializa a licença maternidade de quatro meses e a licença paternidade de cinco dias; coloca, dentre muitos direitos sociais, a proteção à maternidade; o cuidado com a saúde pública como responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como a defesa da saúde. Podemos destacar ainda, seu Art. 196 que diz: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.<sup>16</sup>

Anteriormente (1985), o movimento feminista articulou com o candidato da oposição à presidência, Tancredo Neves, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em esfera nacional. A parceria desse conselho com os conselhos estaduais e municipais e com o movimento de mulheres durante o processo constitucional, foi muito importante para a concretização das políticas de saúde da mulher, uma vez que 80% das propostas das mulheres foram incluídas na Constituição de 1988.<sup>4</sup>

Como exposto, com as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), política inovadora e ampla, que tem como objetivo descentralizar as ações e serviços de saúde. Porém, este programa não incorpora o PAISM, nas suas estratégias e princípios.<sup>7</sup>

Segundo Sorrentino,<sup>17</sup> a dificuldade do SUS incorporar o PAISM, se deve principalmente às dificuldades do Estado assumir temas como a contracepção e o aborto, como sendo de sua responsabilidade, e não da família.

Na publicação de Brasil,<sup>18</sup> novamente se confirma que são as mulheres, as principais usuárias do SUS, ou seja, dos serviços de saúde, pois são a maioria da população brasileira, representando 50,77% e, são elas que

buscam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas principalmente, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. São ainda as cuidadoras das crianças, da família, dos vizinhos e da comunidade. O caráter “cuidador” ou a responsabilidade depositada nas mulheres faz com que o conjunto de ações de assistência esteja voltado para elas, já que são as responsáveis pela criação dos filhos e manutenção da saúde da família e da comunidade e, são elas que, além de serem as principais usuárias dos serviços, se organizam para expor suas necessidades e reivindicar seus direitos.

A década de 1980 foi marcada pelas mudanças ocorridas na atenção à saúde da mulher e, por debates que por um lado, reconheciam o avanço da intenção social do estado pelos gastos e pela diversidade de programas sociais desenvolvidos. E, por outro, reconheciam os maus resultados da política social, quando avaliada em termos de sua capacidade de reduzir as desigualdades, a miséria e a pobreza.<sup>19</sup> E também, essas mudanças, não foram suficientes para melhorar o nível de satisfação da população em relação aos serviços de saúde, nem a qualidade da assistência.

Rosas<sup>20</sup> observa que o avanço tecnológico e científico da medicina não tem se mostrado suficientes para mudar os péssimos indicadores de saúde reprodutiva, e que, é necessário modificar o enfoque atual da assistência médica, e incluir em sua prática novos elementos que ofereçam suporte e respondam às necessidades e anseios das mulheres, buscando uma atenção mais humanizada e baseada no reconhecimento e respeito a seus direitos. Diz ainda que necessitamos considerar algo mais em nossa Arte, como nossas raízes humanitárias, tornando-nos agentes de mudanças na qualidade de vida das mulheres, facilitando e promovendo o exercício de seus direitos, destacando-se a informação e a educação.

Os péssimos indicadores que Rosas se refere, dizem respeito, dentre outros, a taxa de mortalidade materna que no Brasil, no ano de 2000 foi de 42,5 mortes de mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, para cada 100.000 nascidos vivos. Este valor é considerado alto segundo os parâmetros da OMS.<sup>21</sup> E, o índice de parto cesárea, também é considerado

elevado, uma vez que, em 2002 foi de 38,6% para cada 100 partos ocorridos, e a OMS recomenda 15%.<sup>22</sup>

Diante do descontentamento com relação à qualidade da assistência à saúde em geral, em particular da assistência à mulher, uma vez que o quantitativo dos números da esperada redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal não aconteceu, no final da década de 1990, o governo estabeleceu o conceito de humanização como princípio de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que culminaram na Política Nacional de Humanização (PNH).<sup>11</sup> Para subsidiar as ações dos profissionais de saúde foi elaborado o manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”; o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, buscando-se a formação das boas práticas baseadas em evidências científicas, na assistência obstétrica.<sup>23</sup>

O termo Humanização é questionado ao ser usado em ações que são desenvolvidas pelo ser humano, já que se recomenda humanizar uma atividade que o homem desenvolve para outro homem, conforme observa Minayo:<sup>24:4</sup> *“é preciso questionar se alguma coisa feita pelo ser humano, pode receber o nome de desumano”*.

Boaretto<sup>25:7</sup> corrobora com a ideia ao afirmar que:

*o termo humanização levanta polêmicas e resistências nas instituições de saúde sendo até mesmo negado pelos profissionais, visto que defender a humanização das práticas assistenciais significa que nós os humanos perdemos nossa humanidade.*

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000. É um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, e busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Busca ainda adotar medidas que



assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Bem como, uma intervenção através das ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes. Sua principal estratégia é assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.<sup>26</sup>

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi aprovado em março de 2004, na tentativa de reduzir a mortalidade materna e neonatal, considerada como um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. O Ministério da Saúde propôs sua criação por entender que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam executadas e respondam as reais necessidades locais da população. Dentre suas ações estratégicas, podemos destacar: parceria/co-responsabilidade com diferentes instituições; garantia de acolhimento nos serviços (parto é urgência prevista), evitando a peregrinação de gestantes em diferentes instituições à procura de vaga; expansão da atenção básica, promovendo a ampliação de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, vigilância à saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura; expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal; implementação de ações de concepção e contracepção. Podemos destacar ainda a qualificação da atenção ao parto e nascimento; adequação de hospitais de pequeno porte para assistência ao parto; apoio à criação de Centros de Parto Normal e adesão de gestões hospitalares dos critérios da Política Nacional de Humanização. Sobre a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento, o programa prevê definição e pactuação de critérios mínimos para o funcionamento de

maternidades; investimentos na qualificação de maternidades e hospitais que realizam partos e revisão e adequação do PHPN, bem como, apoio técnico das áreas de Saúde da Mulher e da Criança. Dentre as capacitações, propõe a formação de enfermeiras obstétricas, a qualificação de parteiras profissionais e doulas.<sup>27</sup>

Diferentes camadas da sociedade também se organizaram e participaram do movimento de busca da qualidade na assistência à saúde, dentre eles podemos destacar a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), organização não governamental, criada em 1993 por profissionais que buscavam modificar a assistência ao parto em geral e no âmbito da saúde pública. Esta Rede é em sua maioria composta por mulheres cujas profissões são gineco obstetras e enfermeiras, seguido por um número menos expressivo de psicólogos, psiquiatras, terapeutas corporais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas, e um número menor ainda de cientistas sociais, educadores, parteiras tradicionais e alguns técnicos e auxiliares de enfermagem. Tem como característica, a forte participação do movimento feminista, já que parte de suas associadas, também está ligada aquele movimento. Tem caráter autônomo e independente, bem como, a busca de um crescimento junto com o Estado e não contra Ele, além da preocupação com a interlocução entre o mundo alternativo com o campo biomédico, valorizando as evidências científicas e o caráter ecológico na busca de uma melhor assistência.<sup>28</sup>

Outra estratégia com vistas à redução da morbimortalidade materno fetal foi o investimento na formação do enfermeiro obstetra que busca retratar a experiência de países industrializados, onde as parteiras são os provedores de saúde primários de mulheres saudáveis durante o parto. Os resultados maternos e neonatais neste modelo de assistência são mais favoráveis, incluindo menores taxas de mortalidade perinatal e de cesariana, que nos países em que muitas mulheres saudáveis, ou a maioria delas, são atendidas por obstetras durante a gravidez. E as mulheres em trabalho de parto, quando acompanhadas por profissionais não médicos, necessitam de menos analgésicos, há menos intervenções e os resultados finais são

melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional.<sup>29, 30</sup> Em 1984 na Itália, onde os partos são acompanhados por obstetras, a taxa de mortalidade perinatal foi de 14,5/1.000 e, em países onde há uma atuação maior das obstetras, essa taxa foi menor: Holanda 10/1.000; Dinamarca 8,4; Finlândia 7,6 e Suécia 7,3.<sup>31</sup>

Riesco e Fonseca<sup>32:686</sup> completam a ideia ao afirmarem que,

*... a falta da parteira contribui para o aumento das taxas de cesarianas, pois não há quem controle o trabalho de parto para que ele evolua normalmente. Além disso, a parteira poderia ajudar a tornar o nascimento e o parto menos medicalizado, humanizar a assistência e auxiliar na extensão de cobertura à saúde do grupo materno infantil; a parteira, assumindo atribuições menos complexas na assistência obstétrica, liberaria o médico para realizar atividades especializadas e, recebendo remuneração menor que o médico, diminuiria os custos na prestação de serviços de saúde, tanto na rede pública, quanto na privada.*

Na década de 1990, é clara a falta desta profissional para atuar, como observam Maranhão et al.<sup>33:20</sup> “*existe uma deficiência de profissionais que atuam na área materno-infantil, dentre eles, enfermeiras obstetras e parteiras profissionais*”. Dias e Domingues<sup>34:702</sup> também confirmam a escassez desta profissional, quando em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) tentou implantar no âmbito do SUS, a assistência de enfermagem no pré-parto e parto, oferecendo uma assistência com o mínimo de intervenções e eles afirmam que “*não havia disponível no mercado de trabalho enfermeiras obstetras em número suficiente para que se pusesse em prática uma política de atuação destas profissionais na assistência ao parto de baixo risco*”.

Diante disto, a partir de 1999, percebeu-se um maior empenho em titular os profissionais. O Ministério da Saúde, Escolas de Enfermagem, instituições de saúde e a ABENFO evidaram esforços, buscando formar enfermeiras obstétricas. Com isto, estamos vivenciando um momento histórico e importante de resgate, formação e inserção da enfermeira obstétrica, com vislumbre de múltiplas possibilidades, especialmente de sistematização e consolidação da sua atuação na atenção ao parto e nascimento.

Além das dificuldades para a formação, a falta de profissionais qualificadas pode também ser uma repercussão da escassez de profissionais graduados em enfermagem. Recentemente a mídia escrita divulgou que há uma carência de várias categorias de profissionais da saúde, dentre elas de enfermeiros. O número de vagas para a área é de 350.000 profissionais, apesar de se observar um aumento da demanda por vagas, nas escolas de enfermagem.<sup>35</sup>

E, a escassez de profissionais relatada, pode ser compreendida através da história da formação das obstetrites e especialistas em enfermagem obstétrica no Brasil, que passaremos a descrever.

### **O ensino formal das obstetrizes e enfermeiras obstétricas no Brasil**

O ensino da enfermagem no Brasil teve início em 1890, com a criação no Rio de Janeiro, da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, no Hospício Nacional dos Alienados. No início do século XX foram criadas escolas particulares e públicas em vários estados brasileiros, dentre elas destaca-se a Escola Dona Anna Nery, também no Rio de Janeiro, referência na área. Já o ensino de parteiras, teve início no século XIX e se estendeu até meados do século XX (1832 a 1949), quando as parteiras práticas começaram a ter uma educação formal junto às escolas médicas. A legislação do ensino destas parteiras estava contida na legislação do ensino da medicina. Em 1920 essas parteiras foram denominadas de Enfermeiras Especializadas e, em 1922, na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, usou-se pela primeira vez o título de Obstetrix para designar as profissionais formadas no Curso de Obstetrícia. Essa nova denominação separou as obstetrizes das demais categorias: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático ou prático de enfermagem e parteira prática. Em 1955, o termo foi usado em texto legal, regulamentando o exercício profissional.<sup>36</sup>

Desde o final do século XIX, médicos brasileiros propunham a associação entre as profissionais enfermeiras e as profissionais com formação de parteira. No início do século XX (1925), há a extinção dos cursos de parteiras e a criação dos cursos de Enfermagem de Maternidade, anexos às faculdades de medicina, que em 1931 foram denominadas de Escolas de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, tendo seu currículo direcionado ao ensino da enfermagem. Em 1939 é criado, em São Paulo, o curso de Enfermagem Obstétrica, anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, que exigia como pré-requisito para seu ingresso, somente o primário e formou uma única turma. Diante da precária formação neste curso, seu responsável, o médico Álvaro Guimarães Filho, propõe a criação da Especialização em Enfermagem Obstétrica e, em 1949, as escolas de enfermagem passaram a formar Enfermeiras Obstetras, criando-se com isto, duas categorias profissionais: as enfermeiras obstetras formadas pelas

escolas de enfermagem e as obstetrias pelas escolas de medicina. Estas duas categorias disputavam a assistência ao parto, de forma não muito pacífica e as enfermeiras obstétricas não aceitavam as parteiras formadas pelos médicos e ainda lutavam pelo reconhecimento da sua formação como uma especialidade da enfermagem.<sup>36</sup> Segundo Tyrrell e Santos,<sup>37</sup> com a criação da Lei do Ensino de Enfermagem, nº 755/49 que permitia essa formação também às escolas de enfermagem, criou-se um conflito e outro espaço de luta entre obstetrias, parteiras, enfermeiras obstetras e médicos obstetras.

Na década de 1950, a Associação das Enfermeiras Obstetras do Brasil consultou o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina sobre a possibilidade das enfermeiras obstetras, portadoras de título de especialista expedido pelos cursos de Enfermagem Obstétrica das Faculdades de Medicina, atuarem como Obstetrias, atendendo a Lei nº 2.604. (Anexo 1). Prontamente o diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina respondeu afirmativamente, uma vez que o diploma fosse reconhecido pelo governo e o respectivo título tivesse sido registrado na Diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura. (Anexo 2).

Na década de 1960 o Conselho Federal de Educação propõe uma conciliação entre as duas categorias e estabelece sua articulação entre o curso de obstetrícia com o de enfermagem. Fixa em três anos a duração dos cursos de obstetrícia e o novo currículo para a enfermagem passa a ser composto por um tronco comum, com duração de 2 (dois) anos, e um ano diversificado, caracterizado como especialidade.<sup>36</sup>

No início da década de 1970, com a reformulação das universidades brasileiras, os cursos de Enfermagem e de Obstetrícia foram fundidos, uma vez que foi vedada a formação diferente, para fins idênticos ou equivalentes.<sup>36</sup> Em 1971 o Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da USP, último na modalidade de formação direta, foi integrado à EEUSP.<sup>38</sup>

O novo curso de enfermagem passou a ser constituído de 3 fases: pré-profissional, tronco profissional comum (Graduação Enfermagem) e habilitações. Com esta mudança, somente as Escolas de Enfermagem

titulavam as profissionais e todos os seus graduados eram formados no curso de “Enfermagem e Obstetrícia”, independentemente de terem cumprido as 500 horas de habilitação em obstetrícia. Em 1986 as habilitações são extintas e, em 1994, há nova modificação no currículo mínimo da enfermagem, passando seus graduados a receber o diploma de “Enfermeiros”.<sup>36</sup>

Por ocasião da criação das habilitações há um desinteresse tanto por parte dos alunos em se habilitarem, quanto das escolas em oferecer a habilitação em obstetrícia, uma vez que a demanda era pequena e, cada vez menor, a atuação desta profissional na assistência ao parto.<sup>36, 39</sup>

Paralelamente às mudanças na assistência e no ensino da enfermagem, é publicado um Decreto Lei Federal 94.406/1987 regulamentando o exercício profissional da categoria. Seu Art. 8º incumbe ao enfermeiro...: II- como integrante da equipe de saúde: h - prestação de assistência a gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; j - acompanhamento da evolução de trabalho de parto; l - execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distócia. Essa mesma lei, em seu Art. 9º, regulamenta o exercício das profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetiz ou de Enfermeira Obstétrica que, além das atividades que trata o artigo precedente, as incumbe: I) prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; II) identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; III) realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.<sup>40</sup>

A partir de 1998, o Ministério da Saúde cria normas para a criação de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica<sup>41</sup> e financia 55 cursos desta especialidade em todo o Brasil, capacitando 854 profissionais.<sup>42</sup>

Paralelamente aos cursos financiados pelo Ministério da Saúde, Escolas de Enfermagem ofereceram cursos de especialização auto-financiados, alguns na modalidade de residência e, segundo a REUNA, em 2007, existiam 6.000 enfermeiras obstetras no Brasil.<sup>43</sup>

Buscando regularizar a situação de enfermeiras graduadas que tinham conhecimento teórico e prático em áreas específicas, e não eram tituladas, a ABENFO Nacional concedeu título de especialista em Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal a candidatos que comprovassem ter no mínimo 05 anos de experiência na área do concurso. Para se candidatar à prova de título o interessado deveria atender às seguintes exigências: apresentar documentos comprobatórios originais da instituição de trabalho, com assinatura e carimbo da chefia imediata e de seu respectivo conselho profissional; comprovar efetiva atuação na realização de no mínimo 20 partos sem distócia, no caso de candidato a Título de Especialista em Enfermagem Obstétrica; estar inscrito há pelo menos 05 anos no Conselho Regional de Enfermagem e em pleno gozo de seus direitos; estar associado e em dia com a anuidade da ABENFO e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). O concurso foi realizado entre os anos de 1998 e 2004, no Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn) e Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), e constava de prova de títulos com base no *Curriculum vitae* e prova escrita. Em 2005, a prova foi oferecida porém, não houve nenhum inscrito.<sup>44</sup>

Em 2005, iniciou na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo – USP, o primeiro Bacharelado em Obstetriz, profissão extinta por ocasião da fusão dos cursos de enfermagem. Este curso tem duração de 04 (quatro) anos, e é oferecido com 60 vagas que são ocupadas após aprovação no vestibular.<sup>45</sup> Têm como objetivos: estabelecer e desenvolver uma modalidade de formação e qualificação de profissionais vinculada a realidades locais, buscando produzir impacto na qualidade à saúde da mulher e sua família na região; que a profissional, integrada a equipe de saúde, e atuando de forma autônoma, seja um importante recurso para prover cuidados de saúde às gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e familiares, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais e socioculturais e; fazer com que a obstetriz tenha perfil e competência para participar ativamente das transformações no quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal.<sup>45, 46</sup>



Com a criação do Curso de Obstetrícia retorna a formação de duas categorias profissionais: especialistas em enfermagem obstétricas e obstetrites. Iniciou-se também, por ocasião da formatura da primeira turma de obstetrites (dez. 2009), um conflito da categoria, uma vez que o COREN-SP não aceitou a inscrição dos profissionais obstetrites. Diante da impossibilidade de se inscrever no COREN, os profissionais Obstetrites entraram com uma liminar na Justiça, solicitando sua inscrição naquele órgão, e assim poderem exercer a profissão. O juiz determinou a inscrição, porém, começa a desenhar mais um capítulo de conflitos na história das enfermeiras obstétricas e obstetrites.

### **A atuação da enfermeira obstétrica em Belo Horizonte - Minas Gerais**

No Brasil vivemos situações distintas em relação à assistência ao parto por enfermeiras obstetras e obstetrizes. Em alguns estados, o espaço está sendo conquistado e, em outros, ainda é totalmente cerceado. Tal situação agrava-se com a ausência ou número insuficiente de enfermeiras obstétricas para atuar e lutar pelo seu espaço, conforme observa Bruggemann<sup>47:1</sup> “*a participação das obstetrizes ou enfermeiras obstétricas na assistência ao parto está diretamente relacionada ao número de especialistas existentes nas diferentes regiões do País*” e, a maioria das escolas que oferecem o curso de especialização está concentrada na Região Sudeste.

A citação acima confirma os dados encontrados na literatura e contribui para incentivar a pesquisadora a ilustrar os fatos, com a sua vivência na assistência ao parto e como coordenadora e docente de cursos de especialização em enfermagem obstétrica.

Em Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, localizado na Região Sudeste do país, o espaço para estas profissionais atuarem acontece diferentemente. Em algumas instituições, a assistência ao parto é atividade única e exclusiva do médico; em outras, alguns médicos obstetras conhecendo a atuação das enfermeiras obstetras, permitem que estas assistam ao parto em seus plantões e, há uma em que, a assistência ao parto normal é atividade exclusiva da enfermeira obstétrica.

Na maternidade do Hospital Universitário Rizoleta Tolentino Neves, que é campo de ensino clínico de diferentes cursos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), alunos da disciplina Enfermagem da Mulher e do Recém Nascido do Curso de Enfermagem e, alunos do 10º período do Curso de Medicina e residentes do primeiro ano deste mesmo curso, desenvolvem o ensino clínico. Porém, no atendimento ao parto, os residentes têm prioridade e, as enfermeiras obstétricas com frequência acompanham os procedimentos realizados por eles. A maternidade atende uma média de 260 partos por mês, tem uma taxa de partos cesárea de 23% e, 38% dos partos normais são assistidos por enfermeiras obstétricas. Possui 2 consultórios para admissão; 2 leitos de pré-parto e três para

trabalho de parto, parto e puerpério (PPP); uma sala para partos cesárea; uma sala para procedimentos ginecológicos como curetagem; berçário com 5 leitos e 28 de alojamento conjunto. A enfermeira obstétrica é um membro do quadro profissional, estando presente em todos os plantões. Permite um acompanhante de escolha da cliente e dá suporte (alimentação, banheiro, roupa) a ele durante toda a permanência da cliente na maternidade.<sup>48</sup>

Diferentemente das demais instituições, temos a Fundação de Assistência Integral a Saúde – Hospital Sofia Feldman que, conforme dito anteriormente, desde a sua fundação, os partos normais sem distócia são assistidos pela Enfermeira Obstétrica.

O HSF está localizado na regional Norte de Belo Horizonte, atende a uma população de aproximadamente 500.000 habitantes, dos distritos sanitários Norte, Nordeste e parte de Venda Nova. Tem hoje 162 leitos instalados, sendo 85 da clínica obstétrica (quatro de pré-parto, 33 de alojamento conjunto e 8 do hospital dia), três destinados à cirurgia ginecológica, 30 de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) Neonatal, 36 para a UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) para recém-nascidos, dois de UTI Infantil, um de clínica pediátrica, dois de clínica médica e três de clínica cirúrgica.<sup>49</sup> Em 2007 assistiu a 10.100 partos, destes, 7.572 foram normais e, 93,4%, assistidos por enfermeiras obstetras. A taxa de cesárea foi de 24,4%. A enfermeira obstetra é também responsável pelo Centro de Parto Normal, que possui 5 apartamentos e atende uma média de 100 partos por mês e o pré-natal de risco habitual. Outras atividades como a neonatologia, ambulatório dia, assistência ao planejamento familiar, dentre outras, também têm a presença ativa e marcante da enfermeira. Hoje, a instituição emprega 56 enfermeiras, e destas, 33 são especialistas em enfermagem obstétrica.<sup>50</sup>

Reafirma-se aqui a importância do HSF para a formação do enfermeiro. Desde sua fundação, mostrou-se um importante campo de ensino clínico da disciplina Enfermagem da Mulher e do Recém Nascido, da EEUFMG. Os alunos desta disciplina se sentem estimulados pela atuação e autonomia do enfermeiro, ficando assim, incentivados com a profissão. Nos últimos anos, além de graduandos da EEUFMG, o Hospital abriu espaço para outros

Cursos de Graduação em Enfermagem, confirmando o seu papel formador, com um excelente campo para a enfermagem obstétrica e neonatal.

Não se pode deixar de mencionar que, se por um lado, temos bons espaços de atuação da enfermeira obstétrica em Minas Gerais, por outro, ainda vivemos retrocessos e retaliações, como aconteceu recentemente com a Casa de Parto de Juiz de Fora, que foi fechada por diversos interesses, especialmente de cunho político. Hoje, as enfermeiras obstetras, com apoio da ABENFO-MG e de outros setores da sociedade, lutam pela sua reabertura, junto às instituições federais.

Vivenciando este momento histórico de formação da enfermeira obstétrica, dos movimentos políticos de inserção destas profissionais na assistência ao parto e, simultaneamente, assistindo às retaliações à sua atuação, senti necessidade de conhecer como outras pessoas de diferentes instituições e regiões do país, têm vivenciado estas mudanças e desafios. Para isto, serão entrevistadas profissionais que têm se destacado no cenário nacional, por terem participado ou por participarem ativamente do processo de resgate, formação e inserção destas profissionais na assistência ao parto; na elaboração das políticas governamentais que envolvem estas profissionais; na reativação da ABENFO Nacional e Seccionais e, que acreditam e lutam pelo trabalho das enfermeiras obstétricas.

Acredito que no relato da vivência destas pessoas no contexto da realidade brasileira, será possível “criar” parte da memória da enfermagem obstétrica, apreender como tem se dado a formação e inserção destas profissionais nas diferentes regiões do país, conhecer como têm sido abordados os desafios para sua formação, levantar qual a contribuição das políticas criadas pelo Ministério da Saúde para a atuação destas profissionais. Estes relatos poderão ainda trazer contribuições para o crescimento da classe, mostrar o que se vislumbra para estas profissionais e identificar caminhos para as mudanças necessárias dos paradigmas, obtendo-se assim, meios de resgatar, formar e inserir estas profissionais em uma equipe multiprofissional.

## 3-Objetivo

**OBJETIVO**

Conhecer o processo de resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência à mulher no período reprodutivo, dentro do contexto da realidade brasileira.

## **4-Referencial teórico metodológico**

## REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Diante dos questionamentos de como tem se dado a formação e reinserção da Enfermeira Obstétrica na assistência ao parto normal sem distócia, e quais são os fatores que concorreram para o processo, neste momento de valorização da enfermagem obstétrica, optou-se por uma investigação qualitativa. Acreditamos que este tipo de investigação é mais adequado para buscar compreender este processo, a partir das narrativas dos sujeitos que o vivenciaram.

A pesquisa qualitativa se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.<sup>51</sup>

Este tipo de pesquisa contribui para a compreensão holística do homem, oferece oportunidade de discussão de temas que devem ser explorados de modo profundo, abre novos horizontes levando a uma reflexão e a compreensão do ser enfermeira, e propicia o desenvolvimento da enfermagem como ciência e profissão.<sup>52</sup>

Dentre as metodologias qualitativas, optou-se pela História Oral pois, segundo Meihy,<sup>53</sup> implica na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. Este método possibilita a compreensão de como indivíduos experimentam e interpretam acontecimentos, situações e modos de vida de um grupo ou da sociedade em geral, e consiste em realizar entrevistas gravadas com pessoas que podem testemunhar sobre acontecimentos, conjunturas, instituições, modos de vida ou outros aspectos da história contemporânea.<sup>54</sup>

A História Oral desenvolveu-se inicialmente após a II Guerra Mundial e se deu através da combinação dos avanços tecnológicos (invenção do gravador) e, das necessidades de se conhecer as experiências vividas por ex-combatentes, familiares e vítimas da guerra, por meio dos relatos orais. A partir de então, esta metodologia foi utilizada em diferentes países e em diferentes situações, sempre se buscando construir a história de um país, de



uma determinada população ou situação, através da narrativa do seu povo ou das pessoas envolvidas.<sup>55</sup>

História oral implica uma construção histórica da experiência pessoal, a qual deve ser valorizada, exatamente porque representa a dimensão cotidiana do fazer histórico.<sup>56</sup>

Para Lozano<sup>57</sup> fazer história oral significa produzir conhecimentos históricos e científicos, e não simplesmente fazer um relato ordenado da vida e da experiência dos “outros”. Diferentemente do historiador, que trabalha com uma documentação que não foi escrita para a história, mas que ele encontrou totalmente construída.

Neste processo de investigação, o pesquisador está no campo para ouvir e nunca expressar ideias próprias. O diálogo entre o pesquisador e o entrevistado se transforma em dois monólogos em que os informantes fornecem fatos brutos, e o pesquisador supri um monólogo de ideias sofisticadas. O entrevistador deve ter habilidade para induzir o narrador a abrir e revelar camadas menos facilmente acessíveis de conhecimento pessoal de crenças e experiências. Observa ainda que, as *“fontes orais contam-nos não apenas o que o povo fez, mas seus anseios, o que acreditavam estar fazendo ou que fizeram. Fontes orais podem não adicionar muito ao que sabemos, mas contam-nos bastante sobre seus custos psicológicos”*.<sup>58:3</sup>

Para Alberti<sup>59</sup> entrevistar pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, é uma forma de se aproximar do objeto de estudo. Meihy<sup>53</sup> observa que esta metodologia se preocupa com as versões individuais sobre cada fenômeno. Cada entrevista, depoimento, tem um valor em si, ou seja, uma ou algumas entrevistas, não representam um conjunto mas, se justifica em razão da soma de argumentos que caracterizam a experiência em conjunto.

Permite investigar uma situação, na tentativa de analisar a interação de variáveis, que levam a compreensão e classificação de experiências vivenciadas por um grupo social, de determinada situação específica, a partir de relatos orais. Neste tipo de pesquisa, pode-se utilizar além das

entrevistas, documentos, imagens, objetos, dentre outros, da época e situação que se deseja investigar.<sup>54</sup>

Segundo Brêtas,<sup>60</sup> a História Oral pode apresentar-se de três formas distintas: História oral de vida; História oral temática e Tradição oral; e, acontece em dois tempos dependentes e interligados: o tempo da constituição de um documento, que é obtido por meio de entrevistas, competindo ao pesquisador escolher quem será entrevistado e o que perguntar e, o tempo da análise do produto obtido.

Como o presente estudo investigou, na vivência de pessoas que participaram ou estão participando da formação e inserção da enfermeira obstétrica, neste cenário e de mudança de modelo de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como as medidas adotadas para o enfrentamento da situação, optou-se por utilizar a História Oral Temática.

Na “História oral temática, a entrevista tem caráter temático e é realizada com um grupo de pessoas sobre um assunto específico. Essa entrevista – que tem característica de um depoimento, - não abrange necessariamente a totalidade da existência do informante”, porém permite resgatar o indivíduo como sujeito no processo histórico.<sup>61:21</sup>

Para o desenvolvimento do trabalho, o pesquisador deve inicialmente fazer um estudo do assunto a ser pesquisado e, no momento das entrevistas, deve ser o responsável tanto pela realização, quanto pela transcrição das mesmas. Na realização das entrevistas, o pesquisador deve ouvir desarmadamente as narrativas, que retratam não apenas a experiência dos narradores, mas também a de outros que co-habitam em suas memórias. A transcrição pelo próprio entrevistador evita erros de interpretação dos sons, silêncios, ênfase fonética, entre outras imagens simbólicas, que podem estar presentes no processo das entrevistas, pois, a transcrição é fruto das percepções do pesquisador. Isto leva a uma fidedignidade maior dos fatos, uma vez que, a simples utilização de fontes orais em um trabalho, não é suficiente para conferir-lhe a denominação de História Oral.<sup>60</sup>

Meihy<sup>53</sup> e Freitas<sup>61</sup> também afirmam que esta metodologia é um conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto, continua

com a definição do grupo de pessoas a serem entrevistadas, o planejamento e a condução das entrevistas, a transcrição dos depoimentos, a conferência dos mesmos, autorização para utilização dos dados, arquivamento, publicação dos resultados, bem como a postura ética durante todo o processo.

O projeto e o questionário são importantes para o desenvolvimento da investigação. O projeto orienta as escolhas, especifica as condutas e qualifica os procedimentos metodológicos, direciona as entrevistas, evitando que os problemas a serem investigados fiquem sem respostas. Ele deve ser visto como referência, deve orientar o andamento do trabalho e dialogar constantemente com o que foi proposto. E, como a história oral temática se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre algum evento definido, sendo mais objetiva por isso, o questionário é peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados.<sup>53</sup>

O tema escolhido para o trabalho deve ter importância histórica e, as pessoas eleitas para serem entrevistadas, não são todas definidas logo no início, pois, muitas vezes, um depoente leva o entrevistador a descoberta de outros, ou mesmo indica outro nome que considera importante ser entrevistado, dentro daquela temática. Nesta metodologia, a qualidade das entrevistas é mais importante que a quantidade das mesmas.<sup>61</sup> Porém, cabe ao autor do trabalho avaliar a pertinência de se entrevistar ou não a pessoa indicada, evitando-se colher depoimentos de pessoas que não sejam essenciais ao projeto, para isto, observa-se sua utilidade, se ela se encaixa nos critérios estabelecidos.<sup>53</sup>

Teles<sup>62</sup> observa que a entrevista é parte central da História Oral, e recomenda seguir as seguintes etapas: realização do projeto de pesquisa, quando se define e problematiza o objeto; definição de critérios de escolha dos entrevistados; preparação de roteiros flexíveis e adequados à linguagem do entrevistado. Deve, se possível, ser realizada por dois pesquisadores, após estabelecerem uma relação de confiança com o entrevistado.

Durante a realização da entrevista, não se deve interromper o colaborador, porém, a mesma não deve ultrapassar duas horas e, deve-se manter um

equilíbrio de duração entre as diferentes entrevistas. Caso seja necessário, deve-se marcar um novo dia para continuar ou para colher novos dados que se fizerem necessários. Ainda durante a entrevista, não se deve fazer julgamento de valor e demonstrar desinteresse. Caso o entrevistado se distancie muito da questão em pauta, deve-se aproveitar uma pausa e, com muito jeito retornar o entrevistado ao assunto da entrevista.<sup>61</sup> No caso de entrevistas temáticas, Meihy<sup>53</sup> recomenda uma prudente brevidade na duração das mesmas, posto que se objetiva algo específico.

Apesar do entrevistador não interferir nas entrevistas, ele deve conhecer o assunto para ficar mais à vontade; precisa saber conduzir a sua entrevista, para as questões mais importantes a serem perguntadas e, até onde deve conduzi-la. Para tal, deve lançar mão do roteiro de entrevista, ao constar que o objetivo foi atingido. Porém, não deve utilizar perguntas que gerem respostas fechadas, nem deve ser rígido no momento de utilizá-lo. O roteiro, se utilizado em todas as entrevistas, tende a garantir certa unidade nos documentos produzidos.<sup>61</sup>

Segundo Minayo<sup>63</sup> o roteiro na pesquisa qualitativa tem como finalidade ampliar o âmbito da entrevista, sugerir aprofundamentos e demarcar o assunto. Tourtier-Bonazzi<sup>64</sup> completa afirmando que o roteiro contribui para que o entrevistador não se afaste do tema, porém se a entrevista for bem encaminhada, chegará um momento em que as perguntas não serão necessárias.

Para contribuir na fluência das mesmas, pode-se utilizar além das perguntas do roteiro, o diálogo-eco, que consiste no entrevistador repetir a última frase do narrador, quando este pede incentivo; o entrevistador deve ainda demonstrar cumplicidade no olhar, nos gestos, no comportamento como um todo. Estes procedimentos contribuem para a entrevista se tornar mais descontraída.<sup>56</sup>

Freitas<sup>61</sup> observa que o entrevistador não é passivo nem neutro, na medida em que, com suas perguntas, ele participa e dirige o processo da entrevista, prepara o roteiro, seleciona as perguntas e introduz questões e temas a

serem abordados pelo entrevistado. Ao mesmo tempo, Voldman<sup>65:263</sup> afirma que “Aquele que conduz a entrevista se anula diante dela”.

Para Freitas,<sup>61:68</sup> “O essencial consiste em aprender a detectar o que não se está dizendo e levar em consideração o significado dos silêncios durante a entrevista”. E, as entrevistas deverão ser realizadas até se constatar a repetição nas falas, conforme observa Meihy,<sup>53:39</sup> “... o argumento decisivo para manter o limite do número de entrevistas remete à utilização e ao aproveitamento delas. Na medida em que os argumentos começam a ficar repetitivos, deve-se parar”.

Após a realização das entrevistas, deve-se realizar a transcrição, textualização e transcrição das mesmas,<sup>66</sup> e deve-se evitar o acúmulo de gravações e a demora entre a realização da entrevista e a transcrição da mesma.<sup>53</sup> A transcrição deverá ser feita na íntegra, pelo próprio entrevistador e, após a conferência, pode-se suprir das transcrições as redundâncias e os vícios de linguagem. A redação final da entrevista deve ser encaminhada para a pessoa entrevistada, para sua aprovação.<sup>61, 64</sup>

A fidedignidade da transcrição e o trabalho do texto (reorganização dos relatos) são muito importantes. O historiador tem que ser fiel à entrevista porque a fita gravada é documento histórico que pode ser usado por outros historiadores.<sup>61</sup> Para Meihy<sup>53</sup> a correção do texto da entrevista, retirando-se os excessos de vício da fala, visa facilitar a leitura, porém tem-se que manter o sentido intencional dado pelo narrador.

É recomendado ainda, a utilização de um “diário de campo”, no qual é registrado o andamento do projeto e das entrevistas. Ele deve funcionar como um diário, onde se registra os contatos, as etapas para chegar à pessoa a ser entrevistada, como a entrevista ocorreu, gravação, eventuais incidentes de percurso, dentre outros. Deve-se registrar também as impressões do entrevistador.<sup>53</sup>

Santos<sup>56:128</sup> sugere que a análise seja feita a partir das palavras-chave, pontos, assuntos comuns, retirados das entrevistas. “Tais palavras indicam os principais temas dos depoimentos, tanto pela frequência com que são empregados, quanto pela força expressiva dos acontecimentos e opiniões

mais importantes”. A seguir realiza-se o agrupamento das falas comuns, que se repetem nos discursos. A partir desta “união”, buscar-se-á a compreensão das falas dos sujeitos, com o intuito de esclarecer os objetivos propostos.

Diante do exposto, acredita-se que por meio dos depoimentos dos entrevistados, nos relatos de suas experiências e de suas percepções da formação e atuação de enfermeiros obstetras, será possível apreender o objeto de estudo deste trabalho. Pois, segundo Meihy,<sup>53:13</sup>

... a história oral implica a percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado. A presença do passado no presente imediato das pessoas é razão de ser da história oral. Nessa medida, a história oral não só oferece uma mudança para o conceito de história, mas, mais que isso, garante sentido social à vida de depoentes e leitores que passam a entender a seqüência histórica e sentir-se parte do contexto em que vivem.

## **5- Procedimientos metodológicos**

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### **Sujeitos da pesquisa:**

Os sujeitos deste estudo são profissionais que se destacaram por participarem ativamente do processo de formação e inserção de especialistas em enfermagem obstétrica na assistência ao parto. Elas são coordenadoras ou docentes de cursos de especialização em enfermagem obstétrica; participaram da elaboração das políticas do Ministério da Saúde para a formação e inserção destas profissionais na assistência à mulher no período reprodutivo; atuaram na reativação da ABENFO Nacional e na criação das Seccionais, ou ocupam posição de destaque neste órgão, além de acreditarem e lutarem pelo trabalho da enfermeira obstétrica.

Para iniciar as entrevistas, foram escolhidas quatro profissionais que atendiam as características descritas acima e, conforme recomenda a História Oral, no final de cada entrevista, foi solicitado a entrevistada a indicação de nomes de profissionais que encaixavam nos critérios dos sujeitos. Cada nome sugerido foi levado à orientadora, feito uma avaliação da pertinência da indicação, e a realização ou não da entrevista.

O primeiro contato com os sujeitos foi feito pessoalmente ou por e-mail e, quando necessário, a pesquisadora retornava por telefone, principalmente para confirmar o local e horário da entrevista. Nesse contato era explicado sobre a pesquisa e apresentado o roteiro para que a entrevistada se aproximasse do assunto a ser tratado. Foram entrevistadas 11 (onze) pessoas dos estados do Acre, Bahia, Brasília, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Santa Catarina.

Todas as entrevistas foram realizadas pessoalmente, apesar de a Banca de Qualificação ter sugerido que, se necessário, se usasse tecnologias com apoio da internet como a vídeo conferência, MSN e Skype.



**Local de realização das entrevistas:**

Apesar dos atores deste estudo serem de diferentes estados brasileiros, todas as entrevistas foram realizadas na Região Sudeste, aproveitando-se viagens destas profissionais por ocasião de congressos, fóruns, bancas examinadoras e reuniões de trabalho.

A realização das entrevistas se deu no local mais conveniente para a entrevistada e em seguida para a pesquisadora, já que me deslocava para realizar as entrevistas. Durante o agendamento, respeitei a data e horário mais conveniente para as entrevistadas, apesar de perceber que elas também buscaram um horário conveniente para meu deslocamento. Saliento que a necessidade de me deslocar para realizar as entrevistas não foi critério de exclusão de nenhuma entrevistada.

A realização de várias entrevistas no quarto do hotel, facilitou sua concretização, por ser um local tranquilo, silencioso e sem interrupções. Para a realização das demais, buscou-se locais com pouca ou nenhuma interferência e barulho.

**Coleta, registro e organização dos dados.**

Todas as entrevistas foram gravadas com a permissão das entrevistadas. E, seguindo as recomendações da metodologia, foi utilizado um roteiro (Anexo 3) previamente testado, para facilitar a realização das entrevistas, garantir que o assunto em pauta fosse abordado e evitar que os relatos se desviassem do objetivo. Para facilitar este trabalho, além de ler o roteiro com as entrevistadas, deixava-o disponível para que elas pudessem consultá-lo, sempre que achassem necessário.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, o mais próximo possível da sua realização. Posteriormente foi feita a transcrição do texto, conforme prevê a metodologia, para excluir vícios da linguagem oral, retirar as falas repetidas e facilitar a leitura.

A redação final da transcrição dos discursos foi devolvida às colaboradoras, para confirmação dos dados. As informações foram armazenadas em meu

computador pessoal, não sendo disponível consulta das informações a terceiros e, as gravações permanecerão sob meu poder por no mínimo cinco anos.

Os procedimentos acima e a informação de que os dados das entrevistas serão utilizadas somente para fins científicos, sendo o nome das entrevistadas mantido em sigilo, se assim o desejarem, foram esclarecidos às participantes.

#### **Procedimentos ético legais:**

Atendendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi encaminhado ao Conselho de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Em agosto de 2008 foi aprovado com registro: Ref.: Processo nº 755/2008/CEP-EEUSP.

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os procedimentos éticos e legais e, antes de concederem a entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com a entrevistada. (Anexo 4).

#### **Análise dos dados:**

A análise dos dados começou com a transcrição das fitas porém, durante entrevistas, já foi possível associar algumas falas. Durante a transcrição, transporte as percepções observadas durante as entrevistas para a escrita, tentando manter a fidedignidade dos relatos. Neste momento, conforme recomendam Meihy e Holanda,<sup>67</sup> procurei integrar nos discursos, os gestos, expressões faciais, pausas e interjeições, que não tem registros verbais garantidos nas gravações, para dar a dimensão física do que foi expresso nas entrevistas.

A compreensão prosseguiu na textualização, transcrição, nas várias leituras das entrevistas e retorno às gravações, para melhor entender a entonação e conseqüente importância do assunto para a entrevistada.

Durante as leituras buscamos a convergência das falas, as palavras-chave, pontos comuns e, a repetição dos assuntos que indicavam os temas dos depoimentos. Inicialmente, as falas foram convergidas em quatro grandes categorias, a primeira abordava a história dos sujeitos e da enfermagem obstétrica, a segunda os fatores facilitadores para a formação e inserção das enfermeiras obstétricas, a terceira os fatores dificultadores para a formação e inserção das profissionais, e a última, os desafios a serem percorridos.

Algumas falas levaram a compreensão de fatos, que não fazem parte do objetivo proposto, mas contribuíram para melhor compreensão do estudo. Isto é visto na categoria em que é abordada a história da enfermagem obstétrica, a partir das mudanças na assistência ao parto e no interesse das entrevistadas pela enfermagem obstétrica, e também, quando abordaram a criação do Curso de Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades - USP.

Após a imersão nestas categorias, diálogos com a orientadora e aprofundar nos assuntos, chegamos à categorização apresentada no quadro a seguir, e que será detalhada após a apresentação dos sujeitos e suas entrevistas.

<b>Atores e a história</b>	
A história dos atores	A história da profissão

<b>Coadjuvantes das Mudanças no Contexto do Ensino e da Prática</b>		
Mudanças no contexto do ensino	Mudanças no contexto da prática	Mudanças que envolvem o ensino e a prática

<b>Barreiras para a formação profissional e para a prática da assistência</b>				
Barreiras para a formação	Barreiras para o desenvolvimento da prática	Inconsistência Política	O ser enfermeira obstétrica/enfermeira	Outras interferências

<b>Desafios</b>			
Empoderamento	Sensibilização	Qualificação	Transformar e ocupar os espaços de atuação
Parcerias	Continuidade do trabalho	Promover a profissão	Outras lutas

## 6- Entrevistas

## ENTREVISTAS

O momento de coleta dos dados foi muito prazeroso e, o empenho e receptividade das entrevistadas contribuíram para tornar este momento mais fácil, apesar das viagens que foram necessárias para sua concretização.

Durante as entrevistas foi solicitado também, que as entrevistadas falassem um pouco da sua trajetória profissional, caso não o tenham feito espontaneamente, para que junto com as informações extraídas do *Curriculum lattes*, fossem apresentadas neste estudo. As informações apresentadas, fazem referência principalmente, às atividades que dizem respeito ao objetivo deste trabalho.

Após a realização da 11ª entrevista, conversei com minha orientadora e ponderamos sobre a convergência das falas, concluímos que poderíamos dar por encerrada esta etapa do trabalho. Ainda visando certificar-me se era realmente o momento de parar com as entrevistas, questionei a orientadora sobre alguns nomes que haviam sido indicados e que considerava importantes. Além de ponderar novamente sobre a convergência constatada, ela muito sábia e experientemente respondeu-me que não conseguiria esgotar o assunto em uma pesquisa. Neste momento me convenci que deveria envidar esforços para a fase de compreensão das falas.

Diante disto, apresentaremos a seguir os sujeitos, um breve relato do diário de campo e as entrevistas.

### **Entrevistada 01: M.R.C.L.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Especialista em Enfermagem Obstétrica; Mestrado; Doutoranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO dentre outros:** Presidenta ABENFO Minas Gerais; Membro ABENFO Nacional; Membro da Comissão Perinatal – Prefeitura de Belo Horizonte;

Docente Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica;  
Coordenadora de Curso de Graduação em Enfermagem.

O primeiro contato com M. foi realizado por e-mail e posteriormente, outros se seguiram por celular. A entrevista foi realizada como piloto, e inserida no trabalho, uma vez que atendia aos critérios do mesmo.

Após alguns telefonemas, a entrevista foi agendada para a residência da entrevistada, em um final de tarde. Na data e hora marcada M. me recebeu prontamente, nos dirigimos para uma copa próxima à cozinha e nos sentamos na mesa. Expliquei sobre a pesquisa, lemos o roteiro juntas e M. começou a falar. Em determinado momento da entrevista, perguntou-me que mais gostaria que abordasse, retornamos novamente ao roteiro e ela continuou falando. M. me pareceu bem à vontade para falar sobre o assunto, e a entrevista aconteceu sem interferências.

#### **Entrevista:**

– Tenho que começar falando um pouco da minha história, da minha própria inserção na profissão, na minha formação na graduação: tive um contato muito curto no S., que já era um hospital que permitia uma inserção maior da enfermeira obstetra. Eu formei em 1986 e meu estágio lá no S. deve ter sido em 85/84, nessa época não sei se já tinha duas enfermeiras obstetras, ou se elas estavam saindo para fazer especialização. Esse meu contato foi muito marcante, porém, eu fiz o estágio de assistência ao parto no H.C. (instituição), com a M. P. (docente). Enquanto graduanda, tive pouca noção de como era o trabalho do S. (instituição). Quando formei me inseri inicialmente na área de aleitamento materno, de neonatologia e chegou uma hora que eu queria ampliar isto, pois este recorte da mulher nutriz e neonato, não estava me satisfazendo, queria ampliar minha atuação, meu conhecimento na enfermagem obstétrica e então conheci a N. (profissional) que trabalhava no S. e fez um estágio comigo lá no banco de leite do H.C.. Nessa ocasião comecei a ser voluntária no S. e descobri que era realmente isto que queria, então comecei a investir nessa formação. O S.F. (instituição) tem este diferencial de autonomia do enfermeiro. Na época eu não era enfermeira obstetra, comecei a atuar, vislumbrei e fui muito autodidata, depois de um tempo fiz a prova de Título da ABENFO. Eu tive uma inserção muito boa no S., e acabei largando um vínculo que tinha em B. e fiquei lá no S. e no mestrado. Depois de um tempo, senti necessidade de atuar em outros locais pois aqui em B.H. (cidade) era só no S. que a enfermeira obstetra atuava, aí fiz concurso novamente para trabalhar na maternidade pública de B. (cidade) e fui também para M.C.(cidade), trabalhando na residência multiprofissional. Lá eles tinham uma demanda para trabalhar com estes enfermeiros de Saúde da Família, na maternidade. Em M. C. fui falar para uma obstetra que não sabia o que nós fazíamos, qual era o trabalho da enfermeira obstetra e ela me perguntou: - Você faz curetagem? Eu respondi: - não, não faço curetagem, eu assisto parto normal. E ela foi uma pessoa muito

receptiva, e encantou com a nossa forma de trabalho, como o enfermeiro obstetra atua respeitando a fisiologia do parto, que permite que a mulher adote a posição que ela quiser no momento do parto, assiste a um parto sem intervir, sem fazer episiotomia, ela ficou muito encantada com a calma, com a tranquilidade, com aquela diferença daquele parto cheio de intervenções, de Kristeller, de episio. Isso foi um estímulo muito grande para mim, e o meu pensamento enquanto belorizontina, foi de que não podíamos ficar somente no S. F., nós tínhamos que mostrar que temos um potencial de trabalho e que podemos qualificar a assistência obstétrica. Nessa ocasião estava começando a especialização da EEUFMG, e comecei a dar aula no curso e atuar lá em B.. Vi que não era fácil você enfrentar um ambiente em que os profissionais, principalmente médicos, tinham medo de perder espaço. Em B. por exemplo, tinha três médicos por plantão, o que uma enfermeira obstetra ia fazer em uma maternidade com quatrocentos e cinquenta parto/mês, com três médicos obstetras por plantão? Eu tinha meu espaço pois, apesar de ter três obstetras, a ausculta de batimentos não era realizada conforme preconizado, as dinâmicas não eram feitas, as mulheres não tinham acesso a todo o arsenal de práticas baseadas em evidências, então vi que tinha como trabalhar ali, que podia melhorar a assistência. Fiquei lá enfrentando obstetra que fazia de tudo para eu não assistir a um parto, que às vezes boicotava, que se eu auscultava, ele ia e auscultava de novo, mas eu continuava lá, do mesmo jeito, queria marcar o espaço, mostrar que a assistência podia melhorar. Vi muito esse cenário, e me certifiquei que podemos ampliar a visibilidade do que a enfermeira obstetra faz e de como ela pode qualificar a atenção. Nessa mesma época, em 99/2000 assumi a diretoria da ABENFO já muito preocupada com nosso espaço de atuação e com a necessidade de ampliá-lo. Em 2001 aconteceu um fato marcante, importante para o enfermeiro obstetra, que foi a criação da casa de parto, onde nós atuamos sem a presença do médico, assistindo a mulher e ao recém-nascido. Para mim foi muito importante trabalhar também na casa de parto e mostrar que ali nós prestamos uma assistência diferente. A casa de parto foi um momento importante, lá a enfermagem obstétrica tem que mostrar que é capaz de produzir bons resultados, e ali é um laboratório para isso porque, seus indicadores mostram se o nosso trabalho é qualificado ou não. As casas de parto são um grande marco, elas mostram que a enfermeira obstetra pode mudar a realidade, pode conseguir qualificar a atenção, minimizar as intervenções, promover o parto normal e promover uma assistência qualificada e prazerosa de parto para as mulheres. Desde então, com essa experiência de casas de parto, ABENFO, docência e enfermeira assistencial, estou nessa luta para possibilitar a inserção da enfermagem obstétrica, especialmente aqui em B.H., através da Comissão Perinatal, que faz um monitoramento das maternidades, faz recomendações e avalia qualidades. A Comissão Perinatal foi fundada em 1994 e é um foro setorial de dentro da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com entidades de fora, que buscam num espaço bem democrático, onde todas as partes são ouvidas, e se busca estratégias de melhoramento, de qualificação da assistência perinatal. Através dos trabalhos da comissão perinatal ocorreram alguns avanços importantes em B.H., como a vinculação das maternidades aos centros de saúde através de um processo de regionalização da atenção e vinculação com responsabilização. Antes de 1999 era comum as gestantes peregrinarem pela cidade na busca de leito, a partir de então, isso começou a ser muito combatido e foi acordado dentro dessa comissão, um processo de vinculação onde todo centro de saúde passou a ter uma maternidade de referência. Com isto, a mulher não fica peregrinando em busca de



assistência, ela tem direito. Hoje isso virou uma legislação, mas naquela época foi uma briga grande, pois a maternidade tinha que acolher a mulher e prestar o primeiro atendimento, até que ela conseguisse vaga. Tinha um problema gravíssimo de déficit de leitos de UTI neonatal, muitas crianças morriam por falta de acesso ao leito de UTI, então houve uma adequação desses leitos, um aumento do número de leitos de UTI neonatal. Várias políticas públicas na área vieram da comissão perinatal, como uma recomendação e uma ação dos gestores e da S., que é quem coordena a comissão. Muitas coisas foram feitas em relação a esse processo de equacionar leitos, de vinculação, de responsabilização, mas hoje, a comissão avalia que falta uma qualificação do cuidado. Já se conseguiu reduzir significativamente o óbito materno e óbito neonatal, porém, precisamos reduzir mais a mortalidade neonatal e perinatal. Conseguimos melhorar todos os indicadores perinatais, principalmente os da criança, mas agora estamos sentindo falta de qualificar esse cuidado, de permitir uma assistência onde a mulher sinta prazer com a assistência recebida, que fique satisfeita com a assistência, precisamos melhorar a qualificação e não só adequar número de leitos. O trabalho da comissão hoje tem sido em torno da qualificação do cuidado, de práticas baseadas em evidências científicas, de melhoria da satisfação da mulher e do controle social. Uma das coisas que vem sendo colocada há muito tempo dentro na comissão perinatal é a inserção da enfermeira obstetra na assistência, e temos tido muitas dificuldades pois, temos um quantitativo de enfermeiras obstetras insuficiente porque, muitas formam e já estão na atenção básica e não querem sair, já estão inseridas em algum espaço de atuação, principalmente a atenção básica, PSF e não querem ir para a maternidade. Tem o problema da remuneração, nós tivemos uma primeira demanda de enfermeira obstetra para a S.C. (instituição), que é uma maternidade filantrópica e não conseguimos achar ninguém, o salário era muito ruim e as condições de trabalho também não eram muito adequadas. Temos problemas na oferta desse trabalho e também de os enfermeiros ocuparem esse espaço, mas a comissão perinatal tem batalhado muito nisso. Fui parar lá na secretaria a partir das minhas inserções em eventos, falando do trabalho da enfermeira obstetra, representando a ABENFO, fui tendo uma visibilidade, apesar de não ser eu a representante da ABENFO na Comissão Perinatal, mas essa minha inserção de estar representando a enfermagem obstetra nos eventos, me deu visibilidade, e fui convidada para trabalhar na secretaria, tenho um contrato, não sou concursada. Fui chamada para atuar dentro da comissão perinatal, com o objetivo de tentar intensificar essas estratégias de melhoria da atenção, de qualificar esse cuidado, de falar do lugar da enfermeira obstetra, de mostrar como nós atuamos, de mostrar que precisamos ter espaço para trabalhar. Passei a representar as enfermeiras obstetras dentro da Secretaria Municipal de Saúde, para que junto com a secretaria, possamos batalhar por essa inserção. Acho que não avançamos muito, mas um dos avanços que tivemos foi o hospital R.T.N. (instituição), onde conseguimos que a secretaria determinasse o modelo de assistência prestado ali, então ela pôs a enfermeira obstetra em todos os plantões. Nós não estamos lá dentro fazendo a gestão, nós não garantimos muitas coisas, mas temos acompanhado, temos batalhado para que a enfermeira obstetra tenha uma atuação e que seja valorizada, que esta atuação seja valorizada. Sabemos que mudar modelo é muito difícil porque a pessoa está acostumada com aquela forma, principalmente a formação médica na obstetrícia que é intervencionista, e não é uma formação de assistência baseada em evidências. Eles não sabem prestar assistência ao parto com uma mulher em

posição diferente, eles não vêem o protagonismo da mulher. A assistência é muito centrada neles, então é muito difícil você mudar essa prática médica e, para mudar, é necessário eles verem como a enfermeira obstetra atua, ver que dá certo, para eles verem que é possível mudar. Aqui em B.H. existe certo preconceito, certa desvalorização do trabalho do H. S.F., que é onde temos um maior número de enfermeiras obstetras atuando, existe um senso comum, na fala das pessoas de que na verdade, o S. não tem uma assistência tão boa assim. Mas, enquanto Secretaria de Saúde, acompanhamos os indicadores e vemos que a assistência é qualificada, que há problemas igual a todas as outras maternidades. Não há mais problemas lá que nas outras instituições, quando tem mais em alguma, nós da secretaria intervimos. Nesse processo de vinculação das maternidades aos centros de saúde e de qualificação do cuidado, várias maternidades privadas com convênio com o SUS foram fechadas. Hoje em B.H. só tem maternidade filantrópica ou pública prestando assistência para o SUS. O fechamento dessas maternidades se deu devido ao monitoramento e constatação de que a assistência não era qualificada. Estamos buscando incentivar as maternidades que estão assistindo ao parto, a adotarem todas as práticas preconizadas, que insiram a enfermeira obstetra no trabalho, só que infelizmente não temos muitas enfermeiras obstetras trabalhando nesses espaços, assim num formato de escala. Em S.P. é diferente, já tem uma aceitação melhor do trabalho em equipe, da enfermeira obstetra. Vemos que a medicina tem muita resistência com a prática independente, como ocorre nas casas de parto isoladas, mas com a enfermeira obstetra atuando do lado, temos problemas também, mas menos. Aqui em B.H. é pior, eles são mais centrados neles mesmos e não conseguem pensar num trabalho em equipe, na enfermeira obstetra inserida na equipe de assistência obstétrica. Esse trabalho tem sido feito, mas com muita dificuldade. Às vezes a gente fala uma coisinha e é mal interpretada, e todo mundo acha que nós estamos querendo excluir o médico da atenção, vira e mexe temos que ficar falando que não é isso, que é a equipe, mas assim, qualquer coisa que você puxa um pouquinho, valoriza mais a enfermagem obstétrica do que a medicina, já acham que estamos querendo excluir o médico do processo. Então é uma briga corporativa da parte dos médicos e a enfermagem tentando se inserir nos espaços. O cenário que vejo hoje, desde que entrei nesse processo, é que estamos avançando, mas é lento, é um trabalho lento, coisa para muitos anos, é um trabalho onde se tem que insistir muito, tem que estar ali, tem que estar mostrando que é possível, que é um trabalho qualificado. Nós não temos aqui em B.H., igual tem em S.P., dentro da assistência privada, a enfermeira obstetra atuando. Eu pessoalmente, tive uma pequena experiência com um médico obstetra, de acompanhar sua cliente de consultório em trabalho de parto até ele chegar, mas não foi para a frente, era necessário uma disponibilidade que eu não tinha, eu já estava inserida na assistência, tinha plantões no S. Agora tem aqui em B.H. um grupo de médicos que está se organizando para prestar assistência no setor privado com equipe de médicos, enfermeiras obstetras e doulas. Aqui a coisa é muito lenta, mas vem avançando apesar de todas as dificuldades, o próprio R.N. (Instituição), com enfermeira obstetra junto com a graduação e residência médica, ela fica muito em desvantagem, mas é uma oportunidade que ela tem de mostrar seu espaço, sua atuação, e acho que estamos conseguindo. O R.N. vai mudar para uma maternidade maior, que tem uma área no pré-parto para sete leitos PPs, então vamos batalhar para ter pelo menos duas enfermeiras obstetras por plantão, para marcar mais ainda este espaço porque numericamente, há uma desvantagem muito grande. No S. tem mais

enfermeiras obstetras no plantão do que médicos, mas mesmo dentro do S., a parceria precisa ficar mais afinada, é preciso construir o que é trabalhar em equipe, uma relação de equipe, forte, qualificada. Lá, muitas vezes o trabalho é sobrecarregado na enfermeira obstetra, com uma atuação médica insuficiente. Às vezes o quantitativo da equipe médica é insuficiente, então puxa muito para o lado da enfermeira obstetra, no R.T.N. já é muito para o lado do médico. Precisamos achar um ponto de equilíbrio, conflitos sempre vão existir, mas aqui em B.H. é necessário achar um ponto de equilíbrio entre estas duas situações. Na casa de parto não precisa não, casa de parto é da enfermeira obstetra mesmo, por causa do perfil da clientela que é assistida ali. Vivemos aqui em M.G. o problema de J.F. (cidade), que sabemos que não tem a ver com maus resultados da casa de parto, é outro cenário, é um cenário político mesmo, de querer derrubar o nosso trabalho. São outros problemas, não fechou porque os resultados eram ruins. Esses espaços mostram que essas profissionais prestam uma assistência qualificada à clientela de baixo risco.

Agora, a qualificação tem de estar atrelada a inserção com a qualidade, se eu inserir na equipe uma enfermeira obstetra que não está qualificada adequadamente, a assistência fica do mesmo jeito, não haverá nenhum diferencial, ela tem que ser qualificada de forma que faça diferencial na assistência. Apesar das formações diferentes, entrada direta – obstetriz ou enfermeira obstetra, o que se deve garantir é o grau de autonomia destas profissionais para atuar, para garantir realmente este espaço para elas. Os países que tem as parteiras universitárias com entrada direta, são países com excelentes resultados perinatais, são países onde elas atuam no parto domiciliar, em casas de parto, fora do hospital e, as enfermeiras obstetras atuam mais na assistência hospitalar. Ambas são possíveis, mas vejo que tanto uma formação quanto outra, tem que garantir essas habilidades e competências de cuidado qualificado, de empatia, de evidência científica, de conhecimento científico. Em ambas as formações, você tem que garantir conhecimento, tem que ter acesso à evidência científica, tem que estudar muito, tem que trabalhar as habilidades atitudinais mesmo, do saber, do ser, da postura, da postura empática, da postura que valoriza a mulher. Temos enfermeiras obstetras que passaram pela mesma formação, mas tem postura e atuação diferentes, algumas reproduzem a postura médica autoritária na assistência. São as habilidades e competências atitudinais que têm que ser trabalhadas em ambos os processos de formação. Eu não tenho dúvida que a formação da obstetriz, dá mais tempo para você trabalhar isto, porque ela já é toda focada nesse aspecto. Mas mesmo na formação da enfermeira obstetra é importante você garantir a postura, a ética, senão você forma uma profissional tecnicamente competente, mas com uma postura autoritária que vai reproduzir o modelo que não queremos. E a competência procedimental, que é o saber fazer, saber atuar na assistência ao parto, saber quando fazer ou não fazer uma episio, saber identificar uma distócia, um toque bem feito, com toda técnica, acho que o conhecimento científico, a atitude, o ser para atuar dessa forma, tem que ter o saber técnico, procedimental. Todas as formações têm que trabalhar as habilidades, as competências atitudinais, garantir a postura, a ética e a competência procedimental dentro de um modelo humanístico, com visão crítica do modelo tecnocrático. O modelo assistencial que a formação faz opção, é mais importante que ser enfermeira obstetra ou obstetriz. Acredito que tem viés na formação da enfermeira obstetra, pois é uma formação voltada para a tecno medicina do hospital, é uma formação pautada na doença, e a obstetrícia faz sua formação toda sem

esse viés. Muitas das enfermeiras obstetras que atuam têm o perfil bacana, qualificado, capaz de melhorar. Outra coisa que falta é a postura política desse profissional que forma, de defender espaço, de enfrentar. Como a formação está trabalhando isso? O profissional que está formando tem que ter uma postura macro, coletiva pela profissão, uma postura de assumir a diretoria da ABENFO, de tocar esse trabalho, é difícil, não existe essa cultura na formação. Tem que ter uma cadeira na formação que trabalha essa questão, talvez na linha da sociologia mesmo, da importância das organizações profissionais para a profissão em si. Nós temos uma historicidade de timidez, de baixa auto-estima, se bem que acho que melhorou mas isso é histórico. Nós não temos profissionais com essa visão, com essa identidade e esse espírito de fortalecimento do coletivo. A pessoa fica ali no serviço dela e está bom! Às vezes tem enfermeiras com visão, com ação gerencial, de gestão, mas às vezes falta essa visão, e ninguém puxa. Precisamos de mais pessoas envolvidas com as ações coletivas, com a ABENFO, acredito que isso seja da mulher, tem questão de gênero aí, a questão da inserção da mulher em cargos políticos, vemos que ainda temos muito poucas mulheres ocupando cargos políticos, acho que temos essa herança. Temos que saber como trabalhar isso, se vai pela sociologia, pelas relações de gênero, focar melhor essas questões para formar profissionais com uma visão do macro, do coletivo.

Quanto a inserção da enfermeira obstetra, nós estamos usando alguns mecanismos mais fortes de exigência de adoção dessas práticas recomendadas, temos como exemplo uma demanda que surgiu no H.C. para ser credenciado como Hospital Amigo da Criança. Vimos que precisava reduzir as taxas de cesariana, e temos várias medidas que deveriam ser implementadas, visando à redução dessas taxas e a melhoria da qualidade da atenção. Então, a partir dessa demanda, fizemos um termo de compromisso que as maternidades têm que assinar junto com o contrato de gestão, elas têm que aderir àquelas recomendações para que sejam feitas as renovações dos contratos e elas possam receber os valores da secretaria. Colocamos alguns indicadores junto com o contrato de gestão e o termo de compromisso. Esse último é um compromisso político firmado entre aquele prestador e a secretaria, de aderir às práticas e exigências, para poder continuar a parceria. Estamos usando um meio mais firme para exigir, que é o termo de compromisso e o contrato de gestão. A secretaria é responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde então, as instituições têm que fazer do jeito que queremos. Colocamos várias coisas a respeito de compromissos, tem todas as práticas baseadas em evidências científicas, de fornecer líquido, de permitir a deambulação da parturiente, de ter os métodos não farmacológicos de alívio à dor, de ter anestesia peridural se a mulher demandar, de ter um planejamento de como inserir a enfermeira obstetra na assistência, isso tudo está garantido nesse termo de compromisso, e as maternidades vão ter que assinar. Com a assinatura do contrato e do termo de compromisso, as instituições passam a ter um compromisso formal, é uma estratégia que estamos usando para exigir essas adequações à nível municipal.

Já nas políticas ministeriais, o marco maior foi em 98 na gestão do ministro J. S., com todas aquelas políticas, aquelas portarias, com o incentivo ao trabalho da enfermeira obstetra. A inserção na tabela do Sistema Único de Saúde, o procedimento parto normal pela enfermeira obstetra; a portaria que cria o centro de parto normal onde a enfermeira obstetra é responsável e é o profissional da equipe mínima; o programa de humanização do pré-natal e

nascimento. Em 84 com o PAISM e mais intensamente a partir de 98, as ações vêm acenando para uma assistência multiprofissional, que não é mais centrada só naquela mulher reprodutora, o leque de atenção à mulher foi ampliado, especialmente a assistência prestada pela enfermeira obstetra. O marco foi em 98/99, em 2002, a coisa ficou meio morna, não houve muitos incentivos, somente a questão da cesariana, o pacto da saúde, a lei do acompanhante em 2005. Mas o marco maior foi em 98/99. Essas políticas contribuíram, deram mais visibilidade principalmente o centro de parto normal, que é polêmica, onde a enfermeira obstetra pode trabalhar sozinha, sem o médico. Elas foram importantes avanços e temos que ter muito cuidado para não perder. O financiamento dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica também foi importante para aumentar o quantitativo dessas profissionais, foi fundamental. Desde a época que comecei na enfermagem obstétrica e hoje, a quantidade de enfermeiras obstetras aumentou muito, a inserção é que é mais lenta, é mais devagar, mas o quantitativo aumentou e os cursos de especialização foram muito importantes para isso. Apesar de todas as políticas, do tempo, da carga horária pequena, se aproveitarmos 20 a 30% desse pessoal que formou, já é uma contribuição importante para a nossa classe. Precisamos resgatar essa formação, esse incentivo para a formação. O programa da JICA em parceria com o Japão, com enfermeira obstetra fazendo curso lá, também foi muito importante para a enfermagem obstétrica, houve um diferencial muito grande das pessoas quando voltaram desse curso. Agora, no geral, vejo que a assistência, a prática tem melhorado dentro do Sistema Unico de Saúde. O setor privado está muito aquém, lá a situação está muito caótica mesmo, a epidemia de cesariana é caótica, as mulheres são muito desinformadas. Tem um movimento das mulheres, em rede, que tem começado a mudar um pouco essa história, estava conversando com a A. T. que teve um parto humanizado, e fez um relato e divulgou na internet, ela estava me contando que é da lista da C., que é obstetriz, e dessa lista de vinte mulheres, duas, três querem parto cesariana. Está começando um movimento e tem um grupo de mulheres demandado parto normal, elas têm buscado e trocando informações. Na assistência privada aqui em B.H., a gente vê que a mulher tem que fazer um movimento enorme para conseguir ter parto normal, para conseguir um médico que assista ao parto normal, ela tem que ir contra uma cultura médica e da família, é uma pressão muito grande, então elas precisam de grupos de apoio de mulheres. É preciso fortalecer aqui no Brasil, essas mulheres em rede, com experiências de parto natural, dando apoio a outras mulheres. Também têm aumentado o número de partos domiciliares assistidos por enfermeiras, elas estão atuando mais na atenção privada, assistindo a partos domiciliares. O cenário está começando a mudar na clientela do setor privado, acredito que no futuro, vamos conseguir essa mudança de cultura, não acho que a cesariana vai vencer, as mulheres estão começando a atentar para isto. Os trabalhos dentro do setor privado estão mostrando que é possível mudarmos essa realidade da enfermeira obstetra e da obstetriz. Agora no setor do SUS, temos conseguido mudar, melhorar, mas tudo de forma lenta. Uma importante mudança foi a lei do acompanhante, em qualquer lugar a parturiente vai ter direito a um acompanhante de sua escolha e isso faz um diferencial muito grande para o controle social e para a qualidade da atenção. Em qualquer lugar do país esse direito pode ser reivindicado e deve ser assegurado. Ainda tem muitos lugares que não estão cumprindo a lei, onde as mulheres têm esse direito violado, mas já há um diferencial, e isso acontece devagarzinho.

Para a formação, acredito que será uma experiência exitosa o curso de Obstetriz da USP, vamos ver quando essas profissionais chegarem na prática, vamos formar quantas? Quarenta, cinquenta por semestre? Será um quantitativo importante e acho que são profissionais de qualidade que vão buscar atuar. Vai ser um fator facilitador essa experiência e a possibilidade de ampliarmos a atuação em todo país. O pessoal de S. P. foi muito corajoso para começar esse curso, e isso é um fator facilitador e é exemplo para que outras universidades ofereçam o curso também. Como dificultador para a formação de um modo geral, que a gente vive aqui em M., é a oferta muito grande de cursos de graduação de qualidade duvidosa nas universidades privadas. Como esses profissionais vão chegar no mercado e, vão ter acesso a especialização?, isso é uma preocupação que vem com o aumento da oferta de cursos de graduação para enfermeiros e a concentração desses profissionais nos centros urbanos. Alguma coisa tem que ser feita para que esses enfermeiros, incluindo enfermeiros obstetras adentrem para o interior do país. Os profissionais não podem ficar atuando somente nos grandes centros, a enfermagem obstétrica tem que ocupar esse espaço, se inserir no interior do país, essas áreas precisam dessa profissional também. Não que o centro urbano não precise, mas aqui é mais fácil você chegar a um quantitativo que dê conta, principalmente se considerarmos a queda da taxa de fecundidade que estamos vivendo. Agora, se você for avaliar o Brasil como um todo, há uma carência de enfermeiro e de enfermeira obstetra. Fica todo mundo concentrado nos grandes centros e disputando com o médico espaço de atuação. O pessoal tem que adentrar para o interior e, é preciso facilitar isso de alguma forma, para não ficar concentrado nos grandes centros. Também precisamos garantir a qualidade desses cursos de enfermagem, que ampliaram muito, e garantir a especialização para essa turma, para ocupar esses espaços, porque a realidade do interior é muito pior. Conheço a realidade de M.C., que é uma cidade do interior, que é referência de uma região que não tem nada. A enfermeira obstetra e obstetriz precisam ir lá, pra onde têm as parteiras, trabalhar junto com elas, atuar nesses espaços todos, mas isso ainda é um problema, o pessoal fica muito nos grandes centros. Tem campo para atuar, é preciso mandar esse pessoal para o interior. Temos fatores dificultadores como a disputa de espaço, de mercado de trabalho, a inserção, a cultura ainda centrada na prática médica, tanto dos profissionais como da própria população, temos que mudar isso. Ainda tem a cultura da medicalização do corpo e da assistência à saúde centrada na atuação do médico. Estes são fatores dificultadores e demandam muito tempo para mudar. O próprio PSF mostra isso, a população tem dificuldade de aceitar o médico generalista, a enfermeira generalista, ela quer um especialista. É aquela história que eu contei para vocês, na avaliação de uma usuária lá da casa de parto, que a mãe escreveu no relato: “a enfermeira M. é uma ótima médica”. Isso quer dizer que, por mais que você fale que é enfermeira, que fez enfermagem, ela fala que é uma ótima médica. Na visão da população, a assistência é centrada no médico, no hospital, na doença, essa é nossa cultura, mudar isso é um desafio.

A enfermeira precisa assumir mais espaço de poder, de gestão, para estar lutando por isso. Precisa reconhecer e valorizar o seu trabalho, quando ela está lá no campo, é uma questão difícil, por exemplo, tivemos dificuldade de compor a equipe do R. N., quando a equipe estava caminhando, as colegas tiveram alguma divergência e resolveram sair, elas saíram sem esperar que outras colegas assumissem seu lugar. Isso mostra a importância do trabalho que é feito por elas, a assistência naquela instituição pode acontecer sem

elas, então, a enfermeira tem que fazer com que o serviço não funcione sem a presença dela. Ela tem que ter isso para assim poder mostrar para as pessoas. Aí, na hora que ela vai sair do lugar, que ela não quer mais ficar, vai ter que esperar outra pessoa ser colocada no lugar, não vai deixar aquele espaço vazio. Ela tem que pensar no lugar dela ali na ponta, atuando, na sua postura pessoal e tem que ocupar os espaços de maior poder, para estar reivindicando e atuando em todas as esferas, seja macro ou micro, para ocupar os espaços.

## **Entrevistada 02: R.C.V.**

**Formação:** Graduação em Medicina.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO dentre outros:** Prestadora de serviço técnico na Coordenação de Saúde Materno-Infantil e Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Coordenadora da Saúde Materno-Infantil e Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

O contato foi feito pessoalmente, por ocasião do Seminário: BH pelo parto normal, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde em 2008, quando ela representou o Ministério da Saúde no evento.

No dia da entrevista almoçamos juntas, aproveitei para conversarmos, falei sobre o trabalho que estava desenvolvendo e ela aceitou prontamente conceder a entrevista. Após o evento levei R. para o aeroporto, chegamos mais cedo, ela fez o check in. e nos dirigimos para o segundo andar. Sentamos em umas cadeiras de espera de uma das extremidades do saguão, expliquei mais detalhadamente sobre a pesquisa e lemos o roteiro. Apesar de ser um local público e “aberto”, havia pouco movimento no momento e não houve interferência durante a entrevista, nem com a gravação (que só conferi mais tarde). Percebi que as poucas pessoas que passavam, nos olhavam curiosas, a entrevistada não ficou inibida com os olhares curiosos, foi muito expansiva e ficamos muito à vontade.

## **Entrevista:**

- Olha, eu vou te falar da “pré-história” para nós, até porque curiosamente, eu tenho uma ligação muito grande com a obstetrícia. Lá pelos meados da década de 1990, nós recebemos um convite do Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso, para participarmos de um debate e nos

posicionarmos sobre a inserção da enfermagem no trabalho de parto. Foi muito curioso porque me preparei para enfrentar o debate e procurei a legislação e fiquei extremamente surpresa quando vi que na lei do exercício da enfermagem, estava previsto a participação da enfermeira na realização do parto sem distócia. Então, nesse debate que não era exatamente sobre a atuação no cenário do parto, e sim na assistência à saúde da mulher, embora estivesse sendo realizado pelo Conselho de Enfermagem, as pessoas não tinham prestado atenção na legislação. Quando eu apresentei a legislação, criou um “frisson”, foi muito questionado e aí comecei a sentir a necessidade de discutirmos o assunto na área. A discussão tinha que começar desde a elaboração da política, onde trabalhávamos muito a questão da atuação em equipe multidisciplinar e a formação da obstetriz. Essa discussão começou a acontecer no Ministério em 1984 com a elaboração de todo o material normativo e dos documentos políticos, se falava muito dessa questão geral, da importância de haver uma atuação em equipe multidisciplinar, solidária e parceira, entre as diferentes categorias. Então, para mim, essa questão se colocou naquele momento e ela foi formalmente introduzida como uma linha de ação da área, em 98/99, com a entrada da T.D.L., coordenadora da área da mulher. Naquela época formulamos o conjunto de ações que eram desenvolvidas, conseguimos captar muitos recursos, ampliar a equipe de saúde da mulher e também as linhas de ação desenvolvidas. Introduzimos essa estratégia de apoiar a formação da enfermeira obstetra.

Acho que é bom contar a história exata, ao falar sobre enfermeira obstétrica. Essa linha de ação de financiamento de escolas de enfermagem para formação da enfermeira obstetra, foi inserida num contexto mais amplo de humanização da atenção ao parto. Nós reformulamos toda a nossa forma de atuar e definimos algumas estratégias que deveriam ser desenvolvidas, dentre elas tinha a formação de doulas e de especialistas em enfermagem obstétrica. Com relação à formação das especialistas foi muito tranquilo pois nós já tínhamos lançado em 1998/1999, a norma técnica de atenção humanizada ao parto e para isto, tínhamos promovido a discussão da importância da enfermeira obstetra como estratégia. Para rever as estratégias, foi necessário fazer um diagnóstico, e nele constatamos que tínhamos uma alta taxa de cesárea, que o nosso modelo era muito intervencionista, e entre as tantas estratégias apontadas para mudar esse modelo, para humanizar a atenção, figurava a formação de enfermeiro obstetra, que nós sabíamos que existia em um número muito reduzido no Brasil. Tínhamos na equipe professoras de enfermagem, como a J.S., que contribuiu muito com essa discussão e para a identificação desse quadro, e a adoção pela equipe foi tranquila porque fazia parte de um conjunto de outras estratégias de mudanças de modelo. Na equipe mesmo não houve nenhuma resistência, não aconteceram discussões como quando se discutiu a posição do parto, em que tivemos uma discussão acirrada sobre o que se entendia sobre humanização, em que uma parte do grupo defendia que humanização era ouvir a mulher e não simplesmente impor uma mudança na posição do parto, que ela tinha que escolher e que nós tínhamos que ouvir e respeitar sua escolha. Tinha o pessoal que achava que deveríamos recomendar que o parto tinha que ser vertical e outros diziam que não que tem que deixar a mulher escolher a posição. Com a estratégia da enfermagem obstétrica, nós não tivemos nenhuma discussão, não vivenciamos nada disso, a equipe entendeu, achou que era importante e a T.L. conseguiu recursos para a viabilização do projeto de financiamento dos cursos, e nós realizamos. Ao final do projeto, começamos a desenvolver a estratégia de identificar e avaliar



as maternidades para receber o prêmio Galba de Araújo, nós tivemos a oportunidade de frequentar alguns campos de treinamento da enfermagem e ter contato com alguns serviços, que não estavam atuando dentro dos novos paradigmas. Eram serviços em que as enfermeiras eram treinadas por médicos, num paradigma intervencionista como o anterior, então começamos uma discussão interna na equipe, do que poderia estar acontecendo. No desenvolvimento desta estratégia, percebemos que estávamos correndo o risco de as enfermeiras se qualificarem e não serem deslocadas para o cenário do parto, delas continuarem em funções administrativas ou em outras áreas de atuação. Então começamos a pensar estratégias, a fechar termos de compromisso com os estados, de indicações de nomes de pessoas que já atuavam na atenção ao parto e que poderiam ser deslocadas para a assistência, para fazer o parto normal. Em 2003, a T.L. já tinha saído devido às eleições e entrou uma nova coordenadora, porém nós ainda apoiamos a estratégia e foram disponibilizados três milhões em custos, que eu levei para a Teget, em 2003 e 2004, para a formação de enfermeiras obstetras. Em 2003, com a entrada da M.J. O. como coordenadora, começou-se a promover um processo de discussão coletiva das áreas, nós vivemos novamente, uma revisão de toda a política, fizemos uma avaliação profunda para definir que linhas de ação nós seguiríamos investindo, quais as que nós redirecionaríamos. Na gestão da T., nós tínhamos um técnico responsável pela atenção obstétrica, outro responsável pela violência..., e a discussão se dava mais entre os técnicos daquela área. Nessa ocasião, nós achamos importante colocar em avaliação a estratégia de financiamento para os cursos de enfermagem obstétrica, até porque é uma prática do Ministério: toda estratégia nova que você investe recurso, depois de certo tempo, tem que ser avaliada. Porém, observamos que houve certo desconforto com relação a esta avaliação. Para fazer a avaliação você pede uma auditoria de como o seu recurso foi aplicado, ou você contrata uma universidade para fazer uma pesquisa. Naquela ocasião, achamos que era importante fazer uma pesquisa para avaliar se aquela enfermeira estava sendo formada dentro dos novos paradigmas e se ela tinha sido inserida no cenário do parto, que era a nossa intenção com o financiamento. Porque nós tínhamos, em alguns locais, experiências positivas, e em outros, negativas. Vivenciamos esta experiência do Galba Araújo em que alguns campos não estavam de acordo com os novos paradigmas. A discussão no entorno de como seria a avaliação foi muito intensa e tivemos certa dificuldade pois, ficou claro que não deveríamos fazer esta avaliação com nenhuma instituição que tivesse diretamente envolvida com o processo e, também não deveríamos fazer com a ABENFO, que era uma entidade de classe e a gente poderia sofrer alguma crítica de que estava fazendo uma análise tendenciosa. Isso praticamente inviabilizou a avaliação, porque nós apoiamos 34 (trinta e quatro) projetos, então, quase todas as faculdades de enfermagem de maior credibilidade, estavam envolvidas com o processo, os nossos parceiros históricos estavam todos envolvidos. Agora, apesar de ter tomado esta resolução da avaliação, nós não paramos de apoiar, tanto é que em 2004, não estou bem certa, juntamos todas as demandas do ano anterior e daquele ano e liberamos mais 3 milhões, para o desenvolvimento de cursos. Só que nessa época, houve uma mudança interna na estrutura do ministério, e saiu uma resolução de que recurso para a formação de profissional e para capacitação, não ficaria mais em nenhuma área técnica, esta medida não era somente para a saúde da mulher. Os recursos iam todos para a secretaria de gestão do trabalho e da educação e teriam que respeitar a uma política nacional de recursos humanos, elaborada na época. Esses recursos passavam pelos pólos de

educação permanente que faziam parte de um processo, atendendo a uma demanda de diferentes setores da sociedade civil, junto com os gestores, que identificavam quais eram as necessidades de capacitação do seu município e do estado. Nesse processo os estados e municípios discutiam com os atores envolvidos e faziam projetos anuais, que eram enviados para o Ministério da Saúde. Nos primeiros anos nós conseguimos mostrar que a estratégia de formação de enfermeiras obstetras era pouco discutida, não era conhecida como uma ação de pré-natal, de planejamento familiar, que a sociedade civil conhece a necessidade. Mostramos que era uma estratégia nova que estávamos implementando e, me lembro de um dado que mostrava que até aquela data, o número de enfermeiras obstetras e obstetras formadas em todo o Brasil, era menor que a metade do número que havíamos formado com os cursos. Com essa argumentação conseguimos mais apoio, e também, o ministro H.C. havia anunciado no 08 de março de 2004, que a saúde da mulher era uma prioridade da sua gestão e ele tinha se comprometido a apoiar os cursos. Isso possibilitou que repassássemos os projetos que já não tínhamos mais recursos para pagar, já que os recursos tinham ido para outra secretaria, então negociamos que eles fossem pagos pela secretaria de gestão do trabalho e da educação. Mais ou menos a partir de 2003 nós passamos a trabalhar dessa forma, muito mais analisando os projetos para a secretaria apoiar via convênio, do que desenvolvendo uma ação sistematizada. Chegamos a identificar uma instituição para fazer a avaliação, estava quase tudo certo, aí houve um retrocesso, até que no final da gestão da M.J., em 2006, em um processo de reavaliação da política, identificamos que era importante manter a estratégia e que, deveríamos priorizar aquelas escolas de enfermagem que tínhamos conhecimento que atuavam com os novos paradigmas. Porém, o investimento para a realização dos cursos tinha reduzido muito, e o pagamento dos projetos apresentados tinha que ser negociando com a secretaria. Em 2007, quando entrei, e agora, revimos o nosso plano de trabalho sobre humanização da atenção, fizemos uma avaliação em nível da equipe, com os consultores formais que o Ministério tem e detectamos alguns problemas que vivenciamos nesse período todo e um deles foi que em muitos estados, as enfermeiras tiveram muitos problemas para fazer o treinamento em serviço, que é obrigatório para o título, e que é fundamental para a formação. A meu ver essa dificuldade foi se acirrando quando se colocou na agenda política o ato médico. Ele foi realmente terrível porque começou uma briga entre as categorias e, uma boa quantidade de escolas que anteriormente formavam e tinham um bom campo de treinamento para os seus alunos, não conseguiam mais porque eles começaram a radicalizar e a querer impedir. Isso foi um sacrifício para a área, nos envolvemos em processos de negociação internos, e tivemos que rever tudo isto porque, o custo da formação aumenta demais se você levar o aluno para fazer a capacitação em serviço, em outro estado. Em alguns estados, isso foi muito complicado, ou não teve jeito mesmo, como no D.F. Alguns estados não queriam abrir para o enfermeiro ser capacitado, essa negociação foi muito complicada, difícilíssima. Acompanhamos o agravamento do problema, que já havia sido identificado anteriormente, de que, muitos profissionais não estavam sendo inseridos, e que alguns campos de treinamento não eram exatamente o que queríamos, em termos de mudança de paradigma. Vimos ainda que o número de profissionais é muito baixo e a categoria esta concentrada dentro do SUS. Os enfermeiros são uma massa grande de profissionais do SUS, então tínhamos que envolvê-los com o parto também, porque o parto é o procedimento de maior frequência dentro do SUS. Começamos a pensar estratégias que pudessem ampliar o número de

profissionais capacitados anualmente, garantir que o aluno tivesse um centro para treinamento em serviço e uma estratégia onde se pudesse costurar a inserção desse profissional dentro do cenário do parto ...

A nova gestão em 2007, quando sai a M.J., fui tentando pontuar para você, conforme a gestão. Fazemos avaliações anuais, só que a cada gestão você reformula, para ver se vai validar as estratégias desenvolvidas anteriormente, ou se você vai redirecionar, isso é natural! Eu assumi em agosto 2007 quando houve a mudança de gestão, mas já era substituta da M.J.. Nessa ocasião foi feita uma avaliação como de costume, e acredito que tivemos avanços consideráveis em termos de humanização, porém ficamos com uma equipe técnica reduzida comparada com a anterior, e temos que ter ações estratégicas, que assegurem que os avanços que nós já alcançamos, não sofram retrocessos. Aí, nós queríamos, com cada uma das linhas de ação que desenvolvemos, identificar quais eram as ações estratégicas, e quais ações poderiam dar subsídio aos estados, caso eles resolvam aderir à política, já que eles têm autonomia para aderir ou não. A formação da enfermagem obstétrica é uma ação do pacto nacional de mortalidade materna, e embora tenha esse compromisso costurado entre os gestores dos três níveis, eles podem dar prioridade a essa ou aquela estratégia. Pensamos que para resolver isso, os gestores têm que ter instrumentos para desenvolver a política, independente da atuação nacional, e, para que isso aconteça, estamos procurando institucionalizar cada uma das políticas, das linhas de ação, que consideramos importantes. Para concretizar essa ideia começamos a identificar centros colaboradores que seriam serviços de excelência que prestam assistência humanizada na atenção ao parto, e que deveriam obrigatoriamente, servir como referência para o treinamento em serviço da enfermagem obstétrica. Assim, nós superaríamos o programa anterior, de não ter campo de formação! Pensamos também nesses centros para ampliar a abrangência dos projetos porque, hum mil e quinhentos enfermeiros obstetras foram titulados durante todo o período do projeto anterior que durou três ou quatro anos. Tem também os projetos que foram desenvolvidos depois e por isso foram computados posteriormente. Esse levantamento que estou falando foi realizado no final da gestão da T.. Começamos a pensar também nos cursos de formação à distância, esse projeto tem que ser submetido à ABENFO, a todos os nossos parceiros. Essa seria uma ação estratégica para nós, além de termos identificado a necessidade de se buscar a pactuação com as entidades médicas, em função do ato médico. No Ministério tem um grupo formado que se encarrega dessa questão e está muito difícil o diálogo com eles, e ainda tem um problema de fundo, nós não podemos deixar sair uma legislação nos termos em que está sentado o ato médico, porque ela vai descalçar as nossas políticas. Continuamos apoiando os projetos que vem de livre demanda, não como uma ação provocada, continuamos com o discurso de que essa é uma linha de trabalho importante, e quando surge apoiamos. Agora, a avaliação que fizemos, não foi tão profunda e documentada como costumamos fazer, ela foi mais subjetiva porque, cada técnico vivenciou problemas e necessidades para o desenvolvimento, e processos para poder fazer com que os cursos saíssem a contento. Foi uma análise subjetiva, feita pela equipe, não é uma análise sistematizada, pois tivemos dificuldade para identificar a entidade que faria a avaliação. E depois, quando passou, achamos que não deveríamos estar submetendo a continuidade da estratégia, a realização de uma avaliação. Achávamos a estratégia importante e tínhamos que dar prosseguimento pois, obtivemos avanços na humanização como um todo,

então começamos a pensar estratégias, do que faríamos para sair desse movimento de só financiar os cursos, estava tudo muito centrado no ministério e era necessário procurar dar mais subsídio para que o estado assumisse. Porque se você organiza cursos à distância, se você vai identificando quais são aquelas maternidades que fecham bem o conteúdo, as sociedades científicas, os parceiros, você tem condições de apoiar os estados para que eles desenvolvam essa política com muito mais agilidade do que se estiver dependendo só da ajuda nacional.

Chegamos ao ponto nestas avaliações, de identificar alguns fatores positivos e negativos. O problema do ato médico foi fundamental, a resistência à mudança de modelo da atenção como um todo, também foi mapeado, porque o que estamos propondo, é uma mudança radical, do modelo intervencionista para um modelo humanizado, que considera a subjetividade, que a mulher passa a ser o centro das ações, e isso traz muita resistência. Toda política quando é nova e questiona o feito no passado, consolidado e cristalizado, acaba num primeiro momento, suscitando uma resistência. Mas ainda estamos nesse primeiro momento, embora estarmos falando de humanização há um bom tempo, é muito pouco tempo para uma mudança tão profunda e cultural. Identificamos esses fatores, havia uma resistência muito grande, principalmente dos médicos, é mais fácil encontramos gestores mais abertos. Com o gestor nós não tivemos muita resistência, agora com o profissional médico, nós temos, ele pressiona, e quando está cumprindo uma função dupla de gestor e profissional, fica mais difícil. Ultimamente tem virado uma verdadeira guerra, as entidades de classe ligadas à medicina, os conselhos regionais e o federal tem atuado de forma muito coesa com relação ao ato médico, e essa inserção da enfermeira ameaça muito, e eles tem combatido bastante. Nós temos sido firmes, mantendo a nossa posição, até porque entendemos que nossa política está com o respaldo legal, ela já está preconizada, estamos buscando a sua institucionalização. Tem muito tempo que lido com a saúde da mulher, tempo suficiente para identificar como característica inerente das políticas públicas, sofrerem mudanças com a troca de direção. Nesse campo da saúde da mulher, temos um vínculo e somos muito monitorados pelo movimento de mulheres, existe certa continuidade entre as políticas e M.J. teve esse mérito. A T. teve o mérito de conseguir recursos para montar uma equipe e ter ações estratégicas durante seu mandato, que influenciaram no sistema, isso fez com que aumentasse os recursos e a equipe da saúde da mulher. A M.J. teve o mérito de não colocar políticas que eram de uma tendência partidária diferente da dela alijadas, só por conta de serem identificadas como de um partido X ou outro, ela teve maturidade, deu continuidade, então isso foi uma coisa muito importante. Eu não poderia agir de forma diferente da que estou agindo porque tenho o compromisso com tudo isso que foi feito, estava lá antes da T., e participei das discussões desde o início, estou lá desde a gestão do F., do L. O., que ninguém mais sabe que foi coordenador da Saúde da Mulher. A minha preocupação e o meu receio é que, como é um técnico que melhor percebe essas mudanças, outra pessoa pode deixar o processo de mudança de paradigma, que é muito profundo e vulnerável, não quero que isso aconteça, por isso estou procurando os caminhos da institucionalização da política. Isso se deu por exemplo, com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), que começou a ser feita na gestão da M.J. e que nós demos prioridade, apoio político e técnico, para que ela saísse logo. Isso é um marco pois, a partir de agora, todas as maternidades em nível nacional tem que estar se organizando dentro desse novo paradigma. Se nós estamos avançando

nesses paradigmas, nós temos que ter ações estratégicas para cada uma daquelas linhas de ação que consolidam a humanização e, a inserção do enfermeiro obstetra, é uma dessas estratégias. Estamos pensando estrategicamente, o que se pode fazer para avançar nesse sentido. Temos caminhado com o fantasma do ato médico que não nos interessa, até porque não prejudica só a essa linha de ação, prejudica muitas outras ..., o Centro de Parto Normal uma série de outras estratégias. Nós defendemos essa diretriz da atuação solidária, e quando você fala em humanização, reforça isso ainda mais. Quando você fala em humanização, fala em uma equipe atuando sem que ninguém esteja mandando em ninguém, que esteja atuando com a preocupação de troca de conhecimento, porque você passa a entender que o sujeito da sua ação não é a instituição, nem é você profissional, é a mulher que está entrando no serviço. Você tem que fazer o melhor para ela, e na equipe, todos tem que ter voz e vez, tem que conversar e tem que ter bom senso, onde todos têm o mesmo interesse, que é ofertar uma atenção de qualidade. Assim, você vai conseguir atuar dentro desse novo paradigma. Nesse momento, você vive a ameaça de uma legislação como a do ato médico, e isso é muito complicado! Eu tenho dito isto publicamente, é lógico que de forma elegante, eu sou médica, trabalho com as entidades médicas, fui responsável por costurar a relação da área técnica com a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, junto com o Dr. F., que era meu coordenador na época, prezo muito essas parcerias que são super importantes para dar legitimidade e qualidade ao nosso trabalho, mas também não me furto de afirmar que o ato médico é uma legislação que leva a um confronto, que leva a supremacia de uma categoria sobre outra e isso não é interessante para nós em saúde pública, nem para a clínica privada, porque não é interessante para nenhum usuário de serviço. Para finalizar gostaria de dizer que se você qualifica o profissional, você qualifica a ação, e com isto, tem uma resolutividade muito maior.

### **Entrevistada 03: L.M.G.D.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Habilitação em Saúde Pública; Especialização em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social; Mestrado em Educação; Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública; Pós-Doutorado.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO dentre outros:** Professora Adjunta da Universidade Federal do Acre; Membro do Comitê de Redução de Mortalidade Materna do Estado do Acre; Membro do Comitê Estadual de Promoção, Defesa e Apoio ao Aleitamento Materno; Membro do Comitê Estadual de Mortalidade Materna; Coordenadora e docente do I Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica; membro Seccional ABENFO e Vice presidenta ABENFO Nacional.

Todos os contatos com L. foram feitos por e-mail e, aproveitamos uma viagem dela para participar de alguns trabalhos em R.P., (cidade), para agendarmos a entrevista, já que ela mora distante da Região Sudeste.

Cheguei em R.P. às 05:30h do dia agendado para a entrevista e me hospedei no mesmo hotel que L., tomei café da manhã bem cedo e fiquei aguardando imaginando se a reconheceria pois não a conhecia pessoalmente. A terceira pessoa que abordei na entrada do refeitório era ela, que agendou a entrevista para logo que terminasse seu desjejum.

Na hora marcada me dirigi para o quarto de L, que me recebeu prontamente. Sentei numa cadeira e L. sentou na cama, o mais próximo que pode de mim, falei sobre a pesquisa que estava realizando, expliquei mais detalhadamente os objetivos e lemos o roteiro. A entrevistada ficou bem à vontade, falou com muita desenvoltura sobre o assunto, e a entrevista foi realizada sem nenhuma interferência.

### **Entrevista:**

- Temos discutido muito sobre a inserção da enfermeira obstetra, até porque estamos fazendo um mapeamento. Nós temos várias dissertações desenvolvidas e com certeza vai nos dar apoio na entrevista, são trabalhos de diagnóstico de como está sendo a atuação dos profissionais de enfermagem nos serviços de obstetrícia. Temos realidades diferentes, de como a atuação da enfermeira obstetra tem acontecido em alguns setores, mas os ganhos dessa inserção dependem muito do contexto pois, não temos uma política em que a enfermeira obstetra tenha realmente essa inserção no país. As portarias e tudo que o Ministério fez para ajudar, o incentivo para a inserção da enfermeira obstétrica foram muito válidos, foi um ganho muito grande em termos de ter um espaço e ter essa inserção no serviço. Só que não conseguimos colocar em prática, isso é uma luta que estamos tendo. Agora porque não conseguimos? Acho que não há um reconhecimento de todas as classes profissionais desses documentos, não há reconhecimento de que nós somos competentes para isso. A perda de espaço que outros profissionais não querem ter, dificulta. Então tudo é trabalhado contra a inserção da enfermeira obstetra nesses locais. Onde a gente consegue uma inserção melhor, é porque naquele local tem profissionais mais sensibilizados, que acreditam no trabalho da enfermeira obstétrica e aí, as coisas começam a avançar. Onde temos aquela barreira do corporativismo médico, não há espaço mesmo, fica muito difícil. Por mais que tentamos trabalhar, nós enquanto profissionais com uma formação com competência, que nos permita realmente assumir um parto com qualidade, onde fazemos a diferença nessa assistência, pois sabemos que o acompanhamento da enfermeira obstétrica tem feito a diferença na assistência, ainda encontramos resistência e acredito que o principal motivo é a perda do espaço. Os profissionais e as instituições não consideram a enfermeira como parte da

equipe na assistência obstétrica, a impressão que dá é que se a enfermeira entrar, o médico tem que sair, acha que vai perder o espaço então, não quer que ela entre. Se tivesse essa sensibilização das instituições, dos profissionais, que a enfermeira obstétrica vem para contribuir, para somar, para prestar uma melhor atenção à mulher, a gente teria condições de ver essa inserção realmente acontecendo, sem problema de ninguém perder seu espaço, porque nós enfermeiras obstetras não temos condição de atender sozinhas, tem as complicações, então precisamos realmente de uma equipe multiprofissional para atender a mulher. Cada um tem seu espaço, sua atribuição, cada um tem seu trabalho a ser realizado, mas o grande problema é essa visão de que se a gente entrar, eles não podem ficar. Os lugares em que se vê que a inserção da enfermeira é melhor, é mais pela sensibilização daquela instituição que reconhece que é uma equipe, e que pode ser melhorado com o trabalho da enfermeira obstetra.

Tem de ser uma política da instituição, mas o dirigente tem que estar sensibilizado porque, se ele não tiver essa sensibilização do atendimento humanizado, que a enfermeira obstetra é o profissional ideal para fazer o trabalho, se ele não vê isso, vê só a competência do médico, que é ele que tem que assumir, então não cabe o atendimento da enfermeira obstétrica pois, ela não consegue desenvolver seu trabalho. Tem outros problemas que interferem, mas essa dificuldade faz com que muitas enfermeiras obstétricas acabem desistindo da luta, porque é uma luta, um embate, é um ganho pequeno e muito trabalho. Você tem que começar mostrando primeiro que pode fazer, que você pode mudar essa assistência, e a partir dos resultados, procurar mais espaços. Agora não basta o Ministério fazer as normas e portarias, é necessário mais incentivo a nível de política mesmo, porque uma coisa é fazer uma norma e outra é dar condições para o seu cumprimento. Existe a portaria do Ministério que a enfermeira pode assinar AIH (Autorização de Internação Hospitalar), mas quando você pega todas as AIHs do país, é mínimo o número de enfermeiras que assinam. Tem um trabalho de um município aqui próximo, onde 70% dos partos são feitos pela enfermeira, porém, isso não aparece porque todas as AIHs são assinadas pelo médico. Estamos discutindo muito isso, temos cinco trabalhos de mapeamento de serviços, em vários locais, e encontramos diferentes situações: a enfermeira graduada que assume toda a evolução do trabalho de parto e não assume o parto em si; a enfermeira obstetra que faz tudo e não aparece em nenhum lugar, quem assina a AIH é o médico então, quem fez o parto teoricamente foi o médico. Esses trabalhos das enfermeiras obstetras não aparecem em nenhum lugar. Além das portarias e políticas, é necessário uma atuação mais pontual do Ministério, para defender a nossa atuação e que realmente apareça esses serviços... . O Ministério tentou algumas medidas, no prêmio Galba por exemplo, ele pontua melhor quem tem a enfermeira obstétrica. Já temos algumas políticas, algumas medidas que são pequenos incentivos, que possibilitam a inserção, mas isso só não basta, têm que ter uma política mais efetiva do Ministério para fazer acontecer. Por outro lado também, nós enfermeiras obstetras precisamos nos organizar mais, começamos a fazer isso nos últimos anos, discutindo muito como é a formação. Fizemos isso nessa retomada da formação a partir de 1999, quando conseguimos formar um grande número de enfermeiras obstetras no país, o número aumentou significativamente, mas não é suficiente. Nós estamos em uma fase que, como eu vou reivindicar que a enfermeira obstétrica participe, se não temos um número suficiente para participar?, politicamente, fica difícil. Isso aconteceu em paralelo, começaram as

portarias, os incentivos e também a formação de enfermeiras obstetras no país inteiro porém, o número de profissionais ainda é pouco em termos de Brasil, especialmente em áreas como a região norte que tem muito pouco profissional. O Ministério deveria continuar incentivando a formação, eles ficaram de rever e temos cobrado deles sempre. Temos que pensar também na formação que estamos oferecendo para nossos alunos, porque numa formação com uma carga horária pequena fica difícil “mudar” o profissional, de realmente formá-lo para que faça mudanças, faça a diferença na assistência. Não basta apenas titular alguém que já sabia fazer parto, nada contra as provas de titulação, acho que elas vieram em um bom momento, e nós acabamos porque achamos que aquelas pessoas que realmente tinham experiência na área, que trabalhavam como enfermeiras obstetras, quando não se tinha cursos de especialização no país, tiveram a oportunidade de fazer a prova. Depois disso, as especializações começaram a acontecer no país inteiro e a intenção é que se faça o curso porque assim, você tem a possibilidade de rever realmente as práticas e tentar provocar mudanças na assistência. Observando a atuação de várias ex alunas dos cursos de especialização que já eram parteiras quando vieram fazer o curso, vimos que mesmo com a especialização, a assistência que elas prestavam não mudou muito. Acreditamos que o curso de especialização em uma pessoa que não tinha prática, faz com que ela preste uma assistência diferenciada, mais humanizada. Muitas vezes é difícil mudar um profissional que já está há muito tempo inserido no modelo biomédico, que só desenvolve a técnica, a assistência puramente, mudar para realmente trabalhar com uma assistência humanizada, para a mulher. O tipo de assistência mudou muito, eu fiz especialização em 1986 e mudou muito de lá para cá, tanto a carga horária quanto o tipo de curso que está sendo ofertado. Acredito que a especialização tem condições de dar uma boa formação em um curso bem estruturado, que tenha realmente a possibilidade desses alunos fazerem um bom número de partos. Vinte partos eu acho pouco, mas em termos de ABENFO manteve-se esse critério para não inviabilizar alguns cursos que poderiam ter outras estratégias para resolver este problema, temos que pensar em nível de país inteiro e não só de Sul e Sudeste que são privilegiados. Os novos profissionais que vão vir dos cursos de Obstetrícia é outra possibilidade, porque na graduação de enfermagem não temos condição de qualificar e, o curso de especialização com uma carga horária adequada, que prepare realmente este profissional, é um bom meio de formação. Nós enquanto categoria, precisamos estar sempre nos organizando, revendo que profissional é esse que está sendo formado, qual o espaço que estamos tendo de atuação, porque não estamos conseguindo atuar em todos os espaços? Acredito que o grande problema é porque depende muito da sensibilização dos dirigentes, instituições e das políticas, por que efetivamente, esse apoio do Ministério não acontece realmente, em termos de política, de sensibilizar todo mundo que a enfermeira faz parte da equipe. Com ela na equipe você pode oferecer esta assistência diferente, tem condições de diminuir o número de cesáreas, de aumentar o número de partos normais. Para isso acontecer, é preciso muito trabalho e tem que ter vontade política para inserir a enfermeira obstetra para trabalhar, e também fazer uma sensibilização, senão fica muito difícil. Temos a experiência aqui da M. (instituição), onde elas tinham todo um espaço para a enfermagem e perderam tudo, acabou a residência em enfermagem obstétrica... . A M. é uma maternidade que só atende o SUS, e se localiza na periferia, onde todo o serviço era feito pela enfermagem e a medicina, porém a enfermagem perdeu todo o espaço. Lá a enfermagem fazia todo um trabalho humanizado,



o trabalho dos acadêmicos e residentes da medicina corria em paralelo e diferente, tinha resistência, mas as enfermeiras obstetras se mantinham ali, depois perdemos totalmente o espaço. Agora esta recomeçando tudo novamente e, para ganhar o espaço, é muito complicado, então a vontade política do dirigente da instituição é muito importante, conta demais porque, se o dirigente da sua instituição não for firme e assegurar a presença da enfermeira obstetra, você não consegue mudar. Na ocasião que fizemos o primeiro curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica lá no A. (estado), eram só parteiras e auxiliares de enfermagem que assistiam o parto. Até 1999 todos os partos normais das maternidades públicas do município de R.B. (cidade), lá só tem duas maternidades e uma é referência para alto risco, eram feitos pelas parteiras, o médico não fazia nenhum parto normal. Na primeira turma de especialização que formamos lá, tinha oito enfermeiras da maternidade que já estavam no Centro Obstétrico porque o COREN estava pegando por conta das parteiras, das auxiliares e técnicas de enfermagem atuarem na sala de parto. Com o curso saíram as parteiras e entraram as enfermeiras obstetras, nos primeiros meses as meninas assistiram todos os partos, mas aí, os médicos começaram a aprender a assistir parto normal, porque ninguém sabia assistir ao parto normal, para ocupar seu espaço. Pode ser que as meninas não tenham tido força suficiente, mas não houve também respaldo da instituição. Se não tem uma vontade política da instituição, é muito difícil, porque o médico cuida e acabou, ele faz a admissão toda, e o parto ou, a enfermeira faz o parto quando o médico esta sobrecarregado, isso não é um trabalho em equipe. O que eu vejo em A. (instituição), é que a enfermeira não é vista como um membro da equipe que atende a mulher, ela é vista como uma auxiliar que, quando o médico não pode fazer, aí ela faz. Ela não consegue ter esse papel que eu acho fundamental, de que ela faz parte da equipe. Ela junto com o médico, onde os partos sem risco ela vai assistir, teve algum problema vem o médico, ou se tiver necessidade, tem médico e enfermeiro fazendo o parto, profissionais atuando em equipe. Na verdade, o que acontece é que onde a enfermeira obstetra é apenas uma auxiliar do setor, ela só atua no momento em que o profissional médico não pode, não tem disponibilidade, então, a base de tudo é a vontade política. Se tivesse um trabalho maior no Ministério, poderíamos talvez mudar. Também, temos que continuar formando um número grande de enfermeiras obstetras, como temos feito, para poder atuar, mostrar o trabalho, que ainda é pequeno mas já está repercutindo e sendo inserido em lugares onde antes não tinha a profissional. A gente vê as meninas formadas aqui em R. (cidade) dizendo que foram para tal lugar, que estão atuando, fazendo, mostrando esse trabalho e, com o tempo elas conseguem mudar a assistência. No congresso de Epidemiologia, que é puramente médico, vi uma discussão dentro da classe médica, sobre o número de cesáreas, a M.C.L. apresentou um trabalho que ela desenvolveu recentemente na rede do R.J., sobre o número de cesáreas daquele município, ela mostrou que esse monte de cesárea é devido à assistência médica porém, em nenhum momento ela disse que a enfermeira deve entrar. Ela não se refere à enfermeira obstetra em nenhum momento de sua fala e nem na discussão, o que se discutiu é que o médico precisa mudar a sua atuação. É por isso que é necessário que a política do Ministério aceite não a enfermeira tomando o espaço do médico, mas a enfermeira que pode prestar uma assistência mais humanizada, e diferente da que esta sendo feita. Uma forma de começar a mudar é procurar espaço para atuar junto com acadêmicos e residentes da medicina, como está acontecendo em B.H.. Eu vi vários trabalhos da S.L. sobre a mortalidade neonatal precoce que está altíssima devido a assistência

intra parto, no período do parto. Ela fez o trabalho em B.H. em 1999 e a maioria das maternidades que foram pesquisadas já não funcionam mais e eles têm discutido muito a qualidade da assistência que está sendo prestada. Agora é claro, num congresso médico, ninguém falaria da assistência de enfermagem, mas eles estão tentando mudar a assistência, pelo menos no meio deles tem esse discurso, tem consciência que precisam mudar. Estamos discutindo na ABENFO a Acreditação, já discutimos na ABENFO-SP a Acreditação de cursos, critérios para ele poder titular, se é bom ou não. Porque não podemos formar enfermeiras obstetras sem qualidade, senão é mais um problema, e ela não vai conseguir se inserir, nem ocupar o espaço. Se você forma sem uma mudança de visão de uma assistência humanizada, de qualidade, ela vai para a prática e simplesmente reproduz o modelo biomédico. Ela vai lá só para fazer o parto, não presta uma assistência no trabalho de parto, ela faz uma assistência pontual. A gente viu isso recentemente em um trabalho de um município aqui perto, a enfermeira obstetra está reproduzindo o modelo biomédico, ela não faz uma assistência diferenciada, e não é isso que nós queremos, é preciso que ela conquiste esse espaço. Daí vem a preocupação com os cursos que tem hoje pelo país e que foi muito discutido também no Ministério. No início tinha uma crítica quanto aos cursos do Ministério porque a intenção era formar muitos enfermeiros no país inteiro, então estabeleceu-se aqueles critérios mínimos, até também porque, um curso muito caro é inviável e o Ministério não teria condições de financiar tantos cursos como financiou. A qualidade está constantemente sendo discutida porque, é muito importante você formar com qualidade. Não adianta você colocar uma profissional só com um título de enfermeira obstetra, que ela não vai conseguir mudar a realidade, não vai fazer nenhuma diferença na assistência. Paralelamente temos parteiras de muitos anos que fazem o parto, agora fazer parto só por prática..., sem nenhuma qualidade, sem nenhuma assistência, com muita intervenção, riscos, problemas, isso nós não queremos. Precisamos buscar sempre a qualidade e principalmente, continuar mantendo essa união, esse fortalecimento que temos tido nas discussões que temos feito sobre a atuação da enfermeira obstetra, onde vemos que ainda falta um espaço nosso. Nós discutimos isso muito lá no Ministério, não sei qual é a visão do pessoal de lá, é diferente para nós que estamos de fora, não sei o que podem fazer, mas eles podem muito, mas às vezes esse poder é limitado por alguns problemas... . Eles falaram de alguns centros formadores para garantir a qualidade da assistência, mas já tem algum tempo, a nossa crítica é que está demorando demais, estão pensando há muito tempo. Já discutimos muito isso, com várias pessoas, com a D., com a própria R., acho interessante esse pensamento de formar alguns centros, porque temos problemas com a formação. Por exemplo lá A. (estado), por mais que tenha enfermeira obstetra, não tem uma realidade de assistência humanizada então, não é muito fácil você levar o aluno para fazer uma assistência humanizada em uma realidade onde os profissionais não fazem, não estão acostumados. É muito diferente de quando você leva para o H.S.F. (instituição) por exemplo, no centro de parto, onde isso é rotina. Esse pensamento dos centros formadores eu achei interessante, só que eles estão pensando há muito tempo. A política do Ministério aconteceu em algum momento, mas depois recuou. Bem, lá é assim: as propostas são importantes mas primeiro tem-se que ver como as coisas estão se dando, e não vai em frente, discute que é importante continuar formando enfermeira obstetra, está lá como uma das metas, está no Pacto, todo mundo acha que deve continuar, só que não continuou. Isso é um problema que temos vivenciando há muito tempo.

Avançamos bastante pois conseguimos formar com qualidade muitas enfermeiras obstetras e começamos a ganhar muitos espaços, com o respaldo das normatizações do Ministério. A atenção à saúde nas casas de parto que foram abertas em diferentes locais, deu sentido deu visibilidade para o trabalho, apesar de em outros não, como é o caso de J. F. (cidade). Contribuiu para que a enfermeira atuasse, e essa visibilidade fez com que se “fresse” a formação financiada pelo Ministério. É necessário aumentar o número de profissionais formados com qualidade, só assim começaremos aparecer e fazer diferença no atendimento. Não tem como mostrar um bom trabalho se não há profissional em muitos lugares, não adianta ter profissional só numa instituição, é preciso continuar formando enfermeira obstetra, não podemos parar. A necessidade desse espaço de atuação foi discutida na ABENFO, e o Ministério tem apoio, mas concomitantemente, precisamos continuar formando enfermeiras obstetras com qualidade, as duas coisas têm que correr junto. Somos ainda em um número muito pequeno no país, temos que continuar essa formação e então começaremos a ter profissionais em muitos lugares, em muitos serviços, aí conseguiremos conquistar esses espaços. Quanto mais a gente formar profissionais que atuam para melhorar a assistência à mulher, melhor. A formação de quatro anos voltada para essa área, também é interessante, um profissional que pode se dedicar..., agora é pontual e não sei se tem condição de disseminar pelo país inteiro, não tenho essa visão se seria possível disseminar essa graduação por todo o país e qual seria a aceitação dessas profissionais. Acredito que as dificuldades serão as mesmas das enfermeiras obstetras, os mesmos problemas que nós enfrentamos, eles também terão. Tanto o enfermeiro obstetra formado com qualidade quanto a obstetrix formada na graduação, tem condição de prestar assistência. Esta última não inviabiliza a formação da especialista, ela tem que continuar até porque não temos condição de ter a graduação de obstetrix em todo lugar, isso depende de muitos fatores. Acredito ser muito difícil termos na Região Norte, que teve muito poucas especializações em enfermagem obstétrica e que tem uma atuação bem pequena desta categoria, um curso de Obstetrícia. Lá temos uma realidade diferente, a atuação da parteira tradicional é muito forte em alguns estados, por isso que, em termos de país, precisamos ver as diferentes realidades. A especialização em enfermagem obstétrica deve continuar e a inserção da obstetrix só vem contribuir, é mais uma profissional qualificada para ajudar na conquista do espaço, não importa se ela não seja enfermeira, ela vem contribuir, só vai passar pelos mesmos problemas que nós. Aliás, já passaram por alguns probleminhas em estágio, que foi a perda de espaço para outra categoria profissional. Nosso problema lá no A. (estado) foi basicamente a perda de espaço, ninguém queria perder ou não ganhar. Não se perde este espaço para o auxiliar de enfermagem, pois ele é subalterno, mas a enfermeira obstetra é autônoma, aparece muito. Essa visão que muitos profissionais têm de não querer perder esse espaço, de que é ele que domina esse conhecimento, ainda persiste em muitos lugares. Agora, quanto à remuneração, vejo como um longo caminho a ser percorrido pela enfermeira obstétrica. Primeiro temos que lutar para ocupar esse espaço porque, se lutarmos por um salário melhor nesse início, a inserção fica prejudicada. Para pagar mais caro, o dirigente pensa que esse valor ele paga ao médico, que poderá fazer outras coisas também, ele não pensa que é um trabalho em equipe. Primeiro precisamos ter essa inserção, conquistar o espaço, mostrar que esse serviço é realmente de qualidade, como alguns serviços já estão aí divulgando. O S. (instituição) publica artigos mostrando seus resultados e é preciso que isto aconteça em muitos lugares, é disso que precisamos e

depois vem a batalha para ser melhor reconhecido pelo trabalho que estamos fazendo. Lá no A. (estado), nós não temos problemas de muitas especialistas atuarem no PSF porque, eles oferecem mais vagas e pagam melhor que no hospital. As enfermeiras obstetras podem dar muitos plantões, então acabam ganhando mais, ganham pelos plantões e o salário não é tão baixo, o salário do hospital é melhor que o do PSF. Agora, o outro hospital paga muito menos que o hospital referência do estado, que é filantrópico. Em 2006, quando fiz meu doutorado, ainda eram as parteiras, as auxiliares de enfermagem, quem assistiam ao parto, na verdade elas estão atuando até hoje, mesmo com a entrada das enfermeiras obstetras. Foi oferecido plantões para as enfermeiras obstetras da outra instituição, mas como o salário era muito baixo, ninguém foi. É um trabalho realmente árduo e aí para solucionar, nós formamos as enfermeiras do outro hospital. No último curso de especialização que oferecemos tinha muitas enfermeiras desse hospital, elas assumiram o centro obstétrico, e então passou a ter esta profissional no centro obstétrico em todos os horários. Infelizmente ainda não conseguimos mudar muito a realidade pois, de que adianta você colocar uma enfermeira obstétrica numa unidade que tem 500/partos mês?, que mudança de realidade ela consegue fazer? Uma enfermeira obstétrica com 18/19 parturientes? E ela tem 2 técnicas que a auxiliam e ainda tem que dar conta de toda a parte administrativa, toda burocracia. Estava analisando isso com a M., e fico muito preocupada porque você insere enfermeira obstetra e não dá muita condição para ela atuar, que não é só inserir a enfermeira obstétrica, colocar uma e dizer que no hospital, em todos os plantões, tem enfermeira obstétrica. O movimento do hospital faz diferença na assistência, se ele tem um número pequeno de partos/mês, sessenta partos/mês ou se tem 500 partos/mês, fica muito difícil da enfermeira obstetra conseguir fazer todos os partos. Com esse movimento, as parteiras continuam fazendo o parto, porque ela não dá conta de fazer tudo, não consegue fazer uma assistência humanizada. O trabalho que ela desenvolve é diferenciado, mas na equipe não acontece assim, teria que ter um número maior de enfermeiras para trabalhar, pelo menos duas. Esse é outro problema, não é só colocar enfermeira obstetra, e sim colocar em número que possa atender a demanda que existe. Certa vez estava conversando com uma enfermeira da L.D. (instituição), e ela estava falando exatamente isso, que estava prestando assistência humanizada para uma paciente, aí o marido de outra falou para ela que gostaria que ela fizesse aquilo na esposa dele também porém, devido ao grande movimento, ela não tinha condição de dar assistência humanizada, apoio para todas as parturientes que estavam internadas. Sozinhas não conseguimos fazer uma boa assistência.

As ações realizadas pelas enfermeiras obstétricas não são valorizadas por outros profissionais e não são abordadas no ensino da medicina. Eles não se envolvem com a assistência no trabalho de parto. Lá na M. (instituição) os acadêmicos, os residentes bagunçavam. Pegavam a Bola para brincar, tiravam "sarro", eles não valorizam, não acham que aquilo é importante. Agora é uma coisa a longo prazo e, para os residentes mudarem, os preceptores, os tutores da medicina, precisam ter essa conscientização da humanização, que se na aula lá na escola, não se falar nada de humanização, se ali na discussão de caso, na discussão da evolução do trabalho de parto, não for falado nada, for visto somente a evolução, a fisiologia, fica muito difícil mudar. O preceptor tem que falar, valorizar estas ações para o acadêmico, porque senão, os alunos não participam, não valorizam, vira motivo de chacota, acham que é besteira e não tem um

superior deles para dizer que é importante. Volto a falar do Congresso de Epidemiologia, nas discussões eles falaram da qualidade da assistência ruim, que está morrendo muito neonato, que o índice de cesárea está alto, mas ninguém falou porque está sendo intervencionista. Em nenhum momento eles falam da importância do acompanhamento do trabalho de parto, das ações do enfermeiro obstetra para melhorar a assistência, de nada. Todos falam que o médico precisa se qualificar melhor, que a assistência deve ser prestada por ele. Eles não vislumbram, não discutem que a assistência ao parto mudou, que não se quer mais esta assistência intervencionista que vem sendo feita, cujos prejuízos estão aí. O trabalho sobre o número de cesáreas da Maria do Carmo Leal mostra uma prematuridade muito alta porque estão tirando o feto antes da hora. E volto a dizer: para as faculdades de medicina mudarem, esse problema tem que ser discutido a nível de Ministério e é necessário conscientizar as próprias federações, a Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia por exemplo. Se você não põe em discussão nesses locais, fica difícil para o preceptor ter uma visão diferente.

Mas, no geral, conseguimos um bom espaço e temos perspectivas de melhorar nossa atuação, de ganhar mais espaço. Posso falar dos vinte anos que acompanho a enfermagem obstétrica, já melhoramos muito, conseguimos um espaço maior e mostrar algum resultado da nossa atuação. Com isso, temos uma melhor perspectiva de a cada luta, melhorarmos mais. Sou muito otimista e acredito que temos tudo para melhorar, para atuar cada vez mais, de ganharmos cada vez mais espaço, de sermos mais reconhecidas. Ganhamos muito nesses anos, e não podemos desistir, conseguimos uma mudança muito grande de atuação, de espaço onde estamos trabalhando. Agora, a formação com qualidade e a política ministerial são primordiais, nós não vamos conseguir ganhar espaço, se não tivermos uma formação de qualidade. Essa minha preocupação não é só enquanto ABENFO, é necessário qualificar os cursos para formar com qualidade, para poder ter realmente uma boa atuação e uma melhor perspectiva de mudança na carreira, no futuro da enfermagem obstétrica.

Acredito que a inserção da enfermeira obstétrica depende do trabalho que a gente faz. Para inserir, você tem que começar a atuar em algum lugar para mostrar serviço, não podemos só fazer um discurso de que tem que ter enfermeira obstetra. Temos que começar a mostrar os locais onde tem enfermeira obstétrica, divulgar muito isso, mostrar o trabalho que a profissional faz e que dá resultado, como é sua atuação. É um trabalho do dia a dia, de estar discutindo com as instituições, mostrando aos dirigentes os resultados já existentes, os indicadores da instituição e tentar mudar a realidade do município. Você não tem como inserir se não começar o trabalho, você vai e discute: os indicadores são esses, então vamos tentar inserir enfermeira obstetra para melhorar os indicadores e com os resultados você vai galgando mais espaços. Esse é o caminho, árduo demais, mas não podemos desistir. É uma luta que começou há muito tempo, mas como eu disse, já estamos melhor hoje do que estávamos há 20 anos atrás!

**Entrevistada 04: M.V.M**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; habilitação em Enfermagem Obstétrica; Mestre em Enfermagem; Doutora em Enfermagem; Pós doutorado.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Prof. Titular (aposentada) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Responsável pelas disciplinas de graduação em Enfermagem relacionadas à Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica durante toda a carreira docente. Coordenadora de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal por vários anos; Presidenta da ABEN Ribeirão Preto, Presidenta do International Council of Women's Health Issues; Presidenta da ABENFO Nacional; Membro da Comissão Nacional de Mortalidade Materna; Membro do Pacto Nacional de Monitoramento da Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Consultora da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; Assessora da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, especialmente no assessoramento de estratégias para a redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Norte/Nordeste/Amazônia Legal; Membro do Grupo Consultivo da OPS em Saúde Reprodutiva.

O primeiro contato com M. aconteceu pessoalmente, durante o seminário "BH pelo parto normal". Ela também participou do almoço com a Dra. R. (entrevistada 02). A seguir foram trocados vários e-mails para agendarmos local e data.

Na viagem para R.P., foi possível realizar também esta entrevista, já que ambas (entrevistadas 03 e 04) estavam realizando atividades em comum naquela cidade. Quando estava finalizando a entrevista 03, M. foi encontrar L. (3ª entrevistada) para trabalharem, mas antes, nos dirigimos para meu quarto, onde a entrevista aconteceu, já que M. não estava hospedada no hotel.

Durante a entrevista o celular da entrevistada tocou e a mesma pediu licença para atender, já que estava com a mãe adoentada. Em seguida desligou o

aparelho, retomou sua fala prontamente, e não tivemos mais nenhuma interrupção. M. é muito simpática, disponível e contribuiu muito para que as entrevistas (3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup>) acontecessem.

### **Entrevista:**

- Bem, não é tão fácil falar sobre essa questão, embora a gente esteja vivenciando-a. Quando a gente está no próprio contexto, não é fácil falar porque estamos no meio desse furacão, então, nossa visão pode ficar um pouco deturpada ou ganhar uma amplitude, quando a gente sai desse movimento. Para falar do assunto, vale a pena historiar um pouco a minha inserção na enfermagem obstétrica. Eu me formei em 1973, e fiz habilitação em enfermagem obstétrica e ginecológica, então eu sou habilitada em obstetrícia. Desde que me formei, eu venho atuando como enfermeira obstétrica e docente, mas minha grande experiência é de docente na área. Comecei trabalhando na maternidade de hospital e nos últimos 10/12 anos, tenho me dedicado à área, inicialmente participando da criação de uma maternidade, e depois na sua coordenação, com o compromisso de mudar o modelo assistencial da minha região. Temos tido alguns avanços, mas ao mesmo tempo, caminhamos em marcha ré, acho que como em todo o país. Mas, com relação ao movimento de inserção da enfermeira obstétrica, sinto que a vontade política de nossos formadores de política foi muito importante. O Ministério da Saúde abarcou mesmo essa causa e tem trazido as enfermeiras obstetras para fazer essa discussão, tanto é que a ABENFO tem estado em todos os eventos da área, inclusive na formulação dessas políticas. Vejo isso como um aspecto extremamente importante pois, a enfermeira obstétrica não pode perder esse espaço, ela tem que ir, continuar participando, isso é muito importante. Vejo também imensas barreiras que temos ainda que vencer. Uma delas, não vou colocar em termos de prioridade, é o trabalho com a categoria médica, nós temos grandes embates, e parece que tem sido uma luta de forças, mas, não acredito que é através das brigas que vamos chegar a um consenso, e sim, sentando nas mesas para negociar. O Ministério está tentando intermediar a busca de um espaço onde possa sentar na mesa as várias entidades, inclusive a categoria da enfermagem obstétrica com os médicos, para fazer essa discussão e buscar um consenso. E, essa negociação só chegará a um consenso, quando houver uma visão mais ampla de saúde, de equipe multidisciplinar, aí vamos conseguir avançar. Mas tem também outro lado, nós enfermeiras ainda não estamos conscientes, ou conseguindo ainda trabalhar o empoderamento das mulheres. Enquanto nós não tivermos as mulheres compreendendo o significado do processo de nascimento e parto, enquanto elas não entenderem a importância da sua participação, não conseguiremos avançar. Na hora que as mulheres começarem a ver que elas são sujeitos e devem lutar para serem os sujeitos desse processo, a história desse país vai mudar. As mulheres não têm uma visão de que são proprietárias de seus corpos, no momento que precisam de ajuda, de auxílio, seus corpos passam a pertencer aos profissionais de saúde, e não a elas mesmas. Elas não têm consciência da capacidade, da autonomia de poder decidir o que querem, o que desejam, o que podem conseguir e o que é melhor para elas. Então temos a política do Ministério, os embates entre categorias profissionais e aí eu coloco um

destaque na categoria médica e o empoderamento das mulheres. Para mim são três questões extremamente importantes que a gente não pode desvincular. Agora enquanto categoria ABENFO, sinto que não estamos dando conta de tudo isso. Cada uma no seu espaço, nos seus estados, nos seus municípios tem feito coisas importantes e a demanda da ABENFO Nacional, é mais num nível macro, num nível político, e nesse momento, estamos tentando segurar a peteca, para não deixar cair. Agora, quanto à formação, temos algumas questões no país, nos últimos anos enquanto ABENFO, estamos tentando tirar o foco de discussão de formar como, com quem, se enfermeira, se obstetriz, se é o curso de obstetrícia, se é o curso de especialização ou de residência, estamos mesmo preocupadas é com a qualificação, com a qualidade dessa formação. Não importa se obstetriz, se enfermeira obstetra, se a titulação da enfermeira obstetra quer seja através de uma residência ou através de um curso de especialização, mas a nossa grande questão é a qualidade dessa formação. Tanto é que estamos trabalhando com a certificação dessa qualificação, e foi um avanço da ABENFO nesses últimos anos, ter conseguido através de nosso conselho diretor, discutir as competências. Conseguimos dar visibilidade às competências essenciais da obstetrícia, política que a própria Organização Mundial de Saúde vem sugerindo que se utilize como padrão ouro, que são as competências essenciais para dizer que nós temos uma pessoa qualificada na atenção à mulher no ciclo grávido puerperal. Conseguimos fazer essa discussão e já foi estabelecido como padrão ouro da ABENFO, as competências essenciais ditadas pela Confederação Internacional das Parteiras, agora nós estamos num processo de estudar como fazer a certificação desse pessoal que está aí. Essas coisas são extremamente importantes para nos direcionar para a formação pois, tenho muita preocupação com muitos cursos que aparecem por aí, inclusive do próprio Ministério, que inclusive fez questionamentos sobre qual foi o desdobramento dos cursos financiados por ele, em que se gastou um recurso que veio da OPS, e que não trouxe nenhum retorno. Neste momento fizemos a defesa da nossa categoria pois, não é bem assim. Tivemos alguns egressos que fizeram uma formação que a gente questiona, as próprias enfermeiras (egressas de alguns cursos) diziam que não tinham nenhuma segurança de assumir uma sala de parto, uma casa de parto, porque o curso não deu essa segurança, tanto em termos de carga horária, como de números de procedimentos que realizaram, então temos esse questionamento. Essa discussão tem de ser feita na ABENFO, para se ter certo padrão, porque a nossa legislação em termos de COFEn, possibilita dar o título de especialista em um curso de 360/350 horas. Eu particularmente acho que para a obstetrícia é muito pouco, a não ser que você já tinha alguém com muita experiência, e aí ele vai quase que certificar essa competência. Temos experiência aqui em R.P., tanto com curso de especialização quanto com a residência, os nossos cursos de especialização são de mil cento e vinte horas e acontecem ao longo de um ano e, o curso de residência em enfermagem obstétrica e neonatal em dois anos. Com a carga horária de quase cinco mil horas da residência, a possibilidade de treinamento em serviço, o tempo que essas meninas ficam na prática, permite que elas assistam a um bom número de partos. Temos uma colega que fez uma avaliação dessas egressas, e a avaliação foi extremamente positiva, o curso realmente qualifica esses enfermeiros para assumir. Todos os nossos enfermeiros que saíram desses nossos cursos estão aí na prática, mas eu faço um questionamento, num país tão grande, quase do tamanho de um continente, onde há carência de enfermeiras obstetras, formar só pelo curso de residência, um curso que leva



dois anos e não dá para formar muitas, são seis sete, no máximo dez por ano, tem-se então que colocar em discussão a duração da formação. Nesse momento é isso que a gente tem que estimular? Mas é uma possibilidade... .

Talvez eu tenha uma visão um pouco estreita da contribuição das políticas ministeriais para o espaço das enfermeiras obstétricas mas, as nossas políticas de bem estar, estão centradas no indivíduo, na saúde da população. O SUS está aí, e mesmo com vinte anos, é ainda muito juvenzinho para se fazer uma avaliação enquanto política nacional de atendimento à saúde da população, de todos os seus princípios. Temos historicamente uma política de saúde muito centrada na figura do profissional médico e nos convênios, no particular, onde ainda se tem uma visão de que a população só é bem atendida onde se paga pelo serviço. A política de saúde esta centrada na visão de mercado, e nunca foi história da enfermagem estar inserida nessa política. Os grandes feitos da enfermagem se fazem nos ambientes públicos, na assistência pública. Nós já temos essa história e sinto que o Ministério da Saúde, quando põe na mesa de negociação as outras categorias profissionais, é com muita cautela, com muito cuidado. Um grande avanço aconteceu na saúde suplementar, hoje este setor não está dando conta, por isso está mudando sua política, está tentando abarcar a política ministerial, mas não esta consolidada porque, em um atendimento de saúde onde impera a hegemonia da classe médica, isso é complicado e tem também a demanda. O atendimento à mulher, o processo de nascimento e parto, ainda é um mercado importante para o médico e ele não consegue ver que pode partilhar com outras categorias profissionais, inclusive com a enfermeira obstétrica. A grande questão é essa, mas eles têm que ver que não estamos pegando esse quinhão deles pois, não é o parto que faz o médico ficar rico, e ele sabe disso. Tanto é que muitos acabam marcando cesárea, por causa da questão financeira, que senão como fica? A grande questão é esta, e o Ministério ainda não conseguiu atender..., também, não dá para virar o jogo de uma vez. O Ministério esta tentando uma política de sensibilização para a necessidade de mudança de modelo, estão sensibilizando entidades, estão sempre trazendo a FEBRASGO para a discussão, mas geralmente os que vêm são aqueles mais abertos a mudança da política, aí quando eles voltam é difícil repassar para os outros profissionais. Não pode dizer também que toda a culpa está centrada na categoria médica, temos muita culpa também. Quantas de nós enquanto pesquisadores, formadores e profissionais estão levando avante essa política de mudança? Quem está lá na linha de frente? Não estamos tendo coragem ou empoderamento para estar lá ajudando a levantar essa bandeira e fazendo a diferença na linha de base. Vejo na universidade enquanto docente, que ainda falta em muitas colegas nossas, de diferentes instituições, essa vontade de lutar pela profissão. Elas estão com medo e, é muito cômodo ficar nessa situação. Temos que fazer um movimento também na nossa categoria profissional. Na formação, precisamos de mobilização para sair da inércia, a vontade política conta muito e a mesma coisa eu vejo com seus professores. Uma vontade de realmente fazer a diferença, de fazer uma mudança, mas dada a uma série de atribuições que o docente tem assumido, isso acaba por ficar em segundo plano. E dentro da formação, vocês que são da Federal e eu que sou de uma Estadual, a gente vê que, dentro do contexto universitário, a formação do especialista tem muito pouco valor. O que tem valor é a graduação, e que para mim é muito mais um discurso que valor, mas o grande valor é sua produção, infelizmente a gente vive nesse processo. À medida que a universidade, a academia não valoriza esse lado do ensino, o treinamento, a

especialização, o docente acomoda, porque ele não vê estímulo, é preciso ter uma motivação e, ele não é motivado, ele vive dando murro em ponta de faca. Nós vivenciamos muito isso aqui, conseguimos montar a residência, mas foi com muito obstáculo, e hoje ela foi interrompida devido a alguns problemas que a nossa maternidade está passando, ela está mudando de filantropia para estadualização, então se achou melhor interromper a formação por conta de questões políticas, mas também acho que, cansou-se de estar fazendo, fazendo, brigando dentro do próprio ambiente universitário, que sempre questiona. A residência e a especialização não contam ponto para nada, não conta na CAPES, em nada, é uma carga horária que não conta nem para o ensino. Nas minhas andanças pelo Brasil a fora, vi a mesma coisa... , “olha aqui a gente luta, luta e ninguém dá valor, eu faço porque eu gosto muito, porque acredito”. É preciso ter essa coisa aqui interna, pessoal, que vem de dentro, de gostar, de acreditar que pode fazer alguma diferença. Agora a inserção depende da vontade política da instituição, de estar inserindo a enfermeira obstetra em sua equipe, de abrir espaço para sua atuação. Há pouco participei de um evento em C. (cidade) que trazia as experiências exitosas do SUS na redução da mortalidade materna e neonatal. No final do evento ficou muito claro, pelo menos para mim, que todas as experiências que obtiveram êxito, foram nas instituições que se investiu na enfermeira obstétrica e, as grandes mudanças foram elas que levaram em frente. Mas ainda vamos chegar lá, acho que vamos mudar sim, tenho uma visão muito otimista, só que esta mudança é a médio e longo prazo, mas até que está andando rápido.

Acredito que, na medida em que fizermos juntos, nós enfermeiras obstétricas e a categoria médicos obstetras, vamos conseguir mudar, e transformar. Há pouco tempo estive em um evento e conversando com o diretor de uma maternidade, um neonatologista, ele falou justamente isto que você está abordando. Lá em T. (cidade) o pessoal não aceita a enfermeira obstetra, como em todo lugar, e ele disse que comprou essa briga, está defendendo as enfermeiras obstetras, e por isso já não tem mais amigos. Ele acha que a enfermeira obstetra é a salvação do obstetra e que na medicina, existem três áreas que são complicadas e que não conseguem avançar, uma é a obstetrícia, outra é a ortopedia e a terceira a psiquiatria. Essas áreas não são objetos de trabalho da medicina e, se olharmos os avanços científicos, o que já foi feito, elas áreas estão defasadas dentro da medicina, elas estão buscando uma essência que não é delas. Achei muito interessante, ele não vê a obstetrícia como objeto específico da medicina; a ortopedia, ele diz: porque tem um grande embate com os fisioterapeutas? Porque tem um profissional que pega um objeto de trabalho, aquele sujeito com problemas de mobilidade, que não é a medicina. E na psiquiatria, o objeto de trabalho da assistência, é dos psicólogos. Tanto é que os grandes avanços na psiquiatria vêm da psicologia e, os avanços da obstetrícia vêm das parteiras. Outro ponto importante para nosso avanço foi a legalização, a regularização da nossa atuação, hoje temos o respaldo legal para fazer aquilo que estamos nos propondo a fazer, e temos que tomar muito cuidado, ver até onde podemos ir. Esta regularização das ações dá segurança e evita embates, de nos acusarem de estarmos fazendo algo que não estamos legalmente aptas ou que não temos capacidade para fazer. Por isto, temos que zelar pela nossa competência, é isso que a ABENFO está buscando assegurar, porque tem o discurso da incompetência das enfermeiras em muitas partes do país, e estão rezando para dar errado, para ir lá para a mídia, para mostrar que nós não temos competência. Mas eles estão vendo, inclusive o S. (instituição) é

um exemplo de que nós temos competência, que a coisa dá certo, que funciona e é boa. A cada momento, é uma questão que se coloca e que não podemos perder de vista, temos que estar com muitas antenas, ligadas para ver qual é o ponto de discussão do momento, nos instrumentalizar, ver se faz sentido ou não, e buscar fazer a discussão com a própria categoria, analisar quais argumentos temos. E também, quando se começar realmente a mudar o ensino, a trabalhar junto com outras categorias profissionais, a mostrar uma outra forma de assistir, teremos novas gerações de médicos, e quem sabe novas gerações de enfermeiros também.

Quanto aos caminhos a serem percorridos pelas enfermeiras obstétricas, temos que investir mais na qualificação, ainda vivemos um processo em que estamos qualificando, formando enfermeiras formadas por médicos, ou enfermeiras que tem toda uma visão médica de obstetrícia. Nós temos que investir muito nessa formação, na qualificação, nas competências. Temos que investir em algumas questões legais que ainda nos esbarram, já começamos a fazer algumas interlocuções com o COFEN, e temos acima de tudo, que trabalhar a comunidade, a população, nós enfermeiras, não estamos fazendo isso. Temos que trabalhar com a população, com a comunidade, com a mulher, empoderar essa comunidade, essa população e especialmente as mulheres. Temos que chamar a atenção de nossos alunos para esta questão. R. (cidade) nunca foi um município que tivesse tradição de atuação da enfermeira obstetra, da parteira. Desde que vieram as faculdades para cá, no comecinho da década de 1950, primeiro foi a de odontologia, depois veio a medicina, nós já começamos com a medicina tomando conta da saúde da população de toda região. Quando mudou a legislação, que acabaram os cursos de obstetrícia e passou para as habilitações, a nossa escola abriu a habilitação em enfermagem obstétrica, tanto é que eu sou da primeira turma. Naquele momento, nós tínhamos só duas docentes da área, e uma saiu aí, juntou-se com a medicina para dar esse curso de habilitação, eu formei nesse modelo, fui formada pelos médicos. Nós éramos poucas enfermeiras obstétricas e R. (cidade) nunca teve uma cultura, a tradição do trabalho das enfermeiras obstétricas ou das parteiras ou obstetrizes. Quando se começou a formar, já foi dentro de uma visão médica, formadas por médicos e eu sou cria desse processo, dessa geração. Agora, esse grupo que vinha sendo formado por médicos, era muito respeitado por eles porque, nós fazíamos o curso junto com o quarto e o sexto ano de medicina, então nós éramos alunos iguais, os conhecimentos, as habilidades e competências eram iguais. Tanto é que hoje, essa turma mais velha ainda tem muita voz perante o corpo docente antigo da medicina, eles sabem que temos uma competência igual a deles em relação à área. A gente questiona essa formação, mas naquele momento só tinha aquela opção. Só que mesmo formando essas enfermeiras junto com os médicos, elas não foram atuar diretamente nos centros obstétricos e na época, não tinha centros de parto normal, casas de parto. Elas ficaram trabalhando nas maternidades, mas na parte burocrática, não tiveram uma atuação direta no parto, na assistência à mulher. Ela fazia as outras atividades e aí, não se criou a cultura de um trabalho que a enfermeira podia fazer na obstetrícia. Em determinado momento, começamos a ter docentes enfermeiras obstétricas e aí não precisava tanto do quadro médico para ajudar na formação então, começamos a ter resistência dos alunos da medicina, para deixar que as alunas fossem para campo fazer parto. Neste momento começamos a peregrinar atrás de outros hospitais da cidade, ao seu redor e ir até para S.P. (cidade), para o A.M. (instituição), para as nossas meninas fazerem parto, para receberem o diploma de enfermeiras obstetras.

Depois de muitos anos de formação, resolvemos fazer um estudo para saber onde nossas egressas estavam, até para justificar a continuidade da habilitação e o sofrimento que era seu oferecimento, mesmo com três, quatro alunas, porque não tínhamos estrutura para oferecer mais vagas. Nesse estudo vimos que essas egressas não estavam na área, elas estavam na administração ou em outros locais então, na década de 1980, resolvemos acabar com a habilitação. Ou seja, nós ficamos mais de 20 anos sem formar enfermeiras obstetras. A nossa escola é um centro colaborador da Organização Mundial de Saúde e uma das Forças Tarefa é contribuir com a formação de enfermeiras obstetras e aí, abriu-se a discussão política enquanto grupo de docentes, em que a gente tinha a sensação de que não estávamos cumprindo o nosso papel, com aquilo que tínhamos sido formadas, e que acreditávamos. Isso foi o grande estímulo para resgatarmos, recuperamos a formação destas profissionais, aproveitamos também o movimento político pois, naquele momento estava abrindo uma nova maternidade e havia a necessidade da escola se incorporar, colaborar na elaboração da criação da maternidade. Foi um processo negociado, e nos inserimos nessa nova maternidade, com o tributo de formar enfermeiras obstetras lá. Nós resgatamos a formação da enfermeira obstetra com um curso de residência e alguns cursos de especialização que foram financiados pelo Ministério. Mas o foco era a residência, que inclusive, ia nos ajudar a manter a maternidade, enquanto laboratório de ensino e pesquisa para o corpo docente dessa escola. Creio que nós avançamos muito, conseguimos implementar um modelo mais humanizado, mas não foi um processo fácil. Hoje a gente vê que a todo momento brigávamos para mostrar que tem uma evidência científica de tudo que estávamos preconizando e tentando fazer. Vivíamos brigas constantes com a residência e com os alunos da graduação da medicina. Depois de um tempo esta maternidade que era filantrópica começou a ter problemas financeiros e também teve um problema sério com a administradora então, começou-se um processo para que ela fosse estadualizada. Neste período de transição a faculdade de medicina assumiu a coordenação da instituição e nós fomos coordenar toda a parte da enfermagem, que é o que já vínhamos fazendo. Com esta mudança interrompemos nosso curso de residência e agora está muito difícil negociar porque, a medicina bate que não quer que a enfermeira faça parto, os alunos da graduação e residência médica reivindicam para eles esta assistência, tem toda uma briga com os alunos. Com estes problemas voltamos à estaca zero, ou seja, discutir os espaços e fazer negociações, mas do jeito que está hoje, não vale a pena levar nossas alunas de enfermagem obstétrica. Devido a este momento político da maternidade e dos problemas econômicos, nós retrocedemos e, para retornarmos, será necessário discutir tudo outra vez. Os órgãos de classe tem de participar deste processo. A ABENFO vê com muita preocupação estes retrocessos e tem buscado ajudar nas discussões desses embates, porém essas discussões têm acontecido nos locais, não dá para fazer a nível nacional e não cabe à ABENFO nacional fazer esse enfrentamento. As pessoas dos locais é que tem que fazer a discussão, são elas que estão na linha de frente. Eles sabem disso, mas na realidade, ainda impera a hegemonia, mas a escola de Enfermagem também tem que buscar a sua hegemonia, o seu poder pois eles precisam da gente, então tem que fazer também conforme o que nós acreditamos, não podemos simplesmente deixar eles dirigirem do jeito que querem pois, eles precisam da gente e nós temos que zelar pela qualidade da assistência. Da primeira vez, o nosso embate aqui em R. (cidade), nosso discurso de negociação foi pela qualidade da assistência e, essa qualidade dependia da implementação de alguns

passos, com isso nós avançamos, e para retornar, é preciso começar tudo outra vez, porque as pessoas mudaram, não são as mesmas, é preciso ter paciência, repetir 500 vezes e, a ABENFO está aí para ajudar a mostrar que é essa qualidade que nós queremos, é nisso que acreditamos.

Agora, as pessoas envolvidas têm que entender que a Organização Mundial de Saúde, a Confederação Internacional das Parteiras e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia já definiram qual é a profissional qualificada. Ela tem um treinamento formal, legal, foi treinada formalmente para exercer uma série de competências, uma série de habilidades, de acordo com o padrão do país. Têm as competências essenciais para o atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal e, a pessoa qualificada tem que ter um respaldo, um contexto que facilite isso, onde ela possa desenvolver as competências a que foi treinada. Não adianta a pessoa ser só competente, tem a questão legal, a política para empoderar e ela poder exercer as competências. Tem que ter também infra estrutura, insumos, materiais, ou seja, um contexto para facilitar. Hoje, a grande questão aqui em R.P. (cidade), é exatamente esse contexto, ele não está acontecendo pela competência das enfermeiras, e sim porque, eles quiseram barrar de todos os jeitos o trabalho delas, mas temos resistido, tanto é que, a enfermeira que faz parto, assina a AIH, ela não fica na invisibilidade. Foi uma luta nossa enquanto docente, não aceitar que o médico assinasse pelo que fizemos. Se a enfermeira fez o parto, ela tem que assinar. Nós não aceitamos que outro assinasse por nós. Temos que trabalhar para mostrar o nosso trabalho, trabalhar esse contexto, especialmente quando envolve relações pessoais e sociais, que não é fácil. A disputa política tem que acontecer pela busca de consenso, é isso que temos que buscar, porque às vezes somos atropelados, como é o que aconteceu com o ato médico. O ato médico atrasou alguns processos, porque ele veio junto. Agora não sabemos se ele veio propositalmente, acho que não porque têm outras categorias, outras áreas temáticas envolvidas, não só a obstetrícia. No que diz respeito especificamente a obstétrica, ao parto em si, percebo que passa por uma questão importante para a classe médica, que é a reserva de mercado pois, a definição, a delimitação daquilo que uma categoria faz, parece estar atrelada à apropriação de espaços no mercado de trabalho. A manutenção da hegemonia profissional atualmente é uma grande preocupação da classe médica, quando se questiona se o ato médico foi um dificultador no processo de mudanças na atenção obstétrica no país, eu poderia dizer que dentro da obstetrícia ele ativou os ânimos da categoria médica e buscou recuperar a união daquela categoria, a ponto de muitas de nós sermos barradas de participar de eventos médicos. Temos que ficar alertas para todos os acontecimentos, exigir presença e defesa por parte de nossos conselhos (COFEN/COREN) para aquilo em que estamos sendo afetadas, temos também que exigir avanços legais, que possam dar sustentação para o que fazemos e temos competência para tal. As associações de classe são de extrema importância neste chamamento.

#### **Entrevistada 05: O.M.B.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Especialização em Enfermagem Obstétrica; Mestrado em Assistência de Enfermagem; Doutorado em Tocoginecologia.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Coordenadora de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica; docente de três diferentes Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal e do Curso de Especialização e Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. Enfermeira do Centro Obstétrico da Maternidade C. D.; Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Membro de Seccional da ABENFO

Os primeiros contatos foram feitos por e-mail e a entrevistada avisou-me que participaria do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem (60º COBEOn) que aconteceu em Belo Horizonte. Por e-mail combinamos de nos encontrar no evento e ela me conceder a entrevista.

No programa do COBEOn, localizei o dia e horário da apresentação de O., e fiquei aguardando sua apresentação, já que não a conhecia pessoalmente. Após sua apresentação me dirigi a ela, me apresentei, conversamos um pouco, e agendamos a entrevista para o outro dia. A entrevista aconteceu durante o congresso, em uma das salas destinadas para os cursos que acontecem em paralelo, e não estava sendo utilizada no momento.

Durante a entrevista a monitora responsável pela sala nos procurou para saber por que estávamos lá. Explicamos e após certa resistência, já que a sala não poderia ser usada para outras finalidades (tinham tido problemas com o desaparecimento de um equipamento eletrônico), ela aceitou que terminássemos a entrevista. Quase no final, começou uma atividade na sala ao lado e houve certo barulho. Nenhuma das interferências atrapalhou o andamento da entrevista.

#### **Entrevista:**

- Em 1988 fui fazer a Especialização em Enfermagem Obstétrica, juntamente com um grupo de professoras da Universidade, na FEPEVE, em I. (cidade), que na época era uma fundação e depois se tornou universidade estadual, a UNIVALE. Em minha cidade não tinha curso de especialização e eu era chefe do bloco obstétrico de uma maternidade de F. (cidade), fui fazer o curso de especialização porque trabalhava em um centro obstétrico, já participava da assistência ao parto e, dentro de um centro obstétrico é complicado você estar atuando no dia a dia da assistência sem especialização, as demandas de cuidado fazem com que você preste determinado tipo de assistência,

independente de ter especialização ou não. Comecei a participar dos partos com os residentes e, devido a essa necessidade assistencial, senti necessidade de me especializar para poder atuar plenamente, dentro do Código de Ética, atendendo as demandas da profissão. Era necessário me especializar pois, trabalhava numa maternidade que assistia a 500, 600 nascimentos por mês e nós acabávamos entrando na assistência ao parto, com formação ou não, nem que fosse para aparar o bebê. Depois do curso, continuei trabalhando nessa maternidade por mais uns oito anos, em 1993 ingressei na Universidade e comecei a dar aula na disciplina Enfermagem Obstétrica, depois de uns 5 anos na universidade, acompanhando estágio em centro obstétrico, fui fazer mestrado e lá, as nossas ex-alunas e nossas colegas perguntavam: “- Quando é que vocês vão dar o curso de especialização, a gente precisa tanto!”. Aí, juntamente com um grupo de professoras da disciplina Enfermagem Obstétrica e Neonatológica, resolvemos criar o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC. Oferecemos quatro cursos financiados pelo Ministério da Saúde, o primeiro foi em 1999. Passaram-se 11 anos desde que fiz a especialização, até oferecermos um curso de especialização, acredito que essa demora foi porque estávamos envolvidas com a abertura da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal. No centro obstétrico do HU só tinha duas enfermeiras com especialização, então sentimos necessidade de aumentar a formação, para melhorar a inserção dessas enfermeiras no mercado de trabalho. Tinha um espaço a ser ocupado e se a gente não formasse, depois de muito tempo não conseguiríamos mais. Foi um esforço grande pois sabíamos que uma especialização dentro de uma universidade federal é muito complicado, não podemos computar em horas de ensino, é como se fosse horas de extensão, se o curso não tem um financiamento, é complicado para pagar os professores porque eles são dedicação exclusiva e não podem ser remunerados, então quando tivemos o financiamento do Ministério, foi ótimo. Nosso primeiro curso começou auto financiado em 1999, na metade dele conseguimos financiamento do Ministério, nós já tínhamos enviado o projeto e a J.S. conseguiu financiamento para os cursos, inclusive esse em andamento, então devolvemos o pagamento das mensalidades para as alunas. Com isto ficamos mais aliviadas porque, quando uma aluna desiste de um curso de especialização pago, gera um problema financeiro, que muitas vezes não temos como resolver. Esse financiamento foi ótimo para as alunas e para nós também, ficamos mais tranquilas por conta da gestão financeira do curso. Oferecemos 04 cursos de especialização, todos com financiamento do Ministério, devido à dificuldade de oferecer um curso pago em uma Universidade Federal. Fazendo uma avaliação mais grosseira, observamos que as enfermeiras que fizeram o curso se inseriram nas maternidades e, nas unidades locais de saúde, elas assumiram mais o pré-natal nos Programas de Saúde da Família, fizemos uma pesquisa com as nossas egressas da especialização, que foi publicada na revista Texto e Contexto da Enfermagem. Para desenvolver a pesquisa, enviamos mais ou menos 80 questionários e tivemos aproximadamente 54 respondentes, conseguimos localizar essas egressas, saber onde estão e quais a atividade estão exercendo. Observamos também que as enfermeiras que já atuavam no centro obstétrico permaneceram, não diminuiu e também não aumentou muito. Vimos que não houve uma mudança, no sentido de: “- há, agora que eu sou especialista, eu vou para o centro obstétrico”. Porque não é só a formação, como você colocou aí em seus objetivos. Uma coisa é a intenção da pessoa enquanto formação e outra é a forma como ela é absorvida no mercado de trabalho. Enfermeiros que já atuam em centro obstétrico, que

buscam se especializar para se resguardar em termos legais e também para poder ter um melhor conhecimento, aí se mantém no Centro Obstétrico agora, se a instituição, a Secretaria do Estado da Saúde não faz concurso para especialista, é complicado porque às vezes, o especialista é contratado pela secretaria, mas é mandado para um hospital geral, que não tem a especialidade, ele acaba não sendo aproveitado na maternidade, esse é outro problema, a política de contratação de pessoal. A inserção da enfermeira obstetra tem vários componentes, um deles é a formação, que sabemos que, por mais que se forme especialista, como a USP tem formado, o problema não é só da formação, o mercado de trabalho também é problema, a forma como essa enfermeira é contratada, quando é aberto concurso para médico, é especificado a especialidade, e na enfermagem isso não é uma prática. Algumas secretarias até abrem concurso para a especialista, mas ela acaba indo trabalhar onde não tem a especialidade. Outro problema é o trabalho em equipe, a aceitação do outro profissional, o profissional médico, por exemplo. Só que aí a enfermagem precisa não só se posicionar, mas também mostrar resultado do seu trabalho. Se olharmos, as experiências que estão dando certo, com exceção da enfermeira obstetra em casas de parto ou em centros de parto normal, que é o caso do S.F. e outros locais, quando o enfermeiro consegue desenvolver um trabalho em equipe, demonstrando a competência que ele tem, a sua formação, ele não tem tanta dificuldade com a equipe médica. A postura, a atitude do profissional e a forma como ele se relaciona com os outros membros da equipe interfere muito. Não é só ter uma lei que pode assinar o laudo, que você pode assistir ao parto, temos que ter habilidade para nos inserir, sermos valorizadas e respeitadas nesse ambiente de trabalho. Temos muitas egressas nas maternidades da capital e do interior porque a prática assistencial do nosso curso era desenvolvida nas maternidades de F. (cidade) e do interior e algumas egressas foram trabalhar no interior. Não fizemos nenhuma pesquisa mas, a notícia é que as enfermeiras que estão trabalhando numa maternidade no planalto serrano estão assistindo ao parto de baixo risco sem distócia, elas conseguiram ocupar o espaço. Tem experiências positivas principalmente nas maternidades onde tem poucos residentes, que é outro problema. A inserção das enfermeiras numa instituição onde tem poucos recursos profissionais, principalmente de médicos, é mais fácil, onde têm residentes e acadêmicos de medicina, é complicado. Às vezes eles dizem: “- Há, nós não vamos deixar que o residente ou acadêmico de medicina deixe de assistir ao parto para a enfermeira assistir...” . No nosso hospital universitário, o acadêmico de medicina acaba entrando em um parto com a enfermeira mas, é muito mais frequente ele entrar com o residente, e aí a enfermeira acaba perdendo o espaço de assistência ao parto, principalmente se a equipe de profissionais médicos é grande. Temos notado que em hospitais menores, onde só tem um obstetra de plantão ou de sobreaviso, a inserção é melhor, é mais fácil porque ele vê a enfermeira obstetra como uma profissional que vai ajudá-lo e não como uma pessoa que vai tirar a oportunidade do colega, porque o residente é colega de plantão. Agora, a inserção depende muito da forma como o serviço está organizado, os profissionais que prestam assistência, também fazem com que o enfermeiro obstetra não consiga o seu espaço. Quando tem residentes da medicina, o número de partos assistidos por enfermeiras obstetras diminui, é diferente dos centros de parto normal e têm muitos profissionais médicos que nem sabem que existe enfermeira obstetra, na sua formação eles não vêem a atuação desta profissional. Tem uns que chegam para a gente e dizem “- Eu não sabia que o enfermeiro podia assistir ao parto”. Às vezes se discute muito



a inserção do enfermeiro na assistência ao parto em si, fico um pouco incomodada com isso, porque a assistência ao parto é importante, mas o acompanhamento do processo de dilatação, toda evolução do trabalho de parto é muito importante e ao mesmo tempo desvalorizada. Falamos muito do momento do parto, mas se fizermos uma investigação de como é a inserção desses enfermeiros no centro obstétrico, no pré-parto, o que eles estão fazendo de diferente, vemos que ele pode não estar assistindo ao parto em si, mas acompanhou todo o progresso do trabalho de parto, que o acadêmico e o residente de medicina não fazem e, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, a orientação de acompanhante, todo esse processo de cuidado é muito específico do enfermeiro. É preciso dar mais visibilidade a nossa atuação nesse espaço porque, se o resultado do parto é positivo, é porque teve o trabalho bem de perto de uma enfermeira, com aquela parturiente e com o acompanhante no trabalho de parto. Quando pensamos na inserção da enfermeira na assistência ao parto, será que não seria bom avaliarmos a inserção da enfermeira no processo do nascimento? É comum o acadêmico, o residente de medicina ou o obstetra estarem na sala de parto, mas a referência da parturiente é a enfermeira que pode não estar na assistência ao parto em si, mas acompanhou o trabalho de parto. E quando não é a enfermeira especialista, observamos que não é a mesma coisa, a generalista, por mais que tenha feito uma boa graduação, que goste da área, sabemos que não é igual. Temos que pensar mais nisso, não é somente o atendimento ao parto em si que é importante. Bom seria se pudéssemos assistir todo o processo e a todos os partos, mas quando não é possível, temos que mostrar nossa inserção nessa outra forma de cuidar. Quando minhas alunas de graduação chegam relatando que estão tristes porque quase não teve parto na semana, sempre digo para elas que se elas forem boas enfermeiras e souberem fazer um bom acompanhamento do período de dilatação, está muito bom porque, o que importa não é assistir um, dois ou três partos, e sim, é você saber acompanhar o trabalho de parto, isso é específico da enfermagem e, se elas não fizerem, ninguém vai fazer. O período de Grimberg é a mesma coisa, há um abandono da equipe médica e muitas vezes da enfermagem também, eu sempre cobro de maneira muito veemente, não que o parto não seja nosso, mas infelizmente não é específico da enfermeira obstetra, outros profissionais também o assistem, mas aqueles cuidados ali, só nós é que fazemos. Lá em F. (cidade) tem três maternidades, na que eu trabalhava antes de ir para a Universidade tem uma egressa do nosso curso de especialização atuando, porém com dificuldade pois lá tem uma residência médica com muitos residentes, tem até R3. Com esse número grande de vagas para a residência, ela acaba sendo podada, tendo dificuldade de assistir ao parto, ela até se posiciona, mas como é uma só, fica difícil. Só tem ela de especialista na sala de parto, e ainda é supervisora de umas alunas que eu estou orientando no T.C.C. Outro dia, essas alunas da graduação, vieram super felizes me contar que conseguiram entrar para assistir ao parto junto com o residente da obstetrícia da medicina. Vejo que se a enfermeira não está conseguindo assistir ao parto, pelo menos está conseguindo mudar a atitude desses profissionais, que estão tendo uma abertura e valorizando os alunos da graduação de enfermagem. Ela faz um excelente trabalho no período de dilatação, com os métodos não farmacológicos, porém gostaria de estar assistindo mais partos, mas não está conseguindo. Na maternidade do hospital universitário tem enfermeira obstetra em todos os plantões, mas tem também residente e acadêmico de medicina. Lá elas não são impedidas de assistir ao parto, mas não o fazem em grande número, às vezes o acadêmico de medicina acompanha o

trabalho das enfermeiras durante o parto. Tem uma outra maternidade que faz parte da grande F. (cidade), onde as enfermeiras certa dificuldade de atuar, elas têm conseguido entrar, mas não assistem a muitos partos, lá tem muitos alunos, inclusive de universidades particulares. Na capital, são muitos profissionais disponíveis para assistir ao parto, e isso limita a assistência da enfermeira no parto em si, no pré parto o espaço é tranquilo. Agora, elas não assinam a AIH na grande F. (cidade), no interior eu não sei como está essa questão.

Agora, para assistir ao parto, é preciso profissionais qualificados e, a formação é muito importante. Se compararmos o curso que fiz em 1988 de 1300 horas, com o que nós oferecemos que tinha uma carga horária mínima de 600 horas e estava dentro dos critérios estabelecidos pelo Ministério, acho que avançamos bastante. Apesar da carga horária bem menor, a diretriz do curso estava voltada para o contexto da assistência obstétrica, dentro da realidade não só brasileira, mas mundial então, acho que os enfermeiros que estão cursando as especializações atualmente, têm essa visão de humanização, de práticas baseadas em evidências, são enfermeiros que estão saindo com uma boa formação. Talvez o que esteja faltando e que sempre será um problema, é a assistência ao parto, o número de partos assistidos. Nossos alunos tiveram que buscar uma complementação desse número de partos, quando ele não fazia o número de partos dentro da carga horária estabelecida pelo curso, para receber o certificado, ele tinha que complementar esse número na realidade dele. Ele buscava esse campo e a gente fazia todo o planejamento. Têm-se que oferecer uma formação do enfermeiro dentro das políticas públicas, para ele entender como está colocado esse profissional no contexto das políticas públicas, como o Ministério tem valorizado a sua inserção para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, a questão da cesariana, o enfermeiro tem que sair com uma formação crítica, humanística e com competência técnica. Essas coisas se complementam, e, se já oferecemos um curso de especialização que se preocupa com as questões técnicas e humanísticas e que dá uma competência crítica para que o profissional compreenda o contexto em que ele vai lutar para se inserir nesse mercado de trabalho, não há necessidade de muita mudança. O problema maior é o mercado de trabalho, se pensarmos dentro dessa proposta do Ministério da Saúde, os cursos de especialização em enfermagem obstétrica que eles financiaram não eram restritos à profissionais que trabalhavam em centro obstétrico, as vagas eram disponibilizadas também para enfermeiros que trabalhavam nos Programas de Saúde da Família ou em outros locais de saúde, na atenção à saúde da mulher. Não era um curso só para sala de parto. Porém, sempre se esperou que aumentasse o quantitativo de enfermeiras em sala de parto, mas não era explícito. Os cursos financiados tinham um acordo com as instituições, para liberar enfermeiros para o curso e depois eles continuavam trabalhando lá.

Sou muito otimista, se for comparar a especialização que fiz há 20 anos com as que são oferecidas hoje, muita coisa mudou. Na década de 1990 eu ficava feliz quando encontrava uma enfermeira obstetra no estado, a gente podia pontuar os locais onde tinha enfermeiras obstetras, inclusive quando era aberto concurso para professor substituto na UFSC, não sabíamos se havia enfermeira obstetra para concorrer. Hoje, apesar de todas as dificuldades, somos um número maior, e para saber quais mudanças essas enfermeiras estão gerando nos serviços de saúde, temos que fazer uma pesquisa de impacto, inclusive porque, por mais que ela não esteja assistindo ao parto em si, a assistência mudou, melhorou muito. Quando eu era aluna da graduação

ou mesmo da especialização, eu não tinha a referência de uma enfermeira. Atualmente, podemos até não ter a enfermeira fazendo o parto, onde o aluno faz estágio, mas temos a especialista lá, dando apoio, prestando assistência no centro obstétrico. E, por causa da competência com a qualificação, as especialistas se sentem mais seguras para tomar determinadas decisões, para se envolver. Por mais que se diga que a consulta à gestante é para a enfermeira generalista, que não precisa ser especialista, é preciso se sentir segura para realizá-la, e às vezes, elas se afastavam da consulta pré-natal porque não se sentem seguras. Vejo um cenário positivo, acho que melhorou bastante a inserção, porém está faltando mais pesquisa de impacto, temos que fazer um estudo transversal para avaliar nestes anos, qual tem sido a diferença na assistência, como tem sido essa inserção, acho que tem diferença, mesmo não assistindo ao parto em si... .

Os primeiros cursos de especialização financiados pelo Ministério da Saúde foram em 1999, não se passaram nem 10 anos e sabemos que uma mudança no cenário de saúde não acontece numa década, se formos pensar, é muito recente, só agora é que estamos tendo um maior número de profissionais. Se avaliarmos as instituições que não estão na capital, quantos centros de parto normal têm hoje e quantos tinham antes dos cursos de especialização do Ministério?, não tinha quem coordenasse um centro de parto normal ou que atuasse no dia a dia. Pode não ter gerado muita mudança, não estar muito inserido naquelas instituições que tradicionalmente acham que não é necessário o enfermeiro lá, porque têm outros profissionais para assistir ao parto mas, no novo modelo de assistência, o especialista está fazendo a diferença, temos exemplos em todo o Brasil. O centro de parto normal aqui do S.F. (instituição) é um exemplo maravilhoso, lá as políticas de saúde estão bem colocadas. Pelo que tenho acompanhado, o Ministério da Saúde tem procurado inserir o enfermeiro obstetra nas políticas de atenção à saúde da mulher. Sabemos que isso é um trabalho da ABENFO, ela tem participado da criação dessas políticas, ela coloca a importância do enfermeiro especialista para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, para a redução das taxas de cesarianas, para a melhoria da qualidade da assistência. Isso está escrito dentro das políticas públicas, é um progresso, mas tem que ter um movimento político também. Outro dia convidamos o Dr. A.F. para fazer a conferência de abertura na jornada do hospital universitário de F. (cidade) e ele sugeriu que solicitássemos uma audiência com o ministro T., para fazermos uma pressão maciça. Acho que falta um pouco de articulação, a ABENFO tem se inserido, mas é preciso mais. É necessário que o Ministério da Saúde crie mecanismos de fiscalização e de avaliação dessas maternidades, só a criação das políticas não é suficiente. Deveria ter uma estratégia de avaliação das maternidades em relação à inserção das enfermeiras, por exemplo, uma maternidade do estado que é ligada ao Ministério da Saúde, que tenha credenciamento do SUS, teria que ter uma avaliação não só de indicadores de saúde, mas também de assistência e, eles tinham que estabelecer uma meta que seria acompanhada no relatório que mostra o número de partos e quantas enfermeiras obstetras tem na maternidade. Uma maternidade credenciada do SUS e que tem enfermeira obstetra, teria que gerar um determinado número de partos assistidos por estas profissionais, para ela ter uma boa avaliação. O Ministério da Saúde tem que criar mecanismos lá na ponta, para facilitar a inserção, para que as maternidades valorizem o enfermeiro obstetra, não é só estimular a formação. Uma maternidade que tem enfermeiros obstetras, poderia receber um acréscimo no valor da internação da parturiente e deveria

ser exigida uma porcentagem de partos assistidos por estes profissionais, proporcional com o número de partos da instituição, por exemplo, de tantos partos, 10% teriam que ser assistidos por enfermeiras, se não, a instituição seria multada. Não tem meta de redução de cesariana? Por que não faz uma meta de assistência ao parto por enfermeiras? A inserção da enfermeira obstetra deveria estar contemplada na RDC 36, que está gerando toda uma mobilização das maternidades para se adequarem às suas normas. Os gestores têm que criar mecanismos para que os enfermeiros das maternidades do interior não fiquem fazendo corpo a corpo com os obstetras, eles é que tem que fazer isso. Nós estamos dentro de um cenário que não existia, antes os médicos assistiam a todos os partos porque não tinha enfermeiros, ou em número suficiente nas instituições, eles já estavam acostumados, e de repente surge um número maior de enfermeiros com especialização dizendo que agora vão assistir ao parto, eles questionam mesmo porque até então, quem fazia isso eram eles com os alunos da medicina. Temos que ter dentro das políticas públicas, mecanismos de avaliação e de acompanhamento das maternidades. Para melhorar a inserção, não é só dizer ou criar portarias que o enfermeiro pode assinar o laudo, e daí? Tem que ter questionamentos do Ministério, por exemplo: se a maternidade tem dez enfermeiros obstetras, porque não tem nenhum laudo de internação assinado por eles? Ainda temos problemas com os gestores, a política pública é muitas vezes construída, e nem sempre ela é bem divulgada..., tem muito diretor de maternidade que nem sabe que existe a portaria dizendo que o enfermeiro pode assistir ao parto. Existe uma falta de comunicação e de atualização, de quem está na ponta, com quem está nas instituições. Observo isso na maternidade onde atuo e não é maternidade de interior, às vezes as políticas públicas não chegam em quem está na ponta, muitos diretores nem sabem que existem. Tem que melhorar a comunicação entre o ministério e os gestores das maternidades, das unidades locais de saúde, mostrando essas políticas e também os mecanismos reguladores, está faltando isso. Veja o exemplo da LDC 36, a política foi publicada no Diário Oficial em julho e as maternidades têm um prazo de 180 dias para se adequar, tem algumas maternidades que nem sabem o que é isso, e o prazo está correndo, as maternidades tem até dezembro para cumprir. Fui fazer uma palestra em um evento da Secretaria de Saúde, sobre a inserção do acompanhante lá em S.C. (estado) e tinha alguns representantes de maternidades que nem sabiam da LDC. Na pasta do evento foi colocada uma cópia da LDC 36, essa informação tem que chegar nas maternidades, tem muita gente que não tem conhecimento da lei. A forma como as leis são criadas, são encaminhadas e divulgadas e, a falta de mecanismos reguladores interfere muito. Podemos até mudar a formação dos especialistas, mas se não mudarmos esse contexto, não vai adiantar.

Agora, para avançarmos, a primeira coisa é que não podemos desanimar, porque é muito recente, se formos pensar em termos de mudanças no sistema de saúde, de uma prática de saúde, não se passaram dez anos desde que o Ministério começou a fomentar e a financiar os cursos em 1999. Alguns só formaram a primeira turma em 2000, 2001, então tem 7/8 anos. Só que, os cursos têm que formar o aluno com uma visão crítica, ética e humanística e, com sua atitude, os alunos têm que procurar criar os espaços de atuação, se não, corremos o risco de ter financiamentos e não ter profissionais com postura diferenciada. A postura do enfermeiro obstetra e a forma como ele se coloca diante da equipe, facilita ou dificulta a sua inserção. Acredito que teremos boas mudanças mesmo com as escassas experiências

positivas de casas de parto, de centros de parto normal intra-hospitalar e de maternidades, principalmente no interior, com os enfermeiros mostrando sua inserção e seu trabalho. Nas capitais é mais complicado devido à disputa do espaço com o acadêmico e o residente de medicina. Teremos cada vez mais facilidade nesse processo, mas é um processo muito lento, não vai acontecer em dez anos. Acredito que vai aumentar o número de especialistas na assistência ao parto, inclusive no parto domiciliar. Em vários locais S.C. (estado) R., B.H. e S. P. (cidades) temos grupos de enfermeiras assistindo ao parto domiciliar, a gente não tinha isso há uns dez anos. Em uma década nós entramos em vários contextos da assistência, onde não estávamos. Em centros de parto, em casas de parto, em partos domiciliares e também em maternidades que nunca tinham ouvido falar que existia enfermeiro obstetra. A concentração maior na formação destas profissionais era no R. e em S. P., onde já tinha cursos de especialização, hoje os estados do sul e do nordeste já tiveram ou estão oferecendo cursos de especialização, e isso está fazendo a diferença. Nós conseguimos ter associações e seccionais espalhadas pelo Brasil, mesmo com muitas dificuldades, sabemos a quem nos referir naquele local, porque agora, lá tem aquela enfermeira obstétrica e antes não tinha, já conseguimos melhorar o nosso espaço mas, ainda precisamos de um número maior de profissionais. E também, temos que fazer pesquisas, inclusive ensaios clínicos randomizados para gerar evidências da nossa prática. As pesquisas qualitativas são super importantes, mas temos que fazer também pesquisas quantitativas para mostrar e avaliar a nossa intervenção, pois ela faz diferença nos resultados maternos e fetais, tem um grupo de professoras da USP e da UNIFESP que estão investindo mais em pesquisas quantitativas, buscando avaliar a intervenção, posição de parto que a enfermeira está adotando, os métodos não farmacológicos de alívio à dor. Está na hora de gerarmos mais produção de conhecimento, que isso possa ser mais divulgado e também, que possa ser incorporado nas revisões sistemáticas. Nós não vemos trabalhos brasileiros com essa abordagem e, as revisões sistemáticas são um bom local para isso. Precisamos também criar um corpo de conhecimento que dê maior visibilidade, não é só a inserção do enfermeiro na prática, temos que fazer a prática, procurar mudá-la, avaliá-la e fazer com que ela gere evidência. É muita coisa, mas o caminho é esse, não adianta mais a gente ficar nessa história de que a enfermeira só vai atuar na humanização, têm que mudar a prática, as intervenções mesmo. Esse movimento de humanização tem sido muito importante para o enfermeiro e, se não fossem os enfermeiros especialistas nas maternidades, não estaríamos nesse processo de humanização da obstetrícia. Em todas as maternidades, quem carrega o movimento de humanização, de mudança, a inserção do acompanhante, são as enfermeiras. São elas que fazem e elaboram estratégias para implementação, que fazem todo o planejamento, os relatórios para uma maternidade concorrer ao prêmio Galba de Araújo e muito mais. Então isso não é impacto?, isso mostra que estamos fazendo a diferença. A humanização no cenário nacional nasceu na obstetrícia, a política de saúde da mulher trouxe a humanização. Na década de 1980 a humanização já era muito falada na saúde da mulher e depois começou a se expandir para outras especialidades, inclusive foi incorporada como programa do Ministério, o Humaniza SUS. Em 1985 teve a Conferência de Fortaleza que abordava a tecnologia apropriada, não tinha o nome de humanização mas já tinha preocupação com a prática baseada em evidência para gerar uma assistência de melhor qualidade, com menos intervenção e consequentemente, mais humanizada. O enfermeiro especialista tem atuado

muito na humanização, temos várias dissertações de mestrado sobre o assunto!

Agora, para mudar a prática, precisamos mudar o ensino também e, na nossa realidade, o maior problema é campo de estágio. Quando oferecemos a especialização, o nosso desafio era ter campo onde o especializando pudesse assistir ao parto, então fomos para uma maternidade que fica há mais de duzentos quilômetros de F. (cidade), onde as alunas faziam a parte prática. Naquela maternidade tinha uma enfermeira que a gente chamava de facilitadora, que ficava com o grupo de alunos no estágio da especialização, para descentralizar os grupos de estágio prático, porque se ficasse todo mundo em F. (cidade), não teria condições. Isso foi muito positivo porque gerou uma mudança nas maternidades que receberam as nossas alunas, J. (cidade) foi um campo de estágio também. Os profissionais das maternidades que receberam nossas alunas começaram a se acostumar com a atuação das enfermeiras, que não adiantava criamos um impasse nas maternidades onde tem a medicina, os residentes e sobrar um parto no dia para as alunas da enfermagem. Para que ficarmos desgastando, temos que procurar campos onde conseguimos atuar. Essa foi uma estratégia, por causa desse desafio do estágio no centro obstétrico. E também, só oferecemos cursos financiados. Nossa última turma se formou em 2006 e nós não conseguimos relançar o curso porque dentro de uma Universidade Federal, temos um problema muito grande de gerenciamento de recursos. O curso pago não é bem visto dentro da Universidade Federal e, se não temos financiamento do Ministério, preferimos não oferecer. Se oferecermos um curso pago pelo aluno, a parte financeira tem que ser gerenciada por uma fundação ligada à universidade, só que a universidade não estimula isso porque, cursos vinculados às federais, não devem ser pagos pelos alunos. Imagina o conflito que vivemos, então preferimos esperar, para ver se tem uma mudança no Ministério e eles retornam com os financiamentos, para reativarmos nosso curso. Tentamos fazer uma parceria com a secretaria de saúde para eles pagarem um curso para seus enfermeiros, mas não conseguimos ainda. A Universidade não valoriza as especializações, a prioridade é você dar aula no doutorado e no mestrado.

#### **Entrevistada 06: M.S.P.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Habilitação em Enfermagem Obstétrica; Especialização em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social; Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social; Doutorado em Enfermagem e Psicologia Social.

**Participação em Cursos Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Professora Associada do Departamento de Enfermagem Comunitária da UFBA; Credenciada como Professora Colaboradora no Programa de Pós graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo; Diretora da ABEn-Ba; Diretora da ABEn-Nacional;

Vice presidente da ABEn Nacional; Diretora da ABENFO Nacional, Membro da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde; Membro do Comitê Municipal de Mortalidade Materna; Consultora do Ministério da Saúde - Área Técnica da Saúde da Mulher; Membro da Comissão Julgadora do II Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo; Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM); Lider do Grupo de Pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades e Gênero.

M. (4ª entrevistada) me apresentou MSP (6ª entrevistada) durante o FORUM realizado pela ABENFO Nacional, no Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte – MG, e conversamos sobre a pesquisa. Após o evento nos dirigimos ao hotel onde M. estava hospedada, me sentei na cadeira e M. na cama com o gravador próximo dela, e a entrevista aconteceu, sem nenhuma interrupção ou interferência. M. é muito expansiva, falou bastante. Por duas vezes, ao notar que estava desviando do tema, ela mesma buscou o roteiro para se direcionar.

#### **Entrevista:**

- Desde que entrei no curso de enfermagem, achei que ia trabalhar na área da saúde da mulher, me formei em 1977 e na época se falava obstetrícia e não Saúde da Mulher, na primeira disciplina eu já fui empolgando com a obstetrícia e tendo certeza que essa seria minha opção. Quando terminei o curso de habilitação em obstetrícia, fui convidada pela escola para entrar como professora colaboradora da disciplina que na época chamava obstetrícia, desde então, venho trabalhando na área. Durante a graduação, comecei a trabalhar com pré-natal juntamente com uma professora, em um posto de saúde na periferia, que era ligado à igreja. Era um postinho longe, estava ligado a uma creche e, sua maior atividade era as ações sociais, fomos para lá e começamos a trabalhar com o pré-natal. Arvorei-me a entrar como professora porque tinha um ano e meio que eu trabalhava com o pré-natal e todo mundo falava: - você vai ficar no pré-natal porque a professora vai tirar uma licença prêmio e você vai cobrir essa licença. E é aquilo que já conhecemos, quando a gente entra na escola, e quando é nova, vai para tudo quanto é canto, e rapidinho eu fui para a sala de parto, que é um espaço que eu gostava muito, gosto muito do pré-natal, mas o meu espaço de trabalho sempre foi a sala de parto. Até o meu retorno do doutorado, há mais ou menos um ano, me mantive na sala de parto, depois vieram as obrigações da pós-graduação que acabaram me tirando deste espaço. Estou só no pré-natal, porque na sala de parto a gente não consegue ter hora para sair e como sou coordenadora da pós-graduação, é difícil conciliar. Não me afastei da formação das enfermeiras obstetras, continuamos seguindo com os cursos. Até 1983 a gente tinha habilitação, depois começamos a fazer cursos de especialização, inicialmente auto financiados pelas alunas, depois conseguimos financiamento da Secretaria Estadual, em seguida oferecemos

curso financiamentos pelo Ministério da Saúde, com isto, formamos várias turmas. Tem três anos que não oferecemos o curso de especialização, desde as confusões do Ato Médico que as coisas começaram a complicar, principalmente no campo de prática. No começo da minha experiência, não tinha a menor dificuldade de atuar na sala de parto, tínhamos um excelente relacionamento com acadêmicos e residentes da medicina e com os próprios plantonistas, a gente atuava numa maternidade do estado, que é considerada maternidade escola, embora não seja da universidade. A maternidade da Universidade tem quase 400 anos, ocupa um prédio muito antigo, com poucos leitos, e tem tradição de abrigar os estudantes de medicina. Como ela nunca nos deu muito espaço para fazer o parto, a escola de enfermagem, desde sua criação, começou a desenvolver as atividades de pré-natal e puerpério nesta maternidade da universidade e o estágio de sala de parto era feito na maternidade do estado, onde nós sempre tivemos boa relação com os profissionais, era como a nossa casa, era como se a gente estivesse na escola de enfermagem. Nunca tivemos dificuldade na relação com a equipe, com a chefia da maternidade, com nada, era sempre considerada a nossa casa. Agora, a partir do Ato Médico, temos encontrado dificuldades no desenvolvimento do estágio, mas estamos tentando romper essas barreiras. Estamos em duas outras maternidades também, mas essa maternidade do estado, sempre foi um espaço acolhedor e que sempre nos permitiu criar formas e modelos de atenção. Nesse momento estamos com um projeto de extensão na maternidade, que chamamos de Parto Alternativo, onde estamos tentando romper essa barreira mais uma vez, estamos recomeçando a estruturar a assistência para um parto humanizado. Podemos fazer massagem, temos uma fisioterapeuta, conseguimos alguns outros profissionais que estão lentamente aderindo a nossa proposta, entretanto, só temos ficado lá dois dias, porque são os dias em que a equipe se coaduna e respeita o trabalho, facilitando a nossa permanência. Quem está à frente desse projeto é a I., uma colega da universidade que é apaixonada pela sala de parto, pelo trabalho com a parturiente, e não se conforma da gente se afastar dessa possibilidade. Ela tem mudando o modelo de atenção, tem permitido que a mulher escolha a forma que ela quer parir, e facilitado a permanência e participação do acompanhante, mesmo a maternidade não estando ajustada para recebê-lo. Tem dois anos que estamos trabalhando com essas mulheres desde o pré-natal, para que elas ao chegarem à maternidade já conheçam o trabalho e participem. Temos envolvido os alunos de graduação que vão para o estágio na sala de parto, e também as alunas com bolsa de extensão e de PIBIC. Esse modelo de atenção já gerou vários trabalhos de conclusão de curso. Nossa experiência como docente nessa maternidade, na formação dos alunos, das enfermeiras, tem sido extremamente gratificante e, temos conseguido que algumas alunas permaneçam na sala de parto e façam esse trabalho. Por outro lado, temos momentos de frustrações, como o de formar algumas especialistas, que acabam sem muita força para lutar politicamente para mantermos um modelo de atenção voltado para o parto normal e com a presença marcante da enfermagem. As pessoas acabam se assustando, tendo medo de processo, dos embates na sala de parto, das dificuldades como: fazer o parto e ter que ficar o resto do plantão procurando um médico para prescrever, que avalie a puérpera, com isto, acabam se afastando da assistência ao parto. Dizem que com esta atitude, estão melhorando a atenção às mulheres, já que quando o parto é feito pelas enfermeiras, os médicos não querem dar continuidade à atenção. Mas de um modo geral, o que temos observado na atenção obstétrica em S. (cidade) é que agora há um silêncio da classe médica, eles



não têm feito muitos embates, mas também não tem apoiado nenhum tipo de iniciativa. Os cursos de obstetrícia não têm acontecido, talvez tenhamos nos intimidado ou cansado, porque é um desgaste muito grande, você está com aluno, tem prazos, tem que titular, e isso não caminha. Nesse momento estamos discutindo os cursos no formato de residência, parece que este modelo está dando certo, tem algumas iniciativas pelo país, e lá na nossa escola, estamos com residências em outras especialidades, sem grandes problemas. Estamos discutindo com a maternidade da universidade, a criação de um curso de residência em ginecologia e obstetrícia, para que possamos retornar a formação das enfermeiras obstetras. Agora, nos 62 anos da escola, nós sempre realizamos o parto com alunos de graduação, outras escolas fazem observação, visita, conosco isso não acontece, nós prestamos assistência mesmo. Os alunos da graduação realizam o parto, só não fazem a episiotomia e a episiorrafia, que quando elas acontecem, ficam sob a responsabilidade das professoras. Temos tentado usar todas as práticas que são de uma tecnologia simplificada e humanizada na atenção ao parto, durante o atendimento dessas mulheres, porém, 95% dos partos nós não fazemos. A partir do início da década de 1990, fizemos uma transformação no ensino, implantamos a assistência à Saúde da Mulher mesmo antes das diretrizes curriculares mudarem, buscamos ensinar uma atenção integral, tomando como referência os princípios colocados no PAISM de 83. Começamos a trabalhar com a perspectiva de gênero no ensino e na assistência, a incorporar à disciplina as questões da saúde da mulher como um todo, sem perder a perspectiva da atenção da neonatologia e da obstetrícia. Depois, em 90, fizemos outra discussão e a neonatologia passou a ter um enfoque maior na pediatria e nós ficamos com a saúde da mulher e atenção obstétrica. O estágio passou a ser compartilhado com o pessoal da saúde da criança, nós fazemos a parte da sala de parto e alojamento conjunto, onde trabalhamos com recém-nascido até os vinte e oito dias, mas todo o conteúdo teórico e a expansão de ações com o recém-nascido, ficam com o pessoal da saúde da criança. Esta separação nos deu outra dimensão do ponto de vista político, principalmente para o olhar da mulher, seja ela gestante, parturiente, no planejamento familiar... . Começamos a ver qual era a inserção dessa mulher na sociedade, como se dão as relações de gênero, de que forma podemos empoderá-la para diminuir o seu adoecimento, seja pela violência, pelas doenças sexualmente transmissíveis ou problemas com aborto. Começamos a trabalhar numa perspectiva mais feminista, tanto na graduação quanto na especialização, mestrado e doutorado, montamos uma área de concentração em Mulher, Gênero e Saúde, onde fazemos nossos estudos sob a perspectiva de gênero. Desde 88 fundamos um grupo de estudos em saúde da mulher sem perder a especificidade da obstetrícia, conseguimos ampliar, passamos a olhar como é essa mulher e nosso trabalho começou a ter uma dimensão diferente. Montamos uma linha de pesquisa que nos leva a aprofundar os estudos nos problemas da violência na gravidez, o aborto decorrente de violência, e conseguimos desenvolver vários estudos relacionados à violência. Inicialmente nossa participação era só na especialização, não estávamos com área de concentração no mestrado, que já ele era oferecido há 30 anos e tem concentração na área médico cirúrgica. Com o tempo fomos questionando e avaliando como nos inserir na pós-graduação *strictu sensu*, então criamos um grupo de estudos que se chama GEM (Grupo de Estudos da Mulher). Hoje esse grupo tem inserção nacional, trabalhamos muito articulados com o movimento social e com o movimento de mulheres, além de fazer extensão, pesquisa e formação. Temos assento no Fórum de Mulheres de S. (cidade), articulação

com grupos do Ministério das Cidades e participação nas discussões sobre saúde, são três grupos na universidade que lidam com as questões da saúde e mulher, e que trabalham articulados. A partir de 88 começamos a realizar algumas pesquisas e então pudemos estruturar uma área de concentração no mestrado. Inicialmente essa área de concentração foi chamada de Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança porque juntamos os recursos que tínhamos com o mestrado e doutorado para abrir a área de concentração na pós-graduação, depois formamos mais docentes, e então conseguimos nos separar. Hoje temos uma área que é Mulher, Gênero e Saúde, acabou a médica cirúrgica e criou-se o Cuidado no Desenvolvimento Humano que engloba criança, adolescente, adulto e idoso. Nós ficamos separadas, porque já tínhamos uma consolidação de grupo de pesquisa, já tínhamos avançado um pouco mais que as outras áreas, então, trabalhamos nessa perspectiva. Em 2006, começamos com o doutorado e lá também temos essa área de concentração.

Com relação à assistência, temos enfermeiras fazendo parto em todas as maternidades de S., só que, não é o que já tivemos quando começamos os primeiros cursos de especialização. Conseguimos discutir nessa maternidade que estamos atuando, a possibilidade de ter na equipe de plantão, uma enfermeira obstetra todos os dias, ela dava o plantão igual aos médicos e estava ali para assistir ao parto normal. Tivemos uma diretora na maternidade que era enfermeira e captou essa proposta e implementou. Ficamos ali, junto com as meninas recém-saídas do curso, apoiando essa perspectiva de as enfermeiras realmente fazerem o parto. Essa enfermeira diretora saiu e entrou outra enfermeira como diretora da maternidade, ela era recém contratada na instituição e chegou para ser diretora, então teve uma pressão muito grande dos médicos para impedir que tivesse enfermeira em todo plantão, diferente da outra que tinha uma história de muitos anos na maternidade. Com isto, quando as enfermeiras obstetras estão no plantão, elas fazem parto, mas elas não estão no plantão para assistir ao parto. Elas estão na administração, fazendo tudo no plantão, e o parto também. Lamentavelmente nós perdemos, e até o momento, não conseguimos resgatar. O que estamos tentando é essa nova iniciativa que só acontece as terças e quintas, nos dias que os plantonistas são mais flexíveis, tem enfermeira da maternidade que está conosco no projeto, que faz parto, mas só nesses dois dias. Ainda não conseguimos ampliar esse projeto para outros dias. A escola está inserida em outra maternidade que fica em um bairro bem periférico de S., lá não temos dificuldades de fazer partos com os alunos e algumas enfermeiras também não têm. Mas não há em S. (cidade), nenhuma maternidade que está estabelecido o trabalho das enfermeiras obstetras, como tem no S.F. (instituição), ou na maternidade L.D. no R. (cidade), isso nós não conseguimos. Nesse momento estamos discutindo a possibilidade de se criar uma casa de parto junto com uma obra de caridade de um espírita, o E.F.. Eles têm uma obra social, que tem atendimento à criança e pré-natal e tem um médico faz parte do centro espírita e desse trabalho. A iniciativa foi de uma enfermeira aluna nossa da graduação, especialização e mestrado, ela é enfermeira lá e vem perseguindo a possibilidade de se ter uma casa de parto ou um espaço para o parto. Estamos junto pensando, discutindo a criação desse espaço, não sabemos como vai terminar, já aconteceram algumas reuniões com a Secretaria Estadual, com o apoio do Ministério da Saúde, mas nada foi inaugurado ainda. Como essa casa de parto vai ficar em um bairro muito periférico e dentro de uma obra social de um espírita que é de renome internacional, acreditamos que não haja nenhuma “rebelião” da

categoria médica, em relação a sua criação. Tem um médico coordenando junto com a enfermeira, por isso, acredito que, se o centro de parto for aberto, não teremos grandes problemas, porque já vai estar instituído na Secretaria de Saúde. Esse projeto que estamos chamando de parto alternativo, tem o reconhecimento da Secretaria de Saúde, do secretário. A própria diretora da maternidade, onde vai dar entrevista, fala desse trabalho como “a menina dos olhos”, mas nada é feito do ponto de vista político/institucional, para que ele possa ser absorvido pela maternidade como um todo, para que o serviço seja oferecido todos os dias e que as enfermeiras da maternidade tenham espaço. A maior parte das enfermeiras que atua nessa maternidade é enfermeira obstetra porque, em todos os cursos que realizamos, teve vaga para essa maternidade. Lá tem um quantitativo de enfermeiras que dá conta de prestar a atenção obstétrica, mas essa política não tem recebido a atenção que gostaríamos. Aqui em S. (cidade) é muito difícil desenvolver esta política de assistência, falta apoio político e institucional. Todo mundo acha lindo, maravilhoso o que a gente está fazendo, mas ninguém se envolve. No auge do ato médico, S. não foi das capitais onde os médicos se rebelaram, eles ficaram indiferentes, não brigam mas também, desde então, não permitem que o parto seja realizado pela enfermeira. Temos esperança de melhorar, mas é muito caótica a situação da atenção obstétrica em S., aliás, a atenção à saúde como um todo está muito complicada. Temos uma tradição de ter agüentado por muito tempo os arrogos do Sr. A.C.M., do ponto de vista político do estado e com isto, até o momento, não temos uma municipalização plena. Isso é devido à questões político-partidárias: eles não repassam para o município as verbas porque são de partidos diferentes. S. (cidade) sempre teve uma tradição de oposição ao governo do estado e aí, quando conseguiram a prefeitura, eles começaram muito tardiamente o processo de municipalização. Isso é extremamente complicado porque a rede municipal era muito precária, não tinha rede própria e não tinha experiência, então não tinha condições de absorver as questões da saúde. Até o momento a secretaria estadual ainda é responsável por toda a parte hospitalar e a prefeitura pela atenção básica, isto torna o processo muito complicado e difícil de se pensar mudança de modelo assistencial, de tentar propostas diferentes e de impacto. Teve muita gente ligada ao movimento sanitário, tem gente com lutas históricas no estado, mas venceu o cacique. É muito recente a morte dele e ainda há influência do carlismo nas políticas públicas do estado. O que nós esperamos agora, é aos poucos, ir resgatando e mudando algumas coisas. Nós vamos começar o que todo mundo já está andando, desenvolvendo. Em cada lugar que a gente chega, “morremos” de inveja de ver as políticas públicas funcionando, já com certa consolidação, e nós com essa dificuldade de resolver questões básicas. Conseguimos financiamento de cursos de especialização, acho que em parte porque, eu estava na ABEN Nacional à época e participei de toda a discussão junto com a ABENFO. Na 10ª Conferência entramos com um projeto de atenção à Saúde da Mulher, proposto pela ABEN e, à partir daí, participamos de todas as discussões relativas às mudanças que estavam sendo propostas nas políticas da área técnica da mulher. Passei um tempo na assessoria da área técnica da mulher e quando voltava para S. (cidade), trazia essas questões para o município. Conseguimos fazer os cursos de especialização, mas não conseguimos criar o Centro de Parto Normal e nenhuma outra modificação nessas políticas.

Com as especializações, tivemos um pequeno avanço, que foi tentar conscientizar algumas enfermeiras da maternidade, mas não conseguimos com a totalidade delas. Em todos os nossos cursos nós privilegiamos as

enfermeiras do serviço público, que já estavam atuando no SUS, diferentemente de outros estados como S.P. que fazia metade das vagas para o SUS e metade para o setor privado, nós nunca demos vaga para o setor privado. Tivemos oito cursos de especialização, todos eles para o setor público, para enfermeiras que já estavam atuando no SUS, porém, o percentual de enfermeiras especialistas que está atuando na sala de parto é pequeno, acho que não chega a 15%. Elas estão no pré-natal, em outras ações, mas na sala de parto, o índice é muito baixo. Algumas delas estão na maternidade mas exercendo atividades administrativas, sem nenhum retorno daquilo que nós esperávamos, que era transformar o modelo de atenção e a possibilidade das enfermeiras assistirem ao parto normal. Atribuo isso à política de estado e à falta de alicerce das enfermeiras, para se engajarem. Quando uma especialista faz a opção de atuar na sala de parto, é muito pessoal, enfrentando muita dificuldade institucional para ser reconhecida. Temos dez hospitais gerais com leitos obstétricos e maternidades, em nenhuma dessas instituições a portaria da secretaria de saúde, autorizando a enfermeira a fazer o parto, é cumprida. Nem na maternidade onde a diretora é enfermeira, ela não consegue isso com a secretaria. Quando as enfermeiras fazem e assinam o parto, elas não estão respaldadas pela portaria, porque não há a autorização institucional para a realização do parto por enfermeira. Elas assinam a AIH, mas o que eles fazem com isso, a gente não sabe. Nós professoras já tentamos também, só que não temos respaldo porque não somos enfermeiras da instituição e não temos conseguido essa modificação. A única coisa é esse espaço que estamos tentando organizar, no mais, é uma atenção extremamente tradicional, voltada para a ação do médico, e a enfermeira é coadjuvante, fazem o parto na hora que eles estão dormindo, em outras atividades ou não estão mesmo afim de fazer, e não descem para fazer o parto.

Não tenho conhecimento aqui, de nenhum outro movimento de mudança, a não ser o nosso e o da ex-aluna do curso, que vem perseguindo a possibilidade de abrir uma casa de parto. Em A. (cidade), que é um município que fica a uma hora e pouco de S., tem uma maternidade onde a maioria dos partos é realizado por enfermeiras, onde a equipe trabalha muito bem a atuação da enfermeira e elas vem crescendo em relação à atenção, à assistência. Mas é só essa maternidade de A., no resto do estado, não temos conhecimento de outras iniciativas, da participação da enfermeira. Precisamos e estamos perseguindo um espaço onde você possa constituir ações de enfermagem na atenção ao parto. Nós docentes motivamos, discutimos na sala de aula porém, não resolve pois, você chega na prática e tem um modelo completamente diferente. Para mudarmos esse modelo, teremos que ter iniciativas dessa natureza funcionando e crescendo, onde você possa mostrar a partir de indicadores, o que estamos fazendo nesse momento. Temos que controlar todos os indicadores possíveis para que, com evidências, possamos mostrar que o trabalho da enfermagem, junto às mulheres que estão em trabalho de parto, é um trabalho que é respaldado pelo conhecimento científico, com ações que vão levar a mulher à atenção de qualidade, acolhedora e humanizada no parto. E, a partir daí, dessas evidências, quem sabe, podemos modificar o modelo de assistência. Se permanecermos reforçando o modelo que temos, do médico conduzindo, dirigindo, fazendo episiotomia, tocando as mulheres, fazendo tudo que não deve fazer na sala de parto, e a gente sendo conivente, fica muito complicado. Esta situação está nos incomodando e temos tentado mudar a partir de uma prática, onde é possível mostrar evidências que não vão trazer

prejuízo. Provar que o parto feito por enfermeira não provoca uma barbárie, não aumenta a mortalidade materna e todas essas coisas que ouvimos por aí. Temos que provar que podemos assistir ao parto de forma humanizada, com competência e qualidade, que podemos melhorar a qualidade de vida das mulheres e neonatos. Não conseguimos mudar ainda, às vezes acho que não vamos conseguir mudar. Estamos trabalhando muito essas mulheres que estão parindo conosco, tentando resgatá-las depois, levando-as para rodas de conversa com as mulheres do pré-natal, para elas contarem sua experiência para outras mulheres e, a partir das próprias mulheres reivindicando, buscando uma atenção diferente das que elas tem tido na sala de parto, mudar o modelo de assistência. Estamos trabalhando no movimento de mulheres, tentando fazer com que lutem conosco. Mas, é a longo prazo, não sei se vou ver frutos disso aí, porque a gente começa a ficar cansada dessa luta na sala de parto.

Essas experiências exitosas têm mostrado que são possíveis de permanecerem, atendendo as mulheres numa perspectiva diferente, mas podemos fazer muito mais. Devemos seguir firmes na luta, formando enfermeiras obstetras, fazendo com que as nossas alunas saiam motivadas do curso para atuarem no PSF, para trabalhar as mulheres numa perspectiva de parto normal e nós também, com investimentos das nossas entidades, buscarmos resgatar as políticas, os financiamentos, esse lugar da enfermagem obstétrica, porque é lamentável o Ministério ter parado o financiamento dos cursos e da abertura dos Centros de Parto Normal. Quando tivemos uma política com a possibilidade de atuação da enfermeira obstetra, o Ministério, por conta do Ato Médico, recolheu completamente, não consegue se posicionar, acha que é uma briga de categorias e não entra nessa discussão. Enquanto enfermeiras e médicos não resolverem como essa atuação vai se dar na prática, o Ministério não vai fazer nada, não vai apoiar financeiramente os cursos e os Centros de Parto Normal, e assim fica muito difícil. Temos que produzir conhecimento e demonstrá-los com vivências, mostrar que essa é uma atenção qualificada e que é importante ser colocada à disposição das mulheres. Outro caminho que temos perseguido é o de empoderar as mulheres para irem à luta conosco, pela possibilidade de terem parto normal, serem atendidas por enfermeira, de forma mais humanizada, onde elas possam ser sujeitos da ação, e possam estar com a família, com o companheiro ou alguém de sua escolha, para acompanhá-las e participar durante todo o tempo. Coisas que sabemos que são possíveis, que acontecem e contribuem para a melhoria da atenção ao parto e nascimento. As incursões que tenho feito ou participado ultimamente me mostram que o caminho será a partir das mulheres, porque na via dos profissionais, com o problema da competição, o espaço, o mercado, será complicado. Os médicos vêm sofrendo a perda de alguns espaços e eles não estão preparados para buscar novos, até porque eles já ocupam outros espaços e esse surgiu porque eles se afastaram, nós resgatamos algo que era nosso a vida inteira, das mulheres, das parteiras, das enfermeiras e que eles tomaram de nós. Estamos tentando resgatar porque eles próprios estão abrindo espaço, estão oferecendo uma assistência medicalizada, que não é o que queremos para as mulheres, nem o que elas gostariam de receber. Mas, em dado momento, eles deram conta de que estavam perdendo espaço e resolveram recuar, voltar atrás, e estão discutindo a possibilidade de nos afastar mais uma vez do espaço de assistência ao parto. Porém, acredito que nós vamos vencer, mas não vai ser pela luta corporativa. Por mais que a gente tenha nesse momento outras discussões de modelo assistencial, o

campo da obstetrícia é muito fechado na especialidade. Os obstetras são muito difíceis de serem trabalhados do ponto de vista macro da atenção à saúde, dos novos modelos e conceitos, eles se voltam mais para a especialidade, não conseguem articular muito bem o que está posto da reforma sanitária, de modelos de atenção diferente, mesmo a gente sabendo que já há alguns cursos de medicina com propostas diferenciadas. Quem sabe a longo prazo possamos ter alguma mudança na perspectiva do cuidado! As discussões sobre integralidade têm perpassado o campo mais geral da saúde, mas os obstetras continuam muito fechados, eles têm muita dificuldade de se inserir no campo da saúde, estão muito voltados para hospitalização, e daí vem a dificuldade de pensar numa nova forma de trabalhar, de desenvolver um trabalho em equipe multiprofissional e de respeito aos demais membros da equipe de saúde, que possam estar ali, trabalhando com ele. Uma hora teremos que encontrar uma saída para esse impasse, ou vamos para a rua fazer “panelaço” para resolver a questão da atenção obstétrica em defesa das mulheres, ou eles próprios vão se conscientizar de que é preciso mudar essa postura que eles têm, contra nós enfermeiras obstetras. Ou juntos, eles e nós, vamos tentar com as mulheres, brigando, reivindicando, dizendo que, o que elas querem é ser atendidas por enfermeiras ou por profissionais que vão trabalhar de uma forma mais humanizada, diferente, numa outra perspectiva de atenção.

#### **Entrevistada 07: M.A.R.T.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Especialização em Tecnologia Educativa para a Saúde; Especialização em Enfermagem Pediátrica; Especialização em Enfermagem Obstétrica; Mestrado em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem.

**Participação em Cursos Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Diretora da Escola de Enfermagem Ana Neri (EEAN); Professora Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Atuação nas áreas de políticas públicas e de saúde, saúde da mulher, enfermagem, enfermagem obstétrica, prática profissional e atenção básica; Presidenta da Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería vinculada a La Unión de Universidades de América latina - ALADEFE/UDUAL. Presidenta da ABENFO Nacional e Seccional; Membro do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher; Membro da Equipe de Planejamento e Programação do Projeto de Residência em Enfermagem da Rede Hospitalar da UFRJ; Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Após alguns contatos telefônicos e e-mails para sua secretária, conseguimos agendar um horário. Na data marcada viajei para a cidade onde M. reside e, a entrevista aconteceu no seu gabinete. Cheguei um pouco antes e fiquei aguardando na ante sala. Quando M. chegou, pediu alguns minutos para despachar assuntos urgentes e logo me chamou para sua sala. Falei sobre meu trabalho e lemos o roteiro. M. iniciou a entrevista falando sobre a história da formação de especialistas e logo deu algumas orientações sobre meu trabalho, para que evitasse informações incorretas. Suas falas demonstraram que M. tem muita familiaridade com o assunto. Ela foi muito receptiva e expansiva durante toda a entrevista, que foi interrompida duas vezes para que M. assinasse alguns documentos urgentes e a secretária pudesse despachá-los. Quando a secretária saía, M. retornava ao assunto sem nenhuma dificuldade. Ela me indicou vários nomes para entrevistar e trabalhos afins ao tema deste estudo, além de me ceder Xerox de alguns documentos que poderiam ser úteis.

### **Entrevista:**

- Inicialmente temos que esclarecer a formação destes profissionais, o especialista em enfermagem obstétrica fez uma pós-graduação *latu sensu* após a graduação, e temos os programas *strictu sensu*, que visam no mestrado, a formação de um mestre, um professor em específico e, no doutorado, um pesquisador e, dependendo do núcleo de investigação, ele se torna pós graduado na área de Saúde da Mulher. Aqui temos o NUPESM, Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher, no mestrado e doutorado, além disso, na graduação tem a Iniciação Científica e o PIBIC. A Iniciação científica é balcão do CNPQ e do pesquisador, e o PIBIC é o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, através da própria Universidade. A formação do enfermeiro na área da saúde da mulher começa na graduação, através não somente das disciplinas obrigatórias, que no caso da A.N. (instituição de ensino), são os PCIs, mas também das disciplinas eletivas, e através dos núcleos de pesquisa. Isso já é a origem da formação do generalista para a área. Sempre falamos das especialistas, como se não tivessem nenhum conhecimento prévio, mas elas já têm uma formação básica como generalista, ou seja, o enfermeiro se forma e pode dar o atendimento à mulher na ginecologia, porque tem uma disciplina eletiva que dá essa formação; e tem as PCIs (disciplinas obrigatórias) que são as disciplinas Enfermagem Ginecológica e Políticas Programáticas de Saúde da Mulher, na graduação. Há na graduação uma formação na área, com uma carga horária de pelo menos um terço da carga horária total do curso, com uma abordagem na categoria mulher e posteriormente, no ciclo grávido-puerperal. A generalista forma sabendo fazer atendimento de pré-natal, à mulher no parto sem fazer o parto, no puerpério e ao recém-nascido, o perinatal. Ou seja, a formação se inicia na graduação com um bom conteúdo básico, para que a generalista atenda a mulher com problemas ginecológicos,

no ciclo gravídico puerperal, com doenças sexualmente transmissíveis (DST-AIDS), violência, entra a disciplina Problemática de Política de Saúde da Mulher e uma parte geral. Através do Núcleo de Pesquisa e PCI 2, abordamos os programas curriculares e a adolescência; o PCI 4 aborda a Atenção Básica à Saúde e o PCI 5 envolve os assuntos da maternidade, que nós chamamos de Família Expectante e, a mulher como adulta, entra em quase todos os PCIs, mas o responsável por este assunto é o PCI 3, que é oferecido no último ano do curso. Aqui a aluna aprende a gerenciar serviços de maternidade, unidades básicas e o PSF, engloba administração para inserção da enfermeira no trabalho, gerência, gestão e assistência no alto risco e hospitalar e atenção básica. Nós formamos a graduação em 4 anos, agora vai passar para 5 devido às novas diretrizes curriculares, que exige que todo curso com no mínimo 4000 horas, seja oferecido em 5 anos, essa lei direciona as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Além do parecer 1314 das diretrizes curriculares, a lei 7498 do exercício profissional diz que o enfermeiro tem uma parte privativa e tem uma parte em equipe. Na privativa ele tem que administrar serviços de saúde, realizar consulta e prescrição de enfermagem, prestar assistência de enfermagem de alta complexidade a pacientes graves, tudo isso diz respeito à nossa formação, é responsabilidade da enfermeira pela lei. O aspecto dois da lei do exercício, que é a 7498 de 1986 e a 94.406 de 1987, do governo Sarney, aborda o trabalho em equipe, ela pode dar atendimento à pacientes até a chegada do médico, identificar graus de riscos, atender a gestante, assistir ao parto normal sem distócia e o puerpério, o ciclo gravídico puerperal todo. No parto, se qualificada, ela pode fazer a episiotomia, a episiorrafia e o atendimento do recém nato. Só que o conflito que vejo na formação em nível de graduação, é que as alunas não fazem o parto, temos conteúdo teórico, mas não damos a experiência de atendimento ao parto normal. O maior nó da lei é não darmos experiência curricular ao nosso enfermeiro generalista de atender ao parto, o que é um grande erro porque a lei 7498 não diz que para você atender o parto em equipe, tem que ser especialista. Temos fatores que interferem, não temos enfermeiras obstétricas preparadas, com prática para dar esse atendimento, embora a teoria seja dada, a prática não é feita. Os cenários de prática são limitados, eles são consenso na especialização, na graduação não deixam, até porque são muitos alunos de graduação por semestre. Aqui na Escola A. N. entram 72 alunos por semestre na graduação, são 144 por ano, é a maior escola em dar vagas, oferecemos quase o dobro de vagas das outras escolas. Esse número de alunos impossibilita ensiná-los a prestar assistência ao parto. A graduação em enfermagem no Brasil faz tudo menos o parto. A especialização aprimora os conteúdos dados como básicos e amplia o conhecimento nos programas, enquanto políticas e o atendimento ao parto que é prioridade. Então, o primeiro dilema que vejo na formação do enfermeiro, é que a formação do generalista é limitada, por não preparar o aluno para assistir o parto normal, embora a lei do exercício profissional não faça essa distinção, ela vai cobrar essa assistência dos dois. Se uma enfermeira estiver fazendo atendimento e disser: eu não sou especialista, por isso não vou fazer o parto, o problema será dela, a lei está defasada, precisa ser atualizada para atender as exigências legais da formação e liberar das penalidades que por acaso possam vir, como consequência da prática profissional. E as obstetrias também estão entrando no mercado, estou com um parecer do COFEN, que eles me mandaram para ajudar na discussão porque, quando teve a proposta do curso na ABENFO, eu era a presidente e defendi a autonomia Universitária, só que o COREN São Paulo negou o registro destas profissionais, e o COFEN referendou a decisão do Conselho



Estadual. Elas se formaram e não podem trabalhar, orientei que entrem na justiça com uma liminar. Voltando ao objeto de estudo, o ensino da enfermagem começou no início do século com a criação das faculdades de obstetrias ligadas às Faculdades de Medicina, foram 4 no Brasil, na Universidade Federal do Brasil, que é a atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, na Universidade Federal de Pernambuco, na Universidade Federal da Bahia e na Universidade de São Paulo, ex Escola Paulista de Medicina, e as escolas de enfermagem formavam especialistas. Na reforma educativa em 1968, achou-se que não devia ter formações diferentes, em instituições de ensino superior formativo independentes, então foi publicado o parecer 413/68 que determinava que as escolas de enfermagem tinham que chamar Escola de Enfermagem e Obstetrícia. Este parecer ainda vigora, e é por isso que a obstetrícia está ligada às Escolas de Enfermagem e não às de medicina. Os cursos de obstetrícia das escolas de medicina fecharam porque eles formavam a obstetrix com três anos, elas vinham fazer um ano de enfermagem, e depois se tornavam enfermeiras obstetras. Nas escolas de enfermagem, as enfermeiras se formavam com 3 anos, faziam um ano de obstetrícia e se transformavam em enfermeiras obstetras. Então, a reforma proibiu a duplicação de instituições formando para o mesmo fim, com o mesmo objetivo, que era atender melhor a população feminina no ciclo gravídico puerperal, por causa de recursos. A partir daí, o parecer 172 de 1972 inclui na formação as habilitações e aparece a habilitação em enfermagem obstétrica, ou seja, a enfermeira tinha um currículo mínimo que durava 3 anos, se formava como enfermeira, e com um ano de habilitação ou 1 semestre, dependendo da universidade, ela saía como enfermeira obstétrica ou como enfermeira em saúde pública ou enfermeira hospitalar, que era a médica cirúrgica. O parecer 1314 de 94 acaba com as habilitações, não permitindo mais a formação de Enfermeira Obstétrica na graduação, e o parecer 183 de 83 (não tenho muita certeza), determina que as especialistas se formem em cursos de especialização de 360 horas. Estes são os marcos da reforma educativa, não de eliminar a formação do enfermeiro, mas de aglutinar esforços na formação, para as necessidades da população. Na década de 1980, já temos o Sistema Único de Saúde (SUS) então, a generalista tem como objetivo trabalhar nos Programas de Saúde da Família, pré-natal, parto, puerpério, etc., mas com esse nó de não fazemos parto. O SUS é um grande divisor de águas, tanto na formação quanto na prática profissional. A formação leva à qualificação do professor, porque se ele não é especialista, o ensino não é a mesma coisa! No mínimo ele tem que ter uma especialização ou uma habilitação. Agora, quero esclarecer que o resgate é das funções da enfermeira obstetra, porque a formação esta presente no ensino da graduação, há um equívoco nas pessoas de dizer que nós não temos uma formação na graduação. É por isso que os médicos acham que com a especialização de um ano, nós não estamos prontos para atender. Quando tem processos legais e preciso ir ao tribunal e ao Ministério Público, digo que na formação de generalista, tem o conteúdo de saúde da mulher, mostro no currículo da A. N. por exemplo, as disciplinas e a carga horária que ela cursou e que abordam o tema, com isso temos ganhado todos os processos. Na época que era presidente da ABENFO, pedi uma resolução ao COFEN sobre a fiscalização que tem que ser feita com relação às atribuições da enfermeira no ciclo gravídico puerperal, e criou-se a 220/2000. Tem também a resolução 18.000 do COFEN, que assegura a fiscalização na prática da assistência no ciclo gravídico puerperal. Essa vivência que tenho de mais de 20 anos de ensinar na área, foi se aperfeiçoando por influência de forças legais da formação, das políticas e dos movimentos feministas, porque

esses três movimentos são característicos dos marcos evolutivos na formação da enfermeira. Existem três marcos: a formação básica na graduação e a formação específica na especialização, com assistência no pré-parto, parto, perinatologia – recém nascido, inclusive a reanimação; e os momentos políticos através dos programas; e os societários, através do movimento feminista, que realmente demarcam uma qualificação de acordo com as necessidades da população feminina, na realidade brasileira. O primeiro momento da graduação é definido pela estrutura curricular do curso, mas há a limitação de não ensinar o atendimento ao pré-parto e parto como uma experiência curricular. E, a qualificação da especialista tem que ser completa, porque além de fortalecer tudo que é dado na graduação, são acrescentados os programas políticos e os societários. Os programas dizem respeito à saúde materno-infantil, o primeiro se deu em 1984. Antes, em 1974 tivemos o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, que ficava a cargo só do Ministério da Saúde, ele não deu certo e se limitava a mulher no ciclo gravídico puerperal. Em 1978 é o mesmo programa, a mulher como objeto da reprodução porém, ficava sob responsabilidade também do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que entrava com dinheiro para melhorar o programa, expandi-lo às unidades básicas e a nível de campanhas. Com a participação do MPAS, inclui-se no programa as DST-AIDS, principalmente as DSTs, o atendimento individual e internação. Em 1984, esse programa começa a reconhecer as diferenças e necessidades regionais do país, que é tão extenso e com necessidades específicas para cada região. A formação e denominação de obstetrix ou enfermeira obstetra é diferente nos diferentes países da América do Sul, no Peru são Obstetrixes, na Argentina são Obstétricas, no Paraguai e Uruguai são parteiras de nível superior, no Chile como Matronas, no Equador e Colômbia como Obstetrixes, e no Brasil temos obstetrixes e enfermeiras obstetras, as primeiras não aceitavam as enfermeiras obstetras, porque acham que elas não eram pura obstetrix. Agora temos que ver que não é a formação que vai fazer a qualidade da atenção e o resgate da função da enfermeira obstetra, porque o Brasil é um país que soma a quantidade de habitantes de toda a América Latina, e tem necessidades específicas. Ele tem 200 milhões de habitantes, 180 declarados oficialmente, é mais que a população dos outros países da América do Sul. Nós temos que formar para atender o descaso da morbimortalidade materna, cujas taxas são controladas pelo Ministério, através do Comitê de Mortalidade Materna. E nós enfermeiras passamos a ter assento nesses órgãos, no nacional, no internacional e nos comitês seccionais. Isso foi um grande avanço das políticas na década de 1980. Esses avanços e necessidades contribuíram para a retomada de uma escola de tradição para a formação de obstetrixes, de fazer valer a autonomia universitária e, de acordo com as diretrizes curriculares, formar um profissional que para mim, vem a somar a qualidade da atenção na saúde da mulher. A lei 7498 não é específica para o enfermeiro obstetra. Quando se juntou as escolas de enfermagem para formar, em 1968/1970 a lei abordava o enfermeiro, auxiliar e técnico na área de enfermagem, enfermeira obstetra, obstetrix e parteira, ela dá cobertura à formação de obstetrix sim. Agora, não temos dados para dizer se a formação das obstetrixes se justifica pela necessidade da profissional na assistência, pelo alto índice de morbimortalidade materna e perinatal. Tem-se que fazer um grande debate pela ABENFO no congresso do Piauí e, o COFEN tem o dever ético de declarar a legislação do exercício profissional defasada com relação às determinações legais da formação, com relação aos programas governamentais, e aos movimentos societários, da classe e da categoria. Não

é a determinação de matrona, obstetrix, obstétrica, enfermeira obstetra, que vai dificultar a qualidade da atenção e sim, a qualidade da formação que acompanha as influências internacionais das organizações que protegem a saúde da mulher; a influência dos movimentos societários (movimento feminista) que resgata, conclama os direitos de cidadania; o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais; o movimento da classe (ABENFO) que reclama uma melhor qualificação, para uma melhor inserção nos cargos e nos programas.

A JICA, organização japonesa que viabilizou visitas de enfermeiras obstetras àquele país, influenciou as profissionais em São Paulo. A Holanda e alguns países da Europa têm indicadores de morbimortalidade baixos, tradição de atuação das obstetrixes, que são quantitativamente muito mais que os médicos. No Brasil, o quantitativo das enfermeiras obstetras é um problema muito sério, nós não chegamos a cinco mil especialistas, enquanto os obstetras já devem ser uns 30 mil. Nós de 2.500 passamos para 5.000 com os cursos que o Ministério da Saúde financiou em nível nacional. Infelizmente ele parou com os financiamentos porque acham que não se teve impacto de inserção no atendimento em centro obstétrico. Penso que essa dificuldade de inserção tem de ser assegurada por uma legislação que permita a atuação do enfermeiro, agora a parada na formação do especialista em enfermagem obstetra, com estímulo do Ministério, teve influência com a saída da J., foi um desfalque para aquele órgão. Agora, a inserção da profissional nas decisões dos programas políticos, o trabalho com a ABENFO e com os programas de qualificação, com os cursos de especialização financiados pelo Ministério; o incremento do material didático, que era entregue as ABENFOs e estas entregavam a seus associados, não eram mais enviados aos leigos e guardados nas gavetas, foi um momento de auge para a enfermagem obstétrica. A inserção e participação no comitê de mortalidade materna nacional e nos comitês estaduais e municipais também foram muito importantes. Tivemos a formação de um novo profissional, aliada à inserção em cargos importantes e ao movimento da ABENFO. No R.J. e em S.P. houve uma abertura em nível da Secretaria de Saúde, para inserir enfermeiros nas maternidades, esse movimento começou com a casa de parto do Amparo Maternal, onde a R. O. teve um grande papel, e divulgava a ideia nos congressos e seminários do COBEON, da ABENFO e da ABEN. A REHUNA começou a se inserir e divulgar esse movimento de defesa do nascimento e parto natural nos congressos que liderou no Rio de Janeiro. A coordenação técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal avançou mais que a Secretaria Estadual no Rio de Janeiro. Temos 4 maternidades no Rio de Janeiro que tem a enfermeira inserida na assistência ao parto normal. Todas essas maternidades têm enfermeira obstetra inserida no programa, mas isso se deu devido a vontade político governamental da Coordenação Técnica de Saúde da Mulher, que influenciou nessa inserção e na criação da Casa de Parto David Capistrano, em Realengo há cinco anos, que é dirigida exclusivamente por enfermeiras. Na casa de parto, as enfermeiras atendem o pré-natal, o parto natural e fazem atendimento à família com qualidade. É necessário mais casas de parto para aumentar o número de atendimentos, mas para isso tem que ter vontade política do governo, e agora está parado, está desmobilizando, é necessário um grande movimento corporativo, realizado pela ABENFO, para ser retomado. Quero concluir esta parte dizendo que a formação não é isolada da força legal do ensino e da prática; dos movimentos da reforma sanitária determinados pelas propostas

governamentais; dos movimentos societários, particularmente o feminista e da sociedade e especialistas, que neste caso é a ABENFO.

As políticas ministeriais foram determinadas por técnicos, por ocasião da criação do programa Materno Infantil, geralmente os coordenadores eram pediatras, porque eles eram mais sabidos que os obstetras, e também homens, a primeira coordenadora foi a Dra. D.C., uma pediatra social. A Dra. D.C. tentou incluir a consulta de enfermagem, quando coordenou o primeiro programa da OPAS, porém, a palavra consulta de enfermagem não passou a nível central. Paralelamente às políticas, a academia discutia consulta de enfermagem no pré-natal e na puericultura (primeiras áreas que tiveram consulta de enfermagem), mas como não passou a nível central, os programas preconizavam o atendimento de enfermagem. Saiu melhor caracterizado a consulta médica, odontológica e da visitadora domiciliar do que da enfermeira. O atendimento de enfermagem envolvia a pré e pós-consulta médica com orientações e algumas visitas domiciliares. O enfoque de objeto da reprodução da mulher mudou no segundo movimento do PAISM, ela passa a ser vista como sujeito e incluiu-se no programa, as necessidades ginecológicas, DST-AIDS, orientação, etc. Aparece a consulta de enfermagem como uma atividade fim, prevista em lei, e a inserção da enfermeira na equipe multidisciplinar, é exigida no atendimento do PAISM. Em 2004 o programa deixa de ser pontual e passa a ser uma política, onde o estado tem a função de proteger a população feminina. Esse programa, além de continuar com esse papel multidisciplinar, engloba o transdisciplinar e a questão de gênero, só que, o grande problema de gênero é que, os cargos à nível central são ocupados por médicos. Criou-se um grande movimento hegemônico da corporação médica, sobre a corporação da enfermagem, estritamente falando dos gineco obstetras, sob as enfermeiras obstetras. Eles enfrentam uma classe que é quantitativamente menor, com uma qualificação limitada, porque nós não vemos tudo, e ainda se aproveitaram de um movimento que vinha fragilizado nos dois primeiros programas e que, só começou a se fortalecer à partir do PAISM, em 2004, quando nós começamos a reclamar nossos direitos de cidadãos e de mulheres enfermeiras obstetras. Como agravante temos o movimento da ABENFO que é frágil politicamente, não tem unanimidade e não tem inserção nem como partido, nem como corporação não partidária. Não é um partido como unidade da enfermagem, para zelar pela sua verdadeira identidade de profissional especialista inserida no Sistema Único de Saúde. A enfermeira habilitada ou especialista prestava um atendimento imbuído pelo discurso médico, no modelo biomédico. Esse discurso médico foi aproveitado pelos enfermeiros nos programas de 1974 e 1978, mas ele já tinha sido incorporado por aqueles profissionais, do discurso feminino das parteiras e transformado em discurso masculino dos médicos. A enfermagem incorporou tanto o discurso médico, quanto o modelo biomédico de assistência. Em 1984 no PNSMI (Programa Nacional de Saúde Materno Infantil) continua predominando o modelo biomédico na nossa assistência, mas ela começa a sofrer influência das questões de gênero. Em 1988 o movimento de mudança das enfermeiras sofre influência também do movimento feminista, da REHUNA, da ABENFO, dos programas governamentais e das discussões para modificação da Constituição Brasileira, em que há uma visão mais ampla da saúde da mulher, de interdisciplinariedade e o conceito de saúde como dever do estado e direito do cidadão. Com isto, temos um grupo de enfermeiras que defende o modelo biomédico, a medicalização e a institucionalização da mulher, e outro que segue as orientações da OPS, que devemos eliminar as rotinas que

prejudicam o corpo e adotar medidas que valorizam o desejo, e a subjetividade da mulher. Com a política de saúde de 2004, alguns enfermeiros habilitados e especialistas permanecem no modelo tradicional, biomédico, e outros buscam novas intervenções não só do estado, mas dos movimentos sociais de gênero e do movimento feminista. Observo que pouco se levou dessa busca de um modelo de assistência diferente do biomédico para a sala de aula, para a prática profissional e para as orientações dos cursos de especialização. O discurso passa a ser dirigido a uma saúde reprodutiva com direitos à cidadania, inclusive com alguns adeptos médicos e a REHUNA. Neste momento já temos o SUS e a Constituição Brasileira, mas a nossa legislação do exercício profissional da enfermagem está atrasado, por isso somos fragilizados enquanto identificação e unidade. Outra coisa que prejudica é que a gente avança no momento político de inserção nas políticas e nos cargos, mas somos atropeladas por novas determinações governamentais, nos deparamos com novas lutas, deixamos de lado as primeiras, para fortalecer outras, e não obtemos resolutividade em nenhuma. Ficamos com um discurso de hegemonia médica a nível governamental, porque são eles os ministros, os secretários da saúde a nível estadual e municipal e são eles que coordenam os programas. É muito raro uma enfermeira coordenar um programa, e nesse raciocínio, a enfermagem faz uma contra-hegemonia, pois somos minoria quantitativamente e nos discursos, já que não abordamos ainda a saúde reprodutiva de direito..., a política em si. Continuamos inseridas nos programas, quase que enclausurados, encarcerados pois, somos quantitativamente muitos menos. Deve ter 30.000 gineco obstetras na FEBRAGO, para 5.000 enfermeiras obstetras na ABENFO, é muita diferença. Além disso, eles têm o poder econômico e publicam o que bem entendem, porque são donos da mídia nacional, vão para a televisão, rádio, jornais, dizer que as enfermeiras não estão bem preparadas para atender ao parto e tem o ato médico... . Eles têm jornais próprios que na corporação fortalece a hegemonia e nós não temos poder econômico. Nós não temos poder político nem econômico, somos quantitativamente menos e qualitativamente estacionadas pelo governo e limitadas a nível da formação porque e só estamos conseguindo oferecer as especializações auto financiadas. Precisamos avançar nesses referenciais teóricos que explicam que o médico é homem, a maioria das enfermeiras obstetras é mulher, na teoria de Grams temos o dominante e a dominada. Eles no ambiente público, porque são ministros, são secretários, ocupam os cargos, presidem os comitês... , além disso, as mulheres ainda não alcançaram um desenvolvimento na alfabetização, na formação básica e na superior. Na mulher está limitado, reservado o privado, e o homem é educado para o ambiente público. Essa influencia de gênero surge na década de 1970 e no Brasil só aparece na década de 1980 com o PAISM. Sai da conotação biológica para a social, e sem dúvida, o movimento feminista é um motor horizontal muito importante para os avanços, não somente da formação dos enfermeiros, mas também para toda a equipe de saúde. É devido a isso que nós temos médicos que chamamos “adeptos”, supostamente aliados da enfermagem, digo supostamente porque quando se trata da corporação, eles são pressionados e “esses adeptos”, supostamente aliados, não têm poder, porque o poder biomédico econômico os impede, os exclui, os marginaliza ou vem em cima deles e este movimento se enfraquece. O movimento feminista, da REHUNA, com relação à saúde da mulher é pequeno e o momento político é poderoso. O poder executivo e o legislativo são predominantemente masculinos, é por isso que temos na OAB um movimento feminista que nos ajuda. Embora já termos tido muitas conquistas na formação; na inserção; os

partos em casa; representações em nível central, estadual e municipal; os debates ampliados; os congressos da ABENFO; a inserção com a ABEN; algumas alianças das enfermeiras com os movimentos feministas; as influências internacionais, européia e latino-americana, é necessário que todos estes aspectos sejam bem analisados em teses de doutorado e de mestrado, para que não sejam vistos somente como teoria. Tem-se que contextualizar esses movimentos históricos e aplicar estudos de gênero, para poder entender a hegemonia do discurso médico, os poderes do estado que se aproveita, da falta de unidade da enfermagem, de sua fragilidade enquanto poder político e econômico, e de não termos um movimento com representação a nível do legislativo, executivo..., enfermeiras senadoras, deputadas federais, estaduais e vereadoras. Há uma grande contradição, na medida em que nós elegemos os médicos e, a maioria deles no legislativo é uma máfia pela mercantilização e privatização da medicina, mesmo no SUS, são contra as profissões que querem ter sua autonomia. Muitas vezes os médicos nos dizem que nós enfermeiras excluimos eles e que queremos tomar conta do sistema médico, eu respondo que nós não os excluimos, na maioria das vezes os incluimos, e nós não queremos ser incluídas no sistema médico, e sim, sermos incluídas no Sistema de Saúde Nacional, onde o sub sistema médico, o sub sistema da enfermagem e o sub sistema de todas as profissões fazem parte. Por isso não dá para lidar com o ato médico, ele acaba com todas as contra-hegemonias dos movimentos que estamos fazendo, do ponto de vista das minorias. As minorias têm poder, desde que se organizem com seus movimentos, com suas bandeiras de luta e suas trincheiras. A avaliação final que faço de toda essa parte de resgate das funções, de formação, das políticas, é que há uma grande contradição, porque nós temos conquistas, mas temos atrasos. Essas conquistas influenciaram na formação, mas esta ainda é limitada, por falta de qualificação dos professores e da inserção dos aspectos não técnicos a essa formação e qualificação. Penso que há uma grande polêmica da hegemonia e contra-hegemonia na questão de gênero, médico: homem forte dominante, que domina o sistema público, fazendo frente à classe, contra a categoria das enfermeiras que são mulheres, quantitativamente minoritárias e que no momento, encontram uma limitação de qualificação pelo governo e pelas instituições de ensino. Acredito que há também um grande conflito de interesses entre o sistema médico que quer ser onipotente, como se ele fosse o Sistema Único de Saúde, e o poder das minorias, do ponto de vista dos sub sistemas, em que todos fazemos parte, inclusive o sub-sistema médico. Se somados, teríamos uma transdisciplinariedade, a função da equipe interdisciplinar e multiprofissional, uma equipe de saúde mesmo, e daríamos conta de respeitar a constituição de que, é um direito do cidadão, escolher o profissional que ele bem entender para atendê-lo, de requerer a qualidade desse atendimento e optar pelo tipo de atendimento, pela qualidade e pelo profissional. As discussões têm que avançar nestas três questões, teoricamente nos congressos da ABENFO e da ABEN, e particularmente nos mestrados, doutorados e especializações. O mestrado e doutorado são divisores de águas porque trazem referenciais teóricos e metodológicos que ajudam os professores da área, a avançar no pensamento reflexivo e crítico dessas políticas. Evita que sejamos usadas e nos promove, para sermos contempladas como cidadãs que tem contribuições para dar, conforme as nossas competências.

Temos que avançar, mas com essa crise que estamos vivendo, vislumbro que vamos passar por um período limitado. Acho que no Congresso no Piauí

deve-se tomar uma determinação muito séria, aproveitando a participação do Ministério, de resgatar aquelas conquistas dos cursos pagos por aquele órgão, os projetos de casas de parto, a inserção das enfermeiras na elaboração dos materiais didáticos e a entrega desse material a todas as enfermeiras. Deve-se fortalecer os cargos das enfermeiras nos comitês nacional, estadual e municipal e ter mestrados e doutorados com núcleos de pesquisa em saúde da mulher, para subsidiar as discussões nas polêmicas e conflitos. Vislumbro também uma influência da formação latino-americana e européia, principalmente no modelo de assistência da enfermeira obstetra, aliada à população. Vislumbro horizontes e não fronteiras, mas temos muito pela frente, é um processo muito sofrido e lento, lamentavelmente. As escolas, principalmente as públicas, têm um papel importante a desempenhar, pois são elas que assumiram os cursos de especialização. Tecnicamente nós avançamos, politicamente nós estacionamos. Eu diria que a enfermagem é uma profissão de fé, e nosso futuro é de alianças, de intercâmbios, de aglutinar forças. Quando falo de forças, me refiro a instituições formadoras, instituições de saúde e associativas, de corporação. Temos que fazer valer os nossos direitos de cidadãs, como mulheres e como profissionais, aliadas à população, porque o nosso objetivo maior é melhorar a qualidade da atenção à mulher. Temos que mudar a qualificação, a formação e a inserção na prática, hoje centrada no profissional, devemos vislumbrar a melhoria da saúde da população, a diminuição dos índices de morbimortalidade e promover a educação sobre direitos de cidadania, reprodutivos e sexuais. E, o caminho na perspectiva latino-americana de união de forças é muito importante porque, a Organização Mundial da Saúde e o ICM falam da enfermagem e parteria, de Centro Colaborador de Recursos Humanos em Enfermagem e Parteria, Enfermeria e Parteria, Enfermagem e Obstetrícia, sem distinção. Temos que continuar formando especialistas em enfermagem obstétrica, até ver e avaliar a introdução do profissional que não é enfermeiro na área, mas que é formado por uma instituição de enfermagem. O objetivo comum de melhorar a qualidade da assistência à população é mais importante que centrar no tipo de profissional. Temos que fazer um movimento para termos representantes na área técnica, recuperar os cursos de especialização, os projetos de casas de parto, melhorar os currículos, os referenciais teórico metodológicos, enquanto pensamento crítico reflexivo de todo o contexto, e renovar a certificação de enfermeira obstetra. Isso sim, vai nos ajudar a resgatar nossas funções, tanto no ensino quanto na prática.

#### **Entrevistada 08: M.L.G.R.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Habilitação em Enfermagem Obstétrica; Graduação em Licenciatura em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal; Doutorado em Enfermagem; Livre Docência.

**Participação em Cursos Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de

São Paulo; Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Coordenadora e docente de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica; Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas; Presidenta da ABENFO São Paulo.

Após contato por e-mail, agendamos a entrevista. Viajei até a cidade de M. e ela me concedeu a entrevista em sua sala de trabalho, na escola onde atua. Local tranquilo, porém, com barulho no momento do encontro devido a uma obra no prédio.

M. me pareceu muito tranquila, falou pausadamente e de forma clara. Procurou descrever os assuntos na ordem cronológica dos acontecimentos, para não perder a sequência e facilitar a compreensão dos fatos. Dirigiu-se ao roteiro por duas ou três vezes, parecia conferir cuidadosamente se os assuntos estavam sendo abordados. Não houve nenhuma interrupção durante toda a entrevista.

### **Entrevista:**

- Vou tentar organizar um pouco as ideias, mas quero inicialmente fazer uma observação, você está usando o termo enfermeira obstetra e não obstétrica mas, entendo que hoje, quando se fala da enfermeira obstetra e da enfermeira obstétrica, estamos falando da mesma profissional, alguém que tem uma formação anterior em enfermagem e depois uma formação em obstetria. Por isso se entende que são sinônimos, se referem à mesma profissional, mas, em toda a legislação do ensino e na lei do exercício profissional não aparece a denominação obstetra. Este termo aparece depois, no decreto que regulamenta a lei do exercício profissional, em um artigo que fala que a enfermeira obstetra supervisiona o trabalho da parteira. É a primeira e única vez na legislação do exercício profissional que aparece o termo obstetra, ele é encontrado também em vários textos, como adjetivo do substantivo enfermeira. É um termo que a UNIFESP adota e, o uso desse termo (enfermeira obstetra) no decreto que regulamenta a lei do exercício, deve ter tido influência do pessoal da Escola Paulista. O termo enfermeira obstétrica está consagrado, é um substantivo composto que define a profissional enfermeira obstétrica, que nem sempre foi uma enfermeira, já que as escolas de medicina formavam enfermeiras obstétricas e aí a profissional similar seria a obstetrix, aquela formada pela via direta, sem uma formação prévia em enfermagem, e nem sempre com formação em uma escola de enfermagem. As enfermeiras obstétricas antigas são formadas pelas escolas médicas, quando o curso de obstetria veio para essa escola, como as alunas já recebiam o título de obstetrix lá, continuaram sendo tituladas como obstetrix. Esta denominação foi dada por um período curto, para quem fez o curso no período em que ele foi transferido da Faculdade de Medicina para esta escola, até a mudança da legislação em 1972. A partir das habilitações,



as pessoas formadas nessa escola receberam além do diploma de enfermeira, o de enfermeira obstétrica. Algumas escolas não emitiam o diploma separado, elas apostilavam o diploma de enfermeira com a habilitação em enfermagem obstétrica. Tivemos também nesta escola, depois das habilitações, duas turmas que seu diploma está escrito obstetriz ou enfermeira obstetra. É importante que a gente entenda o sentido da mudança da denominação do profissional que, embora possa parecer irrelevante ou secundária, é uma coisa séria para quem tem o título de obstetriz, enfermeira obstetra, parteira, do ponto de vista da identidade e até para nós entendermos melhor, a quem estão se referindo. Quando se usa o termo enfermeira obstétrica, está se referindo aquela profissional que a escola de enfermagem graduou como enfermeira e depois fez uma formação específica, seja habilitação ou especialização, que são as duas modalidades que tínhamos até recentemente. Quando você fala do processo de resgate e da formação e inserção da enfermeira obstétrica ou obstetra, vale à pena incluir a profissional que não é enfermeira, ou seja, a obstetriz ou parteira titulada, formadas pela via direta. Mesmo que não esteja preocupada em fazer uma análise histórica, tem alguns momentos que a formação sofreu revezes, altos e baixos, mais baixos que altos mas, em nenhum momento deixou-se de formar, não teve nenhum período na legislação do ensino ou do exercício profissional, que tenha havido uma interrupção na formação, e a legislação do exercício sempre contemplou a inserção e a atuação dessa profissional. Existia uma legislação específica para o exercício da obstetriz e nela foi incorporada a legislação do exercício da enfermagem, que é a atual lei do exercício. A obstetriz era uma profissional com uma legislação própria, com o exercício consolidado, não no Brasil, mas em São Paulo, elas tinham uma inserção grande nas maternidades, do ponto de vista institucional. Durante todo o século XX as parteiras diplomadas foram formadas e absorvidas pelas maternidades de São Paulo, elas atuavam muito menos no parto domiciliar ou não institucional e no trabalho autônomo. Sua inserção no serviço obstétrico domiciliar foi muito forte aqui em São Paulo, num período anterior. As parteiras ou enfermeiras obstétricas ou obstetrizes foram formadas a partir do começo de 1900 até o final da década de 1960, pelas escolas de parteiras, que depois viraram Escolas de Obstetrícia das Faculdades de Medicina. Aqui em São Paulo, as enfermeiras obstétricas foram tituladas pela Universidade de São Paulo e pela Escola Paulista de Medicina e, por algum outro curso, de maneira menos contínua. De maneira geral, as escolas de enfermagem de São Paulo e em alguns outros estados, formaram enfermeiras obstétricas a partir da década de 1950, durante a década de 1960 e de 1970, só que de maneira isolada, descontínua. Nós não temos a profissional ocupando os espaços, atuando na assistência ao parto em todos os estados, mas temos isso muito forte na cidade de São Paulo, em alguns lugares do interior. No Rio de Janeiro, tem o sindicato de parteiras, que é uma aliança entre enfermeiras obstétricas e parteiras. O Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Bahia, são estados que as escolas de enfermagem contribuíram para a formação de enfermeiras obstétricas, na década de 1950 e 1960, a formação em Recife foi principalmente com a habilitação. A ABENFO São Paulo juntamente com a Nacional, fez um levantamento nas escolas de enfermagem para saber quantas enfermeiras obstétricas éramos, já que não tínhamos nenhuma referência de quantas haviam sido formadas nos últimos 20 anos, este trabalho foi publicado na Revista Nursing. Tínhamos a percepção de que havia cada vez menos, que é essa percepção que todo mundo tem, de que as escolas foram deixando de formar, e a profissional quase extinguiu, ao mesmo tempo a ABENFO (Associação

Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Obstetrizes) era recriada. Sentimos necessidade e motivação para recuperar as informações, saber quantas profissionais estavam atuando, tentar identificar, saber quantas eram as enfermeiras obstétricas. As obstetrizes formadas no curso anterior eram um pouco mais fáceis de serem identificadas, pois eram oriundas da ABO (Associação Brasileira de Obstetrizes), e estavam ajudando a criar a ABENFO, mas, não tínhamos nenhuma informação quanto ao número de enfermeiras obstétricas. Só recentemente o COREN teve a preocupação de começar a registrar as especialistas, mas não é obrigatório, você só tem mesmo o registro de enfermeira, então, não tínhamos onde buscar. Têm alguns poucos trabalhos, inclusive um da ABEN da década de 1980 e outro mais antigo, mas queríamos saber o que estava acontecendo, desde que as escolas de enfermagem assumiram a responsabilidade exclusiva pela formação das enfermeiras obstétricas. Tínhamos a percepção de que éramos poucas, cada vez menos, as escolas de enfermagem tinham deixando de oferecer habilitação, devido a mudança na legislação do ensino em 1994. Então, sentimos necessidade de identificar o que tinha acontecido nesse período e começamos a levantar os dados à partir de 1976, imaginando que a habilitação começou em 1972. Neste período tínhamos então enfermeiras habilitadas, além das especializações que eram oferecidas esporadicamente por algumas escolas. Havia profissionais que fizeram a especialização, às vezes com denominações variadas como Especialização em Saúde da Mulher, mas que eram enfermeiras obstétricas e tinham uma atuação específica na saúde da mulher e na assistência obstétrica. Em 1996 conseguimos um cadastro de quantas escolas de enfermagem existiam e fizemos o levantamento de 20 anos, entre 1976 e 1996. Foi mandado um questionário para aproximadamente 105 escolas, cinquenta e poucos retornaram informando que 19 escolas (as mais antigas), principalmente as que já existiam na década de 1970 e 1980, ofereceram habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica mas, o número de profissionais não chegava a duas mil. Temos aí um período de 20 anos em que as escolas de enfermagem contribuíram com a formação de menos que duas mil profissionais. Nesse período de 1972 a 1994, tivemos a extinção das habilitações, passando a especialização, a ser a única via para formar enfermeira obstétrica, mas com muita dificuldade porque, o curso de habilitação é um curso de graduação e o aluno não paga, já o curso de especialização, em qualquer universidade, tem que se manter, tem que ser financiado pelo próprio aluno ou por uma instituição de fora, não pela Universidade. Nesta escola, quando deixamos de oferecer a habilitação, começamos a oferecer a especialização de longa duração. Oferecemos 3 cursos, duas turmas de um ano em período integral e turma com duração de um ano e meio, meio período. Percebemos que havia uma demanda pequena e um investimento muito alto dos docentes, principalmente devido a carga horária muito grande (em torno de 1000 horas/ano), então resolvemos interromper a especialização de longa duração. Antes das habilitações serem extintas por lei, nós acabamos com esta modalidade de formação e começamos a oferecer as especializações, pensando que assim poderíamos receber alunos de outras escolas, já que na habilitação isso não era permitido. Com esta mudança, recebemos alunos de vários lugares, de outras cidades e até estados para fazer especialização, mas os grupos eram pequenos, a carga horária do curso muito grande, uma mensalidade não muito alta mas, era um custo a mais, e, quando o curso era oferecido em período integral, ficava difícil para o aluno trabalhar e fazer o curso simultaneamente. Algumas alunas tiveram bolsa do CNPQ, mas isso também

foi tipo “um milagre”, porque não era comum. Estou mostrando um pouco das dificuldades que tivemos para oferecer esses três cursos de especialização. Um dos motivos que nos levou a terminar com a habilitação, que não tinha uma demanda muito alta, foi a informação de que, nossas ex-alunas habilitadas, encontravam dificuldades para atuar no mercado de trabalho porque algumas instituições, não queriam habilitadas, e sim especialistas, e quando existia um plano de carreira na instituição, elas eram mais prejudicadas ainda pois, a especialização é uma pós-graduação. Mas, as dificuldades começavam mesmo na admissão, havia certo preconceito com as habilitadas. Algumas instituições de assistência não reconheciam a habilitação porque, algumas escolas ofereciam um curso muito restrito, com uma carga horária pequena e pouca experiência, então as habilitadas de um modo geral, mesmo as que haviam formado em bons cursos, tinham dificuldade para conseguir emprego. Isso pesou na nossa decisão de acabar com a habilitação, e já tínhamos a informação de que o currículo ia mudar, que as habilitações deixariam de existir, então o caminho seria mesmo a especialização. Mas a profissional habilitada tinha uma base na graduação, e acima de tudo, na Universidade Pública, o ensino era gratuito, então, até o fim de 1972, o ensino da enfermagem obstétrica na graduação, era público e gratuito e, com a extinção das habilitações, a obstetrícia e outras áreas, deixaram de ter esse ensino gratuito, perdeu-se isso com as especializações, que são pagas. O curso de obstetrícia do EACH pode vir fazer diferença, já que é um curso de graduação em uma escola pública, considerando o quadro da nossa legislação do ensino e das nossas especificidades para a formação no Brasil. Quando estávamos oferecendo o terceiro curso de longa duração (começaram em 1995), resolvemos avaliá-los, pois havíamos formado poucos enfermeiros, e vimos que o impacto dessa formação estava sendo muito pequeno, havia poucos enfermeiros especializados, um alto investimento, e o curso de especialização auto financiado tinha pouco futuro na Universidade, era difícil de ser administrado e pouco valorizado. Em 1996 oferecemos dois cursos de especialização de curta duração, que a legislação do ensino prevê com 360 horas, destinados às profissionais que já tinha habilitação. Seu objetivo foi dar o título de especialista e atualizar as enfermeiras obstétricas que tinham feito habilitação, atuavam na área mas não tinham o título de especialista. Fizemos esses cursos de maneira pontual, para atender uma demanda, não só das nossas ex-alunas, mas também uma necessidade do Hospital Universitário, que tinha várias enfermeiras obstétricas habilitadas, que se sentiam prejudicadas por não terem o título de especialistas, e também profissionais formadas por outras escolas. Durante este período, a Escola Paulista continuava formando especialistas e, no levantamento que fizemos pela ABENFO, percebemos que as outras escolas de enfermagem tinham muita dificuldade de realizar o curso, ofereciam de maneira descontínua, com problemas de demanda, de corpo docente, de campo de estágio e os profissionais tinham dificuldades para serem absorvidos no mercado. Havia poucas enfermeiras obstetras atuando em sala de parto, e quando você não tem uma sala de parto em que a enfermeira é responsável pela assistência, é complicado levar um aluno para aprender naquele lugar, devido a disputa médica. No meio desses problemas e dificuldades, começou uma discussão na ABENFO São Paulo e Nacional, juntamente com algumas escolas de enfermagem, sobre a política de formação, que depois foi implantada pelo Ministério da Saúde, a partir de 1999. Nessa mesma ocasião, em 1997, levamos (USP e ABENFO/SP) para a Secretaria de Saúde de São Paulo, uma proposta de criar equipes de enfermeiras obstetras nas maternidades e a sugestão de abrir concursos específicos. Queríamos

mostrar para a área de Saúde da Mulher, que nós existíamos. O Secretário de Saúde nos recebeu em seu gabinete e no mesmo dia nos encaminhou para a sala da T. L., (Coordenadora da área Técnica), contamos a mesma coisa para ela e ela achou interessante a nossa preocupação com as condições da assistência obstétrica nas maternidades, o número de cesáreas, as intervenções, a falta de acompanhamento do trabalho de parto, tudo que fomos pontuando. Então, foi designada uma enfermeira da área de Recursos Humanos da Secretaria, para fazer a interlocução entre a Escola e aquele órgão. Depois de alguns contatos foi feita uma proposta de criar um curso de especialização para enfermeiras da secretaria, com recursos daquele órgão. Esse curso de especialização aconteceu em 1997/1998, tinha uma carga horária bem específica, uma proposta de educação permanente e era destinado às enfermeiras que trabalhavam em maternidades ou que queriam trabalhar nas maternidades da Secretaria Estadual. Isso foi mais ou menos concomitante com umas recomendações que o Conselho Diretor Nacional da ABENFO fez no Congresso Brasileiro de Enfermagem de Salvador em 1998, sobre as diretrizes para a formação de enfermeiras obstétricas. Naquela ocasião estávamos muito preocupadas com o tempo de formação, seu custo e a necessidade de aumentar o número de profissionais em menos tempo, então, foi proposto que as Escolas de Enfermagem ministrassem cursos de especialização mais enxutos. A ABENFO recomendou também que os cursos tivessem a denominação de Especialização em Enfermagem Obstétrica, porque até então, recebiam denominações variadas: Enfermagem em Saúde da Mulher, Enfermagem Materno Infantil, e que tivessem uma duração aproximada de 460 horas, atendendo a legislação de duração mínima de 360 horas. Mas como tinha cursos com duração bem maior, que davam o mesmo título, sugerimos cursos de até 600 horas, com foco maior na assistência ao parto e no pré-natal, com algumas matérias básicas e experiências curriculares mínimas como um número mínimo de partos a serem assistidos, partindo do pressuposto de que todas as especializadas já eram enfermeiras e tinham uma formação anterior. A determinação do número de partos a serem assistido na especialização era importante porque, tínhamos informação de que, a dificuldade de campo de estágio, estava fazendo com que muitas escolas titulassem enfermeiras obstétricas, sem nunca terem feito parto ou assistido a 2, 3 ou 5. Este projeto de especialização da Secretaria Estadual de S. P. com a Escola de Enfermagem da USP, foi a base das diretrizes do Ministério da Saúde, para o financiamento dos cursos, à partir de 1999. Com a experiência da J. na UNIFESP, que sempre ofereceu especialização em enfermagem obstétrica; o apoio da ABENFO e suas recomendações de 1998; e o projeto da EEUSP com a Secretaria Estadual de Saúde, nós oferecemos subsídios para que, a partir de 1999, o Ministério financiasse os cursos de especialização. Com esses financiamentos do Ministério, vivenciamos outro momento, em que tivemos uma política Ministerial, grande participação de algumas Escolas de Enfermagem no oferecimento de cursos e da ABENFO, do ponto de vista político. Nesses 6 anos de cursos financiados pelo Ministério, formou-se um número maior de enfermeiras obstétricas, que as escolas de enfermagem durante 20 anos. Mas, mais importante que esse número de titulados, foi o fato de, esse resgate da formação da especialista pelo Ministério, ter sido encarado como uma política pública e, os cursos terem sido oferecidos em todas as regiões do Brasil. A enfermeira obstétrica passou a existir em estados como Acre, Amazonas..., Minas Gerais é um exemplo, nunca tinha formado enfermeiras obstétricas, e tem um espaço de atuação dessas profissionais muito importante e, com o financiamento do

Ministério, elas começaram a formar especialistas. Essa política foi importante e, a J. teve uma participação muito grande, quando estava na área técnica, mas agora precisamos de profissionais com proposta de mudança, de ampliação das possibilidades, tanto de formação quanto de inserção profissional. No final da década de 1990 e início da década de 2000, começamos causar impacto, fazer com que as enfermeiras obstétricas estivessem em todo país e, a ABENFO virou uma associação nacional de fato, com seccionais em muitos estados e por mais que se tenha dificuldades, temos uma representação nacional da categoria. Agora, quanto a minha vivência, me formei nesta escola e fiz habilitação em Enfermagem Obstétrica em 1980, quando ela não era mais obrigatória e, uma minoria voltava para fazer o curso. Fiz a habilitação por opção, porque gostava mesmo da área e achei que valeu, aprendi muito durante aquele ano. Após a habilitação, trabalhei durante 5 anos como enfermeira obstétrica em 2 hospitais e, em 1985, me tornei docente desta escola. Quando eu fui aluna, em 1980, tanto o estágio de pré-natal quanto de sala de parto foram desenvolvidos somente no A.M., porque a turma era pequena. O HU ainda não tinha sido inaugurado. Quando a turma era grande, os alunos desenvolviam estágio em outros locais, tinha uma diversidade maior de campos para a obstetrícia, tinha várias maternidades com enfermeiras obstétricas atuando, e eram campo de internato, onde as alunas ficavam os dois últimos meses do curso com as enfermeiras de serviço. Lá, as docentes da EEUSP e UNIFESP realizavam o atendimento da sala de parto e do pré-natal, com isso garantíamos o campo. Tinha muito estagiário da medicina no A., mesmo a instituição não sendo campo daquela escola. Mas mesmo com eles, nós, a escola, tínhamos prioridade, pois eram nós quem mantínhamos o campo. Lá tinha muito parto, nós não tínhamos problemas de número, com a experiência. Aqui em São Paulo na década de 1980, a enfermeira obstétrica tinha espaço para trabalhar na sala de parto. Nas maternidades privadas elas ficavam na admissão, acompanhavam o trabalho de parto; nas maternidades conveniadas e principalmente nas maternidades públicas as enfermeiras obstétricas faziam o acompanhamento do trabalho de parto e os partos normais. Foi isso que eu fiz no meu primeiro emprego, durante sete meses eu acompanhava todas as mulheres em trabalho de parto e assistia a todos os partos normais. Tinha hospital que tinha uma enfermeira por plantão, outros tinham uma demanda maior, então tinha mais de uma por plantão. Um dos hospitais que trabalhei, apesar de pequeno, tinha médico de plantão, diferente de outras maternidades que o médico fazia o plantão à distância e você avisava que tinha internado e só chamava se precisasse, em caso de cesárea ou se tivesse alguma complicação. O outro hospital que trabalhei, o plantão médico era à distância, mas eu tinha que chamá-lo para fazer o parto, eu só fazia se ele não chegasse, ele ganhava pelo parto que fazia e não pelo plantão. Durante um período, eu admitia, acompanhava o trabalho de parto e o médico vinha fazer o parto. Quando a maternidade foi ampliada, passou de 30 partos/ mês para mais de 100/mês, outros plantonistas foram contratados, e eles atendiam o pré-natal no ambulatório do hospital e as enfermeiras obstétricas faziam a admissão, acompanhavam o trabalho de parto e o parto. Os médicos passaram a receber pelo plantão no ambulatório, então não vinham fazer o parto. Quando entrei como docente da Escola de Enfermagem da USP em 1985, fiquei muito envolvida com a habilitação e com a graduação, não tive dificuldade para trabalhar na sala de parto, nós tínhamos uma diversidade grande de campos de estágio, tanto para a graduação quanto para a habilitação. As alunas desenvolviam a assistência ao puerpério e o estágio de sala de parto no H.U., no A.M., no S.P.M. e no H.S. Fomos

também para G. (bairro), vários locais onde tínhamos vínculo, porque tinha enfermeira obstétrica egressa da escola ou porque eram oficialmente campos da escola. Durante o final da década de 1980 até 1995, quando nós ainda oferecíamos a habilitação e depois a especialização, ainda conseguíamos campo de estágio aqui em S.P., porque muitas maternidades públicas ou que tinham convênio com o SUS, tinham enfermeiras obstétricas assistindo ao parto. Nós não usávamos o H.C. como campo de estágio, porque era campo da Faculdade de Medicina e tinha uma demanda pequena de partos normais, no HU nós enfrentamos outras dificuldades, apesar da demanda não ser muito grande, a gente tem até hoje um acordo que um parto é realizado pela docente com aluna, outro parto é feito pela médica assistente com aluno da medicina. Porém, a assistência ao parto no H.U. começou a ser mais disputada devido às mudanças nos protocolos assistenciais, ao aumento do número de fórceps, às intervenções..., a exigência de que os alunos da medicina fizessem um número mínimo de partos. Isso foi afastando as nossas alunas da habilitação e especialização. Ele ficou mais para os alunos da graduação, que não é exigido um número de partos, e nós optamos por outros campos para a especialização. A proposta de inserção das enfermeiras obstétricas nas maternidades da Secretaria foi um projeto que englobava 3 subprojetos, que eram: a criação da especialização para as enfermeiras da rede; uma política de inserção com concurso específico, para absorção das profissionais, o reconhecimento do título de especialista, como forma de garantir que essas enfermeiras que fizeram o curso ficassem na maternidade atuando e, a constituição de equipes de enfermeiras obstétricas nas maternidades. As enfermeiras desenvolveram a parte prática exigida pelo curso nas maternidades da Secretaria, em algumas maternidades, elas faziam muito poucos partos, mas faziam. Esse projeto não foi prá frente porque eles acharam que criar um prêmio específico para as enfermeiras obstétricas poderia não ser muito interessante para aquele órgão, então essas enfermeiras ficaram meio dispersas. A terceira parte do projeto era a avaliação da inserção dessas enfermeiras, avaliar como era a assistência antes e após a implantação das equipes. Chegamos a fazer uma avaliação mas não teve continuidade porque, nem todas as equipes foram implantadas. Mesmo assim, ela foi importante porque, viu-se que uma das dificuldades na Secretaria de Saúde era que as enfermeiras fizessem os partos e que, o campo fosse também importante para a formação. Porém, em algumas maternidades, os médicos recebiam por parto assistido, por procedimento, eles chamavam de Código 7 (remuneração por procedimento). Mais tarde essa maneira de remunerar foi substituída porque o SUS não podia pagar os médicos contratados pela rede por procedimento e os médicos funcionários sim. Foi uma confusão porque se o médico recebia pelo Código 7, ele queria fazer o parto, e se não recebia, era a enfermeira quem fazia o parto. Quando o médico que recebia pelo Código 7 não fazia o parto e sim a enfermeira, ele assinava pelo procedimento e isso gerava um mal estar entre as equipes. Também era confuso porque, no plantão que tinha médico do Código 7, eles faziam os partos, no que não tinha, a enfermeira e as alunas faziam os partos. Quando a docente e suas alunas estavam no plantão não tinha muito problema mas, quando eram as enfermeiras da instituição, gerava um problema entre as equipes pois, a enfermeira fazia o parto e o médico recebia ou, o médico não queria ficar de plantão e perder a oportunidade de receber pelo parto. No final da década de 1990, início de 2000, a forma de remunerar mudou, eles passaram a receber pelo montante que foi arrecadado, sem ter que assinar que fez o parto. Essa é uma das questões que tem a ver com a dificuldade no campo... . Agora é importante você ter uma boa formação e, é

importante você oferecer a via direta, ela vai trazer grande contribuição. O curso deve ampliar a possibilidade de atuação das obstetrias, para que elas possam atuar não particularmente na assistência ao parto, mas que possam prestar assistência à saúde da mulher como um todo e à família. A ideia de formar alguém na graduação com essa especificidade, amplia, possibilita se ter um profissional com foco na saúde materna e perinatal. É uma profissão que existe no mundo, elas não estão isoladas aqui na zona leste, na grade maioria dos lugares, coexistem as duas formações. Em alguns países você só tem a formação de obstetria, em outros, você não tem a formação delas. Acredito cada vez mais, que é importante se diversificar as possibilidades de formação, a legislação do ensino no Brasil possibilita que você faça na graduação, uma formação generalista de enfermeiro e, por mais que a escola tenha uma vocação, que o ensino seja contextualizado, ela não vai dar uma formação na graduação, para que você seja enfermeira obstétrica. As escolas têm procurado dentro das diretrizes, nessa formação do generalista, dar uma grande ênfase na formação para a atenção básica, não para uma área como a enfermagem obstétrica. Essa formação é importante, boa, as enfermeiras têm uma formação inicial como generalista e a possibilidade da especialização *latu sensu*. Os cursos profissionalizantes são outro caminho que as escolas de enfermagem têm que pensar, analisar a viabilidade pelo lado financiamento, eles têm que se voltar para uma área específica e para a prática, seria a criação do mestrado profissionalizante. A residência é outra via importante, ela é uma especialização ampliada e, tem a possibilidade de ser financiada. Temos que pensar sempre como esta formação será viabilizada do ponto de vista financeiro. Na graduação temos, o PRO-UNE, a Bolsa do Aluno e a pós-graduação *latu sensu* na Universidade Pública, onde o aluno tem que arcar com os custos financeiros, é complicado. A legislação do ensino, a LDB possibilita a criação de novos cursos, por isso a USP criou o de Obstetrias, que tem que ser revisto, a primeira turma se formou agora e está reconhecida. Tem um impasse com o COREN, que tem que ser resolvido, senão essas profissionais terão que criar um conselho próprio, o que é lamentável pois, nós temos que estar juntos. O mais importante não é a via, o caminho que alguém fez para chegar lá, mas como essas pessoas estão sendo qualificadas, que é a certificação que a ABENFO está propondo, as competências que tem que ser atendidas pelas enfermeiras obstétricas e pelas obstetrias. Agora, tem que resolver as questões com a legislação do exercício profissional, que é dar o título de enfermeira para quem não é enfermeira. As obstetrias não são enfermeiras, mas na legislação do exercício profissional diz lá, são enfermeiras as obstetrias. Acredito que do ponto de vista legal, o COFEN não teria grandes dificuldades para conciliar, fazendo uma resolução, anotações, delimitando. A lei do exercício já teve um arranjo para incluir a obstetria, agora tem que dar um jeito de incluir as obstetrias, para que elas possam desenvolver as atividades para as quais o curso as capacitou, que o diploma está habilitando. Isso tem a ver com a inserção dessas novas profissionais, espero que elas não tenham que ser enfermeiras, pois para serem enfermeiras, terão que fazer uma complementação. Quem quer ser obstetria terá que fazer uma formação depois e, para quem é obstetria, terá que complementar muita coisa para ser enfermeira. Agora, formar para enfrentar o modelo de assistência vigente, o curso de enfermagem deve propiciar muita experiência prática, o de enfermagem obstétrica e de obstetria mais ainda. Devem oferecer oportunidade para que as alunas estejam muito no campo, desde a formação inicial, proporcionar muita prática. Deve-se formar uma parteira, enfermeira obstétrica ou obstetria em cursos que tenham um conteúdo clínico muito

grande, tanto na comunidade quanto nos serviços de saúde. Para enfrentar esse modelo de assistência, as alunas devem estar em contato com a prática, juntamente com uma formação crítica. Isso deve ser oferecido em qualquer formação universitária, mas no caso da enfermagem obstétrica e no modelo de assistência à mulher, tem que ter muito vivência prática. Do meio da década de 1990 para cá, vivenciamos a formação de uma massa crítica de enfermeiras obstétricas na docência, hoje já temos um número grande de enfermeiras obstétricas que fizeram além da especialização, o mestrado e o doutorado, e que tem perfil de enfermeiras obstétricas. Não tínhamos isso até o final da década de 1990, quando se formava cada vez menos enfermeiras obstétricas, ou elas não tinham experiência clínica. Muitas escolas de enfermagem não tinham enfermeiras obstétricas, mesmo na especialização. Havia uma defasagem grande, às vezes a aluna da especialização ou habilitação ia para o campo tendo como referência clínica a enfermeira da instituição porque a docente não tinha experiência, muitas vezes devido à sua formação. Nesse resgate, tanto o docente que fez mestrado e doutorado, quanto o docente que se capacitou como enfermeira obstétrica, traz a possibilidade de uma atuação mais crítica e de ensino contextualizado, para enfrentar esse modelo biomédico, baseado em intervenções médicas... . Quanto à contribuição das políticas criadas pelo Ministério, será uma luta contínua e permanente, é uma política de governo, mas não depende somente do Ministério, é uma disputa pela visão de quem é o melhor profissional para fazer a assistência e, temos que nos posicionar e nos organizar mais enquanto categoria, para propor outros modelos de assistência. Tem que existir uma política nacional, mas também, tem que haver mais aliança com as mulheres e com a sociedade civil na proposição de outros modelos. Os Centros de Parto Normal tem sido muito importantes para a inserção, mesmo que seja intra-hospitalar. Neles há um espaço físico, o ambiente, todo um contexto, a mulher está mais envolvida, é mais sujeito, a família participa, existe uma adesão maior da enfermeira à assistência e da instituição com uma política de que a enfermeira obstétrica é a melhor profissional para esse modelo. Só o ambiente físico na sala de parto ou a tecnologia mais apropriada que a enfermeira obstétrica domina e está preparada para aplicar, ainda é pouco. A forma de remuneração também é importante e dependendo da instituição pode fazer diferença. A tabela diferente (menor remuneração) pelo parto assistido pela enfermeira no SUS, causa um impacto, prejudica. No A., a enfermeira obstétrica faz o parto e é computado nas estatísticas mas, do ponto de vista do SUS, não aparece porque ele paga pela tabela do parto médico, para o A. não receber menos. Algumas instituições têm outros incentivos, outra tabela, por exemplo, "Hospital Amigo da Criança", o A. não é e, se você pegar lá o final do mês, aquele número imenso de partos normais que tem, mesmo que a diferença seja de R\$2,00 por parto, faz uma diferença e o serviço quer receber a quantia. Todos os partos normais do A. são feitos pela enfermeira, mas nas estatísticas nacionais, provavelmente, isso não aparece assim, as enfermeiras assinam no prontuário, mas na hora que a produtividade é enviada para faturamento, manda a tabela como se a assistência ao parto tivesse sido feita pelo médico. O pagamento pelo parto tem que ser discutido na ABENFO, é uma discussão política que tem que ser considerada, nesta política de inserção. É necessário também olhar de outra maneira a formação de equipes de enfermeiras obstétricas na organização do serviço, para a realização do parto, e não somente pelo lado do espaço físico. No H.U. temos exemplos de equipe de enfermeiras obstétricas no centro obstétrico, puerpério e pré-natal, apesar deste último estar na atenção básica, temos que



integrá-lo melhor à maternidade. Deveríamos ter equipes de enfermeiras obstétricas nas maternidades que se responsabilizassem pelo acompanhamento do trabalho de parto, parto e pelo pós-parto, pelo período de internação e, junto com a atenção básica e com as equipes de saúde da família, acompanhar o puerpério. A atenção desta forma poderá fazer a diferença na qualidade da assistência, e fazer com que as profissionais tenham uma satisfação maior no trabalho. Temos que pensar em projetos para organizar equipes porque, enquanto grupo de enfermeiras obstétricas de um determinado serviço, podemos nos responsabilizar por um grupo de mulheres. Nós não podemos nos responsabilizar individualmente, eu com a minha paciente, mas enquanto grupo, nos responsabilizar, se não pelas mulheres durante a gravidez, porque esta função é da atenção básica, pelas mulheres durante a internação e no pós-parto. As inglesas trabalham em equipes e é determinado seis obstetristas para atender a duzentas mulheres. Sempre têm alguém da equipe atendendo aquele grupo de mulheres e, uma das obstetristas daquela equipe se responsabiliza pelo atendimento à mulher de seu grupo, no trabalho de parto e no pós-parto. Precisamos buscar outras maneiras de organizar o serviço, uma das mudanças é a forma de organizá-lo, outra é a parceria com as mulheres, temos ainda que buscar formas de colaboração e de pagamento do parto. Discutir a remuneração do obstetra, do neonatologista e o anestesista. São questões que temos que amadurecer, não dá para olhar somente o nosso ponto de vista. Talvez esteja um pouco precoce para amadurecermos esse conjunto porque a briga é desigual. Existe uma discussão do CRM com a enfermagem obstétrica, por causa das casas de parto, por conta da coordenação do Centro de Parto pela enfermeira, mas temos que avançar na discussão do trabalho colaborativo, da forma de remuneração... . Tem ainda a discussão do parto das mulheres que tem convênios de saúde, porque uma coisa é o pagamento do parto no SUS e outra, é o pagamento dos partos assistidos nas maternidades conveniadas. Tem-se que discutir a forma de remunerar tanto as enfermeiras obstétricas quanto os médicos, como o atendimento deve ser, como a instituição remunerará médicos e enfermeiras quando ambos estão prestando assistência, há uma sobreposição que mexe no bolso, com o espaço, com o mercado de trabalho e com o número de vagas para médicos e enfermeiros. O Ministério da Saúde tem uma limitação, ele pode regular aqui e ali a maneira que remunera, que estimula, pode induzir a contratação em instituições ou apoiando determinados projetos mas, a formação de profissionais é de responsabilidade das escolas, ele pode apoiar, como faz com a saúde, como fez com os cursos de especialização, mas é limitado a um período, a um governo. Temos que mobilizar enquanto categoria ABENFO, e acolher as obstetristas que estão se formando, que se no COREN elas não estão sendo acolhidas, pelo menos que esteja garantido na ABENFO, porque a legislação e da associação são as mesmas para as duas profissões, e elas têm que se sentir acolhidas mas, como não vão trabalhar como enfermeiras, terão que “cavar” seu espaço, talvez a ABENFO esteja lá e enfrente com elas as dificuldades. Tem também a possibilidade para quem quiser, fazer uma graduação em enfermagem, para fazer outro caminho, o que eu acho uma pena, a pessoa depois de fazer obstetrista, ter que fazer enfermagem.

**Entrevistada 9: J.S.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem e Obstetrícia; Especialização em Enfermagem Obstétrica; Mestrado em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem; Livre docência.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo; Membro ABENFO Nacional; Coordenadora do Curso de Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Obstétrica; Sócio Honorário da ABENFO - Nacional e a Enfermagem Obstétrica Brasileira; Membro do Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna; Membro da Diretoria do Centro de Estudos em Enfermagem Obstétrica; Docente do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica; Consultora, Gerente Técnica, Consultora Técnica, e Chefe do Serviço de Assistência a Mulher do Ministério da Saúde.

Após alguns contatos por e-mail, fui encontrar com J. em sua cidade, e a entrevista foi realizada em sua sala de trabalho, na Universidade que esta vinculada. J. falou sobre sua trajetória e experiência profissional, buscou relatar os fatos na sequência dos acontecimentos e de forma clara e objetiva. A entrevista aconteceu sem interrupções e J. procurou fazer um paralelo entre sua trajetória e as políticas de saúde, explicando a influência da sua formação e atuação nessa trajetória profissional. Foi muito espontânea nas suas colocações.

**Entrevista:**

- Vale a pena dizer que sou a J.S., atualmente professora titular da disciplina Enfermagem Obstétrica, mas meu percurso começa há 25 anos, quando eu me formei na Universidade de Juí, que na época chamava Fundação de Integração para o Desenvolvimento do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – FUNDENE, e era muito tradicional e conhecida. Fui da primeira turma, me formei em 1983 e vim para São Paulo fazer a Especialização em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social, na antiga Escola Paulista de Medicina (EPM). Em 1984 comecei fazendo especialização em Enfermagem Obstétrica, num curso integral de 1250 horas, que tinha uma carga horária prática imensa e era desenvolvida no Amparo Maternal, cujo campo pertencia a esta escola. O curso tinha um componente de obstetrícia social muito grande, com vínculo com a comunidade, que vinha de uma visão da Madre Dominec, freira que fundou o A.M. (instituição). Nós atendíamos em duas comunidades aqui na Região Sul de São Paulo, onde fazíamos trabalhos tipo preparação para o casamento. Na época havia uma visão bem judaico-cristã

do planejamento familiar, bastante restritiva ao método de Billings, com vínculo muito grande com uma instituição religiosa que trabalhava nessa linha. Por ocasião do curso, tínhamos o ambulatório na comunidade e atendíamos no Amparo Maternal, onde acontecia uma média de 50 partos por dia, então você saía com muita prática. Nós tínhamos uma visão para fazer o ciclo-gravídico quase completo, que era acompanhar uma mulher no pré-natal, parto, puerpério a fazer a visita domiciliar. Durante a minha formação o curso começava a sofrer modificações, pois em 1984 é lançado o PAISM, com todo o movimento social para se discutir a ideia da mulher ser vista de forma única. Esse movimento começa a mexer na visão da Universidade, que era até então, essencialmente obstétrica e mesmo com a obstetrícia social, a mulher só era vista como ser reprodutivo. Em 1984 avançamos nos programas da prevenção do câncer, das DSTs, nas ações políticas do materno-infantil que já haviam começado em 1975, não era muito diferente disto. Em 1984 eu termino a especialização e inicio o Mestrado em Enfermagem Obstétrica, em seguida, no início de 1990 esta escola começa a oferecer o doutorado Materno Infantil. Na época em que estava fazendo o mestrado, me envolvi muito com a universidade, que na ocasião ainda era escola e passo a ser plantonista do A. As alunas que tinham certo diferencial no curso de especialização, que gostavam e que tinham habilidade, eram convidadas a trabalhar com as docentes como monitores. Quando comecei a trabalhar como docente nesta escola, eu já estava muito envolvida como monitora e como voluntária pois, fazia plantões de final de semana no Amparo, e tinha um vínculo muito forte com a obstetrícia médica. Inclusive, a minha tese de mestrado era monitoramento fetal, gestante diabética e eu fui orientada por uma médica da obstetrícia o que se configurava uma fragilidade do nosso mestrado. Muitas das nossas alunas eram orientadas por médicos da obstetrícia, às vezes com co-orientação de algum docente da escola. Em 1989 faço concurso para esta escola e ingresso na disciplina Enfermagem Obstétrica e me envolvo completamente no curso e a acompanhar as grandes mudanças que começam a acontecer com nosso curso. Ainda hoje temos algumas pessoas que permanecem na disciplina, como a Dra. M.B., a Prof. S.B. e a prof. S., elas são da época da minha formação, as demais foram contratadas mais recentemente, são jovens, foram minhas alunas, começa outra geração. Me envolvo no programa de pós-graduação daqui, passando a trabalhar com estas professoras no curso de especialização em enfermagem, que deixa de ser Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social e passa a ser só Obstetrícia. Nunca coordenei o curso de especialização, mas passo a ter um papel muito forte na mudança da estrutura do curso, quando são introduzidas algumas disciplinas como Direitos Sexuais e Reprodutivos. Nesta ocasião, começamos a usar a nomenclatura dos conceitos do PAISM e a ultrapassar os limites da obstetrícia, começamos a ampliar discutindo saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. Em seguida começo o doutorado em Enfermagem Materno Infantil desta escola, que só tinha duas opções, enfermagem obstétrica ou pediátrica. Eu me formo no doutorado em 1995 e me ingresso em vários cargos de gestão do departamento, na chefia, coordenação de pós-graduação..., e em 2001 fiz a livre docência na USP, na área de saúde reprodutiva, e no ano passado fiz concurso de titular. Fora da academia, tenho um percurso no Ministério da Saúde, onde, em 1997, assumi o cargo de chefe ou coordenadora do serviço de saúde da mulher, que na época chamava coordenação materno-infantil e tinha uma coordenação que envolvia as duas áreas e outra para a saúde da mulher. No final de 1998, início de 1999 há uma mudança estrutural no Ministério da Saúde, não tem mais coordenadores de área, e nós todos passamos a ser técnicos e a T. L.

passa a ser coordenadora de toda a área da Atenção Básica e das Ações Programáticas, não só da Saúde da Mulher. Eu venho de uma universidade privada que tinha toda uma composição, uma discussão programática, que não era voltada para a formação da enfermeira no sentido laico, porque quem criou o curso lá em J. (cidade) foram sociólogos e filósofos e, fui para o Ministério da Saúde porque eles estavam convidando enfermeiras que tinham sido formadas neste contexto de saúde mais amplo numa formação para a atenção básica, para a saúde pública, então venho com esta visão diferente. Inclusive, a minha convivência aqui não foi muito fácil, esta escola tem uma formação da enfermagem obstétrica, como bandeira de luta, onde tudo tinha que chamar enfermagem obstétrica, as disciplinas chamavam Enfermagem obstétrica I, II, III, patológica, fisiológica... . Faço parte de um grupo que rompeu com este paradigma e conseguimos introduzir a discussão das questões da saúde da mulher, da saúde sexual e reprodutiva. Internamente, houve uma série de conflitos, mas tive um apoio muito grande do movimento de mulheres, porque acabei me envolvendo com a Rede Nacional Feminista, e como professora da enfermagem obstétrica, me envolvi com a sociedade civil e isso me fortaleceu muito por um lado. Fui para o Ministério porque o movimento de mulheres de São Paulo me indicou, para mim foi uma surpresa porque naquele momento eu estava com uma bolsa de pós-doutorado para trabalhar em Trieste, na área de violência institucional contra as mulheres, e optei por não ir fazer o pós-doutorado. Isso é para esclarecer porque alguém da academia foi para o Ministério! Não fui pela minha produção acadêmica, que na época era relacionada com temas tidos como tabus, que era discutir a descriminalização do aborto, direito ao aborto, violência contra a mulher. Esses temas eram proibitivos na década de 1980 para 1990, as escolas de enfermagem, apesar de formar enfermeiras obstetras, não falavam desses temas. Claro que eu tinha esse viés, e fui para o Ministério muito mais devido ao movimento de mulheres. Essa minha trajetória contribuiu muito nas mudanças curriculares que fizemos aqui na escola. Nosso curso de Enfermagem Obstétrica nasceu com esta escola, há 70 anos, ela foi criada pelas freiras franciscanas de Maria que vieram para o Brasil com a missão de criar a Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo. A Madre D. era uma enfermeira obstetra francesa, que veio nesta missão e logo que chegou, percebeu a necessidade da criação de uma maternidade. Ela tinha embates muito grandes com os clínicos com relação à interrupção da gravidez de mulheres com doenças cardíacas, doenças graves mas, mesmo com essas questões de valores morais com os obstetras, com os médicos da época, em relação ao abortamento, é criado o A.M. O curso de Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica que nasceu junto com o Amparo, não chega a terminar porque, decorridos dois anos, eles percebem que era melhor ter um curso de enfermagem, então eles transformam o curso de enfermagem obstétrica em curso de enfermagem. Com isto, nós começamos a formar enfermeiras e enfermeiras obstetras já que começamos a oferecer o curso de especialização em enfermagem. Somos a escola mais antiga na área. A USP tinha o curso de Obstetriz e só muito depois elas começaram a formar enfermeiras obstetras. Nesta escola era oferecido um curso de enfermagem obstétrica tradicional, aos moldes de todas as escolas. Na década de 80, começamos a sofrer uma pressão social de mudança curricular, pois em todo Brasil se discutia PAISM e outros desafios da saúde da mulher, especialmente a adoção do nome saúde da mulher no currículo, que foi um paradigma difícil de ser rompido pelas professoras. Talvez a maior dificuldade do grupo aqui era deixar de chamar as disciplinas de enfermagem obstétrica e passar a chamar de saúde da mulher. A mudança da nomenclatura foi

discutida primeiro na graduação, e depois invade a formação da especialista. Na verdade mudou o nome da disciplina, mas não mudou a ideologia. A formação jamais mudou, continuamos formando parteiras no sentido mais amplo, a formação era toda hospitalar, não formamos para a saúde reprodutiva, não começamos a dar um enfoque mais amplo. Chamava saúde da mulher, mas na verdade a gente ensinava obstetrícia. No ano passado tivemos a última reforma curricular, e praticamente conseguimos integrar, isso é um processo lento que ainda tem marcas. Nosso curso de especialização foi se modificando, foi incorporando temáticas e disciplinas que davam o conteúdo da saúde da mulher, posteriormente, a carga horária foi reduzida de 1200 horas para um curso que era oferecido somente pela manhã, reduziu bastante. Temos também uma história importante por termos fundado o Amparo Maternal, ele era nosso, mantivemos aquela instituição até 1995. Dividíamos o espaço com as professoras da USP mas, a atividade delas lá era muito menor do que a nossa. Não conseguíamos separar o que era o A.M. (instituição) e que era a Escola Paulista de Medicina, as pessoas nem sabiam que não éramos funcionárias de lá, e aí tem algo que é da enfermagem, esse envolvimento. Efetivamente nós tínhamos uma história lá dentro, éramos professoras e desenvolvíamos a formação de nossos alunos de graduação, depois habilitação, especialização, nossas pós-graduações *strictu sensu* todas lá. Nunca fomos funcionárias daquela instituição e não havia nenhum documento institucional de vínculo entre as duas instituições, isso só foi acontecer na década de 1990/91, quando houve uma tentativa da cúria de passar a gestão clínica do A. (instituição) para a escola. A prof. F.P. nossa colega que hoje está na S.C. (instituição), assumiu a direção do Amparo, mas a gestão administrativa jamais saiu das mãos das freiras, sempre foi da cúria. Isso persistiu até 1995/96, quando houve uma ruptura, um problema clínico, que gerou uma incompatibilidade, e então nós fomos comunicadas que teríamos que nos retirar de lá. Então, de repente em 1996, perdemos a nossa casa tivemos que sair do A., numa ação absolutamente truculenta e sem diálogo. Com isto, há uma grande mudança no nosso curso de especialização, identificando na formação algo fundamental: você ensinar a teoria e prática, e ter um lugar para desenvolver esta prática e a dificuldade de ensinar e ter que buscar locais onde você possa de verdade desenvolver aquele aprendizado. Começamos a trabalhar no H.V.M., que fica na marginal e atende muitos acidentados, trauma e sua unidade mais frágil é o centro obstétrico. O tipo de atendimento oferecido lá corresponde mais ao ensino da graduação e não à formação de residentes e especialistas em enfermagem obstétrica. Isso começou a ser problemático para a formação das nossas enfermeiras obstetras, começamos a ter que buscar lugares, fomos trabalhar no P. e em outras maternidades onde não tínhamos autonomia e não víamos muitas possibilidades de grandes mudanças no modelo de assistência. Você ter um local para desenvolver a formação é um marco importante porque é diferente dar a teoria e ter onde desenvolver a prática ou ficar procurando lugar para a prática.

A história da formação nessa escola começou nos idos de 1989, quando foi oferecido dois anos de enfermagem obstétrica, naquela ocasião a Escola Paulista de Medicina gerenciava uma escola privada chamada Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e, o H.S.P. (instituição) começava a se firmar, então eles acharam que seria mais interessante ter a formação de enfermeiras do que de enfermeiras obstetras então, começaram a oferecer a graduação em enfermagem, com enfoque generalista e, as pessoas que estavam se graduando em obstetrícia, entram para a turma de

enfermagem, e se formam como enfermeiras. Quase paralelo, a escola criou o curso de especialização em enfermagem obstétrica, nossa formação sempre foi pós-enfermagem, formava-se primeiro as enfermeiras e depois elas faziam a enfermagem obstétrica. Apesar do A. não ser da escola, nós ajudamos a fundá-lo juntamente com a igreja católica, com as freiras e, toda a parte de assistência, até a década de 1980, quem dava era a Escola Paulista de Medicina e suas enfermeiras. A USP entrou no A. devido a boa relação existente entre as duas escolas, entre as professoras das duas casas. Elas tinham o curso de Obstetizes e depois o curso de enfermagem, e precisavam de campo de estágio para os alunos. A nossa escola sempre esteve por trás do A.M. (instituição), mas sem nenhuma documentação, depois, temos uma documentação formal e se faz um convênio porém, em 1995/96 esse convênio é rompido por questões administrativas. Houve uma briga muito grande, a igreja continuava gerenciando toda a parte financeira e era um ônus alto para a Universidade, o dinheiro só entrava para o A., nada vinha para a Universidade, que mantinha profissionais, enfermeiros, médicos, fizemos uniformes, criamos unidades, foi feita uma série melhorias no Amparo com vistas a um dia nós podermos gerenciar, mas isso nunca foi possível, foi um confronto eterno, por conta das próprias irmãs que eram as gestoras da casa. Fiquei sabendo que recentemente o A. passou a ser gerenciado pelo S.C., que é uma organização social que está ligada à igreja católica, eles fazem a gestão de vários hospitais, inclusive a casa de parto de Maria, e outras. É fundamental para a formação de enfermeiras obstetras, você sempre ter à mão uma instituição para desenvolver o curso, que você domina. Apesar de estarmos no A. estes anos todos, de termos um volume de trabalho muito grande, a gente fazia a assistência baseada no modelo médico, que é o que todas nós formamos, que era uma coisa da nossa formação, desenvolvíamos um bom trabalho de acolhimento e só a partir de 1996, começamos a discutir outras evidências para modificar a prática. A nossa saída de lá coincide com minha transferência para o Ministério da Saúde, o nosso curso fica sem local para a formação e tivemos que correr atrás de instituições que conhecíamos, e aí você tem que se submeter à filosofia do lugar. Isso por um lado trouxe uma série de limitações e prejuízos pois, você tem que se submeter àquela filosofia, mas por outro, trouxe uma outra visão para os professores pois, você é obrigado a dialogar com outros atores. Uma coisa é você ter sua casa, lá em Minas Gerais vocês tem sua casa, o H.S.F. é um campo importante para vocês, essa é uma relação que fica mais fácil e influencia na prática. Outra coisa que percebo na formação das enfermeiras obstetras e que é atemporal, com raras exceções, é que poucas escolas têm inserção nos movimentos sociais, a enfermagem obstétrica tem uma tendência de se isolar, de trabalhar dentro de uma maternidade, de toda uma estrutura. Não é só da enfermagem obstétrica, isso é da enfermagem, não olhar para o mundo, só para si, dificilmente ela tem esse diálogo com a comunidade. Isso é muito complexo na nossa formação de profissional de saúde, do enfermeiro de um modo geral. Falta diálogo com a comunidade, parece que a gente vive em um mundo irreal, próprio. Às vezes chegamos a ser apolíticos, nos envolvemos muito pouco nos movimentos sociais, não participamos dos processos de decisão na universidade, isso é típico das enfermeiras. Nos envolvemos muito com a formação do aluno, e acabamos tendo uma posição muito sofrível em relação à conquistar postos de poder dentro da universidade. O nosso diálogo aqui é muito complicado, primeiro era com a medicina, em 1995 viramos universidade, a partir de 2001 passamos a ter outros cursos e hoje estamos com cinco campi oferecem diferentes cursos, não só da área da saúde.

Começa uma mudança radical na estrutura da universidade, inclusive no nosso departamento, até então, vivíamos no nosso mundinho dourado. Diferentemente da USP, nosso departamento sempre teve uma participação muito pífia nos movimentos sindicais da enfermagem, algumas pessoas daqui participaram da ABEN, mas nunca foi o forte da nossa escola, apesar da Madre D. ter sido a grande consolidadora da ABEN. Ela era assistente social antes de ser enfermeira, então tinha uma visão política interessante, mas não conseguiu trazer esse envolvimento para dentro da casa, as professoras tinham um envolvimento muito pequeno com o sindicato, com a ABENFO, com a ABEN... . A nossa disciplina teve um papel na revitalização da ABENFO, mas foi se afastando, ficou muito envolvida com a formação e lá, damos um espaço muito pequeno para as enfermeiras, tanto é que nem se percebe um envolvimento. Apesar de, o modelo de formação depende da professora, se ela é alguém que se envolve, o aluno acha que aquilo é importante, caso contrário, é complicado. Este envolvimento com as associações e órgãos de classe tem sido um fator complexo de trabalhar, já formamos tantas enfermeiras obstetras e até hoje, não se viu mudanças, resultados na prática. Isso é mais evidente na Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde, feita recentemente, todas as políticas que foram criadas para dar visibilidade para as enfermeiras obstetras não surtiram o efeito esperado. A mudança curricular na formação não aconteceu, continuamos formando para atenção ao parto, numa visão do ciclo gravídico-puerperal. Acho difícil formar do ponto de vista dos direitos sexuais e reprodutivos, já que os docentes não têm essa formação. Continuamos pensando na qualidade da assistência ao parto, nesta última década temos discutido as práticas obstétricas, os fundamentos fisiológicos da nossa semiologia, tudo isso tem sido muito forte, as questões da humanização, mas discutimos muito pouco as questões como direito. Com isso vemos a Rede de Humanização do Parto, a ABENFO se enfraquecendo, elas não se fortaleceram. A ABENFO não se fortaleceu nestes últimos dez anos, era para ela estar como uma das sociedades mais fortes, mas ao contrário, está sendo necessário recorrer às “velhas” guerreiras de sempre, para assumir as ABENFOS locais, regionais e mesmo a nacional. Tive participação numa série de políticas quando estava no Ministério, e o meu curso, a minha escola não se envolveu com a ABENFO, com as lutas políticas que nós poderíamos ter feito. Como se explica isso? É uma coisa para ser estudada, não dá para ser simplista. O corpo docente não está envolvido e, se somente uma pessoa se envolve, ela não consegue fazer muita coisa. É um pouco da história da enfermagem obstétrica, você tem um grupo de pessoas em algum lugar, tentando fazer algo, mas este movimento não consegue se envolver com a comunidade como um todo. Acredito que lá em M. (estado) vocês tenham a mesma dificuldade, a fragilidade é igual, a academia não se envolve fortemente com as questões políticas, com as organizações de classe, não é valorizado, tem um ranço. Talvez seja pela própria formação das enfermeiras, deve ter questões de gênero envolvidas. As mulheres não têm noção do poder que elas têm, elas não se envolvem, são coadjuvantes, não são as protagonistas das histórias, não assumem, isso é da enfermagem, não é somente das enfermeiras obstetras. Atualmente as enfermeiras no Programa de Saúde da Família estão deixando escorrer pelas mãos o poder que poderia ser delas, elas podiam estar assumido um papel mais preponderante. O modelo do Programa de Saúde da Família é o mesmo que as enfermeiras faziam e se ensinava na década de 1970, não tem nada de novo. As enfermeiras têm a melhor formação para conduzir as unidades de PSF, mas não tem sido elas que estão liderando esse programa, elas estão perdendo

poder dentro do PSF, ao longo desses 10 anos. Novamente tem-se que entender o que acontece com as enfermeiras que, quando elas têm a possibilidade de..., elas não agem. Uma das minhas maiores surpresas, porém negativa, foi quando cheguei no Ministério, e começamos a reunir com coordenadores da área da saúde da mulher dos estados e das capitais, e constatei que 70 % deles eram enfermeiras. Porém, elas exerciam exatamente o poder de subalternidade, não tinham poder algum, com raríssimas exceções, porque o secretário era um médico ou era um político. Essas exceções eram mulheres, pessoas que tinham uma personalidade diferente e tinham um apoio político, mas era muito raro. Nós criávamos dentro do Ministério uma série de demandas, possibilidades de implantação nos estados e com raríssimas exceções, elas não conseguiam nem levar as propostas para o secretário, ele nem dava espaço para elas. Isso é complicado de se entender, as enfermeiras têm o poder nas mãos, mas não é o poder de fato, então, ela não tem o poder, ela exerce um cargo de enfeite dentro da secretaria. Fiquei no Ministério de 1997 a 2003 e esse quadro não mudou, mesmo com todas as políticas que deram maior visibilidade para as enfermeiras, no PSF, na DST-AIDS, nas doenças crônico-degenerativas, na saúde da mulher, no pré-natal, ampliou-se as possibilidades de atuação, mesmo assim as enfermeiras não decolaram. Tem algo a ver com a vocação, é um resquício da formação e da história de quem formou as escolas. Se por um lado a religião tem coisas boas na formação das enfermeiras, do ponto de vista gerencial, da organização, da espiritualidade, do acolhimento e do jeito de cuidar das pessoas, por outro, trouxe um atraso muito grande, e isso é muito forte nas escolas. Vamos levar décadas para mudar completamente a mentalidade das enfermeiras que gerenciam as escolas e, na enfermagem obstétrica tem a própria visão do materno infantil, discutimos exaustivamente saúde da mulher, mas fazemos saúde materno infantil. Estamos em 2009 e continuamos fazendo mal a assistência materno infantil, pois, continuamos vendo a mulher dentro de um hospital, com a mesma visão tecnicista. Por outro lado, temos vieses, algumas pessoas estão no meio do caminho, outros se desviaram para a humanização, mas com uma visão extremista, sem uma fundamentação teórica, científica. Falta na nossa formação de enfermeiras e de enfermeiras obstetras, o fortalecimento da enfermagem como ciência, o fazer é muito forte em nós, mas não deve ser o único. Estamos com o discurso das tecnologias não invasivas, sem muito embasamento e isso nos fragiliza porque, no discurso positivista e tecnicista, tem o viés científico. Isso trouxe certo prejuízo para a categoria, tem um lado da ABENFO que entrou numa discussão filosófica que não levou a lugar nenhum, e que acabou afastando rompendo o diálogo com algumas pessoas, devido a alguns extremismos. Temos feito eventos e o próprio congresso de humanização que acontece no Rio de Janeiro, que já é tradicional, ficou meio prejudicando do ponto de vista científico, está muito voltado para a “bandeira de luta”. Ele é importante e necessário mas, depois de criado o fato, é preciso cientificar, se não ele fica frágil. Tenho participado e estive em quase todos, mas observo que a cada ano há um afastamento da academia e isso não é bom porque mau ou bem, é a academia que forma. Ou você une estas duas forças, ou você vai continuar fazendo um diálogo esquizofrênico, onde um grupo discute a humanização de forma radical e a academia fica olhando de cara feia, dando as costas e fazendo pesquisa sem introduzir na prática. Sempre me perguntam o que tem de interessante na formação, sobre a carga horária dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. É necessário que se pense uma carga horária de aproximadamente 600 horas, mas a grande discussão não é a carga horária em si, e sim a atividade prática, a filosofia do



curso. A residência em enfermagem obstétrica é uma estratégia interessante. O fato de ser enfermeira e depois formar uma enfermeira obstetra pode ser mais interessante que a própria obstetrícia, vocês mostraram lá em Minas que a residência é uma estratégia interessante, fizeram um curso com uma carga horária enorme, onde enfermeiras faziam 150 partos. Em uma avaliação dos cursos de especialização demonstraram preocupação porque as especializadas do curso de aproximadamente 600 horas estavam assistindo a 50 partos e as residentes haviam assistido 150. Vocês conseguiram caminhar para o equilíbrio em relação à carga horária, mas a residência em um lugar onde você possa ter um modelo diferenciado de formação, é muito interessante para a formação da enfermeira obstetra, e é uma boa estratégia. A formação de obstetrizes é incipiente, as colegas estão tendo dificuldade com o registro profissional dessas obstetrizes, acredito que teremos um conflito profissional pela frente, já se começa a escutar um eco e algumas perguntas do tipo: “- A obstetriz pode punccionar uma veia e instalar um soro?... A equipe de enfermagem vai se subordinar a orientação desta profissional?” Comecei a ouvir esses comentários em lugares onde estou proferindo palestras e onde vou dar aula, e pode ser um complicador para a formação. Quando as meninas resolveram criar o curso, nós tivemos várias mesas redondas e teve a categoria de enfermagem contra, mas elas assumiram fazer. Algumas pessoas demonstram interesse em oferecer o curso, mas deram para trás, o nome USP contribuiu para sua criação pois, não é qualquer escola que pode se propor a oferecer um curso deste. A orientação de 1972 fez com que nós integrássemos os cursos, depois deixamos de oferecer as habilitações e começamos a oferecer especializações, nos fortalecemos. Quando o curso de obstetrícia foi retomado, imaginei que “todo mundo” fosse começar a oferecer curso de obstetrícia, acho que é necessário um amadurecimento muito grande. As enfermeiras obstetras não se solidificaram, não se fortaleceram de 1998 para cá, apesar de todas as políticas que foram publicadas, então não dá, para nesse corpo de conhecimento, você introduzir outra profissão que vai teoricamente, fazer as atividades das enfermeiras obstetras. Também não dá para dizer que a culpa é das enfermeiras obstetras porque o Ato Médico foi um divisor de águas, por conta da briga de todas as categorias da saúde com a medicina. Isso trouxe um atraso muito grande, porque o Ato Médico não foi aprovado na lei, mas foi aprovado na prática. Todos os estados brasileiros de certa forma criaram políticas coibindo a atividade das enfermeiras e das enfermeiras obstetras. Temos que pensar que não é fácil, nossa categoria vem de uma formação que tem um composto de gênero, de submissão, uma formação que politicamente não se impõe, e de repente, você tem que lutar por um cenário que é adverso. Nos últimos 6 anos a luta foi violenta e o nosso Conselho Federal era fragilizado, bandido, tinha problemas sérios no Brasil inteiro, e por outro lado, não tínhamos um sindicato, uma representação de classe que fosse forte para se opor a esse movimento. Então, o Ministério publica as portarias, estabelece as ações e também não dá suporte jurídico para isso, não entra no embate, alega que é uma discussão de categoria, que a classe tem que se organizar. Mas a classe não tem organização para isso, o COFEN vive uma situação complexa, felizmente agora começa uma aliança entre o COFEN e a ABEN que promete mudanças nos conselhos regionais e estaduais. Se ficamos uns 15 a 20 anos nesse processo de enfraquecimento das nossas associações de categorias, ainda tendo no meio o Ato Médico muito forte, os secretários de saúde médicos, os deputados médicos, o Ministro da Saúde médico, não tem como romper com isso, não temos poder político nem de organização para mudar, vamos levar

uns 10 anos ou mais para nos fortalecer. Outra estratégia é o cenário de prática, será muito mais interessante se for conjunto para enfermeiros e médicos. Enquanto nós continuarmos a brigar que esse cenário de prática é só nosso, nós não vamos crescer. Tem uma questão de negociação política, em que há necessidade de entender, que tem horas que é melhor se aliar, porque nós já tivemos 10 anos de confronto e, ao invés dos CPNs (Centros de Parto Normal) crescerem isolados, eles reduziram. Tem a história de Juiz de Fora que fechou, vocês têm uma estrutura diferente, o CPN de vocês é do lado do Hospital Sofia Feldman. Isolado mesmo vocês só tinham o de Juiz de Fora, e tem o do Rio de Janeiro, que também tem sérias dificuldades. Essa é uma discussão que a enfermagem obstétrica tem que enfrentar e sem a paixão da bandeira de luta “fomos nós” e “ninguém faz melhor”. As meninas de Juiz de Fora entraram num radicalismo muito grande, não quiseram mais ouvir, elas se fecharam e ficaram isoladas. É claro que elas se envolveram com outras questões políticas da instituição, da universidade, mas isso não construiu, acabou trazendo um afastamento da categoria. Nesse momento político do Brasil com o SUS fazendo 20 anos, todas as experiências de equipe dão certo. Todo mundo que sai isolado, batendo boca, não consegue resolver nada, não constrói, esse é outro desafio. Não dá para deixar a REHUNA sair alardeando que só ela sabe fazer humanização do parto, é outro discurso que tem que acabar, temos que conversar, apesar de estarmos dentro da REHUNA. Estamos lá dentro como se não fôssemos enfermeiras obstetras, como se não fôssemos academia. Esse também é um desafio, como colocar junto as universidades, instituições formadoras, a REHUNA..., gosto muito do pessoal da REHUNA, tem várias pessoas interessantes, mas houve novamente um enclausuramento. Eles têm uma meia dúzia de pessoas que saem com a bandeira de luta, como se fossem só elas as capazes de dar respostas, e aí, algumas professoras da enfermagem obstétrica se aliam a essas pessoas e as outras não fazem, não são humanas para... . Temos que colocar na prática, tudo aquilo que a gente teoriza e pesquisa. Temos que fortalecer a ABENFO e esse é um processo doloroso, difícil de fazer, mas, efetivamente, a ABENFO vai se fortalecer em diálogos com o Ministério pois, essa discussão não pode ser individual, pessoa x Ministério e sim institucional, ABENFO x Ministério. Senão, quando a pessoa se desliga do órgão ela ouve: “- Depois que você saiu do Ministério, as coisas ficaram mais difíceis”. Não se pode fazer este discurso aliado a alguém, é a categoria que tem que ter força, e não uma pessoa, mas isso só vai acontecer se a categoria se fortalecer. Ainda temos outros problemas, como o número de profissionais, temos que formar um grande número de enfermeiras obstetras e com qualidade, esse é um grande desafio. Aqui em São Paulo está formando um monte, mas são poucas as escolas com tradição. Em 70 anos de formação, este é o primeiro ano que não estamos oferecendo o curso, e é devido a um problema institucional, tivemos um processo no Ministério Público, em função da alegação de que uma Universidade Federal não pode cobrar pelos seus cursos de especialização, como nós oferecemos cursos auto financiados, onde o aluno arca com o custo financeiro de seu curso e tem um processo tramitando no Ministério Público, resolvemos não oferecer o curso, para ver em que vai dar. Neste momento estamos aguardando a liberação de um financiamento do Ministério da Saúde para oferecer um curso de especialização, assim que o dinheiro sair, nós retomaremos esta formação. Mas no momento, desistimos de oferecer o curso, por uma questão administrativa e não pedagógica, estamos sentindo falta, é muito doloroso não oferecer o curso, parece que não sabemos fazer outra coisa, não que não tenha trabalho, porque tem muito.

Tem também os cursos que são “contratados” para um público específico, em 1998, com uma verba do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de São Paulo, a USP ofereceu um curso para enfermeiras da Secretaria de Saúde, quando a T. estava lá, na tentativa de melhorar a qualidade da assistência obstétrica no estado de São Paulo. Mas, dentro da universidade, quem trabalha na formação de enfermeiras obstetras é o “patinho feio” da pós-graduação. Ela não quer você formando enfermeiras obstetras, a pós-graduação quer você publicando, defendendo tese, participando de eventos internacionais, envolvida com pesquisas com financiamentos com a FAPESP, com a agência do seu estado, com o CNPQ. E, tem uma coisa que não soubemos fazer bem, a pós-graduação tem sinalizado que vai pontuar quem faz responsabilidade social, temos que usar isso a nosso favor pois, a formação para a rede de saúde ligada a um núcleo de pesquisa e ao pesquisador da pós-graduação, é uma atividade de responsabilidade social. Se você pega o curso de especialização em enfermagem obstétrica, ligado a uma secretaria e neste curso você vincula uma linha de pesquisa do mestrado e doutorado, você se fortalece e terá resultados para mostrar para a CAPES. Este é um desafio que temos discutido e observamos que há um grupo de pessoas que são Vips na enfermagem obstétrica, que estão na pós-graduação e o menos Vip está no curso de especialização. Isso é a morte da pós-graduação dos dois lados, porque quem está sozinho na pós enlouquece, por não dar conta e quem está na especialização, está totalmente abandonado e aí produz monografias que não tem nenhum vínculo com quem está na pós-graduação. Este é outro desafio, como juntar estas duas coisas. Temos que saber trabalhar com a sociedade, com as secretarias e com o Ministério. O Ministério financiou vários mestrados, especialmente na área de Saúde Pública e PSF, talvez a gente possa propor esta ideia para a enfermagem obstétrica, através da ABENFO. Temos que negociar essa ideia entre a ABENFO e as universidades, mas tem que incluir a pós-graduação, porque eu não vou conseguir que um docente que termina doutorado vá para campo de estágio ensinar pré-natal, parto ou o que seja pois, a universidade quer que ele se envolva com programa de pós-graduação, e as pessoas mais velhas não agüentam mais sozinhas. Nos Estados Unidos elas têm um grupo de pesquisadoras e um grupo de assistentes, nós temos que perder a vergonha e contratar pessoas, e aí entra os problemas com as fundações que, se elas não tivessem virado essa patifaria que viraram, você poderia ter contratos para formar um staff que fizesse essa parte prática com um professor sênior por traz. Mas nesse modelo você corre o risco de ter o nome da J. como sênior daquele grupo, mas na verdade ela não está por traz, ela está fazendo outra coisa, aquele grupo está sozinho e acabamos utilizando mal esse recurso e, denegrindo o grupo como um todo. Ninguém quer ficar na especialização, está difícil, quando temos um financiamento, temos que pagar pessoas que não estão ligadas à disciplina, para ir para campo de estágio, e isso faz cair a qualidade. Apesar de essas pessoas terem sido suas alunas, não é você quem está lá, o envolvimento pessoal é diferente, a cultura da casa, e isso tem acontecido em todos os lugares. Ouço dizer que o curso da Paulista é maravilhoso, sim, é um curso bom, tradicional, mas que está tendo problemas. Lá tem 4 orientadoras da saúde da mulher na pós-graduação que estão enlouquecidas, sobrecarregadas de teses para dar conta, e você tem um grupo que é jovem, que ainda não pode estar na pós-graduação porque não tem produção científica para isso, mas que também não vai conseguir ter, porque está lá no campo.

E também, temos leis que pegam e outras não, o problema são as forças políticas que tem por trás. Quando criamos algumas das portarias em que estavam envolvidas as enfermeiras, ou que fortalecia a atenção básica...! A grande questão é que no Brasil tem um problema crônico de não continuidade, cada prefeito e governador que entra, começa do zero. Tudo aquilo que está dando certo do anterior, ele deixa de fazer, a não ser que seja do partido dele, além do mais, nem sempre as pessoas mais competentes estão conduzindo os programas. Muitas vezes você tem uma enfermeira na saúde da mulher, mesmo que ela não tenha experiência prática na área mas, ela está lá porque é ligada ao grupo político daquele prefeito. Ela até poderia não ter experiência específica da área, nós tivemos um ministro que era economista, que junto com um grupo de gente competente, com experiência, fez muitas coisas. Muitas vezes a pessoa não tem competência para dar conta daquela demanda, mas assume um cargo. A enfermagem não tem poder político na mão e não tem uma sustentação de categoria forte nas políticas que a envolve, há descontinuidade, isso é crônico no governo brasileiro. A enfermagem nunca teve uma força política de “ir para a rua bater panela”, pressionar o congresso, o Ministério, para tomar atitude política a seu favor. A medicina tem na câmara um peso enorme de médicos e isso faz a diferença. Quando você vai negociar na Câmara determinadas ementas, custos financeiros, você não tem a força da enfermagem, apesar de sermos a maior força de trabalho dentro da saúde. A enfermagem não tem força política e se organiza muito mal. Isso complica muito a implementação das políticas, e ainda, se a política é de um governo, o seguinte não dá continuidade. O Programa de Humanização do Pré natal e Puerpério é um exemplo, ele teve uma estrutura muito bem desenhada, mas o governo atual não deu continuidade, fizeram inúmeras reuniões, discussões, relatórios e mais relatórios, mas até hoje, você não tem repasse financeiro para o hospital que recebe uma gestante que tem seis consultas de pré-natal, os exames básicos, as vacinas. O dinheiro a mais, o custo pelo parto, nunca chegou na mão da maternidade. E também, não há checagem para saber se a mulher voltou para fazer a consulta de puerpério. É uma das políticas mais inovadoras, uma gestão fantástica que poderia gerar uma série de indicadores e que funciona isoladamente em algum município, onde o prefeito resolveu implementar ou tem um corpo técnico que tem conhecimento e resolveu colocar a proposta para funcionar, até o próximo vir e destruir tudo, se não for do mesmo partido. Não funciona devido a cultura brasileira de descontinuidade dos processos, os profissionais de saúde sozinhos não são os responsáveis, tem também essa cultura. Fizemos inúmeros protocolos e manuais, tudo foi criado com o objetivo de melhorar os processos de trabalho, mas, tem pessoas em alguns locais que até hoje não conhecem os protocolos, eles nem chegaram em algumas secretarias, o pessoal não foi treinado. O PSF é um exemplo, quem está lá na ponta atendendo nem sempre é o mais qualificado, ele não foi treinado para aquela política, então ele não vai implementá-la. Apesar dos vinte anos do SUS, ainda há uma desorganização da rede, só alguns estados conseguiram criar uma central de vagas para a maternidade, criar uma série de facilitadores. Quando estava no Ministério participei da criação da ficha em que se preenche as informações do cliente e, tive a maior surpresa aqui em São Paulo, quando cheguei na UBS e descobri que os médicos queriam matar quem criou a ficha, eles estavam revoltados por ter que preencher as informações do SIS. A pessoa que está preenchendo não tem a menor ideia da sequência, ela simplesmente preenche por ser obrigada a cumprir uma cota para receber. Falta a qualificação de quem está lá, aquele indivíduo não sabe por que a

ficha do SIS foi criada, ninguém nunca contou para ele. Eu estava na UBS com os alunos do 2º ano fazendo estágio e elas viram que meu nome estava em alguns manuais de lá, aí elas me questionaram, então começamos a fazer reuniões com a equipe e constatei que ninguém nunca tinha conversado com aquelas pessoas, para explicar porque foi criada a ficha com todas as informações. A própria gestora da unidade começou a levantar indicadores que o sistema dava possibilidade para ela enfrentar as questões que ela observava tipo: quem não atendia, quem não pedia exames... . Eu fiquei pasma, principalmente porque isso aconteceu aqui em São Paulo, eu não estou no meio do mato, estou do lado da escola, onde tem o maior número de hospitais de São Paulo. Porque não funciona? É culpa de quem? Não há treinamento, não há um processo contínuo de qualificação das pessoas e mais que isso, é a questão política que é séria no Brasil. Muitas vezes aquele que assume um determinado cargo, não se olha para saber se tem competência para fazê-lo. Isso acontece nas nossas escolas também, muitas vezes a pessoa mais competente da disciplina não é a chefe dela, porque não tem perfil, por não querer se envolver, porque não gostar, por não ter força política, por não ser uma liderança, ou porque é uma liderança exigente e as pessoas não querem. Nós temos um dos maiores arcabouços de programas de políticas de saúde do mundo, somos modelo para tudo, você fica pasma de ver a produção técnica do Ministério da Saúde em qualquer área. Lá se reúne as pessoas mais qualificadas, que conhecem muito e que pensam. Mas, infelizmente essas políticas às vezes não são aplicadas porque têm pessoas que vão lá e discutem mas, só tem interesse político, eleitoreiro, abraçam a bandeira só para aquela eleição. Eu sempre brinco que o Brasil só tem 200 anos, pois só tivemos a primeira biblioteca com 200 anos, então, precisamos de um tempo para termos um grupo organizado, que saiba dos seus direitos, que os cobre, e que não fique limitado a algumas pessoas senão, você fica dependendo de uma única pessoa para implementar determinados programas e, quando a pessoa sai, a ação acaba, não há uma continuidade no processo. Temos que ver também a análise dos resultados, parece que é bom, a comunidade está satisfeita, as mulheres estão mais felizes com o atendimento mas, o dado concreto, a redução da morbidade é outro desafio. Nós não estudamos quais são as morbidades do nosso serviço, só estudamos mortalidade.

Tivemos um movimento nacional grande, mas nesse momento, estamos vivendo uma fase de acomodação novamente. O próprio enfrentamento da crise financeira brasileira vai trazer uma reorganização do nosso trabalho, isso será crucial para a gestão de saúde e educação. Eu sonho com o fortalecimento das categorias profissionais e da própria academia. Imagino que a academia vai ser cobrada a se envolver com a comunidade, é o marco dessa gestão Lula, várias políticas da formação de recursos humanos estão associadas ao envolvimento social. Temos que aprender a trabalhar com responsabilidade social, é um desafio e uma alternativa para nos fortalecermos de verdade. A história já mostrou que isoladamente nós não caminhamos, não tivemos capacidade de nos fortalecer politicamente e não conseguimos fazer a associação da academia com a prática, esse é um caminhar que tem acontecido em paralelo. Com essa união haverá a cobrança da responsabilidade social, as políticas de estado estão sinalizando para isto, tanto na pós-graduação quanto no financiamento da saúde. Você só conseguirá financiamento para desenvolver qualquer atividade se mostrar qual é a responsabilidade social, o envolvimento e o impacto para a sociedade. Essa é a grande estratégia, e as pessoas vão ter que se voltar

para isso. Temos também o movimento feminista, o “advocaci”, quando temos a sociedade do nosso lado, nos fortalecemos. Em todos os lugares onde conseguimos ter o apoio social, as iniciativas foram positivas. Fazíamos reuniões no Ministério para mostrar os lugares que a política deu certo e um dos exemplos de responsabilidade social, de envolvimento e de força política é o Hospital Sofia Feldman. Lá entra e sai prefeito/governador, e mesmo com solavancos, ele tem um apoio muito forte dos governos nas três instâncias, mesmo que tenham intenções de penalizar, de fazer crescer, mas a força política que aquele grupo tem é muito forte. Claro que foi pela qualidade do trabalho de responsabilidade social, que é modelo, mas foi também pelo apoio social também. É um grupo que não morre, tem pessoas comprometidas com o trabalho, o I., a L., aquele monte de enfermeiras fantásticas, vocês da Universidade estão lá e, estão fazendo gerações, que é outra coisa complicada. Temos que aprender a criar gerações, não ficar sozinhos. Aqui eu tenho algumas pessoas que estão começando a replicar o que faço, porque senão, quando me aposentar daqui a 5 ou 10 anos, essa discussão morre. Nós centralizamos muito as atividades numa pessoa só, aí morre aquela professora, morre aquele indivíduo e o serviço acaba. Deste 1997 conheço o trabalho do Hospital Sofia Feldman e percebo que lá tem uma geração de gente jovem que está dando continuidade e tem o apoio forte da comunidade. Nós não sabemos fazer esse apelo de responsabilidade social no serviço público, mas as instituições privadas estão fazendo. Outra estratégia é trabalhar com as instituições filantrópicas que tem uma renúncia fiscal violenta e tem dificuldade de utilizar esse dinheiro na formação de pessoas. Tem grandes instituições que tem uma renúncia fiscal monstruosa, mas não tem a estrutura de formação que nós temos, não tem uma estrutura de rede de saúde. O Ministério está sabendo cobrar muito bem destas instituições um trabalho que fortalece o SUS e não a instituição. As instituições filantrópicas terão que buscar parceria com as públicas, usar isso como estratégia para se fortalecer, assim pode dar certo, porque os financiamentos do Ministério estão indo para quem faz esse trabalho. Quero finalizar dizendo que a curto prazo não temos os resultados esperados, no Ministério tivemos algumas frustrações e, apesar de ter saído de lá, continuo ligada nas políticas. No início eu falava: meu Deus, tanto tempo, tantas noites discutindo, tanta amarração política, tanta negociação, e não conseguimos o que queremos, então acabávamos cedendo e aceitando o que eles davam pois, uma coisa a vida política te ensina, às vezes você deixa de ter conquistas por querer por inteiro e, lá no Ministério você não consegue muito. Eles falam para você: - Nós te damos isso, interessa? É pegar ou largar. Nós enfermeiras somos imediatistas, dizemos que se não for tudo, não queremos mas, às vezes temos que ceder para conseguir alguma coisa. E, com o tempo começamos a ver que as mudanças são à longo prazo e dependem de continuidade.

#### **Entrevistada 10: R.H.O.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Especialização em Enfermagem Obstétrica; Mestrado em Saúde Pública; Doutorado em Saúde Pública.

**Participação em Cursos de Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Universidade

de São Paulo; Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Obstétrica e Neonatal (CNPq); Representante do Conselho Regional de Enfermagem, como perita em Casas de Parto/Centros de Parto Normal junto ao Fórum em Defesa do Exercício Profissional do Enfermeiro Obstetra; Membro Seccional ABENFO; Fundadora e diretora da Casa de Parto de Sapopemba; Implantadora e coordenadora do Centro de Parto Normal do Amparo Maternal (SP).

Após contatos por e-mail a entrevista foi agendada para um dia de manhã. Chegando à maternidade, me apresentei e uma pessoa me recebeu, se identificou, pediu desculpas e justificou que R. teve um compromisso profissional de última hora e só poderia estar comigo às 14:00. Disse-me que poderia ficar na maternidade mas, como o tempo de espera era longo, optei por voltar mais tarde.

Retornei à maternidade no horário marcado e fui recebida por R., que se desculpou pelo imprevisto. Muito disponível, me mostrou toda parte física da maternidade, explicou seu funcionamento, o papel de cada profissional, a importância da atuação das enfermeiras obstétricas e a participação dos familiares. Levou-me ao pré parto, onde pude ver algumas parturientes e seus acompanhantes.

Em seguida fomos para uma sala de reunião do segundo andar da instituição que estava vazia. Durante a entrevista R. pediu licença e foi acompanhar o trabalho que estava sendo realizado com as parturientes, após algum tempo, retornou e explicou que estava preocupada com um trabalho de parto prolongado, mas que o bebê tinha nascido e que estava tudo bem. Deu uma olhada rápida no roteiro e voltou a falar sobre o assunto, seguindo a mesma linha de raciocínio.

### **Entrevista:**

- Trabalhei em alguns locais na assistência da obstetrícia, mas a maior parte do tempo foi na docência. Nos últimos 15 anos tenho atuado na instalação de serviços de atenção obstétrica e neonatal, comecei com a Casa de Parto de Sapopemba e o Centro de Parto Normal do Amparo Maternal. Estamos vivendo um momento muito auspicioso quanto à inserção da enfermagem obstétrica, em relação ao que já foi na época da minha formação em 1978 e da especialização, na Escola Paulista de Medicina, em 81. No início da

década de 1980 tínhamos mercado de trabalho, apesar de já começar a despontar a cultura das cesarianas e, a medicina de grupo cresceu muito nos hospitais. Com isto, foi-se desenhando um modelo de atendimento obstétrico eminentemente médico, voltado para a resolução cirúrgica e os hospitais não se preocuparam em criar outra realidade, pelo contrário, ampliaram seus centros cirúrgicos e os convênios. Os médicos não tinham limite de número de gestantes para atender pois podiam administrar, resolvendo tudo por cesariana. Não havia nenhum controle do trabalho médico sobre isto, particularmente nos convênios. Ao mesmo tempo as oportunidades para a enfermagem se ampliaram a partir dos anos 80, quando me formei tínhamos basicamente três campos de atuação, a saúde pública que era uma assistência vaga em posto de saúde; o trabalho hospitalar, as UTIs de adulto e a enfermagem obstétrica, a enfermagem intensivista começava a crescer nos hospitais começava a ser criada a cultura das UTIs, e a enfermagem encontrou um bom campo para trabalhar. Muitas graduandas que antes optariam pela obstetria, preferiram fazer UTI, que é um trabalho interessante e excitante. Até a década de 1980 tínhamos poucas opções, trabalhava-se como enfermeira hospitalar, com atendimento intensivo, obstetria ou saúde pública; algumas iam para a docência. Hoje não, você tem uma diversidade muito grande de opções de trabalho na enfermagem, a obstetria é mais uma delas, não há mais um tripé entre a obstetria, saúde pública e enfermagem hospitalar. Só o Programa de Saúde da Família absorve uma grande parte dos formados; outra atividade que também tem crescido é a auditoria dentro da enfermagem, trabalhando com convênios auditando contas; temos ainda a enfermagem na CCIH; home care, um monte de outras atividades. Ficou muito mais amplo e ninguém vai escolher uma área com tantos conflitos e explosiva como a obstetria. Nestes anos todos foi construído na assistência obstétrica um monopólio médico e, entrar nesta área depois de ter saído por 20 anos, significava uma situação de enfrentamento. A comunidade passou a aceitar que parto é um ato médico, e você tem que fazê-la acreditar que o parto é fisiológico. Os desafios para a reinserção passam por vários caminhos, mas a cultura da cesariana e o forte lobby médico, são os mais complicados. Agora, a formação do enfermeiro para enfrentar a situação, bem, a USP leste criou a formação direta em obstetria, ela não se conflita com a formação clássica, enfermagem/especialização, embora tenha tido alguns problemas junto ao conselho, que prefere a formação de graduação em enfermagem e depois a especialização. A formação da obstetrix e da enfermeira obstetra têm a mesma missão e, tanto de um lado quanto do outro, tem problemas, uma tem algumas imperfeições, a outra (enfermeiro/especialista) traz outros vícios. Não há uma formação única, adequada, perfeita, que supere todas as demais, elas podem conviver com alguns pequenos problemas de formação. Talvez a obstetrix tenha mais pendor para trabalhar com o parto não hospitalar e os enfermeiros de formação com especialização, teriam facilidade para migrar para o alto risco obstétrico, para a neonatologia, e não ficar somente com a atenção ao parto de baixo risco. A obstetrix teria que se concentrar mais na gestação e nascimento de baixo de baixo risco, ela não tem uma formação para trabalhar nas áreas de gestação e neonatologia de risco. As duas formações são incompletas em si, mas cada uma delas pode ser completa em alguma área de atuação específica. Quanto à questão das políticas criadas, uma das primeiras foi a portaria 985 de 99 que cria o Centro de Parto Normal ou Casas de Parto e dá uma importante contribuição, principalmente porque tem segmento na legislação. Se ela ficasse somente como portaria, ficaria imperfeita, mas a ANVISA com a RDC 36, deu



continuidade em relação à área física dos Centros de Parto Normal, o que acabou dando um norte e passa a ser um divisor de águas. Nos Centros de Parto Normal não se tem um trabalho multiprofissional e sim, uma equipe interdisciplinar, onde cada um tem sua autonomia para atuar. Tem o neo, a obstetrix, o médico obstetra, está bem recortadinho, o que é fisiológico e o que não é. Às vezes as coisas se embaralham, mas o centro de parto normal tem as enfermeiras obstetras e temos algumas regulamentações como a utilização do partograma, o controle do horário, a realização de exames como cardiocotografia, etc., e, se detectado alguma anormalidade, é dever da obstetrix, da enfermeira obstetra, chamar a retaguarda médica. Quando o trabalho de parto se desenvolve bem, sem intercorrências, não há necessidade da presença do médico. O mesmo em relação ao bebê, não há necessidade da presença ininterrupta do pediatra, para os nascimentos fisiológicos. Essa divisão, esse gerenciamento é muito inovador, os centros de parto normal vieram para mudar a realidade da atenção obstétrica no setor público e possivelmente deverá ser o modelo para o setor privado, ou seja, você designa o atendimento com menor complexidade (referindo às patologias) para as enfermeiras obstetras, que neste espaço é o agente central, e ela aplica medidas não medicamentosas como banho, massagem, deambulação, encorajamento, uma comunicação terapêutica, a presença de doulas. Esta profissional está muito à vontade para coordenar essas diversas ações, enquanto o médico age nas ações de intervenção, resolver o parto operatório, as complicações obstétricas advindas até de um parto de evolução normal. O médico aprendeu a patologia e age bem em cima dela, nós desenvolvemos bem a fisiologia. Essa foi uma boa medida, outras como a redução do número de cesarianas, tiveram um efeito inicial bom mas, os decretos não funcionam sem acoplar uma ação efetiva. Você pode pedir para os serviços reduzirem 20, 30% o número de cesarianas, mas para que isso aconteça, é preciso criar condições para que o parto normal seja digno, não é reduzir na marra. E, uma das primeiras condições para que ele seja digno, é criar mais centros de parto normal, outra é que se forme e se contrate mais enfermeiros obstetras para atender nesses locais, e que eles consigam trabalhar. É necessário mudar a mentalidade da população, com relação ao parto normal ou natural, colocando efetivamente as vantagens de se nascer de parto normal. Precisamos fazer algo semelhante à campanha do aleitamento, temos que desmontar uma cultura que torna o parto operatório menos arriscado, mais cômodo, mais chique, menos indigno. Temos que discutir qual é o significado do parto normal! Mostrar para as mulheres que quando se interrompe uma gestação via cesariana eletiva, o desenvolvimento do feto, do seu recém-nascido não se completou porque, o trabalho de parto é que ativa o sistema de sobrevivência, não há como você anular esse período sem consequências. As pessoas têm que entender que não é porque o neném está maduro, que ele pode sair a qualquer hora, ele tem a hora dele. O ser humano é singular, não é porque completou 37 ou 40 semanas que ele está pronto. Essa cronologia, essa idade gestacional é um parâmetro, não é uma regra que possa ser aplicada a todos os fetos. As pessoas têm que compreender qual é o significado mais profundo de nascer pelas vias naturais, como isso afeta a saúde e o desenvolvimento delas, talvez algo até maior do ponto de vista emocional, sua resiliência, a capacidade de enfrentar dificuldades porque, um bebê e uma mãe que passam por um processo de parto natural, jamais serão os mesmos, eles nascem como outras criaturas, as mães percebem isso, elas falam claramente que morreram e nasceram outra pessoa. É uma oportunidade impar de crescimento da alma feminina e, se ela perceber a singularidade e a impossibilidade de viver isso de outra

maneira, ela vai querer participar dessa experiência, que só ela mulher pode passar. O homem às vezes abrevia, e um dos motivos é porque ele teme perder essa mulher, não é um perder físico, é perder uma pessoa que passa a ter uma percepção do mundo que ele não consegue atingir. Percebemos que a mulher que deu a luz, que mergulhou nesta experiência e volta, ela própria tem um estranhamento imediato de que algo aconteceu, algumas só percebem muito tempo depois, muitas não conseguem dizer em palavras, mas é algo muito grande o que acontece com elas. A relação com os filhos fica diferente, eles não são apenas bocas sedentas, consumidores vorazes, mas seres reais, que precisam de desafios, apertos, restrições e limites para crescer, então começamos a perceber que o primeiro passo para essa boa educação começa no nascimento. Tudo acaba sendo uma sucessão de eventos que começam antes do nascimento, passam por um bom nascimento, e a nossa contribuição é ser um facilitador do nascimento, não mais que isso. Agora essa política de cota, os 30 % recomendados para a taxa de cesarianas já gerou problemas sérios porque, a AIH é uma fatura que o hospital manda para cobrar o parto e, quando você baseia a taxa de cesarianas por AIH ou por outra coisa, compara as AIH com o SINASC, você vê outra coisa. Os serviços fraudavam as AIHs que ultrapassavam muito o número de cesarianas permitidas para cada estado, colocavam como parto normal o que foi cesariana, recebiam com alguma desvantagem, mas é melhor que não receber nada. Isso refletiu na taxa de cesariana geral, passamos para o 2º lugar do nada e o Chile ficou com o primeiro, só que se compararmos as taxas nas AIH e do SINASC, tem uma diferença de quase 15%, eles sonegaram a informação, temos que ser mais sérios. E, o mais sério é fazer com que essa mulher tenha a opção do parto normal, que ela escolha essa opção, e não que seja uma opção do médico pois, ele está preocupado com a taxa dos hospitais. No momento que isso acontecer, ela vai pedir uma enfermeira obstetra. Nós temos vários profissionais na casa que fazem brincadeiras dizendo, “se eu tiver parto normal, eu prefiro que seja com enfermeira, porque eu acho que é menos agressivo, o paradigma delas é de não intervenção, será tudo como tem que ser. Se precisar de uma cesariana, obviamente não tem nem discussão”. Essa fala é interessante porque, nós não fazemos intervenções como romper bolsa, redução de colo, episiotomia, soroterapia, se não for realmente necessário, não agimos de modo rotineiro. Agora esse profissional tem que ter autonomia, tanto para decidir o que é bom e o que não é durante o atendimento, quanto para formar profissionais dentro daquele modelo que ele acredita. Embora você tenha todo aquele repertório de coisas boas e que funcionam, muitas vezes o campo que você está no ensino, não corresponde àquilo que você prega em sala de aula. Às vezes você leva os alunos para o campo e tem alguém fazendo toda aquela barbaridade, e isso cria problemas. Eu não tenho a menor dúvida de que tanto a enfermagem obstétrica quanto a obstetrix estão em franca ascensão, enquanto profissão no mundo. Eu não acho que o futuro da humanidade vai ser nascer de parto cesariana, nós já percebemos que isso é uma roubada, que afeta o sujeito por toda vida, como percebemos com o aleitamento. Dentro dessa perspectiva de compromisso com o futuro, vemos que o parto natural está sendo retomado e temos que continuar incentivando as mulheres que querem passar por essa experiência, que querem pelo menos ter a chance de tentar. Nós temos obrigação de criar uma cultura e tecnologias que permitam o acesso real para o serviço, uma estrutura hospitalar que respeite o desejo da mulher. Nos últimos 10, 15 anos o campo de atuação das enfermeiras obstetras esta se abrindo, em São Paulo melhorou muito; Belo Horizonte tem um exemplo que é o Hospital Sofia

Feldman que, por estar na capital, tem mais visibilidade. Agora, isso se deve também ao comprometimento do diretor. As mudanças só acontecem realmente se as pessoas certas, estão nos lugares certos, nos momentos certos, embora as boas intenções e a formação ajudem. Desde 1985 o Brasil tem questionado o número de cesarianas, o que acontece... as mulheres têm problemas?, é uma cultura ou ganância médica? A situação não mudou por um motivo isolado, juntou tudo, vivenciamos muitos partos normais complicados (aquelas barbaridades que nós mesmos produzimos), e acabamos ficando com medo do parto normal. Atingimos um limite de cesarianas que não estava bom, vimos que precisávamos dar uma parada. Quase ao mesmo tempo começamos a nos perguntar se esta era a melhor forma de nascer e vimos também que fugindo daquele parto violento, poderia até ser. Muitas mulheres da minha geração preferiram cesariana por medo daquele parto, felizmente estamos mudando rapidamente, voltando a ter confiança na nossa capacidade de resolver os processos fisiológicos. As mulheres estão percebendo que o parto tem uma finalidade que vai além de colocar alguém no mundo, é um processo de aprofundamento psicológico, uma experiência que ressignifica toda a sua vida, sua capacidade de suportar a dor, a privação, a exposição e a invasão da privacidade. Um parto violento e humilhante não traz boas lembranças, ele pode até ser normal, mas nem por isso é dignificante. O fato de fazermos cada vez mais uma assistência digna, respeitosa e significativa, que faz sentido para a mulher, é o que traz a beleza da profissão. Acho que é por isso que está aumentando o interesse pela profissão. Em 1996 nós da USP junto com a ABENFO fizemos um levantamento e constatamos que havia aproximadamente 2000 enfermeiros obstetras no país, num universo de 70.000 enfermeiros. Dava uma relação de 1 obstetrix ou enfermeira obstetra para 14 enfermeiros, o que significava que ninguém estava procurando a enfermagem obstétrica. Hoje percebemos que muitas alunas já na graduação manifestam o desejo de fazer enfermagem obstétrica, novamente os alunos de enfermagem vêem a obstetrícia como opção interessante. A beleza do parto fisiológico e a autonomia da profissão estão atraindo novos profissionais. Antes as alunas eram colocadas em contato somente com aqueles partos de hospitais universitários, onde foi criada uma cultura que nenhuma mulher queria ter parto normal, ninguém queria fazer obstetrícia, pois era violenta, indigna e humilhante. As alunas falavam que não queriam um parto assim, muito menos essa profissão e mesmo ainda a área pois, não dava para aguentar, sendo mulher, viver essa realidade. Essa transformação começou com algumas pessoas, as coisas foram se anunciando aqui, ali, e no final todo mundo buscava a mesma coisa, mas não foi percebido como um conjunto. Aos pouquinhos você vê que tem o envolvimento de outros profissionais, psicólogos, ONGs como a REUNA, ou alguma aliança, alguma frente, e todos começam a falar a mesma língua, as pessoas começaram a se incomodar com a situação de atendimento. Eu particularmente fui uma, fui educada por enfermeiros e não por médicos, para mim o parto vinha primeiro, uma ação da mulher. Nos anos seguintes a gente vai recebendo influência dos médicos, que vão trabalhando nos hospitais com residentes, e vamos incorporando algumas práticas como a indução do parto, que no início incomoda, mas depois achamos que é normal. Depois é que a gente começa a voltar.

E, as medidas adotadas como, as portarias que limitam o número de cesarianas, são econômicas, numéricas, não mudam a realidade. O que temos que mudar, e que é a longo prazo, é a cultura das mulheres em relação ao parto. Modificar a forma como é oferecido o parto no Sistema

Único de Saúde, ou seja, você tem que ter ambiente atraente, hospitaleiro, com profissionais confiáveis, para que as pessoas queiram ter bebês nesses lugares porque, abrir a barriga e tirar o seu bebê, pode ser em qualquer lugar, mas você se dispor a fazer o seu ninho e parir, significa outra cultura, que é muito diferente da cultura cirúrgica. A primeira coisa é mudar o ambiente e os agentes onde o parto ocorre, e isso vêm acontecendo. Temos que mudar a centralidade do atendimento ao parto, deslocar do profissional médico para a profissional enfermeira ou não médico, que tem outro modelo assistencial e também, mudar a arquitetura desses lugares para que a mulher se sinta acolhida e sinta que não é uma experiência médica, cirúrgica, hospitalar, onde você corre risco de vida. Mas, essa mesma política de limitação do número de cesarianas, sinalizou a preocupação do Ministério com algo que ele não estava preocupado e que não incomodava até 1982/83 e mostra que, à partir 1996, o assunto começou a incomodar e que, o modelo assistencial baseado em convênios ou dentro do Sistema Público centralizado no médico, começou a fazer estragos. O Ministério começou fazendo uma regulação pagando o mesmo valor para o parto normal e o parto cesariana, depois sugeriu que dois médicos assinassem a necessidade da cesariana, como se fosse uma segunda consulta. Somente à partir de 1995/96 é que tiraram da cartola a figura do enfermeiro obstetra. Paralelamente a esta data comecei a me preocupar com nosso espaço e desenvolvi minha tese justamente nesse assunto, “O lugar do não médico na assistência ao parto”. O profissional enfermeiro obstetra começou a aparecer e acredito que, a reversão das taxas de cesariana acontecerão à partir desse profissional, ele pode mudar a cultura da população mas, se você mudar a cultura sem mudar o serviço, não vai adiantar nada. E, a abrangência e magnitude desse problema, os interesses e as muitas soluções, também dificultam mudanças. A solução enfermeiro obstetra não agrada a corporação médica e, a formação precária dos profissionais, com um nível de treinamento muito básico, com certa carga horária teórica mas experiência clínica muito pequena, não permite que o aluno tenha o etos, desenvolva uma cultura de parto normal. Às vezes o aluno é encaminhado ao centro formador, faz vinte partos e acha que está formado, mas isso não é suficiente, falta parâmetros mínimos para a formação do enfermeiro obstetra, que não sejam relacionados apenas ao número de partos e sim, a uma competência mais geral. Recentemente a Confederação Internacional de Midwives relacionou competências para as enfermeiras obstetras e obstetrizes, algumas bastante complexas. Essas profissionais têm que dominar e seguir com rigor estas recomendações para poder atuar. Temos um limite, ao passo que o treinamento do médico é muito maior, ele tem dois a três anos de residência, o que o torna superior em muitos aspectos. Em muitos locais faltam companheiros para desenvolver um trabalho juntos, você é uma figura isolada no meio de todos, não se consegue criar equipe nem cultura de equipe. A limitação de concursos públicos, que incorporem o cargo de enfermeira obstetra também atrapalha. No final do ano passado (2008) foi criado o cargo de enfermeiro obstetra no estado de São Paulo, é a única profissão além da médica que tem um cargo enquanto especialidade, isso é inédito e mostra o real interesse do setor público para mudar a política. O Ministério da Saúde financiou a formação do especialista em enfermagem obstétrica e muitos cursos mandaram seus alunos para fazer a formação prática no Amparo só que, quando os especializandos voltavam para o local de origem, eles não podiam fazer obstetrícia pois, era uma coisa completamente nova, e muitas vezes não assimilada pelas chefias imediatas que vêem o enfermeiro obstetra como “quebra-galho”, que ora está no pronto-socorro, na pediatria, está aqui, ali, e não respeita essa especificidade na

formação. Acha que o enfermeiro é para fazer supervisão e não para prestar atendimento direto. Às vezes temos diferentes visões de mundo entre enfermeiros obstetras e gerentes de enfermagem que podem prejudicar o desenvolvimento da profissão enfermagem obstétrica, não por serem opositores, mas por falta de conhecimento e diálogo. O enfermeiro obstetra tem que ser gerenciado por enfermeiro obstetra, dentro de um organograma. Você tem que ter o enfermeiro gerenciando as ações dos auxiliares e de outros enfermeiros clínicos, e a enfermagem obstétrica cuidando especificamente dos interesses da obstetrícia, como você tem no grupo da pediatria e dos obstetras. O Ministério fez e modificou muita coisa, ele chacoalhou com medidas de impacto. Com a criação das casas de parto e de portarias obrigando os serviços a reduzir ou prestar atenção nas taxas de cesariana, linhas de financiamentos para cursos de especialização, e mais recentemente a criação de padrões mínimos para reforma ou construção dos centros obstétricos, não aceitando mais aquele modelo antigo, ele estimula e provoca mudanças. Temos ainda que fazer cumprir a permanência do acompanhante no pré-parto e na sala de parto, isso não pode ser regateado, temos que fazer com que a própria comunidade exija. O brasileiro de um modo geral é muito passivo, não compreende o que é direito e o que é uma concessão, um favor. Mesmo a portaria tendo instituído o acompanhante em 2006 ou 7, infelizmente aqui em São Paulo, muitos serviços ainda continuam ignorando, isso é um absurdo, mas parte também da falta de pressão da comunidade, ela tem que pressionar, não pode querer as coisas sem fazer esforço. Quando uma mulher vai dar a luz em um serviço que não pode ter acompanhante, se no ano seguinte ou em outro período ainda não pode, ela precisa questionar o que está acontecendo. Não é um direito privado, é garantido por lei, e parto não é doença, é um fenômeno da família, então é bom que algum membro esteja presente. A vivência do parto com o acompanhante é muito boa, muitos serviços já tem esta experiência, e acabam forçando outros que não estavam nem interessados nessas políticas, a adotá-la. Você não precisa ser grande especialista em obstetrícia, talvez se for grande especialista na alma humana, já está muito bom, ajuda muito. Essas pessoas que chamamos de leigo, doula, as voluntárias, tem que ser uma cultura, um grupo a ser incorporado dentro dos hospitais. Com essas políticas o Ministério abre caminho, mas os serviços têm que ter criatividade para ampliar os benefícios, criar oportunidades para melhorar o atendimento obstétrico e neonatal. Embora a obstetrícia tenha avançado em relação a respeitar a mulher durante o trabalho de parto, não fazer episiotomia ou induzir rotineiramente e partir para a cesariana de modo irresponsável, na neonatologia nós estamos defasados. O atendimento do bebê ainda é muito atropelado, ele continua nascendo de modo violento, sendo aspirado de forma rotineira, separado da mãe, submetido a uma série de intervenções que dificultam o vínculo. Temos que ter um olhar para o bebê, ele também faz parte do processo de formação da enfermeira obstetra, temos que nos interessar por esse indivíduo que nasce dessa expulsão, tanto imediatamente, quanto com o estabelecimento do vínculo. Essas conquistas estão sendo adquiridas pela sociedade, e a reboque pelas escolas. Os hospitais universitários estão completamente defasados em relação às conquistas que os serviços públicos tem feito. Aquilo de mais anacrônico, ortodoxo, menos recomendável hoje, é praticado dentro dos hospitais universitários. Essas mudanças não chegaram ainda ao ensino e à cátedra, infelizmente. Em outros tempos, os serviços universitários eram os grandes inspiradores de modelos assistenciais para a rede, hoje é o contrário, pelo menos no âmbito da obstetrícia, eles são os modelos mais repudiados do

ponto de vista de fisiologia do parto. Os hospitais universitários e os hospitais onde se desenvolve a residência médica são de longe aquilo que não se recomendaria para a evolução fisiológica do parto. Agora, as mudanças começaram a acontecer, já estão em curso, cada vez mais os graduandos em enfermagem estão interessados na área, vêm com respeito. Percebemos a valorização de uma área quando pessoas querem ser igual a você, quando você inspira futuras gerações. Saber que novas parteiras estão sendo formadas e que estão vindo com entusiasmo, que isso é fruto do trabalho feito nesses anos, nos dá conforto e status à profissão. Vemos que não só a enfermagem obstétrica, mas à enfermagem de um modo geral é uma das profissões dentro da área da saúde que mais cresceu. Quando me formei há 30 anos ou quando comecei a fazer a graduação, havia certo constrangimento, era difícil explicar para a família o que a gente estava fazendo, eles questionavam: “precisa de faculdade de enfermagem?, o trabalho do enfermeiro parece tão simples, tão elementar!”. Nos desdobraávamos para explicar ou até omitíamos que estávamos fazendo enfermagem, pois era complicado explicar o que fazíamos na faculdade. Hoje não, a enfermagem é uma profissão consolidada no meio, não é vista pelo seu lado de bondade e sim pelo seu lado científico, técnico, pela sua necessidade, que ninguém discute nos serviços hospitalares de ponta. Não é mais vista como ajudante de médico, que recebe ordens e sim como uma profissão importante, que segura toda a estrutura dentro dos hospitais e serviços de saúde de um modo geral. A enfermagem cresceu tanto em termos de formação, quanto de inserção social e com isso, ficou mais fácil trazer um status para a obstetrícia, não somos mais vistas como parteiras leigas, as pessoas entendem que tivemos uma qualificação universitária e depois um aprimoramento na especialização. Isso ajudou a formar uma cultura mais positiva da enfermeira obstetra. Por outro lado, a enfermeira obstetra também deu muito status para a enfermagem, sem dúvida os recentes trabalhos destas profissionais relacionados à autonomia profissional, deram grande visibilidade à enfermagem pois, não trabalhamos necessariamente subordinadas ao médico, e sim ombro a ombro ou até independente dele, que é o caso das casas de parto. Isso cria na população uma imagem de que esse profissional é independente, resolutivo nele mesmo, não é complemento de outro. Como as mudanças estão acontecendo, não podemos perder o bonde da história mas, temos que tomar cuidado para não tomar o bonde errado, temos que ter clareza, inteligência para descobrir as lutas que valem à pena e as que podem ser deixadas de lado. As nossas alianças devem ser particularmente com as mulheres do Sistema Único. O compromisso inicial é qualificar os serviços de atendimento dentro do SUS, dar um status de atendimento exemplar, a tal ponto que as mulheres das classes de convênios optem por dar a luz dentro do SUS, porque lá elas terão um atendimento correto, honesto, do tamanho que precisam. Esse caminho me parece muito importante, em particular para quem estuda em escola pública. As enfermeiras formadas em escolas públicas, seja federal ou estadual, têm o compromisso de militar no SUS, e fazer dele um exemplo de atendimento à saúde. Percebemos neste país uma exclusão maior que uma inclusão e o SUS, na sua concepção, é o que tem de mais democrático e de mais digno para todo mundo. Lá você não faz distinção se é brasileiro ou não, se chegar uma boliviana sem passaporte, sem uma identidade, nenhum documento para dar a luz, ela vai receber todo o atendimento, medicação e orientação que necessitar, ela não precisa provar nada. Se os Centros de Parto Normal se desenvolverem como está na proposta, capitaneados pela enfermagem obstétrica, chegaremos a

conclusão que na área da obstetrícia, ter atendimento público é mais seguro, mais protetor do que ter atendimento privado. Quem tiver atendimento privado vai se sentir roubado, não só na experiência, mas também na sua própria saúde e na sua integridade física. Quando as pessoas pensarem que podem ter o convênio para tratar do coração, alguma coisa mais complexa e que, na assistência ao parto, ela poderá ir para o SUS, porque tem certeza que receberá o melhor atendimento, não será submetida a uma cesariana desnecessária, a assistência será diferente. Os serviços têm que formar profissionais voltados para o atendimento público, porque a maioria das pessoas aqui no Brasil, usufrui desse atendimento.

Vemos que a participação das profissionais é crescente, tanto do ponto de vista de ocupação no mercado de trabalho, como na produção de conhecimento científico porque, na medida em que você se apropria do objeto de seu trabalho, você começa a refletir sobre ele e a produzir conhecimento específico. Temos produzindo conhecimento sobre o parto normal, produzido pesquisas clínicas, e isso significa a maturidade desse campo do saber. A apropriação do objeto de trabalho é importante para tornar as coisas mais fáceis e aí criaremos pessoas dentro dessa visão de mundo, que vão produzir conhecimento e vão ser respeitadas por isso, porque na medida em que você produz conhecimento, você passa a ser uma pessoa que tem opiniões. Isto tem contribuído para a valorização e confirmação da profissão, pois, uma profissão é definida quando você determina o que é feito pelos profissionais e não os outros, quando você julga os seus pares e não o outro e tem um conhecimento próprio. Estamos caminhando fortemente para isso, particularmente a enfermagem obstétrica. Agora, a nossa postura contra hegemônica nos atrapalha na medida em que você prega massagem, parto natural, e com isso, não provocamos o consumo, ao contrário, procuramos desestimulá-lo, atrapalhamos a indústria hospitalar, farmacêutica, etc. Algumas áreas crescem muito por essa capacidade de produzir consumidores, nós agimos ao contrário, não queremos esses cremes muito complicados para fissura de mamilo por exemplo, preconizamos coisas mais naturais como banho de sol, passar o próprio colostro, e isso não dá dinheiro. Temos que ter consciência que estamos contra o sistema capitalista que cria necessidades médicas, de saúde ou de dependência das pessoas para com os profissionais, não queremos que as pessoas fiquem dependentes, e isso vai contra os interesses financeiros desse sistema.

**Entrevistada 11: M.L.L.**

**Formação:** Graduação em Enfermagem; Habilitação em Médico Cirúrgica, Especialização em Enfermagem Obstétrica.

**Participação em Cursos Especialização, Cargos Públicos, ABENFO, dentre outros:** Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEUFRJ); Membro do sindicato das parteiras; Membro da comissão para criar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na EEUFRJ; Consultora Técnica do COREN RJ na área técnica da mulher;

Membro da comissão de resgate da Associação Brasileira de Obstetristas (ABO) e mudança para ABENFO.

M. é enfermeira obstétrica, aposentada como docente da UFRJ, e hoje é parteira domiciliar. Foi indicada por várias entrevistadas, porém o primeiro contato com ela foi muito difícil e demorado. Após um COBEOn, recebi um e-mail de uma docente da EEUSP, que sabia que estava tentando contato com M., me informando seu e-mail. Esta docente havia conversado com ela no evento e falado sobre meu desejo de entrevistá-la. Logo enviei-lhe um e-mail e ela respondeu logo no primeiro contato. Agendamos a entrevista em um período que não tinha nenhum parto das gestantes que estava acompanhando, programado.

Na data agendada M. me aguardava no aeroporto, nos dirigimos a um hotel onde tomamos café da manhã e, em uma sala interligada ao refeitório, e que se encontrava vazia, a entrevista foi realizada. Durante a entrevista houve pouca movimentação, apenas alguns garçons que transitavam pela sala e nos olhavam curiosos. No final da entrevista, esta movimentação aumentou, associada ao tilintar de talheres e pratos pois, os garçons estavam recolhendo o café da manhã e preparando o refeitório para o almoço. Um deles se dirigiu até nós e disse que podíamos ficar à vontade, porém precisavam fazer aquele serviço. A entrevista aconteceu sem problemas, M. é muito simpática, contou muito sobre sua trajetória, sobre a história da enfermagem obstétrica e sua participação nela. Após a entrevista, M. me levou para passear, almoçar e depois me deixou no aeroporto. Foi muito simpática e receptiva e, fez com que o dia fosse muito agradável e exitoso.

### **Entrevista:**

- Comecei a trabalhar em 1975 como enfermeira de unidade de terapia intensiva, habilitada em enfermagem médico-cirúrgica. Em 1977 iniciei minha carreira docente no Departamento de Enfermagem Materno Infantil da UERJ. Eu era muito jovem, bem animada com as questões da obstetrícia quando conheci M. de L.G.A., presidente do sindicato das parteiras. Ela me convidou para participar do sindicato com a ideia de iniciar um processo de revitalização da entidade com a inserção de um novo quadro social, o de enfermeiras obstétricas. As parteiras resistiram a princípio, mas logo entenderam a importância da força de mais um segmento profissional, já que o sindicato estava sendo dividido com outras associações de mulheres. L. era uma feminista militante, deu-me um suporte político e me inseriu no



movimento feminista. A partir daí, compreendi a importância social da (o) enfermeira (o) obstétrica na assistência integral à saúde da mulher e na diminuição da mortalidade materno-infantil. O sindicato era uma organização de mulheres, e lá discutíamos as questões não só da obstetrícia, mas das mulheres. Inserimos o aluno nestas discussões, através de seminários promovidos pelo sindicato das parteiras e F.E. da UERJ, discutíamos as funções da enfermeira obstetra, queria ouvir dos alunos e das enfermeiras que atuavam em maternidades, como o enfermeiro poderia contribuir na atenção à mulher de maneira integral. Segui uma linha militante, sempre participei dos congressos da ABEN desde a minha época de estudante, sempre estive nos eventos científicos. Em 1980 fui para S. P. fazer especialização na UNIFESP e só retornei em 84, quando concluí o mestrado. No meu retorno iniciei um movimento na F. E. da UERJ, para montarmos um curso de especialização, foi muito difícil, demoramos 5 anos tentando implantar, havia uma resistência muito grande na faculdade, eles não entendiam a importância da abertura de curso de especialização. A ABEN estava discutindo as especialidades, e havia uma crítica muito grande, achando que iríamos desmembrar o corpo da mulher, a enfermagem tinha essa visão. Compreendi a época, mas a enfermagem obstétrica precisava desse limite para poder crescer, eu via a enfermagem obstétrica muito perdida, tinha uma função administrativa na unidade hospitalar e nos postos de saúde as enfermeiras não atuavam diretamente no programa da mulher, por isto, insisti na abertura do curso de especialização na UERJ, para que pudessemos ter uma discussão técnica e propor mudanças para a inserção do enfermeiro especialista no mercado de trabalho. Fomos ao COREN-RJ pedir ao presidente G.N., informações sobre o respaldo legal que tínhamos para exercer as atividades de consulta pré-natal, solicitação de exames laboratoriais, ultra-sonografia, cardiotocografia, encaminhamentos da gestante para outros profissionais e/ou unidades de internação, uso de anestésico para episiotomia, episiorrafia e atendimento nos setores de admissão. G. era ex aluno da UERJ e muito atuante na defesa dos direitos dos enfermeiros no R.J., defendia a autonomia do profissional, principalmente, os da enfermagem obstétrica. Quando eu estava no campo de prática com os alunos, descrevia antes de iniciar o estágio, todas as ações que íamos desenvolver no estágio supervisionado. A secretaria municipal autorizava e o diretor da maternidade também, só que ele não repassava para os chefes de plantão, por isso, tivemos muitos atritos e um dos mais graves foi de um médico que destratou um aluno... O médico disse ao meu aluno que ele não ia realizar aquele exame no setor da admissão, meu aluno respondeu que ia fazer, e que ele estava desrespeitando aquele momento, e que depois, eles conversariam. O médico quase agrediu fisicamente meu aluno e foi um problema muito sério, fomos parar no gabinete do diretor, que suspendeu o estágio. Fomos ao conselho pedir uma orientação sobre o acontecido, G. me convidou para exercer o cargo de consultora técnica e isto nos levou a desenvolver um projeto de decodificação do exercício da enfermagem obstétrica. Minha inserção no Conselho foi para participar da decodificação e consultoria técnica das ações que o enfermeiro realmente teria competência para realizar e até onde o especialista poderia ir, dentro da legislação 7498. Foi muito bom, juntamos as docentes de obstetrícia das faculdades do Rio de Janeiro, tivemos o cuidado de envolver a faculdade de enfermagem UNIRIO, Ana Nery, UERJ e Gama Filho (privada) montamos uma grande equipe de docentes e conseguimos decodificar todas as ações do enfermeiro. O conselho baixou resoluções garantindo o exercício da enfermagem em muitos aspectos. Conseguir que um conselho regional

legislasse, foi um ganho para a enfermagem obstétrica também. Fomos num crescendo, envolvendo a enfermagem em outras instâncias, em outros segmentos. Houve também um momento que achamos importante, que era inserir a enfermagem nas maternidades do R.J., num setor muito crítico que era o pré-parto. Uma das nossas colegas de departamento, a Prof. J.M.P. fez concurso para o município e escolheu trabalhar na maternidade de alto risco F.M., maternidade que usávamos como campo de estágio. Estrategicamente o departamento achou conveniente que ela fosse para esta maternidade e ela teve a oportunidade de assumir a chefia e elaborar um projeto para inserir as enfermeiras no pré-parto. Logo depois que a J.M. realizou este projeto na Maternidade F.M., foi aberto concurso público no estado do R.J., então discutimos no sindicato das parteiras a importância de pedirmos na Secretaria Estadual, que o concurso para a enfermagem fosse por áreas de habilitação, tendo como objetivo local enfermeiras obstetras nas maternidades estaduais do R. O concurso aconteceu, as enfermeiras obstetras foram locadas nas maternidades dos Hospitais: R.F. e P. II, na zona oeste do estado no setor de pré parto. Depois, as próprias chefes de enfermagem desviaram essas enfermeiras para outros setores, só que elas já estavam preparadas politicamente para reivindicar sua lotação na maternidade, já que tinham feito concurso específico para a área obstétrica, deveriam ficar na maternidade e não ir para outro setor do hospital. Politicamente achamos interessante também, inserir enfermeiras em diferentes maternidades, para isto, os docentes iam para diversos campos de prática. Usávamos como estratégia na faculdade de enfermagem, realizar o estágio das disciplinas Enfermagem em Saúde da Mulher e da Criança em diferentes maternidades, com o propósito de divulgar entre os profissionais, as funções da enfermeira obstétrica, com isto fomos fazendo um movimento de formiguinha no R.J., inserindo as enfermeiras e alunos em diferentes unidades, plantando uma sementinha sobre o trabalho da enfermeira obstetra. Nesses locais as pessoas se perguntavam: quem é essa enfermeira que chega aqui e diz que pode atender consulta, parto normal, que pode tocar uma mulher! Sofremos muitas violências e tivemos muitos atritos nestas maternidades. Hoje eu não teria a mesma postura, mas naquela época eu era muito jovem, o médico dizia que era para eu sair e eu dizia que não ia sair, ele botava o dedo na minha cara e eu botava o dedo na dele, tivemos alguns momentos bem críticos, fomos várias vezes ao gabinete da direção das unidades e, como o diretor não podia falar nada diferente, já que havia aceitado o estágio, e não era nenhuma novidade as ações que nós estávamos desenvolvendo, então ele só tinha que pedir desculpa ao médico e dizer que estava no papel as ações que iríamos desempenhar. Com este movimento, acredito que conseguimos seduzir um maior número de enfermeiras para a área, aqui no R.J. A UERJ se tornou um pólo de referência e, com todo o movimento político, do sindicato e o movimento inicial de resgate da associação Brasileira de Obstetras (ABO), conseguimos reativar a ABO. Depois da reativação fizemos uma reunião aqui no R.J., convidamos enfermeiros de outros estados e nesta reunião, decidimos transformar a ABO em ABENFO, e ela tomou outro rumo. Resgatamos a história da ABO, herdamos todos os livros, pertences da associação, com isto começamos a criar um “mostro” no R. J. que ninguém queria, as pessoas se dirigiam a mim e diziam: você cria os monstros para administrarmos depois, você cria e vai embora. Foi dessa forma que entendemos que o movimento da enfermagem obstétrica não poderia estar dissociado do movimento de mulheres e nem estar ligado ao modelo médico. Este era o meu grande desespero enquanto docente, nós tínhamos um modelo praticamente hegemônico, que era o modelo biomédico,

atuando na saúde da mulher e também, a gente via muita violência e eu entendia que a enfermeira era uma intermediária entre o poder médico e as ações que ele desenvolvia com a mulher. Fomos construindo um corpo de ideias e de conhecimentos em relação à enfermagem obstétrica e, como docente atuando durante muito tempo no campo de prática, sentia essa violência institucional, sentia esse desespero das mulheres que corriam de um lado para outro, então tinha uma revolta em relação à forma como essas mulheres eram assistidas aqui no R. e, a intenção era mudar alguma coisa. Mas essa história durou muito tempo, praticamente 25 anos, e eu participando de todo esse movimento. Nos meus últimos 5 anos de exercício como docente e enfermeira obstetra, comecei a vislumbrar coisas diferentes, comecei ouvir um pouco mais sobre o parto em casa, que poderia ser realmente uma realidade. Nós já falávamos em parto domiciliar no primeiro programa da ABENFO, mas não existia essa ousadia, era uma proposta a ser implementada pela própria ABENFO no futuro, mas à época, precisávamos conquistar os espaços onde a obstetrícia estava acontecendo, que era nas maternidades. No final dos meus 25 anos de exercício, existiu a possibilidade de começar a atuar efetivamente com o parto domiciliar. Nesta ocasião, organizamos pelo meu departamento na UERJ, um congresso internacional de ecologia do parto e nascimento, aqui no R.J., um dos convidados conferencistas foi Michael Odent, um dos precursores da humanização do parto. Este congresso foi um marco para a desconstrução de um modelo de enfermagem obstétrica, que era muito ligado ao modelo biomédico, positivista, controlista, medicalizado, em que a mulher paria deitada, submetida à episiotomia e a ocitocina. Fazíamos isso com humanização mas queríamos desconstruir esse modelo. A partir daí começamos a discutir outras possibilidades de atuação e começou-se um movimento aqui no R. pelo parto domiciliar. Nessa mesma ocasião encontrei a H.L. na faculdade de enfermagem, ela foi aluna da especialização e hoje é conhecida em todo Brasil, devido a sua atuação com parto domiciliar. Quando nos encontramos por ocasião da sua especialização, ela me perguntou: Professora, você com esta experiência, não fez nenhum parto em casa? Respondi que tinha feito alguns, mas não como uma proposta de autonomia. Eu despertei para a ideia e após minha aposentadoria na UERJ comecei a atuar neste segmento, aqui no R.J., somente eu e a H. temos o credenciamento da Secretaria Municipal de Saúde para emitir a Declaração de Nascimento Vivo (DNV), no caso de parto domiciliar. Na ocasião não se falava ainda em casas de parto, e quando houve o congresso, teve toda uma proposta de capacitação das enfermeiras dentro de um modelo completamente diferente. A cara da enfermagem obstétrica no R.J. está dentro da casa de parto D.C.F., que hoje é uma referência internacional de cuidado de enfermagem.

Temos muitos desafios, mas um dos maiores é a enfermeira e o enfermeiro compreenderem que somos profissionais autônomos, liberais, que temos responsabilidade civil. Essa responsabilidade civil na enfermagem é pouco vista pela sociedade, ela se confunde e na nossa área especificamente, pode fazer uma grande diferença, pois estamos lidando com a família, com a formação de novos cidadãos, quando assistimos uma família que esta se preparando para ter um filho, é necessário que ela seja preparada de forma diferente, ela não pode ser vista só biológica e fisiologicamente. Acredito que o grande desafio da enfermagem obstétrica hoje é ter uma formação mais ampla do que a formação que ele tem recebido na faculdade. Nosso aluno culturalmente deixa a desejar, temos uma responsabilidade enquanto órgão formador, de estar completando a formação desse aluno enquanto cidadão,

dentro do direito que ele tem de receber uma educação mais ampla, um olhar mais integral, diferenciado do mundo. Hoje ele tem um olhar muito ligado na condição técnica, não consegue interagir com o cliente, dentro de uma abordagem cultural, uma visão social ampliada, essa é a grande dificuldade. Para mim, o curso de obstetriz que está acontecendo na USP, vai fazer a diferença, pois não está ligado à área biomédica, e esse é um grande desafio, temos que pensar a importância do curso de enfermagem ou de obstetrícia desligado do modelo biomédico, esse é um ganho maravilhoso para a família, e aí você vai formar profissionais com um olhar diferente. A faculdade precisa mudar sua abordagem no ensino, precisa ser mais ousada. A exemplo da faculdade de odontologia da UERJ, funcionava no mesmo prédio da faculdade de enfermagem, acompanhamos a construção dos consultórios para os acadêmicos praticarem, a Odontologia abriu suas portas para a comunidade. A faculdade de enfermagem tem “n” abordagens, com o idoso, com a criança, com a mulher, com a clínica médica, com o alto risco, e não abre absolutamente nada. Ela continua dentro de um casulo, as escolas de enfermagem precisam abrir suas portas para a comunidade e, abrir as portas para a comunidade é dizer: eu estou formando este profissional que pode assistir você de forma independente. A faculdade de enfermagem ainda forma o profissional para ser empregado de um serviço público ou ser empregado de uma instituição privada. Ela não forma o profissional para ser liberal e autônomo. Quando as faculdades abrirem suas portas para a comunidade, com um projeto ampliado, o profissional será mais respeitado no mercado, a comunidade vai saber quem é o enfermeiro (a). Você insere o enfermeiro no Programa de Saúde da Família, e a comunidade conhece este profissional, mas muitos deles continuam atrás da prancheta. Esse é o grande desafio, apresentar o enfermeiro para o mundo, se expondo como profissional, dizendo: - a minha mais valia dentro deste sistema de saúde é essa.

As políticas ministeriais contribuem para o trabalho das enfermeiras obstétricas, sempre organizei as minhas propostas de trabalho baseadas nessas políticas, elas são pioneiras. Na área da saúde da mulher houve um avanço enorme, e a ABENFO esteve participando desse movimento. Depois da minha gestão, A.T. assumiu a ABENFO Nacional, deu um tom mais político, participou de várias reuniões no Ministério da Saúde e definiu espaços para a área. Enquanto a saúde desse país estiver centralizada no poder médico, será muito difícil serem cumpridas na íntegra, as políticas do SUS e ter realmente mudanças na assistência. Vivi muitos anos em unidade pública e sei o quanto o SUS perde com esse poder na mão dos médicos. Não existe falta de médico nos hospitais, o que existe é uma falta de respeito com o sistema, eles se ausentam, se organizam, alegam que o SUS paga muito pouco, mas não tem a hombridade de largar o serviço, já que não estão satisfeitos. Já tivemos muitos embates devido ao pagamento por procedimento, e um dos maiores foi quando surgiu a resolução do Ministério da Saúde que permite ao enfermeiro receber por procedimentos realizados, consulta, parto, inclusive fazer a AIH, mas, nas maternidades onde as enfermeiras atuam, desde a admissão até a alta, elas não recebem absolutamente nada pela produtividade. Essa produtividade da enfermagem obstétrica vai para outro lugar que não sabemos, mas até hoje não foi para o bolso das enfermeiras. Elas atendem, assinam, mas não recebem. Existem unidades que tem a atuação da enfermeira obstetra implantada institucionalmente, e têm unidades que a enfermeira obstetra faz o parto, o médico assina e ela admite isso, o que é um problema sério, ela realizar o

procedimento e permitir que outro assine. Eu conheci um enfermeiro na B., que faz todos os partos do plantão dele e os do plantão do médico, que nem vai na maternidade. Quando é preciso fazer cesariana, o médico vai ou manda outro que nem é do plantão para fazer o procedimento, e o cara está recebendo o salário do médico, ele está se prestando a isso, que é um problema muito sério.

A enfermagem cresceu, atingiu um nível de desenvolvimento e de força. Fiquei muito emocionada quando estive este ano no congresso da ABENFO e vi que valeu a pena o esforço, os grandes riscos, porque hoje vejo uma sociedade fortalecida, muita gente envolvida e interessada. Quando começamos, o primeiro congresso que realizamos foi na USP e tinha 500 participantes, incluindo enfermeiros, docentes e alunos, hoje a gente vê mil enfermeiras obstetras participando, com uma produção científica incrível, vejo com muitos bons olhos o crescimento da enfermagem obstétrica no Brasil e fora dele, porque o movimento está crescendo, mas é preciso realizar muitas pesquisas, é preciso muito ousadia. O enfermeiro tem que ser ousado, não tem como nenhum ser vivo nascer ou crescer, se não for ousado. Só nasce quem é ousado, quem tem o movimento espontâneo de avançar. É o movimento espontâneo de avanço que vai fazer a diferença. Vejo as enfermeiras obstetras muito guerreiras, aquelas que estão realmente assumindo, mas principalmente, as que estão na prática, estão fazendo uma diferença maior. Se juntarmos o ensino, a prática e a pesquisa, teremos o movimento de nascimento de uma proposta diferente. A ABENFO tem uma responsabilidade enorme nessa condução do nascimento de uma profissão forte, que está ocupando os espaços com liberdade e autonomia, sem grandes lutas, sem grandes brigas, porque são as brigas que desgastam. Vejo as meninas aqui da casa de parto, as vi alunas, depois iniciando o trabalho na casa de parto e hoje na rua “batendo panela”, “segurando bandeira”, é isso que firma o movimento, as grandes conquistas, você se assumir de corpo e alma naquele processo. Se juntarmos a pesquisa, a prática e o ensino, acredito que daremos conta. As profissionais devem ter autonomia e empreendedorismo, elas tem que buscar isto, e no seu trabalho, você deve fazer uma abordagem em cima da autonomia e empreendedorismo.

## 7-Categorização

## Atores e a história

<b>A história dos atores</b>	<b>A história da profissão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação e opção pela área</li> <li>- Necessidade profissional de se qualificar</li> <li>- Mudanças na forma de assistir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A formação</li> <li>- Fusão dos cursos de obstetrícia e enfermagem obstétrica e criação das habilitações</li> <li>- Escassez de cursos</li> <li>- A continuidade da formação</li> <li>- Estratégias para a continuidade da formação</li> <li>- Inserção profissional e qualidade da assistência</li> <li>- Campo de trabalho</li> <li>- Medidas para reversão do quadro de assistência</li> <li>- Impactos da formação</li> <li>- A aproximação com a área</li> <li>- Reconquistando o espaço de atuação</li> <li>- A reconquista</li> <li>- O Curso de Obstetrícia</li> </ul>

## Atores e a História

Várias depoentes iniciaram seus relatos descrevendo sua própria história, ao mesmo tempo em que faziam um paralelo com a história da enfermagem, e com sua inserção na profissão. Isto permitiu a criação da primeira categoria.

### A história dos atores

Apreendeu-se dos discursos, que a inserção das profissionais entrevistadas na área se deu por afinidade, pela necessidade de prestar um atendimento mais integral, pela influência sofrida durante a formação e pela necessidade pessoal e profissional de qualificação.

#### - Formação e opção pela área

Após a graduação as entrevistadas procuraram continuar sua qualificação na área da obstetrícia. Para isto, buscaram cursos de especialização ou habilitação. Esta procura se deu pelo interesse e afinidade pela área, mesmo que tivessem que se deslocar para outras cidades ou em um momento de extinção do curso.

*- Desde que entrei no curso de enfermagem, achei que ia trabalhar na área da saúde da mulher, (...) na primeira disciplina eu já fui empolgando com a obstetrícia e tendo certeza que essa seria minha opção. (Ent. 6).*

*... me formei nesta escola e fiz habilitação em Enfermagem Obstétrica em 1980, quando ela não era mais obrigatória e, uma minoria voltava para fazer o curso. Fiz a habilitação por opção, porque gostava mesmo da área e achei que valeu, aprendi muito durante aquele ano. (Ent. 8).*

*... meu percurso começa há 25 anos, (...) me formei em 1983 e vim para São Paulo fazer a Especialização em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social, na antiga Escola Paulista de Medicina (EPM). (...) Nós tínhamos uma visão para fazer o ciclo-gravídico quase completo, que era acompanhar uma mulher no pré-natal, parto, puerpério a fazer a visita domiciliar. (Ent. 09).*

O atendimento fragmentado não era suficiente para a entrevistada se realizar profissionalmente. Então ela procurou caminhos que permitissem ampliar a assistência.



*Quando formei me inseri inicialmente na área de aleitamento materno, de neonatologia e chegou uma hora que eu queria ampliar isto, pois este recorte da mulher nutriz e neonato, não estava me satisfazendo, (...) Nessa ocasião comecei a ser voluntária no S. e descobri que era realmente isto que queria, então comecei a investir nessa formação. (Ent. 1).*

## **- Necessidade profissional de se qualificar**

A atuação de algumas enfermeiras na assistência ao parto, após a conclusão do curso de graduação, fez com que as profissionais buscassem se qualificar, para prestar uma assistência de qualidade e, dentro dos princípios legais.

*- Em 1988 fui fazer a Especialização em Enfermagem Obstétrica, juntamente com um grupo de professoras da Universidade, na FEPEVE, em I. (cidade), que na época era uma fundação e depois se tornou universidade estadual, a UNIVALE. Em minha cidade não tinha curso de especialização e eu era chefe do bloco obstétrico de uma maternidade de F. (cidade), (...) Comecei a participar dos partos com os residentes e, devido a essa necessidade assistencial, senti necessidade de me especializar para poder atuar plenamente, dentro do Código de Ética, atendendo as demandas da profissão. (Ent. 5).*

*... fui fazer o curso de especialização porque trabalhava em um centro obstétrico, já participava da assistência ao parto e, dentro de um centro obstétrico é complicado você estar atuando no dia a dia da assistência sem especialização, as demandas de cuidado fazem com que você preste determinado tipo de assistência, independente de ter especialização ou não. (Ent. 5).*

## **- Mudanças na forma de assistir**

Os movimentos sociais, em especial o movimento feminista, muito contribuíram para a elaboração das políticas de assistência à mulher e, na fala a seguir, vemos que uma das entrevistadas buscou atuar na área, devido ao seu envolvimento com o movimento feminista e, conseqüentemente sua influência.

*L. era uma feminista militante, deu-me um suporte político e me inseriu no movimento feminista. A partir daí, compreendi a importância social da (o) enfermeira (o) obstétrica na assistência integral à saúde da mulher e na diminuição da mortalidade materno-infantil. (Ent. 11).*

# A história da Profissão

Os sujeitos do estudo descrevem a história da formação da enfermeira obstétrica e as estratégias utilizadas para dar continuidade a essa formação. Relatam as influências das mudanças curriculares na formação, a atuação profissional, a conquista do espaço de atuação e suas dificuldades.

## - A formação

As entrevistadas descrevem as mudanças no ensino da enfermagem e levantam alterações e repercussões na formação e titulação das profissionais.

*... o ensino da enfermagem começou no início do século, com a criação das faculdades de obstetrias ligadas às Faculdades de Medicina, foram 4 no Brasil, na Universidade Federal do Brasil, que é a atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, na Universidade Federal de Pernambuco, na Universidade Federal da Bahia e na Universidade de São Paulo, ex Escola Paulista de Medicina, e as escolas de enfermagem formavam especialistas. (Ent. 7).*

*Na reforma educativa em 1968, achou-se que não devia ter formações diferentes, em instituições de ensino superior formativo independentes, então foi publicado o parecer 413/68 que determinava que as escolas de enfermagem tinham que chamar Escola de Enfermagem e Obstetrícia. (Ent. 7).*

*Nas escolas de enfermagem, as enfermeiras se formavam com 3 anos, faziam um ano de obstetrícia e se transformavam em enfermeiras obstétricas. Então, a reforma proibiu a duplicação de instituições formando para o mesmo fim, com o mesmo objetivo, que era atender melhor a população feminina no ciclo gravídico puerperal, por causa de recursos. (Ent. 7).*

As mudanças na formação da parteira titulada ao longo das décadas tinham como objetivo se adequar às determinações legais da educação, e atender as demandas de assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Em decorrência, a titulação da profissional para assistir ao parto recebeu diferentes denominações, dificultando que as mulheres e outros profissionais compreendessem que, aquela profissional estava habilitada a assistir ao parto.

*Neste período tínhamos então enfermeiras habilitadas, além das especializações que eram oferecidas esporadicamente por algumas escolas. (Ent. 8).*

*Havia profissionais que fizeram a especialização, às vezes com denominações variadas como Especialização em Saúde da Mulher, mas que eram enfermeiras obstétricas e tinham uma atuação específica na saúde da mulher e na assistência obstétrica. (Ent. 8).*

*... me formei em 1977 e na época se falava obstetrícia e não Saúde da Mulher,...* (Ent. 6).

A entrevistada procura esclarecer as diferentes terminologias para se referir à mesma profissional e sua utilização na lei do exercício profissional.

*... quando se fala da enfermeira obstetra e da enfermeira obstétrica, estamos falando da mesma profissional, alguém que tem uma formação anterior em enfermagem e depois uma formação em obstetrícia. (Ent. 8).*

*... mas, em toda a legislação do ensino e na lei do exercício profissional não aparece a denominação obstetra. Este termo aparece depois, no decreto que regulamenta a lei do exercício profissional, em um artigo que fala que a enfermeira obstetra supervisiona o trabalho da parteira. (Ent. 8).*

Essa diversidade de denominações fez com que a ABENFO recomendasse às escolas, um termo único, para se referir às especialistas da área.

*A ABENFO recomendou também que os cursos tivessem a denominação de Especialização em Enfermagem Obstétrica, porque até então, recebiam denominações variadas... (Ent. 8).*

*O termo enfermeira obstétrica está consagrado, é um substantivo composto que define a profissional enfermeira obstétrica, que nem sempre foi uma enfermeira, já que as escolas de medicina formavam enfermeiras obstétricas e aí a profissional similar seria a obstetriz, aquela formada pela via direta, sem uma formação prévia em enfermagem, e nem sempre com formação em uma escola de enfermagem. (Ent. 8).*

Uma das depoentes relata que às diferentes terminologias podem parecer sem importância, mas define a identidade do profissional, conforme está colocado na fala a seguir:

*É importante que a gente entenda o sentido da mudança da denominação do profissional que, embora possa parecer irrelevante ou secundária, é uma coisa séria para quem tem o título de obstetriz, enfermeira obstetra, parteira, do ponto de vista da identidade e até para nós entendermos melhor, a quem estão se referindo. (Ent. 8).*

## **- Fusão dos cursos de obstetrícia e enfermagem obstétrica e criação das habilitações**

A fusão dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica oferecidos pelas escolas de enfermagem e, de obstetrizes, pelas escolas de medicina, surgiu a necessidade de se qualificar os graduandos em especialidades então, escolas de enfermagem começaram a oferecer habilitações. Com isto, as escolas de enfermagem passaram a formar profissionais graduadas em enfermagem, com a opção de cursar um ano de habilitação. Esta modalidade foi extinta devido às dificuldades das egressas ingressarem no mercado de trabalho e serem pouco valorizadas, por ocuparem cargos diferentes da sua especificidade, a qualidade da formação ser questionada em algumas escolas, que, associado às mudanças na legislação do ensino, fizeram com que as escolas deixassem de oferecer a habilitação, conforme as declarações a seguir.

*Algumas instituições de assistência não reconheciam a habilitação porque, algumas escolas ofereciam um curso muito restrito, com uma carga horária pequena e pouca experiência, então as habilitadas de um modo geral, mesmo as que haviam formado em bons cursos, tinham dificuldade para conseguir emprego. (Ent. 8).*

*Um dos motivos que nos levou a terminar com a habilitação, que não tinha uma demanda muito alta, foi a informação de que, nossas ex-alunas habilitadas, encontravam dificuldades para atuar no mercado de trabalho porque algumas instituições, não queriam habilitadas, e sim especialistas, e quando existia um plano de carreira na instituição, elas eram mais prejudicadas ainda pois, a especialização é uma pós graduação. (Ent. 8).*

*Nesse estudo vimos que essas egressas não estavam na área, elas estavam na administração ou em outros locais então, na década de 1980, resolvemos acabar com a habilitação. Ou seja, nós ficamos mais de 20 anos sem formar enfermeiras obstetras. (Ent. 4).*

## **- Escassez de cursos**

As exigências legais visando atender a Lei de Diretrizes e Bases e, as tendências do mercado de trabalho, contribuíram para a redução da oferta de cursos de especialização.

*O parecer 1314 de 94 acaba com as habilitações, não permitindo mais a formação de Enfermeira Obstétrica na graduação, e o parecer 183 de 83 (não tenho muita*

*certeza), determina que as especialistas se formem em cursos de especialização de 360 horas. Estes são os marcos da reforma educativa, não de eliminar a formação do enfermeiro, mas de aglutinar esforços na formação, para as necessidades da população. (Ent. 7).*

A extinção das habilitações nas escolas públicas ocasionou uma perda do ensino gratuito da enfermagem obstétrica.

*Mas a profissional habilitada tinha uma base na graduação, e acima de tudo, na Universidade Pública, o ensino era gratuito, então, até o fim de 1972, o ensino da enfermagem obstétrica na graduação, era público e gratuito e, com a extinção das habilitações, a obstetrícia e outras áreas, deixaram de ter esse ensino gratuito, perdeu-se isso com as especializações, que são pagas. (Ent. 8).*

*Nesse período de 1972 a 1994, tivemos a extinção das habilitações, passando a especialização, a ser a única via para formar enfermeira obstétrica, mas com muita dificuldade porque, o curso de habilitação é um curso de graduação e o aluno não paga, já o curso de especialização, em qualquer universidade, tem que se manter, tem que ser financiado pelo próprio aluno ou por uma instituição de fora, não pela Universidade. (Ent. 8).*

## **- A continuidade da formação**

Apesar das mudanças nas diretrizes curriculares e nas necessidades do mercado, algumas escolas continuaram formando especialistas, mesmo que em número reduzido.

*... tem alguns momentos que a formação sofreu revezes, altos e baixos, mais baixos que altos mas, em nenhum momento deixou-se de formar, não teve nenhum período na legislação do ensino ou do exercício profissional, que tenha havido uma interrupção na formação, e a legislação do exercício sempre contemplou a inserção e a atuação dessa profissional. (Ent. 8).*

*Até 1983 a gente tinha habilitação, depois começamos a fazer cursos de especialização, inicialmente auto financiados pelas alunas, depois conseguimos financiamento da Secretaria Estadual, em seguida oferecemos cursos financiados pelo Ministério da Saúde, ... (Ent. 6).*

*Antes das habilitações serem extintas por lei, nós acabamos com esta modalidade de formação e começamos a oferecer as especializações, pensando que assim poderíamos receber alunos de outras escolas, já que na habilitação isso não era permitido. (Ent. 8).*

*De maneira geral, as escolas de enfermagem de São Paulo e em alguns outros estados, formaram enfermeiras obstétricas a partir da década de 1950, durante a década de 1960 e de 1970, só que de maneira isolada, descontínua. (Ent. 8).*

*Durante este período, a Escola Paulista continuava formando especialistas e, no levantamento que fizemos pela ABENFO, percebemos que as outras escolas de enfermagem tinham muita dificuldade de realizar o curso, ofereciam de maneira descontínua, com problemas de demanda, de corpo docente, de campo de estágio e os profissionais tinham dificuldades para serem absorvidos no mercado. (Ent. 8).*

## - Estratégias para a continuidade da formação

Vê-se que, apesar das mudanças no ensino, da extinção do curso de obstetrixes, da escassez de cursos de especialização, que culminaram na redução do número de profissionais para assistir ao parto, havia profissionais preocupados em dar continuidade a formação e buscavam manter ou ampliar o espaço de atuação na área.

*No centro obstétrico do HU só tinha duas enfermeiras com especialização, então sentimos necessidade de aumentar a formação, para melhorar a inserção dessas enfermeiras no mercado de trabalho. Tinha um espaço a ser ocupado e, se a gente não formasse, depois de muito tempo não conseguiríamos mais. (Ent. 5).*

*... organizamos pelo meu departamento na UERJ, um congresso internacional de ecologia do parto e nascimento, aqui no R. J., um dos convidados conferencistas foi Michael Odent, um dos precursores da humanização do parto. Este congresso foi um marco para a desconstrução de um modelo de enfermagem obstétrica, que era muito ligado ao modelo biomédico, ... (Ent. 11).*

Começava também um movimento na categoria para recriar seu órgão de classe.

*A UERJ se tornou um pólo de referência e, com todo o movimento político, do sindicato e o movimento inicial de resgate da associação Brasileira de Obstetrixes (ABO), conseguimos reativar a ABO. Depois da reativação fizemos uma reunião aqui no R. J., convidamos enfermeiros de outros estados e nesta reunião, decidimos transformar a ABO em ABENFO, e ela tomou outro rumo. (Ent. 11).*

*Eu era muito jovem (década 70), bem animada com as questões da obstetrixia quando conheci M. de L. G. de A., presidente do sindicato das parteiras. Ela me convidou para participar do sindicato com a ideia de iniciar um processo de revitalização da entidade com a inserção de um novo quadro social, o de enfermeiras obstétricas. As parteiras resistiram a princípio, mas logo entenderam a importância da força de mais um segmento profissional, já que o sindicato estava sendo dividido com outras associações de mulheres. (Ent. 11).*

## - Inserção profissional e qualidade da assistência

A boa atuação das profissionais e a qualidade da assistência oferecida por elas contribuem para dar continuidade ao trabalho das enfermeiras obstétricas.

*Agora, a qualificação tem de estar atrelada a inserção com a qualidade, se eu inserir na equipe uma enfermeira obstetra que não está qualificada adequadamente, a assistência fica do mesmo jeito, não haverá nenhum diferencial (...) Apesar das formações diferentes, entrada direta – obstetriz ou enfermeira obstetra, o que se deve garantir é o grau de autonomia destas profissionais para atuar, para garantir realmente este espaço para elas. (Ent. 1).*

*... temos que zelar pela nossa competência, é isso que a ABENFO está buscando assegurar, porque tem o discurso da incompetência das enfermeiras em muitas partes do país, e estão rezando para dar errado, para ir lá para a mídia, para mostrar que nós não temos competência. (Ent. 4).*

## **- Campo de trabalho**

O afastamento destas profissionais da assistência ao parto se deu parcialmente (ou em determinados locais), e concomitantemente com a ampliação do campo de atuação da enfermagem. E, os conflitos da obstetrícia, são relatados por uma entrevistada como fator que também contribuiu para diminuir a procura pela área.

*Durante todo o século XX as parteiras diplomadas foram formadas e absorvidas pelas maternidades de São Paulo, elas atuavam muito menos no parto domiciliar ou não institucional e no trabalho autônomo. Sua inserção no serviço obstétrico domiciliar foi muito forte aqui em São Paulo, num período anterior. (Ent. 8).*

*Aqui em São Paulo na década de 1980, a enfermeira obstétrica tinha espaço para trabalhar na sala de parto. Nas maternidades privadas elas ficavam na admissão, acompanhavam o trabalho de parto; nas maternidades conveniadas e principalmente nas maternidades públicas as enfermeiras obstétricas faziam o acompanhamento do trabalho de parto e os partos normais. (Ent. 8).*

*Ao mesmo tempo as oportunidades para a enfermagem se ampliaram a partir dos anos 80, quando me formei tínhamos basicamente três campos de atuação, (...) começava a ser criada a cultura das UTIs, e a enfermagem encontrou um bom campo para trabalhar. Muitas graduandas que antes optariam pela obstetrícia, preferiram fazer UTI, que é um trabalho interessante e excitante. (Ent. 10).*

*Hoje não, você tem uma diversidade muito grande de opções de trabalho na enfermagem, a obstetrícia é mais uma delas, não há mais um tripé entre a obstetrícia, saúde pública e enfermagem hospitalar. (Ent. 10).*

*Ficou muito mais amplo e ninguém vai escolher uma área com tantos conflitos e explosiva como a obstetrícia. (Ent. 10).*

Outros fatores que contribuíram para o afastamento das enfermeiras obstétricas foram o despontamento do modelo biomédico e a ascensão da assistência privada. Este modelo de assistência se consolidou de maneira tão forte e rápida que, em menos de um século, é considerada histórica.

*Temos historicamente uma política de saúde muito centrada na figura do profissional médico e nos convênios, no particular, onde ainda se tem uma visão de que a população só é bem atendida onde se paga pelo serviço. A política de saúde esta centrada na visão de mercado, e nunca foi história da enfermagem estar inserida nessa política. Os grandes feitos da enfermagem se fazem nos ambientes públicos, na assistência pública. (Ent. 4).*

E, foi-se desenhando um outro modelo de assistência.

*No início da década de 1980 tínhamos mercado de trabalho, apesar de já começar a despontar a cultura das cesarianas e, a medicina de grupo cresceu muito nos hospitais. Com isto, foi-se desenhando um modelo de atendimento obstétrico eminentemente médico, voltado para a resolução cirúrgica e os hospitais não se preocuparam em criar outra realidade, pelo contrário, ampliaram seus centros cirúrgicos e os convênios. Os médicos não tinham limite de número de gestantes para atender pois podiam administrar, resolvendo tudo por cesariana. Não havia nenhum controle do trabalho médico sobre isto, particularmente nos convênios. (Ent. 10).*

*Só que mesmo formando essas enfermeiras junto com os médicos, elas não foram atuar diretamente nos centros obstétricos e na época, não tinha centros de parto normal, casas de parto. Elas ficaram trabalhando nas maternidades, mas na parte burocrática, não tiveram uma atuação direta no parto, na assistência à mulher. Ela fazia as outras atividades e aí, não se criou a cultura de um trabalho que a enfermeira podia fazer na obstetrícia. (Ent. 4).*

E, a reinserção das profissionais em dias mais atuais, não será simples.

*Nestes anos todos foi construído na assistência obstétrica um monopólio médico e, entrar nesta área depois de ter saído por 20 anos, significava uma situação de enfrentamento. A comunidade passou a aceitar que parto é um ato médico, e você tem que fazê-la acreditar que o parto é fisiológico. Os desafios para a reinserção passam por vários caminhos, mas a cultura da cesariana e o forte lobby médico, são os mais complicados. (Ent. 10).*

Esse modelo mais intervencionista de assistência provocou complicações no trans parto, que associada a “resolutividade” médica, também contribuiu para diminuir a demanda dos serviços de assistência ao parto prestado pelas parteiras tituladas. Isso interferiu negativamente na formação e na escolha das graduandas em enfermagem, pela área da obstetrícia.

*A situação não mudou por um motivo isolado, juntou tudo, vivenciamos muitos partos normais complicados (aquelas barbaridades que nós mesmos produzimos), e acabamos ficando com medo do parto normal. Atingimos um limite de cesarianas que não estava bom, vimos que precisávamos dar uma parada. (Ent. 10).*

*... as alunas eram colocadas em contato somente com aqueles partos de hospitais universitários, onde foi criada uma cultura que nenhuma mulher queria ter parto normal, ninguém queria fazer obstetrícia, pois era violenta, indigna e humilhante. As*



*alunas falavam que não queriam um parto assim, muito menos essa profissão e mesmo ainda a área, pois, não dava para aguentar, sendo mulher, viver essa realidade. (Ent. 10).*

## **- Medidas para reversão do quadro de assistência**

Diante dos resultados da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, centrados no modelo biomédico, o Ministério da Saúde toma uma série de medidas, como limitar o número de cesarianas por instituição, resgatar a enfermeira obstétrica para assistir ao parto, financiar cursos de especialização, a criação de portarias e normas que incentivavam o parto normal, dentre outros. Estas medidas tinham como objetivo modificar a assistência à mulher com um atendimento menos intervencionista, mais humanizado e que repercutisse na redução do número de intervenções desnecessárias, de parto cesariana e proporcionasse uma assistência humanizada.

*O Ministério começou fazendo uma regulação pagando o mesmo valor para o parto normal e o parto cesariana, depois sugeriu que dois médicos assinassem a necessidade da cesariana, como se fosse uma segunda consulta. Somente à partir de 1995/96 é que tiraram da cartola a figura do enfermeiro obstetra. (Ent. 10).*

*... a política de limitação do número de cesarianas sinalizou a preocupação do Ministério com algo que ele não estava preocupado e que não incomodava até 1982/83 e mostra que à partir 1996, o assunto começou a incomodar e que, o modelo assistencial baseado em convênios ou dentro do Sistema Público centralizado no médico, começou a fazer estragos. (Ent. 10).*

*Para rever as estratégias, foi necessário fazer um diagnóstico, e nele constatamos que tínhamos uma alta taxa de cesárea, que o nosso modelo era muito intervencionista, e entre as tantas estratégias apontadas para mudar esse modelo, para humanizar a atenção, figurava a formação de enfermeiro obstetra, que nós sabíamos que existia em um número muito reduzido no Brasil. (Ent. 2).*

*Essa linha de ação de financiamento de escolas de enfermagem para formação da enfermeira obstetra, foi inserida num contexto mais amplo de humanização da atenção ao parto (Ent. 2).*

As cobranças da sociedade e de grupos organizados, em especial o movimento feminista, por uma política de saúde à população feminina mais ampla e diferente da então vigente, contribuíram para a criação e modificações do PAISM.

*Antes, em 1974 tivemos o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, que ficava a cargo só do Ministério da Saúde, ele não deu certo e se limitava a mulher no ciclo gravídico puerperal. Em 1978 é o mesmo programa, a mulher como objeto da reprodução porém, ficava sob responsabilidade também do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que entrava com dinheiro para melhorar o programa, expandí-lo às unidades básicas e a nível de campanhas. (Ent. 7).*

Este programa foi importante não só para a assistência à mulher, mas também para a mudança na formação, o resgate e valorização da enfermeira generalista e da enfermeira obstétrica.

*O enfoque de objeto da reprodução da mulher mudou no segundo movimento do PAISM, ela passa a ser vista como sujeito e incluiu-se no programa, as necessidades ginecológicas, DST-AIDS, orientação, etc. Aparece a consulta de enfermagem como uma atividade fim, prevista em lei, e a inserção da enfermeira na equipe multidisciplinar, é exigida no atendimento do PAISM. (Ent. 7).*

*Em 1984 avançamos nos programas da prevenção do câncer, das DSTs, nas ações políticas do materno-infantil que já haviam começado em 1975, não era muito diferente disto. (Ent. 09).*

*Não fui pela minha produção acadêmica, que na época era relacionada com temas tidos como tabus, que era discutir a descriminalização do aborto, direito ao aborto, violência contra a mulher. Esses temas eram proibitivos na década de 1980 para 1990, as escolas de enfermagem, apesar de formar enfermeiras obstetras, não falavam desses temas. (Ent. 09).*

*Com a política de saúde de 2004, alguns enfermeiros habilitados e especialistas permanecem no modelo tradicional, biomédico, e outros buscam novas intervenções não só do estado, mas dos movimentos sociais de gênero e do movimento feminista. (Ent. 7).*

*Nesse campo da saúde da mulher, temos um vínculo e somos muito monitorados pelo movimento de mulheres, ... (Ent. 2).*

*Durante a minha formação o curso começava a sofrer modificações, pois em 1984 é lançado o PAISM, com todo o movimento social para se discutir a ideia da mulher ser vista de forma única. (Ent. 09).*

## **- Impactos da formação**

Estas medidas ampliaram a assistência à mulher e demandaram um número maior de profissionais especializadas. Porém, com a redução na formação destas profissionais nas décadas anteriores, o número destas profissionais disponível era pequeno. Para atender a esta tendência das políticas de assistência, houve uma mobilização entre o Ministério da Saúde, ABENFO, algumas escolas de enfermagem e profissionais da área, para se discutir modelos de formação para capacitar e titular profissionais, e atender a

necessidade do oferecimento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com financiamento do Ministério da Saúde.

*Fizemos isso (organização da categoria) nessa retomada da formação a partir de 1999, quando conseguimos formar um grande número de enfermeiras obstetras no país, o número aumentou significativamente, mas não é suficiente. (Ent. 3).*

*... (a criação de cursos de especialização atenderam) às recomendações que o Conselho Diretor Nacional da ABENFO fez no Congresso Brasileiro de Enfermagem de Salvador em 1998, sobre as diretrizes para a formação de enfermeiras obstetras. Naquela ocasião estávamos muito preocupadas com o tempo de formação, seu custo e a necessidade de aumentar o número de profissionais em menos tempo, então, foi proposto que as Escolas de Enfermagem ministrassem cursos de especialização mais enxutos. (Ent. 8).*

*Nesses 6 anos de cursos financiados pelo Ministério, formou-se um número maior de enfermeiras obstétricas, que as escolas de enfermagem durante 20 anos. (Ent. 8).*

A atuação das profissionais e os “investimentos” ocorridos para qualificar enfermeiras obstétricas, a partir da década de 1990, são vistos como um avanço para a especialidade, uma vez que, incentivaram os graduandos em enfermagem a procurarem a área.

*... as mudanças começaram a acontecer, já estão em curso, cada vez mais os graduandos em enfermagem estão interessados na área, vêem com respeito. Percebemos a valorização de uma área quando pessoas querem ser igual a você, quando você inspira futuras gerações. Saber que novas parceiras estão sendo formadas e que estão vindo com entusiasmo, que isso é fruto do trabalho feito nesses anos, nos dá conforto e status à profissão. (Ent. 10).*

*Posso falar dos vinte anos que acompanho a enfermagem obstétrica, já melhoramos muito, conseguimos um espaço maior e mostrar algum resultado da nossa atuação. (Ent. 3)*

## **- A aproximação com a área**

As falas a seguir mostram a importância do ensino da graduação para o incentivo dos futuros profissionais para a área.

*A formação do enfermeiro na área da saúde da mulher começa na graduação, (...) Isso já é a origem da formação do generalista para a área. Sempre falamos das especialistas, como se não tivessem nenhum conhecimento prévio, mas elas já têm uma formação básica como generalista, ou seja, o enfermeiro se forma e pode dar o atendimento à mulher ... (Ent. 7).*

*Há na graduação uma formação na área, com uma carga horária de pelo menos um terço da carga horária total do curso, com uma abordagem na categoria mulher e posteriormente, no ciclo grávido-puerperal. A generalista forma sabendo fazer atendimento de pré-natal, à mulher no parto sem fazer o parto, no puerpério e ao*

*recém-nascido, o perinatal. Ou seja, a formação se inicia na graduação com um bom conteúdo básico, para que a generalista atenda a mulher... (Ent. 7).*

## **- Reconquistando o espaço de atuação**

Nessa construção histórica com perda de espaço de atuação, mudanças no modelo de assistência e resgate da atuação das profissionais, as enfermeiras obstétricas começaram a se qualificar, fortalecer e se unir para “ocupar” novamente o campo de atuação. Este movimento que parece ter começado independente e isoladamente, fez a Enfermagem de um modo geral, e a Enfermagem Obstétrica em particular, crescer, se posicionar, ser reconhecida e valorizada como profissão.

*Essa transformação começou com algumas pessoas, as coisas foram se anunciando aqui, ali, e no final todo mundo buscava a mesma coisa, mas não foi percebido como um conjunto. (Ent. 10).*

*Vemos que não só a enfermagem obstétrica, mas a enfermagem de um modo geral é uma das profissões dentro da área da saúde que mais cresceu. (Ent. 10).*

*Do meio da década de 1990 para cá, vivenciamos a formação de uma massa crítica de enfermeiras obstétricas na docência, hoje já temos um número grande de enfermeiras obstétricas que fizeram além da especialização, o mestrado e o doutorado, e que tem perfil de enfermeiras obstétricas. Não tínhamos isso até o final da década de 1990, quando se formava cada vez menos enfermeiras obstétricas, ou elas não tinham experiência clínica. Muitas escolas de enfermagem não tinham enfermeiras obstétricas, mesmo na especialização. (Ent. 8).*

*Vemos que a participação das profissionais é crescente, tanto do ponto de vista de ocupação no mercado de trabalho, como na produção de conhecimento científico porque, na medida em que você se apropria do objeto de seu trabalho, você começa a refletir sobre ele e a produzir conhecimento específico. (Ent. 10).*

*A enfermagem cresceu tanto em termos de formação, quanto de inserção social e com isso, ficou mais fácil trazer um status para a obstetrícia, ... (Ent. 10).*

*... a enfermeira obstetra também deu muito status para a enfermagem, sem dúvida os recentes trabalhos destas profissionais relacionados à autonomia profissional, deram grande visibilidade à enfermagem pois, não trabalhamos necessariamente subordinadas ao médico, e sim ombro a ombro ou até independente dele, que é o caso das casas de parto. (Ent. 10).*

*Eu não tenho a menor dúvida de que tanto a enfermagem obstétrica quanto a obstetriz estão em franca ascensão, enquanto profissão no mundo. (Ent. 10).*

*... uma profissão é definida quando você determina o que é feito pelos profissionais e não os outros, quando você julga os seus pares e não o outro e tem um*

*conhecimento próprio. Estamos caminhando fortemente para isso, particularmente a enfermagem obstétrica. (Ent. 10).*

## **- A reconquista**

Na década de 1990 e início de 2000, há relatos de expansão na enfermagem obstétrica, permitindo sua penetração em diferentes locais de atuação e nos diferentes estados brasileiros.

*Em uma década nós entramos em vários contextos da assistência, onde não estávamos. Em centros de parto, em casas de parto, em partos domiciliares e também em maternidades que nunca tinham ouvido falar que existia enfermeiro obstetra. (Ent. 5).*

*... hoje os estados do Sul e do Nordeste já tiveram ou estão oferecendo cursos de especialização, e isso está fazendo a diferença. Nós conseguimos ter associação e seccionais espalhadas pelo Brasil, mesmo com muitas dificuldades, sabemos a quem nos referir naquele local, porque agora, lá tem aquela enfermeira obstétrica e antes não tinha, (Ent. 5).*

*Nós estamos dentro de um cenário que não existia, antes os médicos assistiam a todos os partos porque não tinha enfermeiros, ou em número suficiente nas instituições, eles já estavam acostumados, e de repente surge um número maior de enfermeiros com especialização dizendo que agora vão assistir ao parto, ... (Ent. 5).*

E as profissionais estão desenvolvendo uma assistência diferenciada nos locais onde estão conseguindo atuar.

*Há pouco participei de um evento em C. que trazia as experiências exitosas do SUS na redução da mortalidade materna e neonatal. No final do evento ficou muito claro, pelo menos para mim, que todas as experiências que obtiveram êxito, foram nas instituições que se investiu na enfermeira obstétrica e, as grandes mudanças foram elas que levaram em frente. (Ent. 4).*

*Pode não ter gerado muita mudança, não estar muito inserido naquelas instituições que tradicionalmente acham que não é necessário o enfermeiro lá, porque têm outros profissionais para assistir ao parto, mas, no novo modelo de assistência, o especialista está fazendo a diferença, temos exemplos em todo o Brasil. (Ent. 5).*

Porém esse movimento de ascensão da classe diminui, e é visto como uma acomodação.

*Tivemos um movimento nacional grande, mas nesse momento, estamos vivendo uma fase de acomodação novamente. (Ent. 09).*

Se por um lado as entrevistadas relatam que as profissionais e a profissão foram valorizadas, por outro, mostram a dificuldade de se consolidar, e das profissionais assumirem de fato cargos de coordenação e de comando.

*As enfermeiras obstetras não se solidificaram, não se fortaleceram de 1998 para cá, apesar de todas as políticas que foram publicadas, ... (Ent. 09).*

Esta dificuldade pode estar influenciada pela submissão da categoria à categoria médica.

*Uma das minhas maiores surpresas, porém negativa, foi quando cheguei no Ministério, e começamos a reunir com coordenadores da área da saúde da mulher dos estados e das capitais, e constatei que 70 % deles eram enfermeiras. Porém, elas exerciam exatamente o poder de subalternidade, não tinham poder algum, com raríssimas exceções, porque o secretário era um médico ou era um político. (Ent. 09).*

E também pela própria influência da formação.

*Tem algo a ver com a vocação, é um resquício da formação e da história de quem formou as escolas. Se por um lado a religião tem coisas boas na formação das enfermeiras, do ponto de vista gerencial, da organização, da espiritualidade, do acolhimento e do jeito de cuidar das pessoas, por outro, trouxe um atraso muito grande, e isso é muito forte nas escolas. (Ent. 09).*

Vê-se também que as mudanças no ensino sofreram influência das reivindicações da sociedade.

*Nesta escola era oferecido um curso de enfermagem obstétrica tradicional, aos moldes de todas as escolas. Na década de 80, começamos a sofrer uma pressão social de mudança curricular, pois em todo Brasil se discutia PAISM e outros desafios da saúde da mulher, especialmente a adoção do nome saúde da mulher no currículo, que foi um paradigma difícil de ser rompido pelas professoras. (Ent. 09).*

Mas há uma dificuldade de formar para assistir em um outro modelo, e, isto se deve em parte, às poucas mudanças ocorridas de fato, no modelo de formação.

*Na verdade mudou o nome da disciplina, mas não mudou a ideologia. A formação jamais mudou, continuamos formando parteiras no sentido mais amplo, a formação era toda hospitalar, não formamos para a saúde reprodutiva, não começamos a dar um enfoque mais amplo. Chamava saúde da mulher, mas na verdade a gente ensinava obstetrícia. (Ent. 09).*

*... na enfermagem obstétrica tem a própria visão do materno infantil, discutimos exaustivamente saúde da mulher, mas fazemos saúde materno infantil. Estamos em 2009 e continuamos fazendo mal a assistência materno infantil, pois, continuamos vendo a mulher dentro de um hospital, com a mesma visão tecnicista. (Ent. 09).*

## **- O Curso de Obstetrícia**

Buscando formar profissionais para atuar num modelo diferente de assistência, a USP Leste criou o curso de obstetrícia.

*... a USP Leste criou a formação direta em obstetrícia, ela não se conflita com a formação clássica, enfermagem/especialização, embora tenha tido alguns problemas junto ao conselho, que prefere a formação de graduação em enfermagem e depois a especialização. (Ent. 10).*

E, atuação das parteiras tituladas não é amplamente aceita, mostrando um ciclo na história da assistência ao parto no Brasil.

*Os médicos vêm sofrendo a perda de alguns espaços e eles não estão preparados para buscar novos, até porque eles já ocupam outros espaços e esse surgiu porque eles se afastaram, nós resgatamos algo que era nosso a vida inteira, das mulheres, das parteiras, das enfermeiras e que eles tomaram de nós. Estamos tentando resgatar porque eles próprios estão abrindo espaço, estão oferecendo uma assistência medicalizada, que não é o que queremos para as mulheres, nem o que elas gostariam de receber. Mas, em dado momento, eles deram conta de que estavam perdendo espaço e resolveram recuar, voltar atrás, e estão discutindo a possibilidade de nos afastar mais uma vez do espaço de assistência ao parto. (Ent. 6).*

Confirmando o relato da dificuldade das profissionais assumirem novamente espaços de atuação.

## Coadjuvantes das Mudanças no Contexto do Ensino e da Prática

<b>Mudanças no contexto do ensino</b>	<b>Mudanças no contexto da prática</b>	<b>Mudanças que envolvem o ensino e a prática</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A qualificação como estratégia de enfrentamento</li> <li>- Incentivo à formação</li> <li>- A criação do curso de obstetrícia</li> <li>- Vantagens da formação direta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição das ações legais da profissão</li> <li>- Inserção em diferentes campos de atuação</li> <li>- A política de Humanização</li> <li>- Sensibilização de profissionais</li> <li>- O trabalho em equipe</li> <li>- A atuação como meio de divulgação da profissão e do trabalho</li> <li>- A valorização do trabalho realizado pelas enfermeiras obstétricas</li> <li>- Os Centros de Parto Normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reativação da ABENFO</li> <li>- Políticas Ministeriais</li> <li>- Profissionais atuando junto aos gestores</li> <li>- Utilização do marco conceitual do PAISM</li> <li>- Docentes x Campo de prática</li> <li>- As parcerias</li> </ul>



## Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática

Buscou-se nesta categoria convergir as falas que mostram ações e medidas que têm facilitado, ou mesmo promovido a atuação das enfermeiras obstétricas. Estas medidas perpassam as questões legais da profissão, como a definição das ações que podem ser desempenhadas pelas profissionais, a criação de seu órgão de classe, as políticas de saúde / humanização da assistência, a formação crítico reflexiva de profissionais, à criação do curso de Obstetriz, dentre outros.

## Mudanças no contexto do ensino

### -A qualificação como estratégia de enfrentamento

Um bom ensino teórico e prático, permitindo às alunas / profissionais desenvolverem uma assistência segura, autônoma e, com condições de enfrentamento, para mudar o modelo da assistência, quando se fizer necessário, aproximou as profissionais da prática da assistência.

A boa qualidade do curso, mesmo com uma carga horária menor, contribui para a melhoria da formação.

O aprimoramento *strictu sensu* e *lato sensu*:

*Nesse resgate, tanto o docente que fez mestrado e doutorado, quanto o docente que se capacitou como enfermeira obstétrica, traz a possibilidade de uma atuação mais crítica e de ensino contextualizado, para enfrentar esse modelo biomédico, baseado em intervenções médicas... . (Ent. 8).*

*E, a qualificação da especialista tem que ser completa, porque além de fortalecer tudo que é dado na graduação, são acrescentados os programas políticos e os societários. (Ent. 7).*

*... os enfermeiros que estão cursando as especializações atualmente, têm essa visão de humanização, de práticas baseadas em evidências, são enfermeiros que estão saindo com uma boa formação. (Ent. 5).*

*... por causa da competência com a qualificação, as especialistas se sentem mais seguras para tomar determinadas decisões, para se envolver. Por mais que se diga que a consulta à gestante é para a enfermeira generalista, que não precisa ser especialista, é preciso se sentir segura para realizá-la ... (Ent. 5).*

*Agora esse profissional tem que ter autonomia, tanto para decidir o que é bom e o que não é durante o atendimento, quanto para formar profissionais dentro daquele modelo que ele acredita. (Ent. 10).*

*É comum o acadêmico, o residente de medicina ou o obstetra estarem na sala de parto, mas a referência da parturiente é a enfermeira que pode não estar na assistência ao parto em si, mas acompanhou o trabalho de parto. E quando não é a enfermeira especialista, observamos que não é a mesma coisa, a generalista, por mais que tenha feito uma boa graduação, que goste da área, sabemos que não é igual. (Ent. 5).*

E, uma boa qualidade dos cursos, mesmo com uma carga horária menor, contribui para a melhoria da formação.

*Se compararmos o curso que fiz em 1988 de 1300 horas, com o que nós oferecemos que tinha uma carga horária mínima de 600 horas e estava dentro dos critérios estabelecidos pelo Ministério, acho que avançamos bastante. (Ent. 5).*

## **- Incentivo à formação**

O compromisso de gestores com a política de saúde da mulher e o reconhecimento das peculiaridades e necessidades regionais do país, resultaram na liberação de recursos financeiros para o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica.

*... o ministro H. C. havia anunciado no 08 de março de 2004, que a saúde da mulher era uma prioridade da sua gestão e ele tinha se comprometido a apoiar os cursos. Isso possibilitou que repassássemos os projetos que já não tínhamos mais recursos para pagar, já que os recursos tinham ido para outra secretaria, ... (Ent. 2).*

*A formação da enfermagem obstétrica é uma ação do pacto nacional de mortalidade materna, e embora tenha esse compromisso costurado entre os gestores dos três níveis, eles podem dar prioridade a essa ou aquela estratégia. (Ent. 2).*

*Com relação à formação das especialistas foi muito tranquilo pois nós já tínhamos lançado em 1998/1999, a norma técnica de atenção humanizada ao parto e para isto, tínhamos promovido a discussão da importância da enfermeira obstetra como estratégia. (Ent. 2).*

*Em 1984, esse programa começa a reconhecer as diferenças e necessidades regionais do país, que é tão extenso e com necessidades específicas para cada região (Ent. 7).*

## **- A criação do curso de obstetrícia**

A criação do Curso de Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), USP Leste, é vista como um direito da universidade, cuja legislação lhe dá autonomia. O curso é considerado como mais uma opção para a melhoria da qualidade da assistência.

*Esses avanços e necessidades contribuíram para a retomada de uma escola de tradição para a formação de obstetrizes, de fazer valer a autonomia universitária e, de acordo com as diretrizes curriculares, formar um profissional que para mim, vem a somar a qualidade da atenção na saúde da mulher. (Ent. 7).*

A formação de obstetrizes e sua inserção na assistência ao parto não comprometerão a atuação das especialistas em obstetrícia, sendo possível a convivência dos profissionais de formação diferente.

*Tanto o enfermeiro obstetra formado com qualidade quanto a obstetriz formada na graduação, tem condição de prestar assistência. Esta última não inviabiliza a formação da especialista, ela tem que continuar até porque não temos condição de ter a graduação de obstetriz, em todo lugar. Isso depende de muitos fatores. (Ent. 3).*

## **- Vantagens da formação direta**

As entrevistadas acreditam que, este tipo de formação pode contribuir para uma assistência menos intervencionista, por sofrer menos influência do modelo biomédico.

*... o curso de obstetriz que está acontecendo na USP, vai fazer a diferença, pois não está ligado à área biomédica, e esse é um grande desafio, temos que pensar a importância do curso de enfermagem ou de obstetrícia desligado do modelo biomédico, esse é um ganho maravilhoso para a família, e aí você vai formar profissionais com um olhar diferente. (Ent. 11).*

*O modelo assistencial que a formação faz opção, é mais importante que ser enfermeira obstetra ou obstetriz. Acredito que tem viés na formação da enfermeira obstetra, pois é uma formação voltada para a tecno medicina do hospital, é uma formação pautada na doença, e a obstetrícia faz sua formação toda sem esse viés. (Ent. 1).*

*São as habilidades e competências atitudinais que têm que ser trabalhadas em ambos os processos de formação. Eu não tenho dúvida que a formação da obstetriz, dá mais tempo para você trabalhar isto, porque ela já é toda focada nesse aspecto. (Ent. 1).*

*Talvez a obstetriz tenha mais pendor para trabalhar com o parto não hospitalar e os enfermeiros de formação com especialização, teriam facilidade para migrar para o alto risco obstétrico, para a neonatologia, e não ficar somente com a atenção ao parto de baixo risco. A obstetriz teria que se concentrar mais na gestação e nascimento de baixo de baixo risco, ela não tem uma formação para trabalhar nas áreas de gestação e neonatologia de risco. (Ent. 10).*

*O curso deve ampliar a possibilidade de atuação das obstetrizes, para que elas possam atuar não particularmente na assistência ao parto, mas que possam prestar assistência à saúde da mulher como um todo e à família. A ideia de formar alguém na graduação com essa especificidade, amplia, possibilita se ter um profissional com foco na saúde materna e perinatal. É uma profissão que existe no mundo, ... (Ent. 8).*

## Mudanças no contexto da prática

### - Definição das ações legais da profissão

A definição e a delimitação das ações que são da competência da profissional enfermeira obstétrica foram fundamentais para subsidiar o trabalho das profissionais e suas reivindicações.

*... G. me convidou para exercer o cargo de consultora técnica e isto nos levou a desenvolver um projeto de decodificação do exercício da enfermagem obstétrica. Minha inserção no Conselho foi para participar da decodificação e consultoria técnica das ações que o enfermeiro realmente teria competência para realizar e até onde o especialista poderia ir, dentro da legislação 7498. (...) O conselho baixou resoluções garantindo o exercício da enfermagem em muitos aspectos. (Ent. 11).*

A abrangência e a complexidade que envolve a atuação da enfermeira obstétrica se iniciam durante a formação das profissionais.

*Inserimos o aluno nestas discussões (saúde da mulher e mortalidade materno infantil), através de seminários promovidos pelo sindicato das parteiras e F. E. da UERJ, discutíamos as funções da enfermeira obstetra, queria ouvir dos alunos e*

*das enfermeiras que atuavam em maternidades, como o enfermeiro poderia contribuir na atenção à mulher de maneira integral. (Ent. 11).*

*Quando minhas alunas de graduação chegam relatando que estão tristes porque quase não teve parto na semana, sempre digo para elas que se elas forem boas enfermeiras e souberem fazer um bom acompanhamento do período de dilatação, está muito bom porque, o que importa não é assistir um, dois ou três partos, e sim, é você saber acompanhar o trabalho de parto, isso é específico da enfermagem e, se elas não fizerem, ninguém vai fazer. (Ent. 5).*

*Falamos muito do momento do parto, mas se fizermos uma investigação de como é a inserção desses enfermeiros no centro obstétrico, no pré-parto, o que eles estão fazendo de diferente, vemos que ele pode não estar assistindo ao parto em si, mas acompanhou todo o progresso do trabalho de parto, que o acadêmico e o residente de medicina não fazem e, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, a orientação de acompanhante, todo esse processo de cuidado é muito específico do enfermeiro. (Ent. 5).*

*Eu tinha meu espaço pois, apesar de ter três obstetras, a ausculta de batimentos não era realizada conforme preconizado, as dinâmicas não eram feitas, as mulheres não tinham acesso a todo o arsenal de práticas baseadas em evidências, então vi que tinha como trabalhar ali, que podia melhorar a assistência. (Ent. 1).*

A busca de mecanismos para inserir a profissional nos blocos obstétricos, conjuntamente com a tentativa de mudança do modelo de assistência, bem como, as políticas de humanização, ampliou o campo de atuação das profissionais e proporcionou maior visibilidade ao seu trabalho.

## **- Inserção em diferentes campos de atuação**

*Houve também um momento que achamos importante, que era inserir a enfermagem nas maternidades do R. J., num setor muito crítico que era o pré-parto. Uma das nossas colegas de departamento, a Prof. J. M. P. fez concurso para o município e escolheu trabalhar na maternidade de alto risco F.M., maternidade que usávamos como campo de estágio. Estrategicamente o departamento achou conveniente que ela fosse para esta maternidade e ela teve a oportunidade de assumir a chefia e elaborar um projeto para inserir as enfermeiras no pré-parto. (Ent. 11).*

*Politicamente achamos interessante também, inserir enfermeiras em diferentes maternidades, para isto, os docentes iam para diversos campos de prática. Usávamos como estratégica na faculdade de enfermagem, realizar o estágio das disciplinas Enfermagem em Saúde da Mulher e da Criança em diferentes maternidades, com o propósito de divulgar entre os profissionais, as funções da enfermeira obstétrica, com isto fomos fazendo um movimento de formiguinha no R. J., inserindo as enfermeiras e alunos em diferentes unidades, plantando uma sementinha sobre o trabalho da enfermeira obstetra. (Ent. 11)*

*... foi aberto concurso público no estado do R. J., então discutimos no sindicato das parteiras a importância de pedirmos na Secretaria Estadual, que o concurso para a enfermagem fosse por áreas de habilitação, tendo como objetivo locar enfermeiras obstetras nas maternidades estaduais do R. (Ent. 11).*

## **- A política de Humanização**

*Isso (política de humanização) é um marco pois, a partir de agora, todas as maternidades em nível nacional tem que estar se organizando dentro desse novo paradigma. Se nós estamos avançando nesses paradigmas, nós temos que ter ações estratégicas para cada uma daquelas linhas de ação que consolidam a humanização e, a inserção do enfermeiro obstetra, é uma dessas estratégias. (Ent. 2).*

## **- Sensibilização de profissionais**

O movimento de sensibilização de profissionais e entidades, para promover uma mudança no modelo de assistência, e se desenvolver um trabalho multidisciplinar, de qualidade e com resultados diferentes.

*O Ministério está tentando uma política de sensibilização para a necessidade de mudança de modelo, estão sensibilizando entidades, estão sempre trazendo a FEBRASGO para a discussão, mas geralmente os que vêm são aqueles mais abertos a mudança da política, aí quando eles voltam é difícil repassar para os outros profissionais. (Ent. 4).*

*O Ministério está tentando intermediar a busca de um espaço onde possa sentar na mesa as várias entidades, inclusive a categoria da enfermagem obstétrica com os médicos, para fazer essa discussão e buscar um consenso. E, essa negociação só chegará a um consenso, quando houver uma visão mais ampla de saúde, de equipe multidisciplinar, aí vamos conseguir avançar. (Ent. 4).*

*Essa discussão começou a acontecer no Ministério em 1984 com a elaboração de todo o material normativo e dos documentos políticos, se falava muito dessa questão geral, da importância de haver uma atuação em equipe multidisciplinar, solidária e parceira, entre as diferentes categorias. (Ent. 2).*

## **- O trabalho em equipe**

Uma equipe de trabalho bem estruturada, entrosada e com funções definidas, contribui para que o trabalho seja de qualidade, harmonioso e respeitoso, fazendo com que a lei do exercício profissional seja um complemento, para o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar.

*... quando o enfermeiro consegue desenvolver um trabalho em equipe, demonstrando a competência que ele tem, a sua formação, ele não têm tanta dificuldade com a equipe médica. A postura, a atitude do profissional e a forma como ele se relaciona com os outros membros da equipe interfere muito. (Ent. 5).*

*Em A. (cidade), que é um município que fica a uma hora e pouco de S. (cidade), tem uma maternidade onde a maioria dos partos é realizado por enfermeiras, onde a equipe trabalha muito bem a atuação da enfermeira e elas vem crescendo em relação à atenção, à assistência. (Ent. 6).*

*... uma equipe interdisciplinar, onde cada um tem sua autonomia para atuar. Tem o neo, a obstetrix, o médico obstetra, está bem recortadinho, o que é fisiológico e o que não é. Às vezes as coisas se embaralham, mas o centro de parto normal tem as enfermeiras obstetras e temos algumas regulamentações como a utilização do partograma, o controle do horário, a realização de exames como cardiotocografia, etc., e, se detectado alguma anormalidade, é dever da obstetrix, da enfermeira obstetra, chamar a retaguarda médica. (Ent. 10).*

*... a lei 7498 do exercício profissional diz que o enfermeiro tem uma parte privativa e tem uma parte em equipe. (...) aborda o trabalho em equipe, ela pode dar atendimento à pacientes até a chegada do médico, identificar graus de riscos, atender a gestante, assistir ao parto normal sem distócia e o puerpério, o ciclo gravídico puerperal todo. (Ent. 7).*

## **- A atuação como meio de divulgação da profissão e do trabalho**

Na medida em que as enfermeiras obstétricas começaram a penetrar em diferentes locais, segmentos e representações, e a desenvolver uma assistência de qualidade, seu trabalho foi se firmando, e os espaços de atuação ampliando.

*Nós temos que formar para atender o descaso da morbimortalidade materna, cujas taxas são controladas pelo Ministério, através do Comitê de Mortalidade Materna. E nós enfermeiras passamos a ter assento nesses órgãos, no nacional, no internacional e nos comitês seccionais. Isso foi um grande avanço das políticas na década de 1980. (Ent. 7).*

*Fui parar lá na secretaria a partir das minhas inserções em eventos, falando do trabalho da enfermeira obstetra, representando a ABENFO, fui tendo uma visibilidade, apesar de não ser eu a representante da ABENFO na Comissão Perinatal, mas essa minha inserção de estar representando a enfermagem obstetra nos eventos, me deu visibilidade, ... (Ent. 1).*

*Todas essas maternidades têm enfermeira obstetra inserida no programa, mas isso se deu devido a vontade político governamental da Coordenação Técnica de Saúde da Mulher, que influenciou nessa inserção e na criação da Casa de Parto (...) Na casa de parto, as enfermeiras atendem o pré-natal, o parto natural e fazem atendimento à família com qualidade. É necessário mais casas de parto para aumentar o número de atendimentos, mas para isso tem que ter vontade política do governo, e agora está parado, ... (Ent. 7).*

*Em todas as maternidades, quem carrega o movimento de humanização, de mudança, a inserção do acompanhante, são as enfermeiras. São elas que fazem e elaboram estratégias para implementação, que fazem todo o planejamento, os*

*relatórios para uma maternidade concorrer ao prêmio Galba de Araújo e muito mais. (Ent. 5).*

*Naquela maternidade tinha uma enfermeira que a gente chamava de facilitadora, que ficava com o grupo de alunos no estágio da especialização, (...) Isso foi muito positivo porque gerou uma mudança nas maternidades que receberam as nossas alunas, (...) Os profissionais das maternidades que receberam nossas alunas começaram a se acostumar com a atuação das enfermeiras, ... (Ent. 5).*

E há um esforço de algumas profissionais, em divulgar esse trabalho.

*... levamos (USP e ABENFO/SP) para a Secretaria de Saúde de São Paulo, uma proposta de criar equipes de enfermeiras obstétricas nas maternidades e a sugestão de abrir concursos específicos. Queríamos mostrar para a área de Saúde da Mulher, que nós existíamos. (Ent. 8).*

## **- A valorização do trabalho realizado pelas enfermeiras obstétricas**

O reconhecimento do trabalho, o apoio dos diretores, coordenadores e da chefia imediata, e a sensibilização dos profissionais, em especial dos médicos, foram destacados como essenciais para o desenvolvimento da assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas.

*Nesse momento estamos com um projeto de extensão na maternidade, que chamamos de Parto Alternativo, onde estamos tentando romper essa barreira mais uma vez, estamos começando a estruturar a assistência para um parto humanizado, só temos ficado lá dois dias, porque são os dias em que a equipe se coaduna e respeita o trabalho, facilitando a nossa permanência. (Ent. 6).*

*Lá a enfermagem fazia todo um trabalho humanizado, o trabalho dos acadêmicos e residentes da medicina corria em paralelo e diferente, tinha resistência, mas as enfermeiras obstétricas se mantinham ali, depois perdemos totalmente o espaço. Agora esta começando tudo novamente e, para ganhar o espaço, é muito complicado, então a vontade política do dirigente da instituição é muito importante, conta demais porque, se o dirigente da sua instituição não for firme e assegurar a presença da enfermeira obstetra, você não consegue mudar. (Ent. 3).*

*... depende muito da sensibilização dos dirigentes, instituições e das políticas, por que efetivamente, esse apoio do Ministério não acontece realmente, em termos de política, de sensibilizar todo mundo que a enfermeira faz parte da equipe. (Ent. 3).*

*Os lugares em que se vê que a inserção da enfermeira é melhor, é mais pela sensibilização daquela instituição que reconhece que é uma equipe, e que pode ser melhorado com o trabalho da enfermeira obstetra. (Ent. 3).*

*Tivemos uma diretora na maternidade que era enfermeira e captou essa proposta e implementou. (Ent. 6).*



*... isso se deve também ao comprometimento do diretor. As mudanças só acontecem realmente se as pessoas certas, estão nos lugares certos, nos momentos certos, embora as boas intenções e a formação ajudem. (Ent. 10).*

## **- Os Centros de Parto Normal**

A criação dos centros de parto normal é destacada, por possibilitar e dar visibilidade ao trabalho autônomo e independente das profissionais.

*Em 2001 aconteceu um fato marcante, importante para o enfermeiro obstetra, que foi a criação da casa de parto, onde nós atuamos sem a presença do médico, assistindo a mulher e ao recém-nascido. (Ent. 1).*

*... a portaria 985 de 99 que cria o Centro de Parto Normal ou Casas de Parto e dá uma importante contribuição, principalmente porque tem segmento na legislação. Se ela ficasse somente como portaria, ficaria imperfeita, mas a ANVISA com a RDC 36, deu continuidade em relação à área física dos Centros de Parto Normal, o que acabou dando um norte e passa a ser um divisor de águas. (Ent. 10).*

*As casas de parto são um grande marco, elas mostram que a enfermeira obstetra pode mudar a realidade, pode conseguir qualificar a atenção, minimizar as intervenções, promover o parto normal e promover uma assistência qualificada e prazerosa de parto para as mulheres (Ent. 1).*

*Essas políticas contribuíram, deram mais visibilidade principalmente o centro de parto normal, que é polêmica, onde a enfermeira obstetra pode trabalhar sozinha, sem o médico. (Ent. 1).*

*Os Centros de Parto Normal têm sido muito importantes para a inserção, mesmo que seja intra-hospitalar. Neles há um espaço físico, o ambiente, todo um contexto, a mulher está mais envolvida, é mais sujeito, a família participa, existe uma adesão maior da enfermeira à assistência e da instituição com uma política de que a enfermeira obstétrica é a melhor profissional para esse modelo. (Ent. 8).*

*Essa divisão, esse gerenciamento é muito inovador, os centros de parto normal vieram para mudar a realidade da atenção obstétrica no setor público e possivelmente deverá ser o modelo para o setor privado, ... (Ent. 10).*

A necessidade de divulgar e ampliar o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras obstétricas em outras instituições fez com que ela procurasse outros locais para atuar.

*Depois de um tempo, senti necessidade de atuar em outros locais pois, aqui em B.H. era só no S. que a enfermeira obstetra atuava, ... (Ent. 1).*

# Mudanças que envolvem o ensino e a prática

## - Reativação da ABENFO

A reativação da ABENFO antiga ABO (Associação Brasileira de Obstetristas), e sua consolidação.

*... a ABENFO virou uma associação nacional de fato, com seccionais em muitos estados e por mais que se tenha dificuldades, temos uma representação nacional da categoria. (Ent. 8).*

## - Políticas Ministeriais

Os financiamentos de cursos de especialização em enfermagem obstétrica pelo Ministério da Saúde, a partir de 1999 e a criação de Leis e Portarias buscando mudanças no modelo de assistência, contribuíram para a inserção e atuação das parteiras tituladas. Estas medidas ampliaram o campo de atuação das profissionais, auxiliaram na divulgação do trabalho por elas desenvolvido e na sensibilização de gestores, profissionais e da comunidade de um modo geral.

*O Ministério fez e modificou muita coisa, ele chacoalhou com medidas de impacto. Com a criação das casas de parto e de portarias obrigando os serviços a reduzir ou prestar atenção nas taxas de cesariana, linhas de financiamentos para cursos de especialização, e mais recentemente a criação de padrões mínimos para reforma ou construção dos centros obstétricos, não aceitando mais aquele modelo antigo, ele estimula e provoca mudanças. (Ent. 10).*

*As portarias e tudo que o Ministério fez para ajudar, o incentivo para a inserção da enfermeira obstétrica foram muito válidos, foi um ganho muito grande em termos de ter um espaço e ter essa inserção no serviço. (Ent. 3).*

*... o Ministério da Saúde tem procurado inserir o enfermeiro obstetra nas políticas de atenção à saúde da mulher. Sabemos que isso é um trabalho da ABENFO, ela tem participado da criação dessas políticas, ... (Ent. 5).*

*... com relação ao movimento de inserção da enfermeira obstétrica, sinto que a vontade política de nossos formadores de política foi muito importante. O Ministério da Saúde abarcou mesmo essa causa e tem trazido as enfermeiras obstetras para fazer essa discussão, tanto é que a ABENFO tem estado em todos os eventos da área, inclusive na formulação dessas políticas. (Ent. 4).*

*Já nas políticas ministeriais, o marco maior foi em 98 na gestão do ministro J. S., com todas aquelas políticas, aquelas portarias, com o incentivo ao trabalho da enfermeira obstetra. A inserção na tabela do Sistema Único de Saúde, o procedimento parto normal pela enfermeira obstetra; a portaria que cria o centro de*

*parto normal onde a enfermeira obstetra é responsável e é o profissional da equipe mínima; o programa de humanização do pré-natal e nascimento. (Ent. 1).*

Porém, uma entrevistada ressalta que o financiamento dos cursos foi consequência da luta de um grupo de profissionais, que interessado em incentivar a formação e atuação das enfermeiras obstétricas, mostrou que era importante qualificar as profissionais.

*Mostramos que era uma estratégia nova que estávamos implementando e, me lembro de um dado que mostrava que até aquela data, o número de enfermeiras obstetras e obstetrizes formadas em todo o Brasil, era menor que a metade do número que havíamos formado com os cursos. (Ent. 2).*

## **- Profissionais atuando junto aos gestores**

A preocupação com a qualidade da assistência a mulher levou profissionais a procurarem os responsáveis pela saúde no seu estado, para colocá-los cientes da situação de saúde.

*... ela (assessora do secretário de saúde) achou interessante a nossa preocupação com as condições da assistência obstétrica nas maternidades, o número de cesáreas, as intervenções, a falta de acompanhamento do trabalho de parto, tudo que fomos pontuando. (Ent. 8).*

O trabalho conjunto entre profissionais e gestores leva à criação de políticas de saúde, buscando orientar, normatizar e acompanhar a assistência.

*Várias políticas públicas na área vieram da comissão perinatal, como uma recomendação e uma ação dos gestores e da S., que é quem coordena a comissão. Muitas coisas foram feitas em relação a esse processo de equacionar leitos, de vinculação, de responsabilização, mas hoje, a comissão avalia que falta uma qualificação do cuidado. (Ent. 1).*

## **- Utilização do marco conceitual do PAISM**

A adaptação dos programas dos cursos às necessidades de saúde da população e aos programas de saúde vigentes, também contribuiu para a aproximação das profissionais com a assistência.

*A partir do início da década de 1990, fizemos uma transformação no ensino, implantamos a assistência à Saúde da Mulher mesmo antes das diretrizes curriculares mudarem, buscamos ensinar uma atenção integral, tomando como referência os princípios colocados no PAISM de 83. (Ent. 6).*

## **- Docentes x Campo de prática**

Uma boa relação dos docentes com os profissionais do campo de prática e, o envolvimento com as atividades do setor onde o ensino clínico é desenvolvido, favorece o desenvolvimento das atividades. E, a manutenção do campo de ensino clínico, independentemente da presença de alunos, dá continuidade ao trabalho e facilita as relações.

*... nós, a escola, tínhamos prioridade, pois era nós quem mantínhamos o campo. Lá tinha muito parto, nós não tínhamos problemas de número, com a experiência. (Ent. 8).*

*Não conseguíamos separar o que era o A. M. e que era a E.P.M., as pessoas nem sabiam que não éramos funcionárias de lá, e aí tem algo que é da enfermagem, esse envolvimento. Efetivamente nós tínhamos uma história lá dentro, éramos professoras e desenvolvíamos a formação de nossos alunos de graduação, depois habilitação, especialização, nossas pós-graduações strictu sensu todas lá. (Ent. 9).*

*... tinha várias maternidades com enfermeiras obstétricas atuando, e eram campo de internato, onde as alunas ficavam os dois últimos meses do curso com as enfermeiras de serviço. Lá, as docentes da EEUSP e UNIFESP realizavam o atendimento da sala de parto e do pré-natal, com isso garantíamos o campo. (Ent. 8).*

*Comecei trabalhando na maternidade de hospital e nos últimos 10/12 anos, tenho me dedicado à área, inicialmente participando da criação de uma maternidade, e depois na sua coordenação, com o compromisso de mudar o modelo assistencial da minha região. (Ent. 4).*

*Estamos em duas outras maternidades também, mas essa maternidade do estado, sempre foi um espaço acolhedor e que sempre nos permitiu criar formas e modelos de atenção. (Ent. 6).*

*Ficamos ali, junto com as meninas recém-saídas do curso, apoiando essa perspectiva de as enfermeiras realmente fazerem o parto. (Ent. 6).*

Outro dia, essas alunas da graduação, vieram super felizes me contar que conseguiram entrar para assistir ao parto junto com o residente da obstetria da medicina. Vejo que se a enfermeira não está conseguindo assistir ao parto, pelo menos está conseguindo mudar a atitude desses profissionais, que estão tendo uma abertura e valorizando os alunos da graduação de enfermagem. (Ent. 5).

## **- As parcerias**

A realização de parcerias entre instituições de ensino e de saúde; acordos firmados entre instituições para garantir a contratação e atuação das

enfermeiras obstétricas, e acordos de colaboração entre profissionais e a sociedade de um modo geral, são mostrados como estratégias para promover, ou mesmo facilitar, a inserção e atuação das profissionais.

*... começamos a pensar estratégias, a fechar termos de compromisso com os estados, de indicações de nomes de pessoas que já atuavam na atenção ao parto e que poderiam ser deslocadas para a assistência, para fazer o parto normal. (Ent. 2).*

*... estou nessa luta para possibilitar a inserção da enfermagem obstétrica, especialmente aqui em B.H., através da Comissão Perinatal, que faz um monitoramento das maternidades, faz recomendações e avalia qualidades. A Comissão Perinatal foi fundada em 1994 e é um foro setorial de dentro da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com entidades de fora, que buscam num espaço bem democrático, onde todas as partes são ouvidas, e se busca estratégias de melhoramento, de qualificação da assistência perinatal. (Ent. 1).*

*... um dos avanços que tivemos foi o hospital R. T. N., onde conseguimos que a secretaria determinasse o modelo de assistência prestado ali, então ela pôs a enfermeira obstetra em todos os plantões. (...) temos batalhado para que a enfermeira obstetra tenha uma atuação e que seja valorizada, que esta atuação seja valorizada. (Ent. 1).*

*Estamos buscando incentivar as maternidades que estão assistindo ao parto, a adotarem todas as práticas preconizadas, que insiram a enfermeira obstetra no trabalho, ... (Ent. 1).*

*Com a experiência da J. na UNIFESP, que sempre ofereceu especialização em enfermagem obstétrica; o apoio da ABENFO e suas recomendações de 1998; e o projeto da EEUSP com a Secretaria Estadual de Saúde, nós oferecemos subsídios para que, a partir de 1999, o Ministério financiasse os cursos de especialização. (Ent. 8).*

*Com o tempo fomos questionando e avaliando como nos inserir na pós-graduação strictu sensu, então criamos um grupo de estudos que se chama GEM (Grupo de Estudos da Mulher). Hoje esse grupo tem inserção nacional, trabalhamos muito articulados com o movimento social e com o movimento de mulheres, além de fazer extensão, pesquisa e formação. Temos assento no Fórum de Mulheres de S. (cidade), articulação com grupos do Ministério das Cidades e participação nas discussões sobre saúde, ... (Ent. 6).*

*O programa da JICA em parceria com o Japão, com enfermeira obstetra fazendo curso lá, também foi muito importante para a enfermagem obstétrica, houve um diferencial muito grande das pessoas quando voltaram desse curso. (Ent. 1).*

*Em todos os lugares onde conseguimos ter o apoio social, as iniciativas foram positivas. (Ent. 9).*

*A proposta de inserção das enfermeiras obstétricas nas maternidades da Secretaria foi um projeto que englobava 3 subprojetos, que eram: a criação da especialização para as enfermeiras da rede; uma política de inserção com concurso específico, para absorção das profissionais, o reconhecimento do título de especialista, como forma de garantir que essas enfermeiras que fizeram o curso ficassem na maternidade atuando e, a constituição de equipes de enfermeiras obstetras nas maternidades. (...) A terceira parte do projeto era a avaliação da inserção dessas enfermeiras,... (Ent. 8).*

Elas direcionaram as escolas a oferecer cursos de especialização, buscando atender as necessidades das instituições de saúde. Estas últimas por sua vez, indicavam as profissionais com maior possibilidade de prestar assistência no ciclo gravídico puerperal, para frequentarem os cursos.

*Em 1996 oferecemos dois cursos de especialização de curta duração, que a legislação do ensino prevê com 360 horas, destinados às profissionais que já tinha habilitação. Seu objetivo foi dar o título de especialista e atualizar as enfermeiras obstétricas que tinham feito habilitação, atuavam na área mas não tinham o título de especialista. (Ent. 8).*

*Em todos os nossos cursos nós privilegiamos as enfermeiras do serviço público, que já estavam atuando no SUS, ... (Ent. 6).*

*A maior parte das enfermeiras que atua nessa maternidade é enfermeira obstetra porque, em todos os cursos que realizamos, teve vaga para essa maternidade. (Ent. 6).*

*Foi oferecido plantões para as enfermeiras obstetras da outra instituição, mas como o salário era muito baixo, ninguém foi. É um trabalho realmente árduo e aí para solucionar, nós formamos as enfermeiras do outro hospital. (Ent. 3).*

Mas as parcerias devem ser garantidas através de termos de compromisso e o seu cumprimento deve ser monitorado.

*... fizemos um termo de compromisso que as maternidades têm que assinar junto com o contrato de gestão, elas têm que aderir àquelas recomendações para que sejam feitas as renovações dos contratos e elas possam receber os valores da secretaria. (...) Estamos usando um meio mais firme para exigir, que é o termo de compromisso e o contrato de gestão (...) Com a assinatura do contrato e do termo de compromisso, as instituições passam a ter um compromisso formal, é uma estratégia que estamos usando para exigir essas adequações à nível municipal. (Ent. 1).*

## Barreiras para a Formação Profissional e para a Prática da Assistência

<b>Barreiras para a formação</b>	<b>Barreiras para o desenvolvimento da prática</b>	<b>Inconsistência Política</b>	<b>O ser enfermeira obstétrica/enfermeira</b>	<b>Outras interferências</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação deficiente</li> <li>- Cursos de graduação</li> <li>- A importância da especialização</li> <li>- Formação docente</li> <li>- Dificuldades para o desenvolvimento do ensino clínico</li> <li>- O curso de obstetrícia</li> <li>- A carga horária dos cursos</li> <li>- Cursos <i>latu sensu</i> em universidades públicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais de saúde desconhecem o trabalho das enfermeiras obstétricas</li> <li>- Falta de preparo para atuação</li> <li>- Falta de visibilidade do trabalho</li> <li>- Falta de apoio para o desenvolvimento da prática</li> <li>- Políticas que dificultaram o trabalho e a visibilidade das enfermeiras obstétricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O não cumprimento das políticas ministeriais</li> <li>- Falta de uma política de fiscalização</li> <li>- Descontinuidade das políticas de saúde</li> <li>- Desconhecimento das leis e portarias</li> <li>- Falta de preparo para ocupar o cargo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de organização da enfermagem</li> <li>- Profissionais acomodados</li> <li>- Pouco envolvimento dos profissionais</li> <li>- A influência de gênero na atuação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitativo de pessoal qualificado</li> <li>- Inserção das egressas em diferentes áreas</li> <li>- Falta de uma política de inserção profissional</li> <li>- Modelo biomédico</li> <li>- Ausência de uma equipe de trabalho</li> <li>- Enfermeiras obstétricas x Médicos</li> <li>- O Ato Médico</li> </ul>

## **Barreiras para a formação profissional e para a prática da assistência**

Nesta categoria, extraíram-se dos discursos, as dificuldades que as entrevistadas relataram observar na formação de especialistas e para a prática profissional da categoria, destacando as percepções sobre o cumprimento das políticas ministeriais para a saúde.

No que se refere à formação, as depoentes relataram deficiências qualitativas e quantitativas tanto no âmbito do ensino teórico, quanto do prático. Abordaram a falta de reconhecimento profissional e autonomia nas condições de trabalho, conflitos com outros profissionais de saúde e destacaram o descumprimento de políticas públicas. Foi feito destaque para a falta de sensibilização e apoio de dirigentes, para o desenvolvimento pleno da profissão.

## **Barreiras para a formação**

### **- Formação deficiente**

A formação de enfermeiros generalistas, que constitui a base para a especialização, é apontada como deficitária. As depoentes declaram que ela não prepara o aluno para assistir ao parto normal sem distócia, embora a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem permita ao graduado esta atividade.

*... o primeiro dilema que vejo na formação do enfermeiro, é que a formação do generalista é limitada, por não preparar o aluno para assistir o parto normal, embora*



*a lei do exercício profissional não faça essa distinção, ela vai cobrar essa assistência dos dois. (Ent. 7)*

*... o conflito que vejo na formação em nível de graduação, é que as alunas não fazem o parto, temos conteúdo teórico, mas não damos a experiência de atendimento ao parto normal. O maior nó da lei é não darmos experiência curricular ao nosso enfermeiro generalista de atender ao parto, o que é um grande erro porque a Lei 7498 não diz que para você atender o parto em equipe, tem que ser especialista. (Ent. 7).*

## **- Cursos de graduação**

A qualidade dos cursos de graduação é uma preocupação, uma vez que pode comprometer a formação das especialistas.

*Como dificultador para a formação de um modo geral, que a gente vive aqui em M., é a oferta muito grande de cursos de graduação de qualidade duvidosa nas universidades privadas. Como esses profissionais vão chegar no mercado e, vão ter acesso a especialização? (Ent. 1).*

## **- A importância da especialização**

A postura política do profissional é indicada como relevante para a conquista de seu espaço, e deve ser trabalhada ainda na formação. Cabe aos cursos sensibilizar as especializandas para a importância do órgão de classe e das diferentes representações, que categoria dever assumir.

*Outra coisa que falta é a postura política desse profissional que forma, de defender espaço, de enfrentar. Como a formação está trabalhando isso? O profissional que está formando tem que ter uma postura macro, coletiva pela profissão, uma postura de assumir a diretoria da ABENFO, de tocar esse trabalho, é difícil, não existe essa cultura na formação. (Ent. 1).*

## **- Formação docente**

A qualidade da formação e a titulação dos docentes envolvidos com a formação *latu sensu* foram levantadas como importantes para garantir a qualidade das especializações.

*A formação leva à qualificação do professor, porque se ele não é especialista, o ensino não é a mesma coisa! No mínimo ele tem que ter uma especialização ou uma habilitação. (Ent. 7).*

*... a formação precária dos profissionais, com um nível de treinamento muito básico, com certa carga horária teórica mas experiência clínica muito pequena, não permite que o aluno tenha o etos, desenvolva uma cultura de parto normal. (Ent. 10).*



## - Dificuldades para o desenvolvimento do ensino clínico

Os problemas encontrados para desenvolver o ensino clínico foram quase unânimes e muito semelhantes pelas entrevistadas. Eles perpassam diferentes segmentos:

- A falta de campo para o desenvolvimento do ensino clínico

Várias entrevistadas relataram dificuldades para capacitar as especializadas na assistência ao parto, muitas vezes era difícil garantir o número mínimo de atendimentos (20 partos) preconizados pelo Ministério da Saúde. Buscando sanar a deficiência do ensino clínico, alguns cursos utilizavam diferentes instituições para desenvolver a prática, postergaram a certificação, os alunos buscaram outros locais para desenvolver a prática, foram para outras cidades, ou mesmo estados, até conseguirem atingir o número de partos exigidos pelo curso. Buscaram locais onde havia instituições com experiência de formação bem sucedida e consolidada, e era possível às alunas, desenvolverem a prática.

*... na nossa realidade, o maior problema é campo de estágio. Quando oferecemos a especialização, o nosso desafio era ter campo onde o especializando pudesse assistir ao parto, então fomos para uma maternidade que fica há mais de duzentos quilômetros de F. (capital), onde as alunas faziam a parte prática. (Ent. 5).*

*Nossos alunos tiveram que buscar uma complementação desse número de partos, quando ele não fazia o número de partos dentro da carga horária estabelecida pelo curso, para receber o certificado, ele tinha que complementar esse número na realidade dele. Ele buscava esse campo e a gente fazia todo o planejamento. (Ent. 5).*

*... nós tínhamos uma diversidade grande de campos de estágio, tanto para a graduação quanto para a habilitação. As alunas desenvolviam a assistência ao puerpério e o estágio de sala de parto no H.U., no A.M., no S.P.M. e no H.S. Fomos também para G. (bairro), vários locais onde tínhamos vínculo, porque tinha enfermeira obstétrica egressa da escola ou porque eram oficialmente campos da escola. (Ent. 8).*

*... o custo da formação aumenta demais se você levar o aluno para fazer a capacitação em serviço, em outro estado. Em alguns estados, isso foi muito complicado, ou não teve jeito mesmo, como o D. F. Alguns estados não queriam abrir para o enfermeiro ser capacitado, essa negociação foi muito complicada, difícilíssima. (Ent. 2).*

Mas, a necessidade de procurar campos de atuação pode prejudicar o ensino.

*... há uma grande mudança no nosso curso de especialização, identificando na formação algo fundamental: você ensinar a teoria e prática, e ter um lugar para desenvolver esta prática e a dificuldade de ensinar e ter que buscar locais onde você possa de verdade desenvolver aquele aprendizado. (Ent. 9).*

- Disputa do campo com outros profissionais.

As instituições em que o ensino clínico é desenvolvido são campo de prática para diferentes cursos. Além da especialização em enfermagem obstétrica, oferecem residência médica e espaço para o ensino clínico da graduação da enfermagem e da medicina. Isto faz com que haja um maior número de profissionais para desenvolver as mesmas atividades.

*Tem experiências positivas principalmente nas maternidades onde tem poucos residentes, que é outro problema. A inserção das enfermeiras numa instituição onde tem poucos recursos profissionais, principalmente de médicos, é mais fácil, onde têm residentes e acadêmicos de medicina, é complicado. (Ent. 5).*

*... o próprio R. N. (instituição), com enfermeira obstetra junto com a graduação e residência médica, ela fica muito em desvantagem, mas é uma oportunidade que ela tem de mostrar seu espaço, sua atuação, e acho que estamos conseguindo. (Ent. 1).*

*Na capital, são muitos profissionais disponíveis para assistir ao parto, e isso limita a assistência da enfermeira no parto em si, no pré parto o espaço é tranquilo. (Ent. 5).*

*Fica todo mundo concentrado nos grandes centros e disputando com o médico espaço de atuação. (Ent. 1).*

- Intervenções na assistência.

*Porém, a assistência ao parto no H.U. (instituição) começou a ser mais disputada devido às mudanças nos protocolos assistenciais, ao aumento do número de fórceps, às intervenções..., a exigência de que os alunos da medicina fizessem um número mínimo de partos. Isso foi afastando as nossas alunas da habilitação e especialização. Ele ficou mais para os alunos da graduação, que não é exigido um número de partos, e nós optamos por outros campos para a especialização. (Ent. 8).*

- Dificuldades de articulação entre as instituições de ensino e de assistência.

*A nossa escola sempre esteve por trás do A.M. (instituição), mas sem nenhuma documentação formal, (...) foi feita uma série melhorias no A. com vistas a um dia*

*nós podermos gerenciar, mas isso nunca foi possível, foi um confronto eterno, por conta das próprias irmãs que eram as gestoras da casa. (Ent. 9).*

- Hospitais universitários não atendem as demandas da formação

*A maternidade da universidade tem quase 400 anos, ocupa um prédio muito antigo, com poucos leitos, e tem tradição de abrigar os estudantes de medicina. Como ela nunca nos deu muito espaço para fazer o parto, a escola de enfermagem, desde sua criação, começou a desenvolver as atividades de pré-natal e puerpério nesta maternidade da universidade e o estágio de sala de parto era feito na maternidade do estado, onde nós sempre tivemos boa relação com os profissionais, era como a nossa casa, era como se a gente estivesse na escola de enfermagem. (Ent. 6).*

- Hospitais universitários refratários às mudanças e evidências científicas.

*Os hospitais universitários estão completamente defasados em relação às conquistas que os serviços públicos tem feito. Aquilo de mais anacrônico, ortodoxo, menos recomendável hoje, é praticado dentro dos hospitais universitários. Essas mudanças não chegaram ainda ao ensino e à cátedra, infelizmente. (...) Os hospitais universitários e os hospitais onde se desenvolve a residência médica são de longe aquilo que não se recomendaria para a evolução fisiológica do parto. (Ent. 10).*

- Ensino teórico x ensino da prática

*Nós docentes motivamos, discutimos na sala de aula, porém, não resolve pois, você chega na prática e tem um modelo completamente diferente. (Ent. 6).*

*Embora você tenha todo aquele repertório de coisas boas e que funcionam, muitas vezes o campo que você está no ensino, não corresponde àquilo que você prega em sala de aula. (Ent. 10).*

*... não é muito fácil você levar o aluno para fazer uma assistência humanizada em uma realidade onde os profissionais não fazem, não estão acostumados. (Ent. 3).*

## **- O curso de obstetrícia**

Os graduandos do curso de obstetrícia têm passado por dificuldades semelhantes às das especializadas em enfermagem obstétrica: a dificuldade para atuar durante o desenvolvimento do ensino clínico.

*A especialização em enfermagem obstétrica deve continuar e a inserção da obstetriz só vêm contribuir, é mais uma profissional qualificada para ajudar na conquista do espaço, não importa se ela não seja enfermeira, ela vem contribuir, só vai passar pelos mesmos problemas que nós. Aliás, já passaram por alguns probleminhas em estágio, que foi a perda de espaço para outra categoria profissional. (Ent. 3).*

## - A carga horária dos cursos

As falas a seguir levantam a problemática da carga horária dos cursos de especialização.

- Cursos longos oferecem melhor qualificação.

*Temos experiência aqui em R. P. (cidade), tanto com curso de especialização quanto com a residência. Os nossos cursos de especialização são de 1120 horas e acontecem ao longo de um ano; o curso de residência em enfermagem obstétrica e neonatal em 2 anos, com a carga horária de quase 5000 horas da residência, a possibilidade de treinamento em serviço, o tempo que essas meninas ficam na prática, permite que elas assistam a um bom número de partos. (Ent. 4).*

Porém, formam poucos profissionais.

*... mas eu faço um questionamento, num país tão grande, quase do tamanho de um continente, onde há carência de enfermeiras obstetras, formar só pelo curso de residência, um curso que leva dois anos e não dá para formar muitas, são seis sete, no máximo dez por ano, tem-se então que colocar em discussão a duração da formação. Nesse momento é isso que a gente tem que estimular? Mas é uma possibilidade... . (Ent. 4).*

Sobrecarregam os docentes e tem baixa demanda

*Percebemos que havia uma demanda pequena e um investimento muito alto dos docentes, principalmente devido a carga horária muito grande (em torno de 1000 horas/ano), então resolvemos interromper a especialização de longa duração. (Ent. 8).*

Tem um custo maior e é mais difícil de conciliar com outras atividades.

*... mas os grupos eram pequenos, a carga horária do curso muito grande, uma mensalidade não muito alta mas, era um custo a mais, e, quando o curso era oferecido em período integral, ficava difícil para o aluno trabalhar e fazer o curso simultaneamente. (Ent. 8).*

- Cursos com uma carga horária reduzida comprometem a qualidade da formação.

*... a nossa legislação em termos de COFEn, possibilita dar o título de especialista em um curso de 360/350 horas. Eu particularmente acho que para a obstetrícia é muito pouco, a não ser que você já tinha alguém com muita experiência, e aí ele vai quase que certificar essa competência. (Ent. 4).*

E dificilmente mudam a prática profissional.

... numa formação com uma carga horária pequena fica difícil “mudar” o profissional, de realmente formá-lo para que faça mudanças, faça a diferença na assistência. (Ent. 3).

## - Cursos *latu sensu* em universidades públicas

Com a extinção do curso de Obstetrícia e das habilitações, as escolas de enfermagem passaram a oferecer cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Alguns foram oferecidos gratuitamente, outros auto financiados pelos próprios alunos, porém, eram pouco valorizados e, a maioria das escolas, o ofereciam de forma descontínua. Porém, o oferecimento de cursos auto financiados em universidades públicas vão contra os princípios da instituição.

- Resistência da instituição para o oferecimento da especialização

*No meu retorno (da qualificação) iniciei um movimento na E. E. da UERJ, para montarmos um curso de especialização, foi muito difícil, demoramos 5 anos tentando implantar, havia uma resistência muito grande na faculdade, eles não entendiam a importância da abertura de curso de especialização. (Ent. 11).*

- Desvalorização do trabalho realizado na especialização

*... dentro da universidade, quem trabalha na formação de enfermeiras obstetras é o “patinho feio” da pós-graduação. Ela não quer você formando enfermeiras obstetras, a pós-graduação quer você publicando, defendendo tese, participando de eventos internacionais, envolvida com pesquisas com financiamentos com a FAPESP, com a agência do seu estado, com o CNPQ. (Ent. 9).*

*A universidade não valoriza as especializações, a prioridade é você dar aula no doutorado e no mestrado. (Ent. 5).*

*... cansou-se de estar fazendo, fazendo, brigando dentro do próprio ambiente universitário, que sempre questiona. A residência e a especialização não contam ponto para nada, não conta na CAPES, em nada, é uma carga horária que não conta nem para o ensino. Nas minhas andanças pelo Brasil a fora, vi a mesma coisa... , “olha aqui a gente luta, luta e ninguém dá valor, eu faço porque eu gosto muito, porque acredito”. (Ent. 4).*

- Sobrecarregam o docente

*Lá tem 4 orientadoras da saúde da mulher na pós-graduação que estão enlouquecidas, sobrecarregadas de teses para dar conta, ... (Ent. 9).*

*... eu não vou conseguir que um docente que termina doutorado vá para campo de estágio ensinar pré-natal, parto ou o que seja pois, a universidade quer que ele se envolva com programa de pós-graduação, e as pessoas mais velhas não agüentam mais sozinhas. (Ent. 9).*

- O trabalho não é computado

*... dentro do contexto universitário, a formação do especialista tem muito pouco valor. O que tem valor é a graduação, e que para mim é muito mais um discurso que valor, mas o grande valor é sua produção, infelizmente a gente vive nesse processo. (Ent. 4).*

*... uma especialização dentro de uma universidade federal é muito complicado, não podemos computar em horas de ensino, é como se fosse horas de extensão, ... (Ent. 5).*

- Cursos auto financiados oferecidos em universidades federais

*... se o curso não tem um financiamento, é complicado para pagar os professores porque eles são dedicação exclusiva e não podem ser remunerados, então quando tivemos o financiamento do Ministério, foi ótimo. (Ent. 5).*

- Gestão financeira x fundação

*O curso pago não é bem visto dentro da Universidade Federal e, se não temos financiamento do Ministério, preferimos não oferecer. Se oferecermos um curso pago pelo aluno, a parte financeira tem que ser gerenciada por uma fundação ligada à universidade, só que a universidade não estimula isso porque, cursos vinculados às federais, não devem ser pagos pelos alunos. (Ent. 5).*

*... aí entra os problemas com as fundações que, se elas não tivessem virado essa patifaria que viraram, você poderia ter contratos para formar um staff que fizesse essa parte prática com um professor sênior por traz. (Ent. 9).*

- Cursos auto financiados x evasão

*... quando uma aluna desiste de um curso de especialização pago, gera um problema financeiro, que muitas vezes não temos como resolver. (Ent. 5).*

Diante de tantas dificuldades, as docentes ficam desestimuladas e optam por não oferecer o curso de especialização, mesmo que temporariamente.

*Os cursos de obstetrícia não têm acontecido, talvez tenhamos nos intimidado ou cansado, porque é um desgaste muito grande, você está com aluno, tem prazos, tem que titular, e isso não caminha. (Ent. 6).*

*Em 70 anos de formação, este é o primeiro ano que não estamos oferecendo o curso, e é devido a um problema institucional, tivemos um processo no Ministério*



*Público, em função da alegação de que uma Universidade Federal não pode cobrar pelos seus cursos de especialização,... (Ent. 9).*

## **Barreiras para o desenvolvimento da prática**

### **- Profissionais de saúde desconhecem o trabalho das enfermeiras obstétricas**

Mesmo recentemente é comum encontrarmos profissionais de diferentes categorias, principalmente a médica, que não tem conhecimento do trabalho que pode ser desenvolvido pelas enfermeiras obstétricas.

Em M. C. fui falar para uma obstetra que não sabia o que nós fazíamos, qual era o trabalho da enfermeira obstetra e ela me perguntou: - Você faz curetagem? Eu respondi: - não, não faço curetagem, eu assisto parto normal. (Ent. 1).

... fiquei (médica) extremamente surpresa quando vi que na lei do exercício da enfermagem, estava previsto a participação da enfermeira na realização do parto sem distócia. Então, nesse debate que não era exatamente sobre a atuação no cenário do parto, e sim na assistência à saúde da mulher, embora estivesse sendo realizado pelo Conselho de Enfermagem, as pessoas não tinham prestado atenção na legislação. (Ent. 2).

... têm muitos profissionais médicos que nem sabem que existe enfermeira obstetra, na sua formação eles não vêem a atuação desta profissional. (Ent. 5).

A Dra. D. C. tentou incluir a consulta de enfermagem, quando coordenou o primeiro programa da OPAS porém, a palavra consulta de enfermagem não passou a nível central. Paralelamente às políticas, a academia discutia consulta de enfermagem no pré-natal e na puericultura (primeiras áreas que tiveram consulta de enfermagem), mas como não passou a nível central, os programas preconizavam o atendimento de enfermagem. Saiu melhor caracterizado a consulta médica, odontológica e da visitadora domiciliar do que da enfermeira. (Ent. 7).

### **- Falta de preparo para atuação**

A pouca prática adquirida durante a formação, dificulta a aproximação das especialistas com a profissão, e não dá segurança suficiente para sua atuação.

*Tivemos alguns egressos que fizeram uma formação que a gente questiona, as próprias enfermeiras (egressas de alguns cursos) diziam que não tinham nenhuma segurança de assumir uma sala de parto, uma casa de parto, porque o curso não deu essa segurança, tanto em termos de carga horária, como de números de procedimentos que realizaram, ... (Ent. 4).*

*... detectamos alguns problemas que vivenciamos nesse período todo e um deles foi que em muitos estados, as enfermeiras tiveram muitos problemas para fazer o treinamento em serviço, que é obrigatório para o título, e que é fundamental para a formação. (Ent. 2).*

## **- Falta de visibilidade do trabalho**

A falta de registro por parte das enfermeiras obstétricas das suas ações nos prontuários das pacientes, nos documentos das instituições, dentre outros, faz com que seu trabalho permaneça no anonimato e se dilua no meio de todas as atividades que as profissionais têm que desempenhar e são responsáveis.

*Tem um trabalho de um município aqui próximo, onde 70% dos partos são feitos pela enfermeira, porém, isso não aparece porque todas as AIHs são assinadas pelo médico. (Ent. 3).*

*... a enfermeira graduada que assume toda a evolução do trabalho de parto e não assume o parto em si; a enfermeira obstetra faz tudo e não aparece em nenhum lugar, quem assina a AIH é o médico então, quem fez o parto teoricamente é o médico. Esses trabalhos das enfermeiras obstetras não aparecem em nenhum lugar. (Ent. 3).*

*... quando as enfermeiras obstetras estão no plantão, elas fazem parto, mas elas não estão no plantão para assistir ao parto. Elas estão na administração, fazendo tudo no plantão, e o parto também. (Ent. 6).*

## **- Falta de apoio para o desenvolvimento da prática**

*A própria diretora da maternidade, onde vai dar entrevista, fala desse trabalho como "a menina dos olhos", mas nada é feito do ponto de vista político/institucional, para que ele possa ser absorvido pela maternidade como um todo, para que o serviço seja oferecido todos os dias e que as enfermeiras da maternidade tenham espaço. (Ent. 6).*

*Aqui em S. (cidade) é muito difícil desenvolver esta política de assistência, falta apoio político e institucional. Todo mundo acha lindo, maravilhoso o que a gente está fazendo, mas ninguém se envolve. (Ent. 6).*

No desenvolvimento da prática, as especializadas e profissionais passam pelo constrangimento de ter o seu trabalho menosprezado, desmerecido e sendo motivo de brincadeiras e chacotas.

*Lá na M. (instituição) os acadêmicos, os residentes bagunçavam. Pegavam a Bola para brincar, tiravam “sarro”, eles não valorizam, não acham que aquilo é importante. (...) O preceptor tem que falar, valorizar estas ações para o acadêmico, porque senão, os alunos não participam, não valorizam, vira motivo de chacota, acham que é besteira e não tem um superior deles para dizer que é importante. (Ent. 3).*

A fala a seguir resume mais algumas dificuldades encontradas pelas enfermeiras obstétricas, para ocuparem os espaços que estão se abrindo.

*Uma das coisas que vem sendo colocada há muito tempo dentro na comissão perinatal é a inserção da enfermeira obstetra na assistência, e temos tido muitas dificuldades pois, temos um quantitativo de enfermeiras obstetras insuficiente porque, muitas formam e já estão na atenção básica e não querem sair, (...) Tem o problema da remuneração, (...) o salário era muito ruim e as condições de trabalho também não eram muito adequadas. (Ent. 1).*

## **- Políticas que dificultaram o trabalho e a visibilidade das enfermeiras obstétricas**

- Pagamento diferenciado pelo parto normal.

O pagamento do parto assistido por enfermeiras obstétricas em valor menor que o assistido pelo médico, levou algumas instituições a declararem que os partos eram assistidos somente por médicos.

*Todos os partos normais do A. (instituição) são feitos pela enfermeira, mas nas estatísticas nacionais, provavelmente, isso não aparece assim, as enfermeiras assinam no prontuário, mas na hora que a produtividade é enviada para faturamento, manda a tabela como se a assistência ao parto tivesse sido feita pelo médico. (Ent. 8).*

*Estatisticamente sim, elas atendem, assinam, mas não recebem. Existem unidades que tem a atuação da enfermeira obstetra implantada institucionalmente, e têm unidades que a enfermeira obstetra faz o parto, o médico assina e ela admite isso, o que é um problema sério, ela realizar o procedimento e permitir que outro assine. (Ent. 11).*

- Limitação do número de cesarianas

*Os serviços fraudavam as AIHs que ultrapassavam muito o número de cesarianas permitidas para cada estado, colocavam como parto normal o que foi cesariana, recebiam com alguma desvantagem, mas é melhor que não receber nada. (Ent. 10).*

- A remuneração dos procedimentos médicos

*Quando o médico que recebia pelo Código 7 (remuneração por procedimento) não fazia o parto e sim a enfermeira, ele assinava pelo procedimento e isso gerava um mal estar entre as equipes. (Ent. 8).*

## Inconsistência Política

As entrevistadas destacaram a falta de continuidade nas políticas com a mudança de gestores, o apadrinhamento para ocupação de cargos, as dificuldades para o cumprimento das políticas e de interlocução entre administração / gerência / profissionais.

### - O não cumprimento das políticas ministeriais

*Temos dez hospitais gerais com leitos obstétricos e maternidades, em nenhuma dessas instituições a portaria da secretaria de saúde, autorizando a enfermeira a fazer o parto, é cumprida. Nem na maternidade onde a diretora é enfermeira, ela não consegue isso com a secretaria. Quando as enfermeiras fazem e assinam o parto, elas não estão respaldadas pela portaria, porque não há a autorização institucional para a realização do parto por enfermeira. (Ent. 6).*

*No desenvolvimento desta estratégia, percebemos que estávamos correndo o risco de as enfermeiras se qualificarem e não serem deslocadas para o cenário do parto, delas continuarem em funções administrativas ou em outras áreas de atuação. (Ent. 2).*

## - Falta de uma política de fiscalização

Dentre as dificuldades para implementação das políticas ministeriais, é destacado o despreparo das instituições e profissionais para receberem a profissional enfermeira obstétrica e a falta de fiscalização, para se fazer cumpri-las.

*... o percentual de enfermeiras especialistas que está atuando na sala de parto é pequeno, acho que não chega a 15%. Elas estão no pré-natal, em outras ações, mas na sala de parto, o índice é muito baixo. Algumas delas estão na maternidade, mas exercendo atividades administrativas, sem nenhum retorno daquilo que nós esperávamos, que era transformar o modelo de atenção e a possibilidade das enfermeiras assistirem ao parto normal. Atribuo isso à política de estado e à falta de alicerce das enfermeiras, para se engajarem. (Ent. 6).*

*O médico aprendeu a patologia e age bem em cima dela, nós desenvolvemos bem a fisiologia. Essa foi uma boa medida (divisão de tarefas por complexidade x profissional), outras como a redução do número de cesarianas, tiveram um efeito inicial bom mas, os decretos não funcionam sem acoplar uma ação efetiva. (Ent. 10).*

*... outra pessoa pode deixar o processo de mudança de paradigma (políticas de saúde de mulher), que é muito profundo e vulnerável, não quero que isso aconteça, por isso estou procurando os caminhos da institucionalização da política. (Ent. 2).*

*Uma maternidade credenciada do SUS e que tem enfermeira obstetra, teria que gerar um determinado número de partos assistidos por estas profissionais, para ela ter uma boa avaliação. O Ministério da Saúde tem que criar mecanismos lá na ponta, para facilitar a inserção, para que as maternidades valorizem o enfermeiro obstetra, não é só estimular a formação. Uma maternidade que tem enfermeiros obstetras poderia receber um acréscimo no valor da internação da parturiente e deveria ser exigida uma porcentagem de partos assistidos por estes profissionais, proporcional com o número de partos da instituição, ... (Ent. 5).*

*Penso que essa dificuldade de inserção tem de ser assegurada por uma legislação que permita a atuação do enfermeiro, ... (Ent. 7).*

## - Descontinuidade das políticas de saúde

A não continuidade das políticas pelos gestores, por ocasião da mudança dos cargos públicos nas trocas de governo, interfere negativamente nos programas de saúde. Esta descontinuidade política perpassa do nível local, ao nacional.

*... no Brasil tem um problema crônico de não continuidade, cada prefeito e governador que entra começa do zero. Tudo aquilo que está dando certo do anterior, ele deixa de fazer, a não ser que seja do partido dele ... (Ent. 9).*

*Tem muito tempo que lido com a saúde da mulher, tempo suficiente para identificar como característica inerente das políticas públicas, sofrerem mudanças com a troca de direção. (Ent. 2).*

*Outra coisa que prejudica é que a gente avança no momento político de inserção nas políticas e nos cargos, mas somos atropeladas por novas determinações governamentais, nos deparamos com novas lutas, deixamos de lado as primeiras, para fortalecer outras, e não obtemos resolutividade em nenhuma. (Ent. 7).*

*Essa enfermeira diretora saiu e entrou outra enfermeira como diretora da maternidade, ela era recém contratada na instituição e chegou para ser diretora, então teve uma pressão muito grande dos médicos para impedir que tivesse enfermeira em todo plantão, diferente da outra que tinha uma história de muitos anos na maternidade. (Ent. 6).*

*Fazemos avaliações anuais, só que a cada gestão você reformula, para ver se vai validar as estratégias desenvolvidas anteriormente, ou se você vai redirecionar, isso é natural! (Ent. 2).*

*Em 2003, com a entrada da M. J. O. como coordenadora, começou-se a promover um processo de discussão coletiva das áreas, nós vivemos novamente, uma revisão de toda a política, fizemos uma avaliação profunda para definir que linhas de ação nós seguiríamos investindo, quais as que nós redirecionaríamos. (Ent. 2).*

*... nessa época, houve uma mudança interna na estrutura do ministério, e saiu uma resolução de que recurso para a formação de profissional e para capacitação, não ficaria mais em nenhuma área técnica, esta medida não era somente para a saúde da mulher. (Ent. 2).*

E, a descontinuidade política é agravada pelo não repasse dos recursos financeiros destinados para a saúde, se o gestor não for do mesmo partido político, ou aliado.

*Isso é devido a questões político-partidárias: eles não repassam para o município as verbas porque são de partidos diferentes. S. (cidade) sempre teve uma tradição de oposição ao governo do estado ... (Ent. 6).*

*... no final da gestão da M. J., em 2006, em um processo de reavaliação da política, identificamos que era importante manter a estratégia e que, deveríamos priorizar aquelas escolas de enfermagem que tínhamos conhecimento que atuavam com os novos paradigmas. Porém, o investimento para a realização dos cursos tinha reduzido muito, e o pagamento dos projetos apresentados tinha que ser negociando com a secretaria. (Ent. 2).*

## **- Desconhecimento das leis e portarias**

A pouca ou nenhuma divulgação das Leis e Portarias faz com que muitos dirigentes de instituições nem tomem conhecimento delas. Isto é agravado porque muitos gestores e diretores ocupam os cargos por indicação política, tendo mais dificuldade de acesso, compreensão e repasse destas medidas.

*... nem sempre as pessoas mais competentes estão conduzindo os programas. (Ent. 9).*

*Fizemos inúmeros protocolos e manuais, tudo foi criado com o objetivo de melhorar os processos de trabalho, mas, tem pessoas em alguns locais que até hoje não conhecem os protocolos, eles nem chegaram em algumas secretarias, o pessoal não foi treinado. (Ent. 9).*

*... a política pública é muitas vezes construída, e nem sempre ela é bem divulgada..., tem muito diretor de maternidade que nem sabe que existe a portaria dizendo que o enfermeiro pode assistir ao parto. Existe uma falta de comunicação e de atualização, de quem está na ponta, com quem está nas instituições. (Ent. 5).*

*Nós criávamos dentro do Ministério uma série de demandas, possibilidades de implantação nos estados e com raríssimas exceções, elas não conseguiam nem levar as propostas para o secretário, ele nem dava espaço para elas. (Ent. 9).*

*Quando eu estava no campo de prática com os alunos, descrevia antes de iniciar o estágio, todas as ações que íamos desenvolver no estágio supervisionado. A secretaria municipal autorizava e o diretor da maternidade também, só que ele não repassava para os chefes de plantão, por isso, tivemos muitos atritos ... (Ent. 11).*

## **- Falta de preparo para ocupar o cargo**

Falta treinamento tanto dos gestores quanto das demais pessoas que trabalham na área, para assumirem os cargos e para desenvolverem seu trabalho.

*Não há treinamento, não há um processo contínuo de qualificação das pessoas (...) Muitas vezes aquele que assume um determinado cargo, não se olha para saber se tem competência para fazê-lo. (Ent. 9).*

*A pessoa que está preenchendo não tem a menor ideia da sequência, ela simplesmente preenche por ser obrigada a cumprir uma cota para receber. Falta a qualificação de quem está lá, aquele indivíduo não sabe por que a ficha do SIS foi criada, ninguém nunca contou para ele. (Ent. 9).*

*Muitas vezes a pessoa não tem competência para dar conta daquela demanda, mas assume um cargo. A enfermagem não tem poder político na mão e não tem uma sustentação de categoria forte nas políticas que a envolve, há descontinuidade, isso é crônico no governo brasileiro. (Ent. 9).*

# **O ser enfermeira obstétrica/enfermeira**

Alguns fragmentos de discurso mostram que as profissionais enfermeiras obstétricas/enfermeiras se envolvem pouco com as questões políticas e não buscam lutar por novos espaços e representações. Este jeito é mostrado como da profissão e do ser mulher.

## **- Falta de organização da enfermagem**

A enfermagem, por ser uma categoria profissional mais fraca, apesar de possuir um grande número de profissionais, tem dificuldade de se organizar. E, por não ter representantes nas câmaras de decisão, tem pouco poder de atuação.

*A medicina tem na câmara um peso enorme de médicos e isso faz a diferença. Quando você vai negociar na Câmara determinadas ementas, custos financeiros, você não tem a força da enfermagem, apesar de sermos a maior força de trabalho dentro da saúde. A enfermagem não tem força política e se organiza muito mal. (Ent. 9).*

*Como agravante temos o movimento da ABENFO que é frágil politicamente, não tem unanimidade e não tem inserção nem como partido, nem como corporação não partidária. Não é um partido como unidade da enfermagem, para zelar pela sua verdadeira identidade de profissional especialista inserida no Sistema Único de Saúde. (Ent. 7).*

## **- Profissionais acomodados**

A falta de uma postura firme, de luta das profissionais e de um movimento da classe, onde as enfermeiras obstétricas busquem ocupar antigos e novos espaços, também foram citados.

*Não pode dizer também que toda a culpa está centrada na categoria médica, temos muita culpa também. Quantas de nós enquanto pesquisadores, formadores e profissionais estão levando avante essa política de mudança? Quem está lá na linha de frente? Não estamos tendo coragem ou empoderamento para estar lá ajudando a levantar essa bandeira e fazendo a diferença na linha de base. (Ent. 4).*

*Observamos também que as enfermeiras que já atuavam no centro obstétrico permaneceram, não diminuiu e também não aumentou muito. Vimos que não houve uma mudança, no sentido de: “- há, agora que eu sou especialista, eu vou para o centro obstétrico”. Porque não é só a formação, (...) Uma coisa é a intenção da pessoa enquanto formação e outra é a forma como ela é absorvida no mercado de trabalho. (Ent. 5).*



## - Pouco envolvimento dos profissionais

Essa dificuldade da enfermagem para atuar nas instâncias de representação e decisão, é vista como uma passividade das profissionais, que não são estimuladas na sua formação, pois a academia pouco se envolve com as questões políticas.

*... poucas escolas têm inserção nos movimentos sociais, a enfermagem obstétrica tem uma tendência de se isolar, de trabalhar dentro de uma maternidade, de toda uma estrutura. Não é só da enfermagem obstétrica, isso é da enfermagem, não olhar para o mundo, só para si, dificilmente ela tem esse diálogo com a comunidade. (...) Falta diálogo com a comunidade, parece que a gente vive em um mundo irreal, próprio. (Ent. 9).*

*Às vezes chegamos a ser apolíticos, nos envolvemos muito pouco nos movimentos sociais, não participamos dos processos de decisão na universidade, isso é típico das enfermeiras. Nos envolvemos muito com a formação do aluno, e acabamos tendo uma posição muito sofrível em relação à conquistar postos de poder dentro da universidade. (Ent. 9).*

*Acredito que lá em M.(estado) vocês tenham a mesma dificuldade, a fragilidade é igual, a academia não se envolve fortemente com as questões políticas, com as organizações de classe, não é valorizado, tem um ranço. (Ent. 9).*

*As mulheres não têm noção do poder que elas têm, elas não se envolvem, são coadjuvantes, não são as protagonistas das histórias, não assumem, isso é da enfermagem, não é somente das enfermeiras obstetras. (Ent. 9).*

*A ABENFO não se fortaleceu nestes últimos dez anos, era para ela estar como uma das sociedades mais fortes, mas ao contrário, está sendo necessário recorrer às “velhas” guerreiras de sempre, para assumir as ABENFOS locais, regionais e mesmo a nacional. (Ent. 9).*

Esta passividade é vista como inerente dos brasileiros, que também não se envolvem com os movimentos políticos e sociais.

*O brasileiro de um modo geral é muito passivo, não compreende o que é direito e o que é uma concessão, um favor. (...) mas parte também da falta de pressão da comunidade, ela tem que pressionar, não pode querer as coisas sem fazer esforço. (Ent. 10).*

## - A influência de gênero na atuação

A dificuldade para lutar e assumir novos espaços e postos de comando, pode ter influência das questões de gênero, que tem determinado a formação e atuação das profissionais.

*Eles no ambiente público, porque são ministros, são secretários, ocupam os cargos, presidem os comitês... , além disso, as mulheres ainda não alcançaram um desenvolvimento na alfabetização, na formação básica e na superior. Na mulher está limitado, reservado o privado, e o homem é educado para o ambiente público. (Ent. 7).*

*... o grande problema de gênero é que, os cargos à nível central são ocupados por médicos. (Ent. 7).*

*Precisamos de mais pessoas envolvidas com as ações coletivas, com a ABENFO, acredito que isso seja da mulher, tem questão de gênero aí, a questão da inserção da mulher em cargos políticos, vemos que ainda temos muito poucas mulheres ocupando cargos políticos, acho que temos essa herança. (Ent. 1).*

Poucas enfermeiras obstétricas até o momento se envolveram em órgãos de decisão e ocuparam ou ocupam cargos que representam a categoria, fazendo com que a responsabilidade de fortalecer e dar continuidade às políticas para a classe fique concentrada e sob a responsabilidade de poucas pessoas, tornando esta luta mais vulnerável.

*... agora a parada na formação do especialista em enfermagem obstetra, com estímulo do Ministério, teve influência com a saída da J., foi um desfalque para aquele órgão. (Ent. 7).*

E, o exemplo de atuação de algumas profissionais, pouco tem influenciado favoravelmente a mudança de postura. E novamente, é ressaltada a importância de se iniciar o trabalho de sensibilização, ainda na formação.

*Ela era assistente social antes de ser enfermeira, então tinha uma visão política interessante, mas não conseguiu trazer esse envolvimento para dentro da casa, as professoras tinham um envolvimento muito pequeno com o sindicato, com a ABENFO, com a ABEN. (...) o modelo de formação depende da professora, se ela é alguém que se envolve, o aluno acha que aquilo é importante, caso contrário, é complicado. (Ent. 9).*

## Outras interferências

- Quantitativo de pessoal qualificado

Ocupar todos os espaços que demandam a presença das enfermeiras obstétricas, envolver-se com representações em órgãos de classe, comissões, coordenações, chefias, docência, ou seja, estar em todos os espaços que têm sido conquistados, é difícil, devido ao reduzido número de profissionais tituladas.

*Não tem como mostrar um bom trabalho se não há profissional em muitos lugares, não adianta ter profissional só numa instituição, é preciso continuar formando enfermeira obstetra, não podemos parar. (Ent. 3).*

*Infelizmente ainda não conseguimos mudar muito a realidade pois, de que adianta você colocar uma enfermeira obstétrica numa unidade que tem 500/partos mês?, que mudança de realidade ela consegue fazer? Uma enfermeira obstétrica com 18/19 parturientes? E ela tem 2 técnicas que a auxiliam e ainda tem que dar conta de toda a parte administrativa, toda burocracia. (Ent. 3).*

*Com esse número grande de vagas para a residência, ela acaba sendo podada, tendo dificuldade de assistir ao parto, ela até se posiciona, mas como é uma só, fica difícil. (Ent. 5).*

*No Brasil, o quantitativo das enfermeiras obstetras é um problema muito sério, nós não chegamos a cinco mil especialistas, enquanto os obstetras já devem ser uns 30 mil. Nós de 2.500 passamos para 5.000 com os cursos que o Ministério da Saúde financiou em nível nacional. (Ent. 7).*

## **- Inserção das egressas em diferentes áreas**

Na política de financiamento dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica, faltou ao Ministério da Saúde priorizar as profissionais com possibilidades maiores para atuar nos centros obstétricos, e uma política de inserção das especialistas na assistência ao parto. Isto fez com que as especialistas ocupassem diferentes atribuições, e não cumprissem com o objetivo de sua qualificação.

*... os cursos de especialização em enfermagem obstétrica que eles (M.S.) financiaram não eram restritos a profissionais que trabalhavam em centro obstétrico, as vagas eram disponibilizadas também para enfermeiros que trabalhavam nos Programas de Saúde da Família ou em outros locais de saúde, na atenção à saúde da mulher. (...) Porém, sempre se esperou que aumentasse o quantitativo de enfermeiras em sala de parto, mas não era explícito. (Ent. 5).*

*... vimos que o impacto dessa formação estava sendo muito pequeno, havia poucos enfermeiros especializados, um alto investimento, e o curso de especialização auto*

*financiado tinha pouco futuro na Universidade, era difícil de ser administrado e pouco valorizado. (Ent. 8).*

## **- Falta de uma política de inserção profissional**

Não foram elaboradas medidas que contribuíssem com a inserção das profissionais na assistência ao parto.

*... todas as políticas que foram criadas para dar visibilidade para as enfermeiras obstetras não surtiram o efeito esperado. (Ent. 9).*

*A limitação de concursos públicos, que incorporem o cargo de enfermeira obstetra também atrapalha. (Ent. 10).*

## **- Modelo biomédico**

A reprodução do modelo biomédico de assistência dificulta a formação, atuação e mudanças na assistência.

*... a enfermeira obstetra está reproduzindo o modelo biomédico, ela não faz uma assistência diferenciada, e não é isso que nós queremos, é preciso que ela conquiste esse espaço. Daí vem a preocupação com os cursos que tem hoje pelo país e que foi muito discutido também no Ministério. (Ent. 3).*

Essa reprodução é reflexo do trabalho implantado na instituição.

*... fui educada por enfermeiros e não por médicos, para mim o parto vinha primeiro, uma ação da mulher. Nos anos seguintes a gente vai recebendo influência dos médicos, que vão trabalhando nos hospitais com residentes, e vamos incorporando algumas práticas como a indução do parto, que no início incomoda, mas depois achamos que é normal. (Ent. 10).*

Ou devido à participação de médicos na formação das especialistas.

*... temos que investir mais na qualificação, ainda vivemos um processo em que estamos qualificando, formando enfermeiras formadas por médicos, ou enfermeiras que tem toda uma visão médica de obstetrícia. Nós temos que investir muito nessa formação, na qualificação, nas competências. (Ent. 4).*

*... a minha tese de mestrado era monitoramento fetal, gestante diabética e eu fui orientada por uma médica da obstetrícia o que se configurava uma fragilidade do nosso mestrado. Muitas das nossas alunas eram orientadas por médicos da obstetrícia, às vezes com co-orientação de algum docente da escola. (Ent. 9).*

*Ao final do projeto, começamos a desenvolver a estratégia de identificar e avaliar as maternidades para receber o prêmio Galba de Araújo, nós tivemos a oportunidade de frequentar alguns campos de treinamento da enfermagem e ter contato com alguns serviços, que não estavam atuando dentro dos novos paradigmas. Eram*

*serviços em que as enfermeiras eram treinadas por médicos, num paradigma intervencionista como o anterior ... (Ent. 2).*

Com o aumento do número de enfermeiras obstétricas com formação e experiência para participar da docência, reduziu-se a participação de médicos no ensino da enfermagem obstétrica. Porém, isto repercutiu negativamente nos campos onde o ensino clínico era desenvolvido.

*Em determinado momento, começamos a ter docentes enfermeiras obstétricas e aí não precisava tanto do quadro médico para ajudar na formação então, começamos a ter resistência dos alunos da medicina, para deixar que as alunas fossem para campo fazer parto. Neste momento começamos a peregrinar atrás de outros hospitais da cidade, ao seu redor e ir até para S.P. (cidade), para o A. M. (instituição), para as nossas meninas fazerem parto, para receberem o diploma de enfermeiras obstetras. (Ent. 4).*

## **- Ausência de uma equipe de trabalho**

A falta de trabalho conjunto e em equipe, é revelada como mais um problema enfrentado pelas profissionais.

*Outro problema é o trabalho em equipe, a aceitação do outro profissional, o profissional médico, por exemplo. (Ent. 5).*

*Em muitos locais faltam companheiros para desenvolver um trabalho juntos, você é uma figura isolada no meio de todos, não se consegue criar equipe nem cultura de equipe. (Ent. 10).*

*O que eu vejo em A. (instituição), é que a enfermeira não é vista como um membro da equipe que atende a mulher, ela é vista como uma auxiliar que, quando o médico não pode fazer, aí ela faz. Ela não consegue ter esse papel que eu acho fundamental, de que ela faz parte da equipe. (Ent. 3).*

## **- Enfermeiras obstétricas x Médicos**

Os conflitos entre as categorias profissionais se dão diretamente no espaço de atuação, no medo de perder este espaço e nas dificuldades de desenvolver um trabalho conjunto, com ações definidas. Eles são agravados pela falta de apoio das instituições e centralização da assistência na categoria médica.

- Conflito entre médicos e enfermeiras obstétricas.

*Enquanto enfermeiras e médicos não resolverem como essa atuação vai se dar na prática, o Ministério não vai fazer nada, não vai apoiar financeiramente os cursos e os Centros de Parto Normal, e assim fica muito difícil. (Ent. 6).*

*Fiquei lá enfrentando obstetra que fazia de tudo para eu não assistir a um parto, que às vezes boicotava, que se eu auscultava, ele ia e auscultava de novo, mas eu continuava lá, do mesmo jeito, queria marcar o espaço, mostrar que a assistência podia melhorar. (Ent. 1).*

*A assistência é muito centrada neles (médicos), então é muito difícil você mudar essa prática médica e, para mudar, é necessário eles verem como a enfermeira obstetra atua, ver que dá certo, para eles verem que é possível mudar. (Ent. 1).*

- “Soberania” médica

*Criou-se um grande movimento hegemônico da corporação médica, sobre a corporação da enfermagem, estritamente falando dos gineco obstetras, sob as enfermeiras obstetras. Eles enfrentam uma classe que é quantitativamente menor, com uma qualificação limitada, porque nós não vemos tudo, e ainda se aproveitaram de um movimento que vinha fragilizado nos dois primeiros programas e que, só começou a se fortalecer a partir do PAISM, em 2004, ... (Ent. 7).*

- Medo de perder o espaço

*... comecei a dar aula no curso e atuar lá em B. (cidade). Vi que não era fácil você enfrentar um ambiente em que os profissionais, principalmente médicos, tinham medo de perder espaço. (Ent. 1).*

*Às vezes a gente fala uma coisinha e é mal interpretada, e todo mundo acha que nós estamos querendo excluir o médico da atenção, vira e mexe temos que ficar falando que não é isso, que é a equipe, mas assim, qualquer coisa que você puxa um pouquinho, valoriza mais a enfermagem obstétrica do que a medicina, já acham que estamos querendo excluir o médico do processo. Então é uma briga corporativa da parte dos médicos e a enfermagem tentando se inserir nos espaços. (Ent. 1).*

*Os profissionais e as instituições não consideram a enfermeira como parte da equipe na assistência obstétrica, a impressão que dá é que se a enfermeira entrar, o médico tem que sair, acha que vai perder o espaço então, não quer que ela entre. (Ent. 3).*

*Nosso problema lá no A. (estado) foi basicamente a perda de espaço, ninguém queria perder ou não ganhar. Não se perde este espaço para o auxiliar de enfermagem, pois ele é subalterno, mas a enfermeira obstetra é autônoma, aparece muito. Essa visão que muitos profissionais têm de não querer perder esse espaço, de que é ele que domina esse conhecimento, ainda persiste em muitos lugares. (Ent. 3).*

*... não há reconhecimento de que nós somos competentes para isso. A perda de espaço que outros profissionais não querem ter, dificulta. Então tudo é trabalhado contra a inserção da enfermeira obstetra nesses locais. (Ent. 3).*

Este medo perpassa também o trabalho desenvolvido no setor suplementar de saúde.

*Um grande avanço aconteceu na saúde suplementar, hoje este setor não está dando conta, por isso está mudando sua política, está tentando abarcar a política ministerial, mas não está consolidada porque, em um atendimento de saúde onde impera a hegemonia da classe médica, isso é complicado e tem também a demanda. (Ent. 4).*

*O atendimento à mulher, o processo de nascimento e parto, ainda é um mercado importante para o médico e ele não consegue ver que pode partilhar com outras categorias profissionais, inclusive com a enfermeira obstétrica. (Ent. 4).*

Essas dificuldades de trabalhar em equipe e a falta de apoio institucional prejudicam o trabalho das profissionais e acabam limitando ou afastando algumas profissionais da prática.

*As pessoas acabam se assustando, tendo medo de processo, dos embates na sala de parto, das dificuldades como: fazer o parto e ter que ficar o resto do plantão procurando um médico para prescrever, que avalie a puérpera, com isto, acabam se afastando da assistência ao parto. (Ent. 6).*

As relações entre os profissionais têm de ser construídas, mesmo nas instituições onde o trabalho das enfermeiras obstétricas está consolidado.

*... mesmo dentro do S. (instituição), a parceria precisa ficar mais afinada, é preciso construir o que é trabalhar em equipe, uma relação de equipe, forte, qualificada. Lá, muitas vezes o trabalho é sobrecarregado na enfermeira obstetra, com uma atuação médica insuficiente. (Ent. 1).*

Alguns médicos, quando trabalham em equipe e apóiam a atuação das enfermeiras obstétricas, não são bem aceitos por seus pares.

*... nós temos médicos que chamamos “adeptos”, supostamente aliados da enfermagem, digo supostamente porque quando se trata da corporação, eles são pressionados e “esses adeptos”, supostamente aliados, não têm poder, porque o poder biomédico econômico os impede, os exclui, os marginaliza ou vem em cima deles e este movimento se enfraquece. (Ent. 7).*

## **- O Ato Médico**

O Ato Médico tem acentuado as dificuldades encontradas pelas profissionais para atuar. Independentemente de sua aprovação, ele “alertou” muitos profissionais médicos, para o trabalho que está sendo desenvolvido pelas enfermeiras obstétricas.

*A meu ver essa dificuldade foi se acirrando quando se colocou na agenda política o ato médico. Ele foi realmente terrível porque começou uma briga entre as categorias e, uma boa quantidade de escolas que anteriormente formavam e tinham um bom campo de treinamento para os seus alunos, não conseguiram mais, porque eles começaram a radicalizar e a querer impedir. (Ent. 2).*

*Também não dá para dizer que a culpa é das enfermeiras obstetras porque o Ato Médico foi um divisor de águas, por conta da briga de todas as categorias da saúde com a medicina. Isso trouxe um atraso muito grande, porque o Ato Médico não foi aprovado na lei, mas foi aprovado na prática. Todos os estados brasileiros de certa forma criaram políticas coibindo a atividade das enfermeiras e das enfermeiras obstetras. (Ent. 9).*

*Quando tivemos uma política com a possibilidade de atuação da enfermeira obstetra, o Ministério, por conta do Ato Médico, recolheu completamente, não consegue se posicionar, acha que é uma briga de categorias e não entra nessa discussão. (Ent. 6).*

*Ultimamente tem virado uma verdadeira guerra, as entidades de classe ligadas à medicina, os conselhos regionais e o federal tem atuado de forma muito coesa com relação ao ato médico, e essa inserção da enfermeira ameaça muito, e eles tem combatido bastante. (Ent. 2).*

*Tem três anos que não oferecemos o curso de especialização, desde as confusões do Ato Médico que as coisas começaram a complicar, principalmente no campo de prática. (Ent. 6).*

*Agora, a partir do Ato Médico, temos encontrado dificuldades no desenvolvimento do estágio, mas estamos tentando romper essas barreiras. (Ent. 6).*

*Mas de um modo geral, o que temos observado na atenção obstétrica em S. (cidade) é que agora (após o ato médico) há um silêncio da classe médica, eles não têm feito muitos embates, mas também não têm apoiado nenhum tipo de iniciativa. (Ent. 6).*

*... dentro da obstetrícia ele (ato médico) ativou os ânimos da categoria médica e buscou recuperar a união daquela categoria, a ponto de muitas de nós sermos barradas de participar de eventos médicos. (Ent. 4).*

*Deve ter 30.000 gineco obstetras na FEBRAGO, para 5.000 enfermeiras obstetras na ABENFO, é muita diferença. Além disso, eles têm o poder econômico e publicam o que bem entendem, porque são donos da mídia nacional, vão para a televisão, rádio, jornais, dizer que as enfermeiras não estão bem preparadas para atender ao parto e tem o ato médico ... . (Ent. 7).*



<h2>Desafios</h2>			
<b>Empoderamento</b>	<b>Sensibilização</b>	<b>Qualificação</b>	<b>Transformar e ocupar os espaços de atuação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento do trabalho e conscientização da autonomia profissional</li> <li>- Compromisso com a qualidade</li> <li>- Valorização e participação nos órgãos de classe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais e gestores</li> <li>- Criação de concursos para enfermeiras obstétricas</li> <li>- Apoiar e fazer cumprir as normas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os cursos de especialização</li> <li>- Outras opções de titulação</li> <li>- Aumentar o quantitativo de profissionais</li> <li>- Formação de qualidade</li> <li>- Avaliação das competências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupar espaço nas diferentes regiões do país</li> <li>- Criação de Centros de Parto Normal</li> <li>- Promover mudanças no modelo de assistência</li> <li>- Assistência em todo o ciclo gravídico puerperal</li> <li>- Atividades de extensão associadas à pesquisa</li> <li>- Modernização das instituições</li> </ul>

Continuação: **Desafios**

<b>Desafios</b>			
<b>Parcerias</b>	<b>Continuidade do trabalho</b>	<b>Promover a profissão</b>	<b>Outras lutas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre diferentes profissionais, gestores, instituições e órgãos de classe</li> <li>- Envolvimento de segmentos da sociedade com as políticas de saúde</li> <li>- Apoio político para o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão</li> <li>- Promoção da interlocução</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar gerações</li> <li>- O trabalho das enfermeiras obstétricas como exemplo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação do trabalho realizado</li> <li>- Gerar evidências científicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remuneração</li> <li>- Ato médico</li> <li>- Lutar pelas causas viáveis</li> </ul>

## Desafios

Nesta categoria buscamos destacar dos depoimentos, os trechos que mostram alguns caminhos que as profissionais devem percorrer para desenvolver uma prática plena e autônoma.

Vimos que o incremento da atuação das enfermeiras obstétricas depende dos investimentos qualitativos e quantitativos na sua formação, no reconhecimento do seu trabalho, na criação de normas e leis e sua fiscalização e na luta para conquistar e manter espaço de atuação e representação. Ainda é necessário realizar pesquisas e divulgar seus resultados, bem como, firmar parcerias e realizar um trabalho conjunto, porém autônomo.

## Empoderamento

### - Reconhecimento do trabalho e conscientização da autonomia profissional

- Reconhecimento das profissionais

O trabalho desempenhado pelas enfermeiras obstétricas deve ser visto como uma contribuição essencial para a melhoria da assistência.

*A enfermeira precisa assumir mais espaço de poder, de gestão, para estar lutando por isso. Precisa reconhecer e valorizar o seu trabalho, quando ela está lá no campo, (...), a enfermeira tem que fazer com que o serviço não funcione sem a presença dela. Ela tem que ter isso para assim poder mostrar para as pessoas. (...) Ela tem que pensar no lugar dela ali na ponta, atuando, na sua postura pessoal e tem que ocupar os espaços de maior poder, para estar reivindicando e atuando em todas as esferas, seja macro ou micro, para ocupar os espaços. (Ent. 1).*

- Reconhecimento da sua situação no Sistema de Saúde vigente

*... nós não queremos ser incluídas no sistema médico, e sim, sermos incluídas no Sistema de Saúde Nacional, onde o sub sistema médico, o sub sistema da enfermagem e o sub sistema de todas as profissões fazem parte. (Ent. 7).*

- Conscientização da autonomia profissional

Durante o curso de graduação, as alunas têm que ser preparadas para trabalharem com autonomia e responsabilidade. Isto deve ser iniciado ainda nos primeiros anos de curso.

*Temos muitos desafios, mas um dos maiores é a enfermeira e o enfermeiro compreenderem que somos profissionais autônomos, liberais, que temos responsabilidade civil. (Ent. 11).*

*A faculdade precisa mudar sua abordagem no ensino, precisa ser mais ousada. A exemplo da faculdade de odontologia (...) a Odontologia abriu suas portas para a comunidade. A faculdade de enfermagem tem "n" abordagens, com o idoso, com a criança, com a mulher, com a clínica médica, com o alto risco, e não abre absolutamente nada. Ela continua dentro de um casulo, as escolas de enfermagem precisam abrir suas portas para a comunidade e, abrir as portas para a comunidade é dizer: eu estou formando este profissional que pode assistir você de forma independente. (Ent. 11).*

- Informação

É necessário orientar a clientela, informar-lhe dos prós e contras de cada procedimento e contribuir para sua conscientização e seu poder de reivindicação.

*Está começando um movimento e tem um grupo de mulheres demandado parto normal, elas têm buscado e trocando informações. Na assistência privada aqui em B.H., a gente vê que a mulher tem que fazer um movimento enorme para conseguir ter parto normal, para conseguir um médico que assista ao parto normal, ela tem que ir contra uma cultura médica e da família, é uma pressão muito grande, então elas precisam de grupos de apoio de mulheres. É preciso fortalecer aqui no Brasil, essas mulheres em rede, com experiências de parto natural, dando apoio a outras mulheres. (Ent. 1).*

*As minorias têm poder, desde que se organizem com seus movimentos, com suas bandeiras de luta e suas trincheiras. (Ent. 7).*

*O setor privado está muito aquém, lá a situação está muito caótica mesmo, a epidemia de cesariana é caótica, as mulheres são muito desinformadas. Tem um movimento das mulheres, em rede, que tem começado a mudar um pouco essa história,... (Ent. 1).*

*Temos ainda que fazer cumprir a permanência do acompanhante no pré-parto e na sala de parto, isso não pode ser regateado, temos que fazer com que a própria comunidade exija. (Ent. 10).*

- Envolvimento da clientela na busca de melhoria de assistência

Os profissionais devem se unir à população, empoderá-la, para juntas, lutarem por novas conquistas. A clientela, se informada e organizada, tem o poder de reivindicar a assistência que desejam para si.

*Mas tem também outro lado, nós enfermeiras ainda não estamos conscientes, ou conseguindo ainda trabalhar o empoderamento das mulheres. Enquanto nós não tivermos as mulheres compreendendo o significado do processo de nascimento e parto, enquanto elas não entenderem a importância da sua participação, não conseguiremos avançar. Na hora que as mulheres começarem a ver que elas são sujeitos e devem lutar para serem os sujeitos desse processo, a história desse país vai mudar. (Ent. 4).*

*Temos que trabalhar com a população, com a comunidade, com a mulher, empoderar essa comunidade, essa população e especialmente as mulheres. Temos que chamar a atenção de nossos alunos para esta questão. (Ent. 4).*

*Outro caminho que temos perseguido é o de empoderar as mulheres para irem à luta conosco, pela possibilidade de terem parto normal, serem atendidas por enfermeira, de forma mais humanizada, de maneira que elas possam ser sujeitos da ação... (Ent. 6).*

*Estamos trabalhando muito essas mulheres que estão parindo conosco, tentando resgatá-las depois, levando-as para rodas de conversa com as mulheres do pré-natal, para elas contarem sua experiência para outras mulheres e, a partir das próprias mulheres reivindicando, buscando uma atenção diferente das que elas tem tido na sala de parto, mudar o modelo de assistência. Estamos trabalhando no movimento de mulheres, tentando fazer com que lutem conosco. (Ent. 6).*

*Ou juntos, eles e nós (médicos e enfermeiras), vamos tentar com as mulheres, brigando, reivindicando, dizendo que, o que elas querem é ser atendidas por enfermeiras ou por profissionais que vão trabalhar de uma forma mais humanizada, diferente, numa outra perspectiva de atenção. (Ent. 6).*

- Respeito

As mulheres devem receber informações suficientes, que lhes permitam escolher em qual modelo e por qual profissional desejam ser atendidas.

*Nós temos obrigação de criar uma cultura e tecnologias que permitam o acesso real para o serviço, uma estrutura hospitalar que respeite o desejo da mulher. (Ent. 10. Lin. 162 - 4).*

*E, o mais sério é fazer com que essa mulher tenha a opção do parto normal, que ela escolha essa opção, e não que seja uma opção do médico pois, ele está preocupado com a taxa dos hospitais. No momento que isso acontecer, ela vai pedir uma enfermeira obstetra. (Ent. 10).*

## -Compromisso com a qualidade

É necessário que as instituições formadoras se fortaleçam e se posicionem diante da categoria médica.

*... na realidade, ainda impera a hegemonia, mas a escola de Enfermagem também tem que buscar a sua hegemonia, o seu poder pois eles (médicos) precisam da gente, então têm que fazer também conforme o que nós acreditamos, não podemos simplesmente deixar eles dirigirem do jeito que querem pois, eles precisam da gente e nós temos que zelar pela qualidade da assistência. (Ent. 4).*

*O compromisso inicial é qualificar os serviços de atendimento dentro do SUS, dar um status de atendimento exemplar, a tal ponto que as mulheres das classes de convênios optem por dar a luz dentro do SUS, porque lá elas terão um atendimento correto, honesto, do tamanho que precisam. (Ent. 10).*

## - Valorização e participação nos órgãos de classe

- Na formação

As escolas devem também buscar sensibilizar as enfermeiras obstétricas durante a formação, para a importância dos órgãos de classe.

*Tem que ter uma cadeira na formação que trabalha essa questão, talvez na linha da sociologia mesmo, da importância das organizações profissionais para a profissão em si. (Ent. 1).*

*Vejo na universidade enquanto docente, que ainda falta em muitas colegas nossas, de diferentes instituições, essa vontade de lutar pela profissão. Elas estão com medo e, é muito cômodo ficar nessa situação. Temos que fazer um movimento também na nossa categoria profissional. (Ent. 4).*

- Valorização da ABENFO

*A ABENFO tem uma responsabilidade enorme nessa condução do nascimento de uma profissão forte, que está ocupando os espaços com liberdade e autonomia, sem grandes lutas, sem grandes brigas, porque são as brigas que desgastam. (Ent. 11).*

- Sensibilização para participação nos diferentes segmentos e órgãos

Sensibilizadas, as profissionais poderão perceber a importância e necessidade de ocuparem assento em associações, comitês, comissões, dentre outros, como representantes da categoria.

*Deve-se fortalecer os cargos das enfermeiras nos comitês nacional, estadual e municipal e ter mestrados e doutorados com núcleos de pesquisa em saúde da mulher, para subsidiar as discussões nas polêmicas e conflitos (Ent. 7).*

*Temos que ficar alertas para todos os acontecimentos, exigir presença e defesa por parte de nossos conselhos (COFEN/COREN) para aquilo em que estamos sendo afetadas, temos também que exigir avanços legais, que possam dar sustentação para o que fazemos e temos competência para tal. As associações de classe são de extrema importância neste chamamento. (Ent. 4).*

E, estes órgãos conjuntamente, devem tomar deliberações sobre as demandas legais que envolvem a atuação das profissionais.

*Temos que investir em algumas questões legais que ainda nos esbarram, já começamos (ABENFO) a fazer algumas interlocuções com o COFEN,... (Ent. 4).*

O fragmento de discurso a seguir, nos mostra a contribuição das nossas representações nos órgãos de classe e decisão.

*Agora, a inserção da profissional nas decisões dos programas políticos, o trabalho com a ABENFO e com os programas de qualificação, com os cursos de especialização financiados pelo Ministério; o incremento do material didático, que era entregue as ABENFOs e estas entregavam a seus associados, não eram mais enviados aos leigos e guardados nas gavetas, foi um momento de auge para a enfermagem obstétrica. (Ent. 7).*

## **- Sensibilização**

### **- Profissionais e gestores**

Buscar sensibilizar profissionais e gestores sobre o trabalho das enfermeiras obstétricas.

*Se tivesse essa sensibilização das instituições, dos profissionais, que a enfermeira obstétrica vem para contribuir, para somar, para prestar uma melhor atenção à mulher, a gente teria condições de ver essa inserção realmente acontecendo,... (Ent. 3).*

*... o dirigente tem que estar sensibilizado porque, se ele não tiver essa sensibilização do atendimento humanizado, que a enfermeira obstetra é o profissional ideal para fazer o trabalho, se ele não vê isso, vê só a competência do médico, que é ele que tem que assumir, então não cabe o atendimento da enfermeira obstétrica pois, ela não consegue desenvolver seu trabalho. (Ent. 3).*

## **- Criação de concursos para enfermeiras obstétricas**

Divulgar junto aos órgãos de poder, o trabalho das enfermeiras obstétricas, e a importância de se oferecer concursos específicos para o cargo.

*... se a instituição, a Secretaria do Estado da Saúde não faz concurso para especialista, é complicado porque às vezes, o especialista é contratado pela secretaria, mas é mandado para um hospital geral, que não tem a especialidade, ele acaba não sendo aproveitado na maternidade, esse é outro problema, a política de contratação de pessoal. (Ent. 5).*

## **- Apoiar e fazer cumprir as normas**

- Criar mecanismos para apoiar, avaliar e fazer cumprir as leis

*Não é só ter uma lei que pode assinar o laudo, que você pode assistir ao parto, temos que ter habilidade para nos inserir, sermos valorizadas e respeitadas nesse ambiente de trabalho. (Ent. 5).*

*Agora não basta o Ministério fazer as normas e portarias, é necessário mais incentivo a nível de política mesmo, porque uma coisa é fazer uma norma e outra é dar condições para o seu cumprimento. Existe a portaria do Ministério que a enfermeira pode assinar AIH, mas quando você pega todas as AIHs do país, é mínimo o número de enfermeiras que assinam. (Ent. 3).*

## **- Qualificação**

Deve-se procurar oferecer cursos com uma carga horária que atenda a demanda do quantitativo, porém com qualidade. Buscar formar profissionais para atender as demandas da população e as políticas de saúde.

### **-Os cursos de especialização**

- Os cursos de especialização em enfermagem obstétrica devem oferecer uma formação ampla e integral.

*Acredito que o grande desafio da enfermagem obstétrica hoje é ter uma formação mais ampla do que a formação que ele tem recebido na faculdade. Nosso aluno culturalmente deixa a desejar, temos uma responsabilidade enquanto órgão formador, de estar completando a formação desse aluno enquanto cidadão, dentro*



*do direito que ele tem de receber uma educação mais ampla, um olhar mais integral, diferenciado do mundo. (Ent. 11).*

- A sua carga horária total não deve ser muito longa, porém suficiente para uma boa formação. A carga horária prática deve ser suficiente para dar oportunidades para a aluna desenvolver diferentes atividades, mas principalmente assistir partos.

*Acredito que a especialização tem condições de dar uma boa formação em um curso bem estruturado, que tenha realmente a possibilidade desses alunos fazerem um bom número de partos. (Ent. 3).*

*É necessário que se pense uma carga horária de aproximadamente 600 horas, mas a grande discussão não é a carga horária em si, e sim a atividade prática, a filosofia do curso. (Ent. 9).*

- Deve atender as necessidades da assistência à mulher

*... a formação não é isolada da força legal do ensino e da prática; dos movimentos da reforma sanitária determinados pelas propostas governamentais; dos movimentos societários, particularmente o feminista e da sociedade e especialistas, que neste caso é a ABENFO. (Ent. 7).*

- Resgatar os financiamentos de cursos de especialização

É preciso retomar assento no Ministério da Saúde, para resgatar as políticas de financiamentos, de produção de material didático e lutar pela atuação das profissionais.

*Apesar de todas as políticas, do tempo, da carga horária pequena, se aproveitarmos 20 a 30% desse pessoal que formou, já é uma contribuição importante para a nossa classe. Precisamos resgatar essa formação, esse incentivo para a formação. (Ent. 1).*

*No Congresso no Piauí, deve-se tomar uma determinação muito séria, aproveitando a participação do Ministério, de resgatar aquelas conquistas dos cursos pagos por aquele órgão, os projetos de casas de parto, a inserção das enfermeiras na elaboração dos materiais didáticos e a entrega desse material a todas as enfermeiras. (Ent. 7).*

*Devemos seguir firmes na luta, formando enfermeiras obstetras, fazendo com que as nossas alunas saiam motivadas do curso para atuarem no PSF, para trabalhar as mulheres numa perspectiva de parto normal e nós também, com investimentos das nossas entidades, buscaremos resgatar as políticas, os financiamentos, esse lugar da enfermagem obstétrica, porque é lamentável o Ministério ter parado o financiamento dos cursos e da abertura dos Centros de Parto Normal. (Ent. 6).*

## - Outras opções de titulação

Estratégias como a residência e o mestrado profissionalizante devem ser utilizados para qualificar profissionais, buscando atender as demandas da sociedade e dos movimentos políticos e sociais.

- Mestrado profissionalizante

*Os cursos profissionalizantes são outro caminho que as escolas de enfermagem têm que pensar, analisar a viabilidade pelo lado financiamento, eles têm que se voltar para uma área específica e para a prática, seria a criação do mestrado profissionalizante. (Ent. 8).*

- Residência em enfermagem

*A residência em enfermagem obstétrica é uma estratégia interessante. (Ent. 9).*

*... mas a residência em um lugar onde você possa ter um modelo diferenciado de formação, é muito interessante para a formação da enfermeira obstetra, e é uma boa estratégia. (Ent. 9).*

*Nesse momento estamos discutindo os cursos no formato de residência, parece que este modelo está dando certo, há algumas iniciativas pelo país, e lá na nossa escola, estamos com residências em outras especialidades, sem grandes problemas. (Ent. 6).*

*A residência é outra via importante, ela é uma especialização ampliada e, tem a possibilidade de ser financiada. (Ent. 8).*

- Formação à distância

A busca de centros formadores e cursos de formação à distância, sem perder de vista a qualidade da formação, surgiu como sugestão de estratégias para se garantir a titulação de profissionais.

*... começamos a pensar estratégias, do que faríamos para sair desse movimento de só financiar os cursos, estava tudo muito centrado no ministério e era necessário procurar dar mais subsídio para que o estado assumisse. Porque se você organiza cursos à distância, se você vai identificando quais são aquelas maternidades que fecham bem o conteúdo, as sociedades científicas, os parceiros, você tem condições de apoiar os estados, para que eles desenvolvam essa política com muito mais agilidade do que se estiver dependendo só da ajuda nacional. (Ent. 2).*

*Eles falaram de alguns centros formadores para garantir a qualidade da assistência, mas já tem algum tempo, a nossa crítica é que está demorando demais, estão pensando há muito tempo. (Ent. 3).*

*Começamos a pensar também nos cursos de formação à distância, esse projeto tem que ser submetido à ABENFO, a todos os nossos parceiros. Essa seria uma ação estratégica para nós, além de termos identificado a necessidade de se buscar a pactuação com as entidades médicas, em função do ato médico. (Ent. 2).*

- Reconhecimento do curso de obstetrícia

A USP criou ou “recriou”, o curso de obstetrícia. Porém, ainda é preciso divulgar e esclarecer aos profissionais, gestores e clientela usuária, em quais esferas os profissionais podem atuar.

A quantidade e qualidade desses profissionais atuantes contribuirão para a divulgação da profissão.

*A formação de obstetrizes é incipiente, as colegas estão tendo dificuldade com o registro profissional dessas obstetrizes, acredito que teremos um conflito profissional pela frente, já se começa a escutar um eco e algumas perguntas do tipo: “- A obstetriz pode puncionar uma veia e instalar um soro?... A equipe de enfermagem vai se subordinar a orientação desta profissional?” Comecei a ouvir esses comentários em lugares onde estou proferindo palestras e onde vou dar aula, e pode ser um complicador para a formação. (Ent. 9).*

*... acredito que será uma experiência exitosa o curso de Obstetriz da USP, vamos ver quando essas profissionais chegarem na prática, vamos formar quantas? Quarenta, cinquenta por semestre? Será um quantitativo importante e acho que são profissionais de qualidade que vão buscar atuar. (Ent. 1).*

Obstetrizes, graduandos do curso, coordenadores e profissionais envolvidos com este tipo de formação têm que se unir para resolver a sua regulamentação diante do Conselho de Classe ao qual está ligado, e de fazer valer a Lei do Exercício Profissional.

*E as obstetrizes também estão entrando no mercado, estou com um parecer do COFEN, que eles me mandaram para ajudar na discussão porque, quando teve a proposta do curso na ABENFO, eu era a presidente e defendi a autonomia Universitária, só que o COREN São Paulo negou o registro destas profissionais, e o COFEN referendou a decisão do Conselho Estadual. Elas se formaram e não podem trabalhar, orientei que entrem na justiça com uma liminar. (Ent. 7).*

*A Lei 7498 não é específica para o enfermeiro obstetra. Quando se juntou as escolas de enfermagem para formar, em 1968/1970 a lei abordava o enfermeiro, auxiliar e técnico na área de enfermagem, enfermeira obstetra, obstetriz e parteira, ela dá cobertura à formação de obstetriz sim. (Ent. 7).*

*Existia uma legislação específica para o exercício da obstetriz e nela foi incorporada a legislação do exercício da enfermagem, que é a atual lei do exercício. A obstetriz era uma profissional com uma legislação própria, com o exercício*

*consolidado, não no Brasil, mas em São Paulo, elas tinham uma inserção grande nas maternidades, do ponto de vista institucional. (Ent. 8).*

*A legislação do ensino, a LDB possibilita a criação de novos cursos, por isso a USP criou o de Obstetrizes, que tem que ser revisto, a primeira turma se formou agora e está reconhecida. Tem um impasse com o COREN, que tem que ser resolvido, senão essas profissionais terão que criar um conselho próprio, o que é lamentável, pois, nós temos que estar juntos. (Ent. 8).*

- Titulação x qualidade

A qualidade da formação deve ser preservada, independentemente do título que é fornecido.

*Não é a determinação de matrona, obstetrix, obstétrica, enfermeira obstetra, que vai dificultar a qualidade da atenção e sim, a qualidade da formação que acompanha as influências internacionais das organizações que protegem a saúde da mulher; a influência dos movimentos societários (movimento feminista) que resgata, conclama os direitos de cidadania; o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais; o movimento da classe (ABENFO) que reclama uma melhor qualificação, para uma melhor inserção nos cargos e nos programas. (Ent. 7).*

*... tanto uma formação quanto outra (especialização ou entrada direta), tem que garantir essas habilidades e competências de cuidado qualificado, de empatia, de evidência científica, de conhecimento científico. (...) São as habilidades e competências atitudinais que têm que ser trabalhadas em ambos os processos de formação. (Ent. 1).*

*... nos últimos anos enquanto ABENFO, estamos tentando tirar o foco de discussão de formar como, com quem, se enfermeira, se obstetrix, se é o curso de obstetrícia, se é o curso de especialização ou de residência, estamos mesmo preocupadas é com a qualificação, com a qualidade dessa formação. (Ent. 4).*

E deve buscar atender as peculiaridades regionais do país.

*Agora temos que ver que não é a formação que vai fazer a qualidade da atenção e o resgate da função da enfermeira obstetra, porque o Brasil é um país que soma a quantidade de habitantes de toda a América Latina, e tem necessidades específicas. (Ent. 7).*

## **- Aumentar o quantitativo de profissionais**

- Formar para ocupar os espaços

É necessário aumentar o número de profissionais e para isso, é preciso continuar formando especialistas.

*Ainda temos outros problemas, como o número de profissionais, temos que formar um grande número de enfermeiras obstetras e com qualidade, esse é um grande desafio. (Ent. 9).*

*Somos ainda em um número muito pequeno no país, temos que continuar essa formação e então começaremos a ter profissionais em muitos lugares, em muitos serviços, aí conseguiremos conquistar esses espaços. (Ent. 3).*

*... temos que continuar formando um número grande de enfermeiras obstetras, como temos feito, para poder atuar, mostrar o trabalho, que ainda é pequeno mas já está repercutindo e sendo inserido em lugares onde antes não tinha a profissional. (Ent. 3).*

*Nós estamos em uma fase que, como eu vou reivindicar que a enfermeira obstétrica participe, se não temos um número suficiente para participar? Politicamente fica difícil. (Ent. 3).*

- Número de profissionais x demanda

Deve-se que estar sempre atento se o número de profissionais é suficiente para atender a demanda da instituição. A quantidade adequada de profissionais contribui tanto com a qualidade do trabalho quanto com a mudança do modelo de assistência

*... você insere enfermeira obstetra e não dá muita condição para ela atuar, que não é só inserir a enfermeira obstétrica, colocar uma e dizer que no hospital, em todos os plantões, tem enfermeira obstétrica. (...) não é só colocar enfermeira obstetra, e sim colocar em número que possa atender a demanda que existe. (Ent. 3).*

*O R. N. (instituição) vai mudar para uma maternidade maior, que tem uma área no pré-parto para sete leitos PPs, então vamos batalhar para ter pelo menos duas enfermeiras obstetras por plantão, para marcar mais ainda este espaço porque numericamente, há uma desvantagem muito grande. (Ent. 1).*

## **- Formação de qualidade**

E, essa formação deve zelar pela qualidade não só técnica, mas também ética. Assim, será possível ampliar, fortalecer e consolidar a atuação e a organização da classe.

*... Mas mesmo na formação da enfermeira obstetra é importante você garantir a postura, a ética, senão você forma uma profissional tecnicamente competente, mas com uma postura autoritária que vai reproduzir o modelo que não queremos. (...) Todas as formações têm que trabalhar as habilidades, as competências atitudinais, garantir a postura, a ética e a competência procedimental dentro de um modelo humanístico, com visão crítica do modelo tecnocrático. (Ent. 1).*

*... os cursos têm que formar o aluno com uma visão crítica, ética e humanística e, com sua atitude, os alunos têm que procurar criar os espaços de atuação, se não,*

*corremos o risco de ter financiamentos e não ter profissionais com postura diferenciada. A postura do enfermeiro obstetra e a forma como ele se coloca diante da equipe, facilita ou dificulta a sua inserção. (Ent. 5).*

*... a formação com qualidade e a política ministerial são primordiais, nós não vamos conseguir ganhar espaço, se não tivermos uma formação de qualidade. Essa minha preocupação não é só enquanto ABENFO, é necessário qualificar os cursos para formar com qualidade, para poder ter realmente uma boa atuação e uma melhor perspectiva de mudança na carreira, no futuro da enfermagem obstétrica. (Ent. 3).*

- Instituição de ensino teórico x Instituição de ensino clínico

Para desenvolver o ensino clínico de qualidade, é importante que os docentes tenham disponível uma instituição de assistência consolidada, e boa relação entre as instituições.

*É fundamental para a formação de enfermeiras obstetras, você sempre ter à mão uma instituição para desenvolver o curso, que você domina. (Ent. 9).*

Porém, a necessidade de buscar outras instituições para o desenvolvimento do ensino clínico, de dialogar e se adaptar às normas de diferentes instituições, contribuem para o crescimento profissional e divulga o trabalho.

*... aí você tem que se submeter à filosofia do lugar. Isso por um lado trouxe uma série de limitações e prejuízos, pois, você tem que se submeter àquela filosofia, mas por outro, trouxe uma outra visão para os professores pois, você é obrigado a dialogar com outros atores. (Ent. 9).*

## **- Avaliação das competências**

É necessário criar normas para avaliar a formação, a competência e a qualidade da assistência oferecida pelas profissionais. A garantia de uma boa atuação profissional contribui para resgatar as antigas funções da categoria e conquistar novos espaços.

*... falta parâmetros mínimos para a formação do enfermeiro obstetra, que não sejam relacionados apenas ao número de partos e sim, a uma competência mais geral. Recentemente a Confederação Internacional de Midwives relacionou competências para as enfermeiras obstetras e obstetrizes, algumas bastante complexas. Essas profissionais têm que dominar e seguir com rigor estas recomendações para poder atuar. (Ent. 10).*

*... estamos trabalhando com a certificação dessa qualificação, e foi um avanço da ABENFO nesses últimos anos, ter conseguido através de nosso conselho diretor, discutir as competências. (...) já foi estabelecido como padrão ouro da ABENFO, as*

*competências essenciais ditadas pela Confederação Internacional das Parteiras, agora nós estamos num processo de estudar como fazer a certificação desse pessoal que está aí. (Ent. 4).*

*O mais importante não é a via, o caminho que alguém fez para chegar lá, mas como essas pessoas estão sendo qualificadas, que é a certificação que a ABENFO está propondo, as competências que têm que ser atendidas pelas enfermeiras obstétricas e pelas obstetrizas. (Ent. 8).*

*O objetivo comum de melhorar a qualidade da assistência à população é mais importante que centrar no tipo de profissional. Temos que fazer um movimento para termos representantes na área técnica, recuperar os cursos de especialização, os projetos de casas de parto, melhorar os currículos, os referenciais teórico metodológicos, enquanto pensamento crítico reflexivo de todo o contexto, e renovar a certificação de enfermeira obstetra. Isso sim, vai nos ajudar a resgatar nossas funções, tanto no ensino quanto na prática. (Ent. 7).*

*Estamos discutindo na ABENFO a Acreditação, já discutimos na ABENFO-SP a Acreditação de cursos, critérios para ele poder titular, se é bom ou não. Porque não podemos formar enfermeiras obstetras sem qualidade, senão é mais um problema, e ela não vai conseguir se inserir, nem ocupar o espaço. (Ent. 3).*

*Nós enquanto categoria, precisamos estar sempre nos organizando, revendo que profissional é esse que está sendo formado, qual o espaço que estamos tendo de atuação, porque não estamos conseguindo atuar em todos os espaços? (Ent. 3).*

## **Transformar e ocupar os espaços de atuação**

### **- Ocupar espaço nas diferentes regiões do país**

Deve-se também buscar inserir enfermeiras obstétricas em todas as regiões do país, e evitar a concentração de profissionais nos grandes centros.

*Alguma coisa tem que ser feita para que esses enfermeiros, incluindo enfermeiros obstetras adentrem para o interior do país. Os profissionais não podem ficar atuando somente nos grandes centros, a enfermagem obstétrica tem que ocupar esse espaço, se inserir no interior do país, essas áreas precisam dessa profissional também. (...) A enfermeira obstetra e obstetriz precisam ir lá, pra onde têm as parteiras, trabalhar junto com elas, atuar nesses espaços todos, mas isso ainda é um problema, o pessoal fica muito nos grandes centros. (Ent. 1).*

*... o número de profissionais ainda é pouco em termos de Brasil, especialmente em áreas como a Região Norte que tem muito pouco profissional. (Ent. 3).*

## - Criação de Centros de Parto Normal

Como exemplo de trabalho autônomo, várias entrevistadas se referiram à atuação nos centros de parto normal, porém, é necessário buscar mecanismos para criar novas instituições deste tipo, e permanecer na luta para evitar o fechamento dos já existentes.

*Você pode pedir para os serviços reduzirem 20, 30% o número de cesarianas, mas para que isso aconteça, é preciso criar condições para que o parto normal seja digno, não é reduzir na marra. E, uma das primeiras condições para que ele seja digno, é criar mais centros de parto normal, outra é que se forme e se contrate mais enfermeiros obstetras para atender nesses locais, e que eles consigam trabalhar. É necessário mudar a mentalidade da população, com relação ao parto normal ou natural, colocando efetivamente as vantagens de se nascer de parto normal. (Ent. 10).*

## - Promover mudanças no modelo de assistência

É necessário que a categoria lute para implementar um modelo de assistência, integral e multiprofissional.

*Enquanto a saúde desse país estiver centralizada no poder médico, será muito difícil serem cumpridas na íntegra, as políticas do SUS e ter realmente mudanças na assistência. (Ent. 11).*

*... agora precisamos de profissionais com proposta de mudança, de ampliação das possibilidades, tanto de formação quanto de inserção profissional. (Ent. 8).*

Algumas entrevistadas deram exemplos de alguns tipos de mudanças que estão começando a ser implantadas, e enfocam a importância do trabalho em equipe.

*Agora tem aqui em B.H. um grupo de médicos que está se organizando para prestar assistência no setor privado com equipe de médicos, enfermeiras obstetras e doulas. (Ent. 1).*

*... ela é enfermeira lá e vem perseguindo a possibilidade de se ter uma casa de parto ou um espaço para o parto. Estamos junto pensando, discutindo a criação desse espaço, não sabemos como vai terminar, já aconteceram algumas reuniões com a Secretaria Estadual, com o apoio do Ministério da Saúde, mas nada foi inaugurado ainda. Como essa casa de parto vai ficar em um bairro muito periférico e dentro de uma obra social de um espírito que é de renome internacional, acreditamos que não haja nenhuma "rebelião" da categoria médica, em relação a sua criação. (Ent. 6).*



## **- Assistência em todo o ciclo gravídico puerperal**

Tem-se que buscar a continuidade do atendimento. As enfermeiras obstétricas em equipe, devem prestar assistência em todo o período reprodutivo.

*Deveríamos ter equipes de enfermeiras obstétricas nas maternidades que se responsabilizassem pelo acompanhamento do trabalho de parto, parto e pelo pós-parto, pelo período de internação e, junto com a atenção básica e com as equipes de saúde da família, acompanhar o puerpério. A atenção desta forma poderá fazer a diferença na qualidade da assistência, e fazer com que as profissionais tenham uma satisfação maior no trabalho. Temos que pensar em projetos para organizar equipes porque, enquanto grupo de enfermeiras obstétricas de um determinado serviço, podemos nos responsabilizar por um grupo de mulheres. Nós não podemos nos responsabilizar individualmente, eu com a minha paciente, mas enquanto grupo, nos responsabilizar, se não pelas mulheres durante a gravidez, porque esta função é da atenção básica, pelas mulheres durante a internação e no pós-parto. (Ent. 8).*

## **- Atividades de extensão associadas à pesquisa**

A associação das pesquisas desenvolvidas na pós graduação *strictu sensu*, com as atividades do ensino clínico *latu sensu* e da graduação, bem como, com as atividades de extensão, pode se mostrar como caminhos a serem percorridos pelas profissionais, para valorizar as atividades que desenvolvem.

*... a pós-graduação tem sinalizado que vai pontuar quem faz responsabilidade social, temos que usar isso a nosso favor pois, a formação para a rede de saúde ligada a um núcleo de pesquisa e ao pesquisador da pós-graduação, é uma atividade de responsabilidade social. (Ent. 9).*

*O mestrado e doutorado são divisores de águas porque trazem referenciais teóricos e metodológicos que ajudam os professores da área, a avançar no pensamento reflexivo e crítico dessas políticas. Evita que sejamos usadas e nos promove, para sermos contempladas como cidadãs que têm contribuições para dar, conforme as nossas competências. (Ent. 7).*

*Temos que aprender a trabalhar com responsabilidade social, é um desafio e uma alternativa para nos fortalecermos de verdade. (Ent. 9).*

## - Modernização das instituições

É importante que as instituições modifiquem sua estrutura física, utilizem equipamentos adequados e busquem envolver a equipe.

*... portarias que limitam o número de cesarianas, são medidas econômicas, numéricas, não mudam a realidade, o que temos que mudar, e que é a longo prazo, é a cultura das mulheres em relação ao parto. Modificar a forma como é oferecido o parto no Sistema Único de Saúde, ou seja, você tem que ter ambiente atraente, hospitaleiro, com profissionais confiáveis, para que as pessoas queiram ter bebês nesses lugares ... (Ent. 10).*

*A primeira coisa é mudar o ambiente e os agentes onde o parto ocorre, e isso vem acontecendo. Temos que mudar a centralidade do atendimento ao parto, deslocar do profissional médico para a profissional enfermeira ou não médico, que tem outro modelo assistencial e também, mudar a arquitetura desses lugares para que a mulher se sinta acolhida ... (Ent. 10).*

*Com essas políticas o Ministério abre caminho, mas os serviços têm que ter criatividade para ampliar os benefícios, criar oportunidades para melhorar o atendimento obstétrico e neonatal. (Ent. 10).*

## - Parcerias

Acordos e parcerias devem ser realizados com diferentes categorias profissionais e destes com os órgãos de classe. Parcerias entre os órgãos de representação entre si, e destes com diferentes instituições, gestores e profissionais, também devem ser efetivadas, para se obter êxito nas propostas de atuação.

- Com os órgãos de classe e de representação

Para que o fortalecimento aconteça de fato, é necessário um trabalho efetivo, e o envolvimento e a parceria dos conselhos e órgãos que envolvem a profissão.

*Temos que fortalecer a ABENFO e esse é um processo doloroso, difícil de fazer, mas, efetivamente, a ABENFO vai se fortalecer em diálogos com o Ministério pois, essa discussão não pode ser individual, pessoa x Ministério e sim institucional, ABENFO x Ministério. (Ent. 9).*

*Mas a classe não tem organização para isso, o COFEN vive uma situação complexa, felizmente agora começa uma aliança entre o COFEN e a ABEN que promete mudanças nos conselhos regionais e estaduais. Se ficamos uns 15 a 20 anos nesse processo de enfraquecimento das nossas associações de categorias,*

*ainda tendo no meio o Ato Médico muito forte, os secretários de saúde médicos, os deputados médicos, o Ministro da Saúde médico, não tem como romper com isso, não temos poder político nem de organização para mudar, vamos levar uns 10 anos ou mais para nos fortalecer. (Ent. 9).*

- Entre enfermeiras obstétricas, médicos e gestores

O estabelecimento de parcerias com as categorias profissionais, em especial a médica e com os gestores contribuirá para o fortalecimento e reconhecimento do trabalho das enfermeiras obstétricas, assim como, para o desenvolvimento do trabalho em equipe e a sensibilização das pessoas envolvidas.

*Vejo também imensas barreiras que temos ainda que vencer. Uma delas, não vou colocar em termos de prioridade, é o trabalho com a categoria médica, nós temos grandes embates, e parece que tem sido uma luta de forças, mas, não acredito que é através das brigas que vamos chegar a um consenso, e sim, sentando nas mesas para negociar. (Ent. 4).*

*Outra estratégia é o cenário de prática, será muito mais interessante se for conjunto para enfermeiros e médicos. Enquanto nós continuarmos a brigar que esse cenário de prática é só nosso, nós não vamos crescer. Tem uma questão de negociação política, em que há necessidade de entender, que tem horas que é melhor se aliar, porque nós já tivemos 10 anos de confronto e, ao invés dos CPNs (Centros de Parto Normal) crescerem isolados, eles reduziram. (Ent. 9).*

*... nosso futuro é de alianças, de intercâmbios, de aglutinar forças. Quando falo de forças, me refiro a instituições formadoras, instituições de saúde e associativas, de corporação. (Ent. 7).*

*Se somados, teríamos uma transdisciplinariedade, a função da equipe interdisciplinar e multiprofissional, uma equipe de saúde mesmo, e daríamos conta de respeitar a constituição de que, é um direito do cidadão, escolher o profissional que ele bem entender para atendê-lo, de requerer a qualidade desse atendimento e optar pelo tipo de atendimento, pela qualidade e pelo profissional. (Ent. 7).*

*Agora a inserção depende da vontade política da instituição, de estar inserindo a enfermeira obstetra em sua equipe, de abrir espaço para sua atuação. (Ent. 4).*

Pois, conforme esclarece uma entrevistada, a inserção e atuação das enfermeiras obstétricas estão diretamente ligadas ao reconhecimento e apoio ao seu trabalho.

*Onde a gente consegue uma inserção melhor, é porque naquele local tem profissionais mais sensibilizados, que acreditam no trabalho da enfermeira obstétrica e aí, as coisas começam a avançar. Onde temos aquela barreira do corporativismo médico, não há espaço mesmo, fica muito difícil. (Ent. 3).*

Algumas entrevistadas exemplificaram o sucesso de algumas parcerias e, a importância delas para se fazer cumprir a política de humanização.

*A história já mostrou que isoladamente nós não caminhamos, não tivemos capacidade de nos fortalecer politicamente e não conseguimos fazer a associação da academia com a prática, esse é um caminhar que tem acontecido em paralelo. (Ent. 9).*

*Nesse momento político do Brasil com o SUS fazendo 20 anos, todas as experiências de equipe dão certo. Todo mundo que sai isolado, batendo boca, não consegue resolver nada, não constrói, esse é outro desafio. (Ent. 9).*

*Quando você fala em humanização, fala em uma equipe atuando sem que ninguém esteja mandando em ninguém, que esteja atuando com a preocupação de troca de conhecimento, porque você passa a entender que o sujeito da sua ação não é a instituição, nem é você profissional, é a mulher que está entrando no serviço. Você tem que fazer o melhor para ela, e na equipe, todos têm que ter voz e vez, tem que conversar e tem que ter bom senso, onde todos têm o mesmo interesse, que é ofertar uma atenção de qualidade. Assim, você vai conseguir atuar dentro desse novo paradigma. (Ent. 2).*

- Entre instituições de ensino e categorias profissionais

*E também, quando se começar realmente a mudar o ensino, a trabalhar junto com outras categorias profissionais, a mostrar uma outra forma de assistir, teremos novas gerações de médicos, e quem sabe novas gerações de enfermeiros também. (Ent. 4).*

- Entre instituições de ensino e filantrópicas

*Outra estratégia é trabalhar com as instituições filantrópicas que têm uma renúncia fiscal violenta e tem dificuldade de utilizar esse dinheiro na formação de pessoas. Há grandes instituições que têm uma renúncia fiscal monstruosa, mas não têm a estrutura de formação que nós temos, não tem uma estrutura de rede de saúde. O Ministério está sabendo cobrar muito bem destas instituições um trabalho que fortalece o SUS e não a instituição. (Ent. 9).*

## **- Envolvimento de segmentos da sociedade com as políticas de saúde**

*Temos que saber trabalhar com a sociedade, com as secretarias e com o Ministério. O Ministério financiou vários mestrados, especialmente na área de Saúde Pública e PSF, talvez a gente possa propor esta ideia para a enfermagem obstétrica, através da ABENFO. Temos que negociar essa ideia entre a ABENFO e as universidades, mas tem que incluir a pós-graduação,... (Ent. 9).*

*Esse também é um desafio, como colocar junto as universidades, instituições formadoras, a REHUNA ... (Ent. 9).*

*... temos que nos posicionar e nos organizar mais enquanto categoria, para propor outros modelos de assistência. Tem que existir uma política nacional, mas também, tem que haver mais aliança com as mulheres e com a sociedade civil na proposição de outros modelos. (Ent. 8).*

## **- Apoio político para o reconhecimento da enfermagem como profissão**

São necessários o apoio e respaldo do Ministério da Saúde e o trabalho da ABENFO, enquanto representante da categoria, cobrando políticas que favoreçam a profissão.

*É por isso que é necessário que a política do Ministério aceite não a enfermeira tomando o espaço do médico, mas a enfermeira que pode prestar uma assistência mais humanizada, e diferente da que esta sendo feita. (Ent. 3).*

*Têm as competências essenciais para o atendimento à mulher no ciclo grávido- puerperal e, a pessoa qualificada tem que ter um respaldo, um contexto que facilite isso, onde ela possa desenvolver as competências a que foi treinada. Não adianta a pessoa ser só competente, tem a questão legal, a política para empoderar e ela poder exercer as competências. Tem que ter também infraestrutura, insumos, materiais, ou seja, um contexto para facilitar. (Ent. 4).*

*Falta um pouco de articulação, a ABENFO tem se inserido, mas é preciso mais. É necessário que o Ministério da Saúde crie mecanismos de fiscalização e de avaliação dessas maternidades, só a criação das políticas não é suficiente. Deveria ter uma estratégia de avaliação das maternidades em relação à inserção das enfermeiras, ... (Ent. 5).*

## **- Promoção da interlocução**

Deve-se melhorar a interlocução entre os diferentes níveis de envolvidos com a assistência à saúde.

*Tem que melhorar a comunicação entre o ministério e os gestores das maternidades, das unidades locais de saúde, mostrando essas políticas e também os mecanismos reguladores. Está faltando isso. (Ent. 5).*

## - Continuidade do trabalho

### - Criar gerações

O trabalho que está sendo desenvolvido por este grupo de profissionais, deve ter continuidade, por isso:

*Temos que aprender a criar gerações, não ficar sozinhos. (Ent. 9).*

E deve ficar claro que,

*... estamos avançando, mas é lento, é um trabalho lento, coisa para muitos anos, é um trabalho onde se tem que insistir muito, tem que estar ali, tem que estar mostrando que é possível, que é um trabalho qualificado. (Ent. 1).*

### - O trabalho das enfermeiras obstétricas como exemplo

Com uma maior atuação, de qualidade e com visibilidade, o trabalho das enfermeiras obstétricas começou a atrair profissionais para a área e ser um modelo de assistência.

*Aqui eu tenho algumas pessoas que estão começando a replicar o que faço, porque senão, quando me aposentar daqui a 5 ou 10 anos, essa discussão morre. Nós centralizamos muito as atividades numa pessoa só, aí morre aquela professora, morre aquele indivíduo e o serviço acaba. (Ent. 9).*

*O fato de fazermos cada vez mais uma assistência digna, respeitosa e significativa, que faz sentido para a mulher, é o que traz a beleza da profissão. Acho que é por isso que está aumentando o interesse pela profissão. (Ent. 10).*

## - Promover a profissão

### - Divulgação do trabalho realizado

É preciso que as enfermeiras obstétricas divulguem qualitativa e quantitativamente seu trabalho. Essas profissionais devem assumir e registrar seu trabalho. Deve-se ainda mostrar às diferentes categorias profissionais, gestores, coordenadores e população de um modo geral, os resultados positivos de uma assistência diferenciada, de qualidade, que respeita a fisiologia do parto e o desejo da mulher.

*... tanto é que, a enfermeira que faz parto, assina a AIH, ela não fica na invisibilidade. Foi uma luta nossa enquanto docente, não aceitar que o médico assinasse pelo que fizemos, se a enfermeira fez o parto, ela tem que assinar. Nós não aceitamos que outro assine por nós. (Ent. 4).*

*Só que aí a enfermagem precisa não só se posicionar, mas também mostrar resultado do seu trabalho. (Ent. 5).*

*Provar que o parto feito por enfermeira não provoca uma barbárie, não aumenta a mortalidade materna e todas essas coisas que ouvimos por aí. Temos que provar que podemos assistir ao parto de forma humanizada, com competência e qualidade, que podemos melhorar a qualidade de vida das mulheres e neonatos. (Ent. 6).*

## **- Gerar evidências científicas**

E, criar um corpo de conhecimento que, além de desenvolver as atividades práticas, tenha condições de avaliá-las, sugerir mudanças e gerar evidências científicas através de pesquisas.

*Falta na nossa formação de enfermeiras e de enfermeiras obstetras, o fortalecimento da enfermagem como ciência, o fazer é muito forte em nós, mas não deve ser o único. Estamos com o discurso das tecnologias não invasivas, sem muito embasamento e isso nos fragiliza porque, no discurso positivista e tecnicista, tem o viés científico. (Ent. 9).*

*Temos que começar a mostrar os locais onde tem enfermeira obstétrica, divulgar muito isso, mostrar o trabalho que a profissional faz e que dá resultado, como é sua atuação. É um trabalho do dia a dia, de estar discutindo com as instituições, mostrando aos dirigentes os resultados já existentes, os indicadores da instituição e tentar mudar a realidade do município. (Ent. 3).*

*Hoje, apesar de todas as dificuldades, somos um número maior, e para saber quais mudanças essas enfermeiras estão gerando nos serviços de saúde, temos que fazer uma pesquisa de impacto, inclusive porque, por mais que ela não esteja assistindo ao parto em si, a assistência mudou, melhorou muito. (Ent. 5).*

*... temos que fazer pesquisas, inclusive ensaios clínicos randomizados para gerar evidências da nossa prática. As pesquisas qualitativas são super importantes, mas temos que fazer também pesquisas quantitativas para mostrar e avaliar a nossa intervenção, pois ela faz diferença nos resultados maternos fetais,... (Ent. 5).*

*Está na hora de gerarmos mais produção de conhecimento, que isso possa ser mais divulgado e também, que possa ser incorporado nas revisões sistemáticas. (...) Precisamos também criar um corpo de conhecimento que dê maior visibilidade, não é só a inserção do enfermeiro na prática, temos que fazer a prática, procurar mudá-la, avaliá-la e fazer com que ela gere evidência. (Ent. 5).*

*Temos que produzir conhecimento e demonstrá-los com vivências, mostrar que essa é uma atenção qualificada e que é importante ser colocada à disposição das mulheres. (Ent. 6).*

*Temos que controlar todos os indicadores possíveis para que, com evidências, possamos mostrar que o trabalho da enfermagem, junto às mulheres que estão em trabalho de parto, é um trabalho que é respaldado pelo conhecimento científico, com ações que vão levar a mulher à atenção de qualidade, acolhedora e humanizada no parto. (Ent. 6).*

*Embora já termos tido muitas conquistas na formação, na inserção, os partos em casa; representações em nível central, estadual e municipal; os debates ampliados; os congressos da ABENFO; a inserção com a ABEN; algumas alianças das enfermeiras com os movimentos feministas; as influências internacionais, européia e latino-americana, é necessário que todos estes aspectos sejam bem analisados em teses de doutorado e de mestrado, para que não sejam vistos somente como teoria. (Ent. 7).*

Pois, conforme observa uma entrevistada, “Se juntarmos o ensino, a prática e a pesquisa, teremos o movimento de nascimento de uma proposta diferente. (...) acredito que daremos conta.” (Ent. 11).

## - Outras lutas

### - Remuneração

A remuneração das profissionais surgiu como outro desafio que a categoria começou a enfrentar, na medida em que cresceu sua atuação. Porém, é sugerido que, a discussão sobre qual a melhor forma e quanto remunerar, deve acontecer somente depois da consolidação da ocupação do espaço de atuação e da solidificação de uma atuação ética e de qualidade. E, essa discussão deve acontecer, conjuntamente com as instituições de saúde, a ABENFO, a categoria profissional e sociedade interessada.

*Primeiro temos que lutar para ocupar esse espaço porque, se lutarmos por um salário melhor nesse início, a inserção fica prejudicada. Para pagar mais caro, o dirigente pensa que esse valor ele paga ao médico, que poderá fazer outras coisas*



*também, ele não pensa que é um trabalho em equipe. Primeiro precisamos ter essa inserção, conquistar o espaço, mostrar que esse serviço é realmente de qualidade, como alguns serviços já estão aí divulgando. O S. (instituição) publica artigos mostrando seus resultados e é preciso que isto aconteça em muitos lugares, é disso que precisamos e depois vem a batalha para ser melhor reconhecido pelo trabalho que estamos fazendo. (Ent. 3).*

*A forma de remuneração também é importante e dependendo da instituição pode fazer diferença. A tabela diferente pelo parto assistido pela enfermeira no SUS (menor remuneração), causa um impacto, prejudica. (Ent. 8).*

*O pagamento pelo parto tem que ser discutido na ABENFO, é uma discussão política que tem que ser considerada, nesta política de inserção. É necessário também olhar de outra maneira a formação de equipes de enfermeiras obstetras na organização do serviço, para a realização do parto, e não somente pelo lado do espaço físico. (Ent. 8).*

*Precisamos buscar outras maneiras de organizar o serviço, uma das mudanças é a forma de organizá-lo, outra é a parceria com as mulheres, temos ainda que buscar formas de colaboração e de pagamento do parto. Discutir a remuneração do obstetra, do neonatologista e o anestesista. São questões que temos que amadurecer, não dá para olhar somente o nosso ponto de vista. Talvez esteja um pouco precoce para amadurecermos esse conjunto porque a briga é desigual. (Ent. 8).*

*... mas temos que avançar na discussão do trabalho colaborativo, da forma de remuneração... . Tem ainda a discussão do parto das mulheres que tem convênios de saúde, porque uma coisa é o pagamento do parto no SUS e outra, é o pagamento dos partos assistidos nas maternidades conveniadas. (Ent. 8).*

## **- Ato médico**

- Deve-se lutar contra a aprovação do Ato Médico que, pode derrubar muitas de nossas políticas e cercear novas conquistas.

*No Ministério tem um grupo formado que se encarrega dessa questão (educação à distância) e está muito difícil o diálogo com eles, e ainda tem um problema de fundo, nós não podemos deixar sair uma legislação nos termos em que está sentado o ato médico, porque ela vai descalçar as nossas políticas. (Ent. 2).*

## **- Lutar pelas causas viáveis**

Para evitar desgastar o movimento de inserção das enfermeiras obstétricas, é sugerido que se avalie quais conquistas realmente contribuem para o crescimento da profissão, e concentrar as forças nestas “lutas”, evitando com isto, o enfraquecimento da classe.

*... temos que ter clarividência, inteligência para descobrir as lutas que valem à pena e as que podem ser deixadas de lado. As nossas alianças devem ser particularmente com as mulheres do Sistema Único. (Ent. 10).*

*A cada momento, é uma questão que se coloca e que não podemos perder de vista, temos que estar com muitas antenas, ligadas para ver qual é o ponto de discussão do momento, nos instrumentalizar, ver se faz sentido ou não, e buscar fazer a discussão com a própria categoria, analisar quais argumentos temos. (Ent. 4).*

## **8- Análise**

## ANÁLISE

Buscamos neste momento, encontrar na literatura subsídios para análise das categorias elaboradas. Tivemos a preocupação de encontrar situações semelhantes, iguais ou opostas, que pudessem nos ajudar a compreender as situações levantadas nas convergências das falas dos sujeitos deste estudo. A busca da compreensão das mudanças no ensino, das facilidades e dificuldades para formar profissionais para o enfrentamento da situação de assistência vigente, os desafios encontrados para esta formação, a contribuição das políticas ministeriais e as dificuldades para a sua aplicação, tiveram como objetivo principal, buscar melhores caminhos para continuar o processo de formação, reinserção das profissionais e ampliação da sua atuação.

Conforme abordado, as mudanças no ensino de profissionais não médicos para assistir ao parto no Brasil, perpassaram a regularização das parteiras, posteriormente a criação dos Cursos de Obstetrícia pelas escolas de medicina, a criação do Curso de Enfermagem, a união dos Cursos de Obstetrícia aos de Enfermagem, a criação e extinção das habilitações, o oferecimento de Especializações em Enfermagem Obstétrica e a “recriação” do Curso de Obstetrícia. Estas mudanças no ensino da enfermagem e adaptações ao programa do curso de enfermagem, ora por reivindicações da sociedade, ora devido às mudanças do modelo de assistência oferecido, provocaram o distanciamento de obstetrites e enfermeiras obstétricas da assistência ao parto.

A extinção dos cursos de obstetrites não foi simplesmente uma adequação do currículo às Leis de Diretrizes e Bases da Educação. Riesco<sup>68</sup> observa que naquela ocasião, faltou uma política consistente para a atuação de parteiras tituladas, colaborando para que os cursos de obstetrites deixassem de ser oferecidos, e que essas profissionais perdessem seu campo de atuação. A mesma autora<sup>68:82</sup> afirma que, “Apesar da sólida formação técnica, o discurso das obstetrites indica uma fragilidade política perante a hegemonia do poder médico” e, completa: “a vulnerabilidade das

obstetizes foi agravada pela dependência do saber médico e ausência de um projeto político para a categoria, com alianças equilibradas com as enfermeiras”.

Anteriormente à extinção dos cursos de obstetizes, a falta desta política dificultou a atuação das profissionais e das enfermeiras obstétricas, quando ambas as profissionais eram tituladas no Brasil, e não se definiu nem delimitou a competência de cada uma das categorias. Isto provocou uma rivalidade entre estas duas profissões, que pode ter contribuído para a perda do espaço de ambas na assistência ao parto, conforme observa Dutra:<sup>69:44</sup> as “disputas entre enfermeiras e obstetizes, associadas a outros fatores, parecem ter contribuído de forma significativa para a institucionalização dos atuais modelos de parto” e,

Com a presença do/a médico/a nos hospitais, associada ao incentivo à hospitalização e a medicalização do parto, desencadearam-se os processos de exclusão das obstetizes pelo descontentamento das que se mantinham no mercado e fechamento dos cursos. Por sua vez, as enfermeiras obstétricas acabaram não se incluindo no campo de obstetrícia de forma efetiva em função de um número de formandas pouco expressivo e, provavelmente, pela vigilância e regulação exercidas tanto por médicos quanto pelos modelos de atenção que se instituíram.<sup>69:45</sup>

As entrevistadas vêem a criação das habilitações, como uma tentativa, em parte, da necessidade de suprir a formação em obstetrícia. Porém, este tipo de formação foi extinto na década de 1980 e, com esta medida, a formação em Enfermagem Obstétrica passou a ter um ônus financeiro para o aluno, caso não houvesse um órgão financiador. O presente estudo mostra que a habilitação começou a ser questionada, porque algumas escolas não estavam qualificando adequadamente; por não titular especialistas e, suas egressas serem excluídas do mercado de trabalho, em detrimento às profissionais com o título de especialista. E ainda, por exercerem as mesmas funções das especialistas e serem pior remuneradas. Estes dados vão ao encontro à fala de Nakano,<sup>70</sup> ao afirmar que as habilitações foram extintas para atender as orientações da Lei de Diretrizes e Bases do Ensino para o novo currículo da enfermagem e também por considerar este curso como

uma especialização precoce, sem espaço legal e também devido à limitação do campo de estágio, ao número insuficiente de partos assistidos pelas alunas e a dificuldade de absorção destas profissionais no mercado de trabalho, para exercer as atividades de assistência ao parto.

Segundo Tyrrell e Santos,<sup>37:22</sup> a habilitação em obstetrícia pode ser considerada uma “pseudo-especialização” e passou a reforçar uma formação biomédica pois, após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, o aluno era preparado para prestar uma assistência à mulher em situações patológicas, críticas ou de complicação. Para Schirmer,<sup>71</sup> a habilitação trouxe ao longo do tempo, inquietação tanto ao corpo docente, quanto ao discente, por não ser conferido ao título, o merecido reconhecimento no mercado de trabalho, tanto na área assistencial quanto no ensino.

Com a extinção dos cursos de obstetizes e posteriormente das habilitações, o número de profissionais para assistir ao parto foi reduzindo gradativamente, pois, a formação de especialistas em enfermagem obstétrica acontecia de maneira descontínua e pontual.

Segundo Narchi,<sup>72</sup> a enfermagem obstétrica constitui-se em uma área, cuja formação existe há quase meio século, e da qual formam-se profissionais que, em época bastante recente, se viram marginalizados e impedidos de atuar com autonomia, competência e qualidade, num mercado de trabalho hostil e limitado, fator que contribui para a diminuição do número de cursos oferecidos na área e para a formação de quantitativo inexpressivo de enfermeiras obstétricas.

Em São Paulo,

“Até a década de 1980, os enfermeiros obstetras da rede privada participavam da assistência à parturiente, inclusive no atendimento ao parto. Desde então, a inserção deste profissional no mercado de trabalho tem sofrido restrições, principalmente quanto à realização do parto”.<sup>73:50</sup>

Porém, os sujeitos deste estudo nos mostram que, durante as mudanças do ensino das obstetizes e enfermeiras obstétricas e da assistência ao parto, e

de desvalorização da profissão, houve um movimento tentando dar continuidade a formação e manutenção da atuação das profissionais, apesar de ser um trabalho realizado pontual e esporadicamente, justificando o dito por Narchi, sobre o inexpressivo número de profissionais formadas até a década de 1990.

O esforço para dar continuidade aos trabalhos das profissionais é reconhecido neste estudo quando as entrevistadas relatam que docentes de escolas de enfermagem criaram cursos de especialização, buscando adequar a formação e atuação das enfermeiras obstétricas às necessidades das profissionais, das instituições e às exigências do mercado de trabalho; quando cursos de especialização foram destinados às profissionais habilitadas, que estavam sendo prejudicadas financeiramente e não estavam sendo bem aceitas no mercado de trabalho; nos projetos de extensão de docentes, para se inserirem, conseguirem campo de prática e, conseqüentemente manter a atuação das enfermeiras obstétricas; em acordos entre instituições de ensino e de serviço, para capacitar enfermeiros para a assistência ao parto; nos esforços de alguns gestores para inserir as profissionais; na solicitação de concurso específico para a área; na reativação da ABENFO, em um momento em que se formavam poucas profissionais e sua atuação estava em declínio, dentre outros. Muitas vezes, para dar continuidade ao trabalho, as entrevistadas relataram que elas atuaram isoladamente ou em parceria com colegas de profissão, mesmo sem apoio de órgãos oficiais e de gestores.

Estes esforços para manter a formação e atuação das profissionais são relatados pelos sujeitos de forma emocionada, revelando uma batalha árdua, e muitas vezes solitária. Revela também o interesse pessoal e afinidade natural pela obstetrícia e a influência da sua formação e atuação para fazê-las acreditar na assistência realizada pela categoria. Estas lutas marcaram profundamente suas escolhas e trajetória profissional.

Esta situação permaneceu até o final da década de 1990, quando houve um incremento desta formação, devido ao financiamento de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, pelo Ministério da Saúde.

Esses financiamentos fazem parte de uma política ministerial, buscando melhorar a qualidade da assistência no ciclo gravídico puerperal, devido ao descontentamento com a qualidade da assistência; as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal e ao elevado número de partos cesárea. Para mudar esse modelo, o Ministério da Saúde criou programas mais amplos de assistência à mulher e buscou inserir a enfermeira obstétrica na assistência ao ciclo gravídico puerperal. O incentivo à formação destas profissionais foi baseado nas observações da OMS de que, a enfermeira obstétrica “parece ser o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de prestador de cuidados e saúde para ser responsável pela assistência à gestação e ao parto normais, incluindo avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações” e, que estas profissionais são os provedores de cuidados primários de saúde, mais apropriados para serem responsáveis pela assistência ao parto normal.<sup>74:6</sup>

Segundo Sacramento e Tyrrel,<sup>75:426</sup>

Essas portarias ministeriais traduzem, de certa forma, um esforço político-governamental em prol do cumprimento das metas estabelecidas para a melhoria da assistência de saúde à mulher no Brasil, institucionalizando, na rede pública e privada dos serviços de saúde, a atuação do enfermeiro obstetra no ciclo grávido-puerperal, o que exigiu a qualificação dos enfermeiros na área.

Porém, para que as mudanças realmente ocorram, é preciso rever a forma de organização da prática obstétrica pois, nas maternidades gratuitas de grande porte, a fisiologia da mulher nem sempre é respeitada e a inclusão de enfermeiras obstétricas, nesta assistência, provoca muitos conflitos.<sup>76</sup>

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) esclarece que a prática prestada por estas profissionais inclui a realização de partos sob sua própria responsabilidade e cuidados ao recém nascido; supervisão da atenção primária à saúde na comunidade (medidas preventivas); orientação e



educação sobre saúde para mulheres, família e comunidade, inclusive orientações para maternidade/paternidade; o oferecimento de planejamento familiar; detecção de condições anormais na mãe e na criança; obtenção de ajuda especializada quando necessário (consulta ou referência) e a execução de medidas de emergências primária e secundária na ausência de ajuda médica.<sup>77</sup>

Esses movimentos de valorização do parto e sua assistência por enfermeiras obstétricas, embasados nas prioridades do Ministério da Saúde e expressos no Plano de Ação para a Redução da Mortalidade Materna, que estimulam a implantação de programas de assistência integral à saúde da mulher, revitalizaram a importância da formação de enfermeiros para a área de obstetrícia.<sup>78</sup>

Mas, a “reinserção” desta profissional na assistência ao parto, significa construir um novo modelo de assistência, conforme observa Gualda:<sup>79</sup> a assistência ao parto é prioritariamente de responsabilidade da obstetrix ou enfermeira obstétrica, que pode atuar no hospital, nos centros de parto e no domicílio mas, estas profissionais têm que construir a sua própria realidade, já que não existe um modelo de referência em nosso meio, nos dias atuais.

Com o incremento da formação de enfermeiras obstétricas confirmaram-se as dificuldades para o desenvolvimento dos cursos e formação profissional, que tem início no curso de graduação. A Lei do Exercício Profissional permite ao graduado em enfermagem assistir ao parto normal sem distócia. Porém, o ensino da graduação não prepara o aluno para esta ação, Soler<sup>78:29-30</sup> observa que “apesar dos preceitos da legislação profissional que autoriza o enfermeiro a tal assistência, parece equivocada a ideia de que enfermeiros apenas graduados sejam capazes de assistir à parturiente e realizar o parto normal com proficiência”, pois, no desenvolvimento da disciplina Enfermagem Obstétrica o conteúdo teórico e os estágios direcionados à assistência ao parto são insuficientes, e a carga horária muitas vezes é subdividida em conteúdos de ginecologia, pré-natal, alojamento conjunto e cuidados com o recém-nascido. Distribuído desta

forma, o ensino da graduação, dificulta a aproximação e não qualifica o aluno para a área da obstetrícia.

Na prática, a formação na graduação não oferece treinamento adequado ao graduado para exercer esta atividade, apesar de cursos de graduação buscarem campos de estágio mais adequados, onde o estudante possa assistir partos espontâneos e realizados por enfermeiras obstétricas que ofereçam, além da competência técnica, apoio físico, encorajamento, atitude de compromisso, de compreensão e de alento.<sup>80</sup>

Como agravante para o ensino na graduação de enfermagem, reportamos a fala de Osava<sup>81</sup>, confirmando um dos depoimentos deste estudo sobre a desvalorização das práticas alternativas de alívio a dor, e das medidas de humanização do parto, praticadas por enfermeiras obstétricas.

Para estes alunos, o parto identifica-se com a mulher deitada de costas, pés nos estribos, anestesia, indução, episiotomia ou cesárea, perda da autonomia, sofrimento e humilhação. Nada aprendem sobre massagem e apoio físico, encorajamento e compromisso com o outro. Os responsáveis pelo ensino usualmente acham tudo isto uma bobagem e não tem tempo a perder. Por outro lado, empenham-se em orientar os alunos a fazer intervenções mecânicas para apressar o parto, sem consciência de suas repercussões físicas e químicas sobre a mulher e seu bebê.<sup>81:46</sup>

E, o ensino de obstetrites e especialistas em enfermagem obstétrica, assim como a graduação em enfermagem, sofreram e ainda hoje, têm grande influência de médicos obstetras. Inicialmente as enfermeiras obstétricas eram formadas por médicos, devido a escassez ou mesmo falta de profissionais obstetrites e enfermeiras obstétricas, para esta função. No estudo sobre parteiras do estado de São Paulo, Riesco<sup>68:80</sup> relatou que “O saber reproduzido no curso era hegemonicamente masculino e médico, realizado por professores influentes na obstetrícia da época, e a formação recebida ao longo do curso exerceu um peso muito importante no perfil das egressas” e, “o aspecto doutrinário bastante significativo dizia respeito aos valores morais e religiosos relativos à maternidade e a sexualidade”. Este mesmo estudo mostra que renomados obstetras e autores de conhecidos livros na área, como o Dr. Raul Carlos Briquet e o Dr. Bussâmara Neme,

dentre outros, estiveram envolvidos com a criação dos cursos e a formação das obstetrias. Na época, havia espaço de atuação para as obstetrias, mas as profissionais desenvolviam sua prática “sob os olhares destes profissionais”.

A afirmação de Riesco nos remete a outras características marcantes da profissão e da sua formação, relatadas pelas entrevistadas: é uma profissão procurada principalmente por mulheres e, a influência religiosa na sua formação foi muito forte principalmente porque no início, as religiosas tinham grande participação na assistência à saúde e, devido ao ensino destas profissionais ter sido desenvolvido em instituições eminentemente religiosas, influenciando o perfil das profissionais.

Para Schirmer,<sup>71</sup> o fato de haver mais profissionais do sexo feminino na enfermagem, pode estar relacionado à própria história da arte de partejar, que ocorria principalmente no espaço doméstico das famílias, sob o domínio das parteiras, até meados dos anos 1950.

Outros dificultadores para a formação das enfermeiras obstétricas, apontados pelos sujeitos deste estudo, foram a falta de campo para o desenvolvimento do ensino clínico; a disputa pelo espaço de atuação; os impasses com o profissional médico, residentes e acadêmicos de medicina; a falta de referência de enfermeiras obstétricas atuando nas salas de parto; a falta de apoio da equipe e dos coordenadores, de uma política dos gestores incentivando a atuação destas profissionais; de uma política governamental efetiva e de fiscalização para que normas fossem cumpridas, dentre outros.

Entre as dificuldades levantadas neste estudo e alocadas na categoria “Barreiras para a formação profissional e para a prática da assistência”, a mais evidente, e com boa fundamentação na literatura pesquisada, foi a dificuldade para se conseguir campo de ensino clínico, seja na graduação, na extinta habilitação ou nas especializações.

Um estudo de Tsuneschiro<sup>38</sup> com docentes e egressos de cursos de habilitação oferecidos em 1984 e 1985 em São Paulo, constatou que esta

modalidade não preparava os alunos adequadamente, sendo um dos fatores determinantes para essa deficiência, o campo de ensino prático e o tempo destinado ao trabalho de campo dos alunos. Nakano<sup>70:42</sup> “também tem vivido situações limitantes advindas do campo de estágio, devido as restrições para realização de partos e avaliação tocológica”.

Schirmer<sup>71</sup> em levantamento sobre cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica financiados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1999 e 2000, ressalta que a principal dificuldade informada pelas coordenadoras dos cursos se refere aos campos de estágio, principalmente a prática de assistência ao parto. E, buscando sanar este problema, e cumprir o objetivo de capacitar enfermeiros para assistir ao parto e nascimento, alguns cursos enviaram seus alunos para outras cidades ou estados, onde pudessem realizar a prática. Os próprios alunos ou a instituição arcavam com o custo financeiro do deslocamento.

Enviar as especializadas para outros locais, permite uma qualificação de qualidade, e dá segurança para a futura especialista desenvolver uma boa prática. Porém, além do custo financeiro e social, esta especializada, deixando de atuar em sua instituição de origem, em sua cidade e em seu estado, não divulga naquele local, o seu trabalho. E, no seu retorno, nem sempre consegue espaço para atuar, uma vez que, na maioria das vezes a instituição oferece uma assistência voltada para o modelo biomédico, e as especialistas continuam sem espaço para desenvolver o conhecimento e experiência adquiridos durante a formação.

Rabelo<sup>82:16</sup> afirma que:

No campo da formação, o espaço destinado à formação de novas enfermeiras obstétricas também é reduzido. Os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica vêm enfrentando dificuldade para obter permissão das instituições de saúde para os estágios práticos de suas alunas. Existem poucos locais para o ensino da atenção ao parto, e estes são frequentemente disputados com os residentes de medicina – que, às vezes, tem sua formação priorizada. Além disso, esses cursos vêm sendo realizados de maneira descontínua e sua estrutura – conteúdo programático, carga horária prática, número de partos realizados vem sendo questionados.

A mesma autora<sup>82:89</sup> ainda afirma que, alguns cursos de especialização não conseguiram cumprir o papel que lhes é atualmente atribuído, que é a inserção de enfermeiras no atendimento direto ao parto, visando sua humanização.

Como agravante Narchi<sup>72</sup> observa que é difícil obter campo de estágio, onde haja um modelo de enfermeira obstétrica com atuação competente e autônoma, contribuindo para tornar a área pouco atraente para o estudante e, cursos de especialização continuam acontecendo de maneira teórica, pois faltam campos de estágio nos quais o enfermeiro esteja presente nas ações de saúde materna.

Em 1999 Narchi<sup>80:55</sup> já havia observado que as dificuldades para desenvolver o ensino clínico são agravadas pela “falta de um modelo assistencial e da participação de enfermeiras obstétricas na assistência, especialmente no estágio de enfermagem obstétrica, onde o acompanhamento do trabalho de parto e o parto, são atividades exclusivas de médicos”.

Merighi<sup>83</sup> destaca como fato preocupante e que tem sido apontado em diferentes estudos, a dificuldade que enfermeiras obstétricas têm encontrado para assistir ao parto. Salienta que em seu estudo, encontrou uma porcentagem de 33% de docentes que acompanhavam alunos de enfermagem no centro obstétrico, mas nunca partejavam ou o faziam esporadicamente. Observa que há uma crescente dificuldade de campos de estágio para o ensino da enfermagem obstétrica e questiona: Como ensinar enfermagem obstétrica em hospitais onde as enfermeiras assistenciais ou docentes, não podem realizar o parto normal?

A falta de espaço para o desenvolvimento do ensino clínico tem sido um problema antigo e constante, para uma formação de qualidade. E, a falta de prática dos profissionais durante a sua formação, compromete a qualificação e gera preocupação tanto nestes futuros profissionais, quanto nos formadores, uma vez que a prática é importante para dar segurança para os profissionais desenvolverem a assistência.

Rabelo<sup>82</sup> avaliando a percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência no atendimento prestado à mulher no parto normal, em ambiente hospitalar, encontrou que estas profissionais desenvolvem sua competência para atender ao parto normal, realizando este procedimento no próprio curso e na sua experiência profissional. Porém, encontrou também que o curso não desenvolveu o suficiente esta competência, devido ao reduzido número de partos assistidos pelas alunas, sendo isto, fator limitador para a atuação das profissionais, resultando em insegurança e medo, reforçado por um senso de responsabilidade.

Costa,<sup>84</sup> ao desenvolver uma pesquisa com egressas dos cursos de especialização financiados pelo Ministério da Saúde, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, encontrou que 10% das profissionais não se sentiam seguras, mesmo atuando na assistência ao parto e nascimento, atribuindo esta insegurança à prática insuficiente exigida durante a realização dos cursos, e reforça que:

... a formação da enfermeira obstetra não reside exclusivamente no conteúdo programático ministrado, mas também nas características pessoais, a partir das quais se expressam facilidades e dificuldades. Certamente, os benefícios da formação de enfermeira obstetra são inquestionáveis, mas os dados mostram a necessidade de refletir sob a capacitação técnica nas práticas da assistência ao parto.<sup>84:121</sup>

A dificuldade de egressas de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica desenvolver uma assistência humanizada ao parto, e de mudar a realidade da assistência, de um modelo biomédico para um menos intervencionista e humanizado, é explicada por Osava,<sup>39</sup> quando ela afirma que os cursos de especialização caminham em consonância com o modelo de assistência ao parto. Isto é, a prática desenvolvida pelas alunas durante a sua formação se dá num modelo intervencionista e centrado na figura do médico, sem um modelo de atenção desenvolvido por enfermeiras obstétricas. E, muitos cursos não conseguem despertar um senso crítico nas alunas porque, segundo Rabelo,<sup>82</sup> muitas profissionais não tiveram oportunidade de vivenciar outros paradigmas de atenção em saúde, principalmente na atenção ao parto.

Schirmer<sup>71</sup> no levantamento sobre os cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica financiados pelo Ministério da Saúde em 1999 e 2000, escreveu que há uma necessidade de formação técnica e humanística para o desempenho da assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, que exige que a enfermagem obstétrica retome seus propósitos e reconquiste espaço no panorama assistencial da rede pública e privada de saúde. E, a adoção de novos paradigmas, exige coragem e não permite erros que possam aumentar os riscos à saúde, aos quais, a população feminina já está exposta. Assim, devemos inovar sem perder a coerência no curto, médio e longo prazo.

Na busca pelo desenvolvimento da competência técnica, é necessário que as enfermeiras obstétricas enfrentem essa situação e lutem pelo espaço para realizar parto. Porém na pesquisa de Rabelo<sup>82</sup> nenhuma profissional relatou nenhum tipo de movimento neste sentido, sendo justificada pela referida autora pela formação insuficiente. E Sacramento e Tyrrell,<sup>75:430</sup> pesquisando egressas de dois cursos de especialização financiados pelo Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, mostraram que nenhuma das egressas relatou “algum movimento em defesa de seus direitos como posição política, o que representa um problema que merece ser desvelado e estudado”.

Relatos dos sujeitos do presente estudo mostram que algumas escolas formaram especialistas na modalidade de residência, buscando uma melhor qualificação das profissionais, para a assistência ao parto, por ser este curso mais longo, e conseqüentemente, as residentes terem mais oportunidades de desenvolver a prática. Segundo Tsuneschiro, Riesco e Bonadio,<sup>85</sup> algumas instituições assistenciais utilizavam esta modalidade, como estratégia de capacitação. E Narchi<sup>72</sup> recomenda que a residência seja mantida por instituições assistenciais, em parceria com as faculdades ou com a ABENFO, como uma maneira atraente e econômica de qualificar profissionais.

Entende-se que o ensino clínico é muito importante para a formação do profissional enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix, porém, uma boa formação envolve também um ensino teórico de qualidade, e que permita que o aluno desenvolva senso crítico e a necessidade de buscar novos conhecimentos. Para Melo<sup>86</sup> o ensino da enfermagem deve ter como objetivo formar um profissional crítico e questionador que utilize os conhecimentos e técnicas adquiridas na enfermagem de acordo com os princípios de cidadania, cujo exercício profissional seja marcado pelo atendimento ético e digno às necessidades humanas. Riesco<sup>87</sup> completa esta afirmativa ao destacar a importância da capacitação técnica específica, com vasta habilidade prática e a necessidade de formar profissionais responsáveis e comprometidos com seu trabalho enquanto prática social, através da capacitação ético política.

Os resultados do processo formativo podem ser mais ou menos fecundos, de acordo com a intensidade e fundamentação teórica, que alicerça a reflexão sobre as ações. Quando sistemática, intensa e crítica, facilita avanços no sentido de conhecer a si mesmo e ao ambiente que o cerca, desenvolver o poder de argumentação, a capacidade de equilibrar teoria e prática e, finalmente, intercambiar experiências com a equipe.<sup>88:44</sup>

Conclui-se com isto que uma formação ampla e de qualidade é muito importante para que profissionais cheguem ao mercado de trabalho seguros, desenvolvendo uma boa assistência, e com senso crítico, para simplesmente não reproduzirem modelos de assistência, que não correspondem às propostas de atuação das enfermeiras obstétricas. Espera-se que, com uma formação de qualidade, crítica reflexiva, na qual a aluna seja sensibilizada para a importância das políticas governamentais e dos órgãos de classe e realize um bom número de partos, seja possível promover a melhoria da assistência, a implantação de políticas públicas de saúde para a humanização, a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal e a redução do número de partos cesarianos. Porém, o ensino da obstetrícia é complexo, perpassa diferentes níveis e suas dificuldades vêm se arrastando ao longo da história.



A OMS<sup>74</sup> determina que o prestador de serviços de parto ou parteiro, aquele que assiste ao parto, independentemente da formação, deve ter um treinamento adequado e uma variedade de habilidades obstétricas apropriadas ao nível de assistência, que lhe permitam avaliar fatores de risco, reconhecer o início de complicações, realizar observações maternas e monitorar o estado do feto e do recém-nascido.

A criação do curso de Graduação em Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP foi mencionada por algumas entrevistadas como uma opção para contribuir para a melhoria da qualidade da assistência. Para Riesco,<sup>68:14</sup> a criação deste curso “foi a principal modificação introduzida na formação e titulação de profissionais não-médicos para a assistência ao parto”, desde 1972, quando este ensino coube exclusivamente às escolas de enfermagem e que, “este curso é uma alternativa à exclusiva especialização de enfermeiras”.

Segundo Merighi e Gualda,<sup>89</sup> a especialização em enfermagem obstétrica representou uma importante estratégia para capacitação de enfermeiras na área, porém, essa via única não vinha atendendo plenamente a demanda por profissionais em nosso país, em número expressivo e adequadamente preparado, considerando o custo e o retorno social no âmbito do ensino, pesquisa e assistência. Para Tyrrell e Santos,<sup>37</sup> a especialização, sem o preparo geral prévio, atrelado a sofisticação tecnológica, só veio preencher lacunas do curso de graduação em enfermagem. Porém, no momento em que existia somente as Especializações em Enfermagem Obstétrica, estes cursos foram muito importantes para titular profissionais para assistir ao parto, pois havia poucas profissionais atuando, sejam especialistas ou obstetrites e as políticas de saúde abriram espaço para estas profissionais, buscando introduzi-las na assistência ao parto. Costa<sup>84</sup> esclarece que estes cursos (especializações) representaram, um benefício social pela possibilidade de oferta de serviços de melhor qualidade, e abriram novas perspectivas de trabalho e reconhecimento social para as profissionais. Egressas de um curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da UFRJ reconheceram esta formação como indispensável para sua atuação

profissional e aspiração cidadã, condições não só fundamentais para os direitos assegurados pela lei do ensino e da prática profissional, mas institucionalizados nos serviços públicos e privados.<sup>75</sup>

A OMS<sup>74:6</sup> adverte que “Mais importante do que o tipo de preparação para a prática oferecida por qualquer governo, é a competência e capacidade da parteira para agir de modo decidido e independente”. E afirma que por essas razões, é vital assegurar que todos os programas de treinamento de enfermeiras-parteias protejam e promovam a capacidade dessas profissionais de realizar a maioria dos partos, avaliar os riscos e, quando a necessidade local o exigir, manejar complicações do parto à medida que forem surgindo”.

A necessidade de uma formação adequada, relatada pelos sujeitos e descrita acima, pode permitir aos profissionais uma atuação de qualidade e segura. Esta atuação, associada à humanização da assistência a mulher, ao recém nascido e a família, respeitando-se o processo fisiológico do nascimento e parto, as diferenças étnicas, culturais e regionais, torna a experiência de parto positiva e evita intervenções desnecessárias. Estas experiências positivas e bem sucedidas, em muito contribuirão para a atuação e aceitação das enfermeiras obstétricas e obstetrizas. Segundo Riesco,<sup>87:38</sup> “a aceitação do parto feito por não médicos depende da qualidade do seu trabalho e da satisfação que pode produzir”. Assim, podemos inferir que a qualidade da assistência e a inserção destas profissionais estão intrinsecamente ligadas à sua competência.

Porém, o trabalho destas profissionais, ao mesmo tempo em que é independente, deve estar ligado a uma equipe multiprofissional e/ou de referência, conforme observa Costa:<sup>84:137</sup>

“Há que delinear claramente o que se entende por competência em serviço – se a necessidade assim exigir, deverá esta enfermeira obstetra estar capacitada para atuar sozinha, mas se dispõe de uma equipe, deverá acioná-la despida de qualquer outro sentimento que não seja o bem estar do binômio mãe-conceito, porque as disputas profissionais destrutivas se refletem em sentimento desnecessário para uma parcela da população que tem na enfermeira obstetra e na equipe de saúde sua segurança, seu socorro e por vezes sua vida”.

A importância do trabalho em equipe, principalmente entre médicos e parteiras tituladas, surgiu em vários discursos deste estudo, confirmando fatos vivenciados e publicados por muitas profissionais, sobre as dificuldades de desenvolver a prática, pela limitação ou falta de delimitação do espaço, e pelo enfrentamento de situações desrespeitosas e constrangedoras. O trabalho em equipe é facilitado e tem melhores resultados quando a definição das funções de cada membro está bem delimitada e, o trabalho é respeitoso e de qualidade. Os resultados da pesquisa de Riesco<sup>87</sup> enfatizaram a importância do trabalho colaborativo, harmônico e integrado entre médicos e não médicos na assistência ao parto, garantindo-se assim, um trabalho em equipe e de qualidade. E, poderá contribuir para a promoção das enfermeiras obstétricas:

“Assim parece plausível considerar que nos anos vindouros, se a enfermeira souber trabalhar em equipe, sua competência trará visibilidade aos seus pares e aos membros da equipe, e será inexorável o reconhecimento do benefício social advindo de seu trabalho. Se a população não conhece a enfermeira obstetra, poderá fazê-lo pelo método mais antigo que se conhece – o da recomendação, o da boa lembrança de um parto tranquilo e humanizado, com apoio psicológico de familiar e de uma profissional que lhe dispensa cuidados tecnicamente adequados e capazes de minimizar os desconfortos advindos do parto.”<sup>84:138</sup>

Faria, Coelho, Werneck e Santos<sup>90:44</sup> assinalam que o trabalho em equipe não é fácil.

Exige humildade para ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requer, de cada trabalhador, o desejo de mudar e o despojamento para modificar hábitos e costumes já arraigados. E exige, dos gestores, a capacidade de enfrentar as hierarquias e os vícios para conduzir as mudanças necessárias ao novo processo de trabalho.

Consideramos o trabalho desenvolvido conjuntamente por docentes de enfermagem, enfermeiras obstétricas, acadêmicos e residentes de medicina e preceptores, uma experiência positiva. Este entrosamento facilitará o trabalho das especialistas com estes futuros obstetras, que estão sendo acostumados a trabalhar em equipe multiprofissional, desde a sua formação. Riesco<sup>87</sup> observa que cabe a parteira participar ativamente da orientação

dos acadêmicos de medicina que trabalham junto com o médico obstetra, confirmando a importância da aproximação destes profissionais, o mais precocemente possível.

O envolvimento de obstetras, enfermeiras obstétricas e enfermeiras profissionais no ensino da residência médica de um modo geral, e na residência em obstetrícia, em particular, já é rotina em algumas instituições dos Estados Unidos. No Baystate Medical Center, Women & Infants Hospital and Brown University, Duke University Medical Center e University of California San Francisco, obstetras são responsáveis pela triagem nos serviços de obstetrícia, acompanham o trabalho de parto e parto de baixo risco e fazem o gerenciamento dos setores. Elas também acompanham e são responsáveis pelos residentes de obstetrícia médica no primeiro ano, contribuindo para que eles adquiram novas habilidades.<sup>91</sup>

Mas, na nossa realidade, a promoção da atuação de enfermeiras obstétricas, depende ainda da criação de leis e portarias pelo Ministério da Saúde, de uma política de implantação e principalmente de fiscalização das mesmas, e do apoio institucional, conforme observa algumas entrevistadas. Riesco<sup>92:71</sup> também corrobora com a ideia, ao afirmar que, além da capacitação das profissionais, é necessária a criação de políticas de inserção das mesmas e para isto, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde precisam formular políticas, realizar investimentos e promover medidas para a inclusão das parteiras no SUS, dado que, “a simples especialização de enfermeiras é incapaz de produzir o necessário e esperado impacto na qualidade e no modelo de assistência ao parto”.

Costa<sup>84</sup> encontrou como fatores facilitadores para que as egressas de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstetra financiados pelo Ministério da Saúde atuassem na Humanização do Parto e Nascimento, o apoio da direção da instituição, à implantação do parto humanizado; inclusão da enfermeira obstetra em equipe médica para atuação na humanização do parto; receptividade e confiança da equipe de saúde no trabalho da enfermeira obstetra e promoção de concurso pelo Estado para a

especialidade de enfermeira obstetra. Neste mesmo trabalho, a autora enumerou as dificuldades encontradas pelas egressas, para atuarem na assistência ao parto: resistência médica em relação à implantação da assistência humanizada, à escolha da posição do parto pela parturiente, à ingestão de líquido durante o trabalho de parto e no parto, à liberdade de movimentação, falta de reconhecimento do trabalho da enfermeira obstetra pelo médico, impossibilitando que a mesma realize o parto, falta de adesão de médicos e auxiliares de enfermagem às propostas do Ministério da Saúde, associada à manifestação de não desejar essa implantação, não aceitação do acompanhante e da amamentação na sala de parto, dentre outras condutas, confirmando as dificuldades já amplamente debatidas em trabalhos da área, e que geram um sentimento de falta de força política da enfermeira, para atuar e enfrentar a situação. A autora ainda enfatiza a necessidade de uma melhor interlocução entre as diferentes camadas do governo e gestores locais:

Fazem-se necessárias providências no sentido de as egressas permanecerem atuando na sua área de formação, principalmente pelo fato de também estarem atendendo ao objetivo principal dos cursos financiados pelo MS, em parceria com governos estaduais e municipais para melhorar a assistência ao parto e nascimento. Deve-se ressaltar a aparente incoerência referente à vontade política de esferas distintas de poder, porque enquanto o nível federal capacita o profissional atendendo a uma ótica abrangente e construtiva, o poder local desmerece esse objeto chegando mesmo a ignorá-lo. Parece haver a necessidade premente de um mecanismo que impeça tais procedimentos.<sup>84:65-6</sup>

Com a política de financiamento de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, o Ministério da Saúde desejava uma inserção maior das profissionais e mudanças na qualidade da assistência ao parto, mas, este retorno não aconteceu no tempo esperado. Isso acabou sendo fundamental para a decisão daquele órgão, de não continuar com a política de financiamento dos cursos de especialização. Porém, na ocasião dos financiamentos, não houve uma política para priorizar profissionais com maior potencial para atuar na área, ou seja, lotados em blocos obstétricos e com interesse nesta atuação. Muitos profissionais ligados ao SUS e Programas de Saúde da Família, realizaram o curso, trazendo grandes

benefícios (melhor qualidade e resolutividade dos atendimentos), para aqueles setores. Concluimos com isto que faltou uma política efetiva de inserção, sensibilização de gestores, e fiscalização, ao se titular enfermeiras obstétricas, e não buscar inseri-las nas instituições para prestar assistência ao parto.

O relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - 2006, mostra que 98% dos partos no Brasil ocorrem em hospitais, porém destes 89% são assistidos por médicos e 8,3% por enfermeiras. Este dado revela que a grande maioria dos partos foi assistida por profissionais formalmente qualificados (médicos e/ou enfermeiras) e, reitera a mesma situação de 1996, quando a maioria dos partos era assistida por médicos. Porém, 10 anos depois, a situação não se alterou, apesar dos “esforços realizados pelo Ministério da Saúde para promover a formação de enfermeiras obstétricas e seu protagonismo na assistência ao parto.”<sup>93:150</sup>

Para Schirmer,<sup>71</sup> apesar da maioria dos partos acontecerem em instituições hospitalares, as evidências mostraram que o parto hospitalar não tem sido garantia de uma assistência prestada por pessoal treinado pois, além de existir insuficiência de profissionais qualificados, há uma demanda de especialistas nos serviços de alto risco.

E, conforme relatado por alguns sujeitos deste estudo, ainda temos problemas com o registro do procedimento. É frequente encontrarmos profissionais relatando que em determinadas instituições, pessoas não qualificadas e não tituladas assistem aos partos. Estes relatos são acompanhados dos motivos que levam a esta situação: algumas instituições não têm pessoal qualificado e em número suficiente para assistir ao parto; outras adotam sistema de plantão, em que o médico fica de sobre aviso e é chamado quando necessário; há aquelas em que, mesmo de plantão na instituição, quando chamado para o procedimento, o médico não comparece, demora, ou não chega a tempo de realizá-lo; há falta de leitos suficientes nas maternidades para atender às parturientes; as grandes áreas rurais do nosso país dificultam o transporte das mulheres em trabalho de parto para

as maternidades, dentre outros. Em muitas destas situações, o parto é atribuído ao profissional médico, mesmo que, quem o assistiu foi a enfermeira obstétrica ou outro profissional, minimizando e camuflando a real situação desta assistência. E, se as enfermeiras obstétricas não assinam pelos procedimentos realizados, conseqüentemente, suas atividades não são computadas e divulgadas.

A dificuldade de registro do parto assistido por parteiras tituladas é antiga, mais comum em determinadas instituições que em outras, e já vem sendo denunciada há alguns anos. Alguns fatores têm contribuído para que o parto não seja descrito e assinado por quem o assiste: o modelo de assistência centrado na figura do médico, e valorizado e reconhecido socialmente se somente ele o assistir. Devido inicialmente, ao pagamento do procedimento somente se realizado pelo médico, conforme observa Riesco,<sup>87</sup> a assistência ao parto, embora institucionalizado como ato médico, é assistido por diferentes agentes. Oficialmente todos os partos hospitalares ocorridos no Brasil são atribuídos ao médico, que sempre assina pelo parto, pois a remuneração profissional pelo procedimento é feita exclusivamente a ele.

Posteriormente, quando o parto assistido por enfermeiras obstétricas passou a ser remunerado, este valor era inferior ao do parto normal assistido pelo médico. Esta situação levou algumas instituições a registrarem o parto assistido por enfermeiras obstétricas, como procedimento realizado pelo médico, e não incentivou a contratação destas profissionais.

Clapis<sup>94</sup> encontrou em seu estudo, que somente em uma instituição as especialistas egressas (3 - 11,5%) assinavam a AIH/SUS e observa que este procedimento administrativo de registrar o parto normal sem distócia (Portarias nº 2.815 e nº 163/1998/MS), no Sistema de Registro Hospitalar do SUS, foi considerado por enfermeiros, como mais uma barreira para aumentar a visibilidade da atuação da enfermeira obstétrica.

Para Osava<sup>81:47</sup> o pagamento do parto realizado por enfermeira obstétrica, pelo Ministério da Saúde, significa o reconhecimento de “que o parto não é um ato exclusivamente médico”. E Sorrentino<sup>95</sup> observa que, a equiparação

do pagamento do parto normal assistido por enfermeira obstétrica, obstetriz, médico/a obstetra em maio de 1998 pelo Ministério da Saúde, é o reconhecimento das duas primeiras categorias profissionais na assistência ao parto por parte daquele órgão. Segundo Schirmer,<sup>71</sup> o registro do parto pela enfermeira obstétrica no sistema DATA/SUS, é o indicador mais precioso da presença real dessas profissionais neste campo, mas infelizmente este número é irrisório.

A dificuldade de enfermeiras obstétricas registrarem os procedimentos realizados, em especial o parto, perpassa também o ensino da enfermagem obstétrica, mostrando a gravidade do problema, uma vez que desde a formação, docentes e especializadas têm que se submeter a situações constrangedoras ou de omissão, por não poderem registrar os procedimentos realizados, conforme depoimentos a seguir: o registro do parto por Enfermeira Obstétrica não é apenas um redimensionamento dos papéis e poderes da cena do parto, mas também um problema ético e moral que vem acontecendo há 68 anos, (período em que as especializações são oferecidas em nosso país) e, durante todos estes anos, os docentes ensinam os alunos a assistirem o parto e nunca efetivamente, exerceram o direito de registrá-los, e muito menos de serem remuneradas pelo trabalho. Já se faz tarde o momento de romper com tal prática.<sup>84</sup>

A mesma autora<sup>84</sup> investigando se egressas de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica registravam os partos que assistiam, encontrou que 8,9% das profissionais assinavam o procedimento; 87,5% não realizavam o registro, e 3,6% desconheciam a portaria que autorizava o registro, o que ela considerou muito preocupante. Quanto as que não registravam o procedimento, a alegação era de que o registro era realizado pelo médico devido à falta de conquista de espaço pela enfermagem e menos frequentemente devido aos interesses financeiros da instituição, uma vez que o parto assistido pela enfermeira obstetra, é pior remunerado que aquele com intervenção médica.



Sobre a falta de remuneração de partos assistidos por enfermeiras obstétricas, Dutra<sup>69:50</sup> (2005 p. 50) observa que “muitos enfermeiros vem realizando, há anos, atividades na área, porém sem o devido reconhecimento econômico oficial das políticas públicas e mesmo dos planos privados”.

A remuneração das parteiras tituladas surgiu de maneira tímida no presente estudo, as poucas entrevistadas que abordaram o assunto, acham que é necessário primeiro conquistar o espaço, para depois começar a conquista pela remuneração do procedimento realizado.

Costa<sup>84</sup> em sua pesquisa, encontrou nos depoimentos das especialistas, relatos de que algumas instituições remuneravam o auxiliar de enfermagem com um adicional de R\$10,00 por parto assistido. Este auxílio gerou nas especialistas sentimentos de frustração, e até mesmo desejo de abandonar a atividade, pois elas só realizavam o parto, quando o médico não estava presente para fazê-lo; não podiam praticar tudo que aprenderam no curso e porque o Ministério da Saúde manda implantar as políticas, mas não apóia a enfermeira obstétrica.

Riesco<sup>87</sup>, em seu estudo de 1999 descreve que a maioria dos entrevistados não abordou sobre a remuneração do parto, alguns colocaram os interesses econômicos e corporativos que perpassam a relação médico/não médico nessa assistência, devido ao numerário e, um entrevistado declarou que, quando se trata da remuneração pela assistência ao parto como procedimento, médicos e enfermeiras passam a disputar entre si, a sua realização.

Estas situações coadunam com alguns relatos deste estudo, e confirmam o quanto é complexa a reinserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, a relação de trabalho entre elas e os médicos obstetras e, as dificuldades de se definir a remuneração pelo trabalho prestado pelas diferentes categorias. Para Narchi<sup>72</sup> parte da dificuldade de profissionais médicos aceitarem a enfermeira obstétrica advém do temor da perda de poder e sobretudo do desconhecimento do papel desta profissional,

confirmando relatos deste estudo de que, muitos profissionais, principalmente médicos, desconhecem o trabalho das enfermeiras obstétricas, a assistência que elas propõem e são capazes de oferecer, da legitimidade de sua atuação e de sua competência e proficiência na melhoria de qualidade da saúde materna.

A dificuldade de um trabalho conjunto entre enfermeiras obstétricas e a categoria médica e, conseqüentemente, a não “aceitação” das enfermeiras obstétricas, pode ser entendida, dentre outras coisas, como medo da perda do espaço, dificuldade de se definir a remuneração dos procedimentos realizados individualmente e em conjunto pelos profissionais e, pelo desconhecimento da competência e legalidade da atuação das profissionais. Conforme abordado pelos sujeitos e levantado na literatura, muitos destes problemas seriam minimizados ou sanados com a aceitação por parte das demais categorias profissionais da saúde, de um trabalho em equipe, com funções bem definidas, conforme observa Osava:<sup>81:47</sup> “É preciso reformular a assistência em sua integralidade, designando os melhores profissionais para cada nível de atendimento, e criando sistemas ágeis de referência”.

A escassez de enfermeiras obstétricas e obstetrizes para atuar, levantada neste estudo, não é um problema exclusivo do Brasil. Segundo a OMS,<sup>74</sup> em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, não existem enfermeiras-parteiras ou elas são encontradas somente em hospitais de grande porte, exercendo funções de auxiliares dos obstetras. Em 1999, durante o II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para Assistência ao Nascimento e Parto, Riesco<sup>92</sup> relatou a carência de pessoal qualificado no Brasil e observou que, para suprir esta deficiência, era necessário que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais formulem políticas, realizem investimentos e promovam medidas para inclusão da parteira no SUS, revendo a forma de remunerar a assistência ao parto e ampliando sua participação em projetos e programas; que as organizações e entidades civis, movimentos de mulheres, conselhos de saúde, associações profissionais, Rede pela Humanização do Nascimento, entre outras, debatam e façam a interlocução diante das possibilidades de reverter o atual

modelo de assistência à mulher e sua família no parto e, as Universidades e escolas de enfermagem estabeleçam parcerias para desenvolver modalidades de capacitação para formar parteiras nos diferentes níveis, graduação de obstetras, especialização de enfermeiras e técnicas de enfermagem, treinamento de auxiliares de enfermagem e de parteiras tradicionais, atendendo às realidades locais. E, os sujeitos deste estudo apontaram ainda, o desvio de função das enfermeiras obstétricas como agravante para a sua inserção e atuação.

Além do desvio de função, associado às dificuldades de se estabelecer enquanto profissão, nos relatos dos sujeitos ainda encontramos o excesso de atividades assumidas pelas profissionais, o grande envolvimento com as questões relativas à gerência e burocracia, em detrimento da assistência, a falta de valorização do seu trabalho e de estímulo das instituições e o custo dos cursos, como dificultadores para que as profissionais busquem se qualificar.

Quanto a estes dificultadores, Dutra<sup>69:99</sup> pondera:

... os/as profissionais enfermeiros/as vivem sentimentos contraditórios por participarem ativamente da própria opressão e alimentarem a consciência de que não dispõem de poder, cuidando muito mais em manter as instituições em funcionamento do que o bem estar dos/as usuários/as, dessa forma privilegiando pouco ou nada a qualificação profissional e obviamente, o empoderamento da categoria, o que também se reflete no saber/fazer da enfermagem obstétrica”.

Para Schirmer,<sup>71</sup> a carência de profissionais qualificados, aliado ao desvio de função, muitas vezes determinado pela insegurança do profissional em atuar na assistência direta, bem como, as questões com a infra-estrutura, faz com que os enfermeiros e/ou enfermeiros especialistas limitem-se ao gerenciamento de maternidade e unidades obstétricas, deixando o cuidado da saúde da mulher nas mãos de categorias profissionais da enfermagem com menor capacitação técnica e científica. E, os órgãos fiscalizadores têm desempenhado um papel muito mais punitivo, impondo penalidades, ao invés de unirem esforços para preencher a lacuna na formação e

qualificação dos profissionais de saúde, que sem dúvida contribuiriam para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no País.

Para as entrevistadas, a inserção das enfermeiras obstétricas é complexa também por se encontrarem em número reduzido, ter pouca representatividade e, por ser uma profissão eminentemente feminina, e assim, tem mais dificuldade para se organizar e ocupar cargos de poder e liderança. Consequentemente, tem pouco poder de reivindicação e a categoria não tem poder econômico que, associados à falta de medidas específicas como concursos na área, tornam a sua inserção mais difícil. Estes fatores influenciam também a inserção das profissionais nas demandas atuais para a categoria: a presença de profissionais qualificadas e competentes em comitês, órgãos de classe, órgãos institucionais, dentre outros, onde o espaço tem sido conquistado e se faz premente a sua presença.

As entrevistadas observam que, ao se buscar suprir o número de profissionais para atuar e representar a categoria nos diferentes níveis de atuação e representação, é necessário estar atento não somente à sua qualificação, mas também o seu envolvimento com a profissão. Tem-se que buscar profissionais sensibilizadas com as necessidades da profissão, com o trabalho em equipe, com a valorização da sua participação nos órgãos representativos e nos diferentes segmentos da sociedade, bem como, na busca de respostas às demandas eminentes. Neste sentido Schirmer<sup>71:88</sup> alerta: “Podemos perceber que a competência legal, isoladamente, não cria espaço político para o exercício da prática e a visibilidade social de uma profissão.”

E, um número maior de parceiras tituladas em uma mesma instituição é importante não só para atender a demanda, mas também para juntas, desenvolverem melhor e de forma contínua seu trabalho, terem mais força para lutar, reivindicar políticas a seu favor, e mudar o modelo de assistência, quando se fizer necessário. Mas para isto, é preciso também, rever a formação das profissionais, conforme observa Merighi e Gualda.<sup>89</sup> diante do

panorama de saúde atual do Brasil, é necessário reformular o modelo da formação dos profissionais da saúde pois, a maioria dos currículos das faculdades que preparam os profissionais para assistência a saúde é biocêntrico, sendo que a ênfase do processo educativo é a doença, os procedimentos técnicos e a tecnologia. Além disso, o ambiente em que ocorrem as atividades de ensino de campo, não possibilita uma prática humanística. E segundo Dutra,<sup>69:50</sup> os cursos devem procurar preparar seus alunos para um trabalho em equipe pois, “não se trata aqui de substituir um profissional pelo outro, mas sim de construir uma nova cultura de atenção à saúde das mulheres no processo de gestar e parir”. Para Soler,<sup>78</sup> devem também atender aos anseios da sociedade, que espera desempenho e propostas concretas do meio universitário para a resolução dos seus principais problemas e, o aluno deve utilizar o saber aprendido para transformar socialmente sua prática profissional.

Quanto a descontinuidade política, dificultando a continuidade dos bons programas de saúde, entendemos pelas falas das entrevistadas que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras obstétricas deve ser sólido e as representações expressivas, para dar continuidade aos bons programas e projetos de assistência, independentemente da interferência das mudanças da política, no nível federal, estadual, municipal e local. As profissionais devem tentar evitar que as mudanças de gestores e conseqüentemente a descontinuidade dos programas, repercutam negativamente, tanto na assistência prestada às mulheres, quanto no desenvolvimento do ensino clínico. Basile<sup>96</sup> adverte que, a mudança dos profissionais traz dificuldades para o desenvolvimento do ensino clínico, devido a necessidade de novos contratos e aproximação. Isso dificulta o agendamento de consultas, o ensino e o desenvolvimento das recomendações da OMS para a assistência ao nascimento e parto.

A assistência oferecida nos centros de parto normal surgiu nesta pesquisa como um exemplo de trabalho sólido, com atuação autônoma, que valoriza o parto fisiológico, a participação da mulher e de familiares no processo de parir, e que respeita as diferenças étnicas e culturais. Os bons resultados

destes locais têm contribuído para divulgar este trabalho e são instrumentos de luta para a manutenção das casas de parto, já estabelecidas e para a abertura de novas.

A criação dos centros de parto normal é uma estratégia política do Ministério da Saúde, para promover mudanças na assistência ao parto e nascimento, “mas sem dúvida abre novos postos de trabalho para as enfermeiras (os) obstetras e confere visibilidade na área da atenção obstétrica e neonatal no sistema público de saúde”.<sup>71:78</sup> Segundo Basile,<sup>97</sup> a inserção e fixação das profissionais nos centros de parto normal podem contribuir para mudar o panorama nacional de altas taxas de partos cesáreas, em razão da sua formação específica, com vista ao parto fisiológico e utilização de métodos e recomendações para alívio da dor e promoção do parto normal.

Porém, neste processo de investimento e valorização da profissional enfermeira obstétrica, deu entrada no Senado, o Projeto de Lei (PL) 7.703/06 ou Ato Médico que prevê uma nova regulamentação do exercício da medicina no país, porém, cerceia o exercício profissional das demais profissões da área da saúde.<sup>98</sup> Este PL foi apresentado no Senado em 2001 e aprovado em 2005, encaminhado à Câmara, sofreu modificações e foi aprovado em outubro de 2009, agora, é necessário retornar ao Senado para ser aprovado naquele órgão com as modificações da Câmara e, após aprovado naquele órgão, será enviado para o presidente da República, que poderá vetá-lo ou não.<sup>99</sup>

Conforme relatado por várias entrevistadas, o “Ato Médico” tem prejudicado a atuação e ascensão da categoria enfermeira obstétrica, mesmo ainda sem ter sido sancionado. Ele reforça o modelo biomédico de assistência, e coloca as outras profissões da área da saúde, subordinadas à médica. Para muitos profissionais, inclusive alguns médicos, este projeto fere a ideia de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.<sup>98</sup>

Diante do exposto, ao fazermos um balanço das dificuldades de formação, reinserção e atuação das enfermeiras, com as conquistas e empecilhos deparados, podemos afirmar que a profissão Enfermagem, especialmente

na área obstétrica, vem crescendo e sendo valorizada. Para Schirmer,<sup>71</sup> a enfermagem obstétrica é uma profissão antiga, que trabalha quase sempre no anonimato porém, vem acontecendo mudanças nos paradigmas das relações sociais e de trabalho que começam a mostrar resultados.

O crescimento da profissão se deve também aos investimentos com a qualificação das profissionais, e conseqüentemente, as suas pesquisas e publicações. Sobre o assunto, Riesco<sup>68:96</sup> em sua tese de livre docência conclui que:

“as pesquisas sobre a formação e atuação de parteiras, obstetizas e enfermeiras obstétricas, no Brasil, vem se ampliando tanto em quantidade como em variedade. Até meados dos anos de 1990, a produção era esparsa e despertava pouco interesse na área da enfermagem. Porém, na última década, essas publicações sobre a temática vêm se multiplicando, incluindo as contribuições inestimáveis da área da História.”

Vê-se nas falas dos sujeitos deste estudo, que um importante caminho para dar continuidade ao crescimento da profissão é a pesquisa e a publicação de seus resultados. Segundo Tyrrell e Santos,<sup>37</sup> o ato de pesquisar significa sistematizar ideias e ações em torno de um problema evidenciado na procura de sua clarificação, resolução ou transformação e, é uma atitude processual, diante do desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem. Através da pesquisa, foi possível esclarecer aspectos contraditórios, polêmicos e até confusos e que hoje podem ser considerados consenso da categoria, como reconhecer a enfermagem como profissão liberal e autônoma. Esta afirmativa nos mostra a importância da pesquisa para o reconhecimento, crescimento e consolidação, não só da profissão, mas também da sua prática.

Os resultados positivos de pesquisas e sua divulgação é observado na defesa dos Centros de Parto Normal, onde há muitos questionamentos sobre a realização de partos fora do ambiente hospitalar e assistidos por enfermeiras obstétricas, mas as evidências científicas têm mostrado excelentes números tanto de resultados positivos, quanto de satisfação da clientela e baixas complicações e transferências. Apesar de ainda haver

poucas publicações sobre os resultados dos Centros de Parto Normal no Brasil, Campos e Lana<sup>100</sup> relatam que os resultados encontrados no CPN Dr. Davi Capistrano Filho em Belo Horizonte – MG, não se distanciam dos resultados encontrados na literatura disponível, e destacam a baixa taxa de parto cesárea (2,2%), como o resultado mais significativo.

Com relação às evidências científicas Berlizan, Meier, Althabe, Codazzi, Colomar, Buekens, et al,<sup>101</sup> em pesquisa realizada em hospitais das cidades de Buenos Aires e Rosário (Argentina) e Montevideu e Salto (Uruguai), com médicos obstetras, residentes de medicina, enfermeiras obstétricas, coordenadores de ginecologia e obstetrícia e gestantes, encontraram que, as evidências científicas isoladas não são suficientes para convencer médicos a mudar seu comportamento. Essas evidências são mais convincentes se os estudos usarem populações semelhantes às que eles trabalham e que, pesquisas conduzidas em seus locais de trabalho, são mais persuasivas. O mesmo estudo mostrou que médicos preferem incorporar práticas que envolvem novas tecnologias, novas drogas e novas intervenções cirúrgicas e, enfermeiras obstétricas preferem não usar intervenções tecnológicas, mantendo o parto o mais natural possível. Os participantes do estudo acreditam que mudanças seriam mais facilmente mantidas, se o staff recebesse memorandos frequentes, e seus comportamentos fossem monitorados pelo departamento administrativo.

No Brasil, a procura crescente por programas de pós-graduação *lato* e *strictu sensu* confirma o crescimento da profissão e das publicações destes profissionais.

Os sujeitos deste estudo mostram a pós graduação *strictu sensu* na modalidade de mestrado profissionalizante, como uma possibilidade de preparar as profissionais para a assistência ao parto, tendo como base a experiência bem sucedida desta modalidade, em outras áreas da saúde.

A educação continuada, para manter os profissionais atualizados e garantir a qualidade da assistência, também se mostrou importante e necessária para a enfermagem obstétrica. Segundo Nagamine,<sup>102:16</sup> “em educação deve



haver um permanente processo de avaliação, de revisão e de reforma” e, o trabalho do enfermeiro pode ser visto como princípio educativo, que deve ser explorado no processo de formação profissional permanente, pois propicia subsídios à formulação de políticas institucionais para a educação continuada.<sup>88</sup> Para Godoy, Gualda, Bergamasco e Tsuneschiro,<sup>103:543</sup> “A educação permanente deve ser instituída como conceito de qualificação dos profissionais de saúde para exercício da ação integral em saúde, a fim de desenvolver habilidades para manejo de problemas de saúde e tecnologias, respeitando as diferenças e especificidades da clientela e da família.” E, “exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos”.<sup>104:640</sup>

Neste sentido, a ABENFO Nacional tem discutido qual a melhor maneira de se avaliar as competências das profissionais ao longo de sua carreira profissional, e a viabilidade e operacionalização de sua aplicação, buscando garantir a qualidade da formação e assistência prestada pelas profissionais. Para isto, o órgão tem seguido as recomendações da ICM que define as competências essenciais para a categoria.

Diante do exposto, tanto levantado nas falas das entrevistadas, quanto na literatura consultada, a atuação das enfermeiras obstétricas vem aumentando e tendo maior visibilidade. Porém, isto está acontecendo de forma descontínua e diferente nas instituições, cidades e Regiões do país. O trabalho realizado pelas profissionais tem sido frutífero porém, é necessário unir forças na categoria, buscar parcerias e um trabalho conjunto e em equipe. Faz-se premente também, a qualificação de um maior número de profissionais e a divulgação de seu trabalho.

## **9- Reflexões**

## REFLEXÕES

Após a análise dos discursos, fica claro que não conseguimos um resultado fechado dos questionamentos iniciais, mesmo porque isto não é possível numa investigação qualitativa. Porém, podemos afirmar que, com a convergência dos assuntos abordados pelos sujeitos, muitos dos nossos questionamentos foram aplacados.

Vimos que, o interesse dos sujeitos pela área foi espontâneo e, a maioria se iniciou ou consolidou, ao cursarem disciplinas voltadas para a assistência a mulher. Vimos também que a trajetória que os docentes, discentes, profissionais e pessoas que têm trabalhado em prol da enfermagem obstétrica, tem sido semelhante nas quatro regiões do país, representadas pelos sujeitos deste estudo, apesar das peculiaridades regionais. E, diante das inúmeras leituras realizadas para subsidiar esta pesquisa e da participação em eventos da área, podemos afirmar que os profissionais da Região Centro Oeste (única que não houve representantes como sujeitos), também vivenciam situações semelhantes às relatadas.

Os termos enfermeira obstétrica ou enfermeira obstetra são utilizados pelos sujeitos para se referir a profissional que após o curso de graduação em enfermagem, cursou a especialização em enfermagem obstétrica. Eles são utilizados como sinônimos, e não percebemos nenhum destaque ou entonação na voz das entrevistadas, para diferenciar o profissional, ao utilizá-los. Somente uma entrevistada fez esclarecimentos sobre o termo enfermeira obstétrica, que é um substantivo composto que define a profissional enfermeira obstétrica, que nem sempre foi uma enfermeira, já que as escolas de medicina formavam enfermeiras obstétricas e, a profissional similar é a obstetritz.

O objetivo inicial deste estudo era conhecer o processo de resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência à mulher no período reprodutivo, dentro do contexto da realidade brasileira, à partir da década de 1980. Porém, com a criação do Curso de Obstetrícia pela EACH, a titulação da primeira turma e as dificuldades destas profissionais perante o

COREN São Paulo, durante este estudo, esta categoria profissional apareceu nas entrevistas e também passou a fazer parte do trabalho. O relato das entrevistadas sobre a sua formação e inserção na área, a abordagem sobre a história da obstetrícia e da formação das enfermeiras, enfermeiras obstétricas, obstetrizes e enfermeiras habilitadas, nos levou a fazer um breve estudo sobre o assunto e a criar a categoria que aborda os atores e a história.

Com as mudanças no ensino da enfermagem e a falta de incentivo e apoio para a formação de enfermeiras obstétricas, a tarefa de dar continuidade a formação destas profissionais, ao longo dos últimos 20 anos, foi árdua. A habilitação e os cursos de especialização, mesmo que de maneira descontínua, foi a forma que se conseguiu manter a formação das profissionais, e evitar com isto, uma redução ainda maior de profissionais para atuar na saúde reprodutiva.

As entrevistadas relataram a luta para atuar em diferentes instituições buscando divulgar seu trabalho; as dificuldades para conseguir criar cursos de especialização; para convencer gestores da importância do seu trabalho e a necessidade de se abrir concursos específicos para a área. Elas deixaram claro que o apoio institucional e os acordos firmados, as parcerias e a realização de um trabalho em equipe, foram e continuarão sendo fundamentais, tanto para a formação quanto para a atuação das enfermeiras obstétricas.

Uma boa qualificação, que forme profissionais competentes e seguras para atuar, dentro dos princípios políticos, éticos e legais, foi destacada como de grande importância para alavancar a profissão. Há necessidade de formar um número maior de profissionais bem qualificados, não somente para ocupar os espaços que estão se abrindo, mas, principalmente para se instalarem em número suficiente nas instituições, para que juntas, tenham maior poder de reivindicação e de realização de mudanças na assistência.

Porém, para que as profissionais consigam se inserir e atuar, além de competentes, precisam desenvolver senso de responsabilidade, iniciativa,

capacidade de planejamento e organização, facilidade para trabalhar em equipe e postura ética.

A atuação com qualidade, autonomia e resolutividade, se mostrou como um atrativo para novas profissionais e contribui para fortalecer e consolidar a profissão e divulgar o trabalho. Contribuiu também para as mudanças de paradigma e transformação da consciência e da prática dos sujeitos.

Os cursos de formação devem buscar sensibilizar as alunas para a importância dos órgãos de classe, e para a necessidade de se envolverem com as associações e conselhos que representam a categoria. Devem ainda contribuir para o desenvolvimento de uma consciência de trabalho em grupo e de categoria unida, para assim se fortalecerem e terem maior poder de reivindicação e luta pelas causas da profissão.

O ensino da enfermagem obstétrica juntamente com os acadêmicos e residentes de medicina, apesar de diminuir a atuação das primeiras na assistência ao parto, aproxima estas duas categorias profissionais e pode favorecer um posterior trabalho em equipe. Porém, para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, tem que estar claro o papel de cada membro da equipe, e bem estabelecido onde começa e termina a responsabilidade dos diferentes profissionais envolvidos.

A realização do trabalho em equipe e atuação das enfermeiras obstétricas envolvem a sensibilização das diferentes categorias envolvidas, em especial a médica e os gestores. O trabalho deve ser hierarquizado, respeitando-se os níveis de complexidade e valorizando e reconhecendo as práticas desenvolvidas pelos diferentes profissionais.

A qualificação profissional pode ser feita através de cursos de especialização, com uma carga horária não muito extensa, porém que garanta além do conteúdo teórico, uma prática que permita ao profissional destreza e segurança na atuação. A residência, o mestrado profissionalizante e a formação à distância foram destacados, porém, não se pode perder de vista, a qualidade dos cursos, e conseqüentemente dos profissionais que estão sendo titulados.

Uma estratégia para a realização dos cursos de qualificação é buscar parcerias, principalmente com órgãos financiadores. Esta medida viabilizará o oferecimento destes cursos em universidades públicas e aumentará a procura e frequência nos cursos, uma vez que, os alunos não terão ônus financeiro e, em alguns casos, eles poderão receber uma bolsa, como ajuda de custos.

Um trabalho de Educação Continuada, para manter a atualização e qualidade dos profissionais, assim como, a continuidade das discussões da ABENFO buscando avaliar a competência dos profissionais, para garantir a qualidade da assistência, são vistos como importantes aliados da categoria.

As profissionais do Curso de Obstetrícia são vistas como aliadas para lutar pelos espaços de atuação e pela melhoria da qualidade da assistência. Elas são consideradas como mais uma opção de atendimento às necessidades de atenção à saúde do país, e uma modalidade de formação com menos influência do modelo biomédico. Mas, por ser uma formação “nova”, e ainda pouco conhecida da maioria dos profissionais e da população, é vista com algum receio. Seus profissionais devem procurar divulgar o trabalho, lutar para legalizar sua situação junto ao COREN, pois conforme visto, na década de 1950, a Associação das Enfermeiras Obstétricas do Brasil buscou subsídios legais para que as profissionais atuassem como obstetizes. Vimos ainda que, durante o desenvolvimento do curso, essas profissionais têm passado por dificuldades semelhantes às das especializandas: falta de campo de prática e pouco espaço para assistirem a partos normais, sendo este mais um desafio para as duas categorias.

O PAISM, a política de Humanização e os financiamentos de cursos de especialização em enfermagem obstétrica pelo Ministério da Saúde foram muito importantes para abrir diferentes espaços de atuação e aumentar o número de profissionais. Porém, algumas políticas como o pagamento diferenciado pelo parto normal assistido pela enfermeira obstétrica e pelo médico, e a limitação do número de partos cesárea na instituição, tiveram

que ser revistas, uma vez que, não contribuíram para a inserção das enfermeiras obstétricas e não divulgavam dados reais.

Observamos que, algumas medidas e programas de assistência só foram realizados porque houve interesse político e cobrança da sociedade aos órgãos superiores, com destaque para o movimento feminista, na importante luta pela melhoria e ampliação das políticas de assistência à saúde reprodutiva. E que, para que as mudanças realmente acontecessem, foi necessária a oficialização destas políticas através da criação de Leis, Portarias e termos de compromisso. Mas, apesar da publicação das leis, são necessárias políticas de direcionamento dos trabalhos e de fiscalização, para se garantir que as medidas sejam realmente cumpridas.

As enfermeiras obstétricas precisam registrar todos os procedimentos que realizam, e não consentir que outro profissional assine por elas. O registro de seus atendimentos contribuirá para divulgar sua produção e conseqüentemente, uma futura negociação da remuneração dessas ações.

A realização de pesquisas quali e quantitativas, a constatação de evidências científicas e principalmente, a divulgação do seu trabalho e o resultado de suas pesquisas nos diferentes meios de comunicação e periódicos da área, muito contribuirá para a elevação da profissão enquanto ciência, e do reconhecimento de sua importância para a assistência.

O empoderamento de profissionais e clientela, bem como, o trabalho com esta última, informando-a e buscando realizar parcerias, fazendo com que as mulheres divulguem entre elas o trabalho das profissionais, se mostrou como um caminho que foi iniciado e que pode gerar bons resultados.

Com uma maior participação e representação das profissionais nos diferentes órgãos de classe e representação, será mais fácil reivindicar políticas que favoreçam a classe, participar das decisões das políticas de saúde e lutar pela continuidade dos programas de assistência, mesmo com as mudanças de governo. E, contribuirá para a divulgação e direcionamento das políticas de saúde a favor das profissionais.

O fortalecimento e o trabalho da ABENFO são importantes não somente para lutar pelas causas da classe, mas também, para continuar buscando mecanismos para garantir a qualidade da titulação e da atuação das profissionais.

Concluimos que nessa recente luta pela reconquista de espaço, de reconhecimento e de batalhas para evitar o retrocesso das políticas favoráveis às parteiras tituladas, o avanço foi lento, porém importante. As conquistas não foram suficientes para consolidar o trabalho das profissionais, ainda é necessária uma luta árdua, que envolve diferentes segmentos da sociedade. E, Enfermeiras Obstétricas e Obstetrizas têm que compreender, que são elas os agentes de mudança e que cabe a elas se mobilizarem para a concretização dessas mudanças.



## **10- Referências Bibliográficas**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Kitzinger S. The midwife challenge. London: Pandora; 1988.
- 2- Carneiro M. Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV – 1975). Editora da Universidade do Porto – Serie do Saber, 8. 2008. 744 p.
- 3- Berquó E. O Brasil e as recomendações do plano de Ação do Cairo - O Cairo no contexto das conferências sobre população. In: Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. São Paulo: Ed 34, 1998. p. 23 – 35.
- 4- Pitanguy J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH. (Org.). Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.
- 5- Barzellato J. Desde el control del natalidad hacia la salud suxual y reproductiva: La evolución de um concepto a nivel internacional. In: Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. São Paulo: Ed 34, 1998. p. 39 – 49.
- 6- Davis-Floyd R. The technocratic; humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Internacional Journal of Gynecology an Obstetrics* 2001, novembro; 75(1):5-23.
- 7- Portella AP, Gouveia T. Políticas Sociais de Saúde: Uma Questão de Gênero? O Caso das Agentes de Saúde do Município de Camaragibe/PE. *Cadernos SOS Corpo*. Recife: SOS Corpo, Gênero e Cidadania; 1999. 94 p.
- 8- Rago LM. Do cabaré ao lar. A Utopia da Cidade Disciplinar. Brasil: 1890 – 1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985. (Coleção Estudos brasileiros; 90:61-120).
- 9- Ministério da Saúde. (BR). Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde;1985.
- 10- Oliveira F. “Saúde Integral para mulheres: ontem, hoje e perspectivas”. In: PAISM: 20 anos depois. *J Rede Feminista de Saúde*. 2005;27:7 – 9.
- 11- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3):599-613.
- 12- Portella AP. O Programa de Saúde da Família e a Saúde da Mulher. In: PAISM: 20 anos depois. *J Rede Feminista Saúde*. 2005;27:14-17.
- 13- Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.
- 14- Relatório Final, 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília, BR. [citado 2009 mar. 14]. Disponível em

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8\\_CNS\\_Relatorio%20Final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf).

- 15- Nascimento A. História da 8ª Conferência Nacional de Saúde. [citado 2008 mar. 13]. Disponível em [http://www.fameca.br/caer/esq\\_artigos/04.htm](http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/04.htm).
- 16- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
- 17- Sorrentino S. O Sistema Único de Saúde: In: Relatório do II Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Recife, Secretaria Executiva da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. 1994.
- 18- Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Série C. Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 19- Draibe SM. Qualidade de Vida e Reformas de Programas Sociais: O Brasil no Cenário Latino-Americano. In Lua Nova. Rev de Cultura e Política. São Paulo, CEDEC, 1993;31:5-46.
- 20- Rosas CF. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas. In: PAISM: 20 anos depois. J Rede Feminista Saúde. 2005;27:18-20.
- 21- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003. 95 p.
- 22- Ministério da Saúde. (BR). DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2003 (IDB 2003) – Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 23- Araújo MJO. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Antigas necessidades e novas perspectivas. In: PAISM: 20 anos depois. J Rede Feminista Saúde. 2005;27:28 - 30.
- 24- Minayo MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):4-6.
- 25- Boaretto C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):20-2.
- 26- Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 27- Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

- 28- Tornquist CS. O parto humanizado e a REHUNA. In: Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia; 2007 abr. 25-27; Florianópolis, BR. Florianópolis: UFSC 2007, p. 145-60.
- 29- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 279 p.
- 30- Hodnett ED. & Osborn RW. A randomized trial of the effect of monitrice support during labor: mothers views two four weeks postpartum. *Birth*. 1989;16:177-83.
- 31- Figures for Italy, the Netherland and Denmark from Statistical Office of European Communities, Demographic Statistics; figures for Finland, Sweden and the USA FROM United Nations, Demographic Yearbook. In: Kitzinger, S. *The Midwife Challenge*. London: Pandora, 1988. 278 p.
- 32- Riesco MLG, Fonseca RMGS. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):685-98.
- 33- Maranhão et al. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Plano de ação para redução da mortalidade materna. Brasília; 1995.
- 34- Dias MAB & Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(3):669-705.
- 35- As profissões mais procuradas. 2009 nov. *Revista Veja*. Editora Abril. Edição 2138 – ano 42 - nº45.
- 36- Riesco MLG, Tsunechiro MA. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Rev. Estudos Feministas* 2002;10:449-59.
- 37- Tyrrell MAR, Santos, RS. Enfermagem Obstétrica: transpondo os limites da enfermagem e da saúde reprodutiva. In: III Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. ABENFO – SP. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 9 e 10 de outubro de 2001. São Paulo – SP. p. 13 – 30.
- 38- Tsuneschiro MA. A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1987.
- 39- Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997.
- 40- Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 de jun. 1986. Seção 1, p.9273-5.

- 41- Ministério da Saúde. (BR). Área Temática de Saúde da Mulher. Secretaria de Política de Saúde. Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica para elaborar critérios do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Brasília: Ministério da Saúde. 2000 (mimeo).
- 42- Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 43- Marinho A. Profissão Parteira. Revista O Globo. 2007 mai. Ano 3, N°145.
- 44- Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras. [citado 2007 dez. 31]. Disponível em: <http://www.abenfonacional.hpg.ig.com.br/regimento.pdf>.
- 45- Escola de Artes, Ciências e Humanidades (USP Leste). [citado 2008 abr. 17]. Disponível em: <http://www.each.usp.br/cursos.php>.
- 46- Gualda DMR. A inserção da enfermeira obstetra na realidade brasileira/Dulce Gualda. Palestra V COBEON. [citado 2007 dez. 14] Disponível em: <http://abenfors.org.br/e-book do V COBEON/conferências/2>.
- 47- Bruggemann OM. O cuidado no processo do nascimento: reflexões sobre a atuação da enfermeira. [citado 2007 dez. 30]. Disponível em <http://www.uff.br/nepae/objn203bruggemann.htm>.
- 48- Hospital Rizoleta Tolentino Neves. Boletim Interno – Abril 2010. Belo Horizonte: Maternidade do Hospital Rizoleta Tolentino Neves; 2010 mai.
- 49- Fundação de Assistência Integral a Saúde – Hospital Sofia Feldman. Boletim Interno – Abril 2010.
- 50- Fundação de Assistência Integral a Saúde – Hospital Sofia Feldman. Dados estatísticos 2007. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman; 2008 fev.
- 51- Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social; P. 2-29.
- 52- Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP 1995; 29(3): 297 – 309.
- 53- Meihy JCSB. Manual de História Oral. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 1998. 86 p.
- 54- O que é História Oral. Fundação Getúlio Vargas (FGV). [citado 2008 abr. 02]. Disponível em [http://www.cpdoc.fgv.br/historal/htm/ho\\_oqueehistoria.htm](http://www.cpdoc.fgv.br/historal/htm/ho_oqueehistoria.htm).
- 55- Reinaldo AMS, Saeki T, Reinaldo TBS. O uso oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. Ver Eletrônica Enfermagem. 2003;5(2):55-60.

- 56- Santos AP. Ponto de Vida. Cidadania de mulheres faveladas. São Paulo: Loyola; 1996. 151 p.
- 57- Lozano JEA. Prática e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. In: Ferreira MM, Amado, J. Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2006. P. 15 – 25.
- 58- Sarde Neto E. História Oral: uma síntese reflexiva. [citado 2008 abr. 04]. Disponível em: [www.primeiraversao.unir.br/artigo159.html](http://www.primeiraversao.unir.br/artigo159.html).
- 59- Alberti V. História oral: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil; 1989. 202 p.
- 60- Brêtas ACP. Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. Acta Paul Enf. 2000;3:81-91.
- 61- Freitas SM. História oral: possibilidades e procedimentos. 2ª ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas; 2006. 141 p.
- 62- Teles EL. História Oral: entre teoria e prática. Ponta de Lança. Rev Eletron História, Memória & Cultura. 160-4. Acessado em 07/04/2008.
- 63- Minayo MCS. Nossa dor é a dor de nossa Vida. In: Tempo e presença. Rio de Janeiro; out. 1986; n. 213.
- 64- Tourtier-Bonazzi. Arquivos: propostas metodológicas. In: Ferreira MM, Amado J. Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2006. p. 234 – 45.
- 65- Voldman D. A invenção do depoimento oral. In: Ferreira MM, Amado, J. Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2006. p. 247 – 6.
- 66- Meihy JCSB. Canto de Morte Kaiowá: história oral de vida. São Paulo: Loyola; 1991.
- 67- Meihy JCSB, Holanda F. História Oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007. 175 p.
- 68- Riesco MLG. Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrias formadas pela Universidade de São Paulo. [tese livre docência] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.
- 69- Dutra IL. Parto Natural, Normal e Humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2005. 145 p.
- 70- Nakano ANS. Situação atual do ensino da assistência ao nascimento e parto nos Cursos de Graduação em Enfermagem – A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999; Sorocaba/SP).

- 71- Schirmer J. Formação da enfermeira obstetra: contribuição para o resgate da atuação no parto e nascimento. [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001. 116 p.
- 72- Narchi, NZ. Aspectos legais do ensino e exercício profissional da enfermeira obstétrica: transformações e perspectivas. In: III Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. ABENFO – SP. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 9 e 10 de outubro de 2001. São Paulo – SP. p. 93 – 101.
- 73- Bonadio IC, Nakano AMS, Riesco, MLG, Shimo, AKK, Pereira, VM, Schneck, CA. et al. Experiências de Inserção Institucional da Enfermeira Obstétrica na Assistência à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo – Perfil e atuação dos enfermeiros na área de saúde da mulher no Estado de São Paulo. In: III Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. ABENFO – SP. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 9 e 10 de março de 2001. São Paulo – SP. p. 49 – 69.
- 74- Organização Mundial de Saúde. OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS/SRF/MSM, 1996. 51p.
- 75- Sacramento MTP, Tyrrel MAR. Vivências das enfermeiras nos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Rev. Enferm. UERJ 2006 jul./set.; 14(3), 425-33.
- 76- Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, d'Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. Cad Saúde Pública, 2003;19:1425-36.
- 77- Confederação Internacional das Parteiras. [citado 2009 nov. 06]. Disponível em: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org).
- 78- Soler ZASG. Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Novas possibilidades para cursos de graduação, com enfoque no ensino de enfermagem e de obstetrícia. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999; Sorocaba/SP).
- 79- Gualda DMR. Perfil, competência e compromisso social da enfermeira obstétrica. In: III Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. ABENFO – SP. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 9 e 10 de outubro de 2001. São Paulo – SP. p. 70 – 77.
- 80- Narchi NZ. Situação atual do ensino da assistência ao nascimento e parto nos Cursos de Graduação em Enfermagem – A Universidade de Mogi das Cruzes/SP. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino

- de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999; Sorocaba/SP).
- 81- Osava RH. Campos de ensino prático. In: Seminário Estadual sobre o ensino de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. ABENFO – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto – São Paulo. 15 e 16 de outubro de 1998. p. 45 – 48.
- 82- Rabelo LR. A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar. [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- 83- Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo; 2000. 186 p.
- 84- Costa AANM. Enfermeiras obstetras egressas dos cursos financiados pelo Ministério da Saúde na Região Nordeste do país: caracterização e atuação profissional. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007.
- 85- Tsuneschiro MA, Riesco MA, Bonadio, IC. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto. In: Seminário Estadual sobre o ensino de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. ABENFO – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto – São Paulo. 15 e 16 de outubro de 1998. p. 25 – 35.
- 86- Melo CRM. Situação atual do ensino da assistência ao nascimento e parto nos Cursos de Graduação em Enfermagem – A Escola de Enfermagem da Universidade sagrado Coração – Bauru/SP. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999; Sorocaba/SP).
- 87- Riesco MLG. Que parteira é essa? [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo; 1999 a.
- 88- Assad LG, Viana IO. Saberes práticos na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(1): 44-47.
- 89- Merighi MAB, Gualda DMR. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem, 2009; março – abril; 17(2).




- 90- Faria HP, Coelho IB, Werneck, MAF, Santos, MA. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 68 p.
- 91- Angelini DJ, Stevens E, MacDonald A, Wiener S, Wieczorek B. Obstetric Triage: Models and Trends in Resident Education by Midwives. *Journal of Midwifery & Woman's Health*. Volume 54, N°4, July/August 2009.
- 92- Riesco MLG. Perspectivas para a Formação e Qualificação Profissional para Assistência ao Nascimento e Parto no nível de graduação. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999 b; Sorocaba/SP).
- 93- Ministério da Saúde. (BR). PNDS – 2006 – Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 583 p. [citado 2009 out. 04]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
- 94- Clapis MJ. Competências de enfermeiras obstétricas na atenção qualificada ao parto: contribuições do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal – modalidade residência. [tese] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
- 95- Sorrentino SR. O SUS e a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto: responsabilidade do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e municípios na qualificação e absorção profissional. In: Seminário Estadual sobre o ensino de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. ABENFO – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto – São Paulo. 15 e 16 de outubro de 1998. p. 53 – 59.
- 96- Basile ALO. Situação atual do ensino da assistência ao nascimento e parto nos Cursos de Graduação em Enfermagem – A Faculdade Adventista de Enfermagem – FAE/SP. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999; Sorocaba/SP).
- 97- Basile ALO. Experiências de Inserção da Enfermeira Obstétrica na Assistência à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo - Experiências de inserção da enfermeira obstétrica no centro de parto normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra – SECONCI/OSS. In: III Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. ABENFO – SP. Departamento de Enfermagem

- Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 9 e 10 de outubro de 2001. São Paulo – SP. p. 44 – 48.
- 98- Brasil. Projeto de Lei 7.703/06 (PL). Dispõe sobre o Ato Médico. [citado 2009 out. 14]. Disponível em: [http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas\\_atuais/ato-medico-texto.html](http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/ato-medico-texto.html).
- 99- Brasil. Projeto de Lei 7.703/06 (PL). Dispõe sobre o Ato Médico. [citado 2009 nov. 05]. Disponível em: [www.crprj.org.br/2009102302.asp](http://www.crprj.org.br/2009102302.asp).
- 100- Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.23,n.6. Jun.2007. [citado 2010 jan. 22]. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600010&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600010&lng=pt).
- 101- Berlizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens, P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. Health Education Research. Vol. 22, n. 6. 2007. p. 839 – 853.
- 102- Nagamine JM. Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Novas possibilidades para cursos de graduação. In: Anais do II Seminário Estadual sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. 19 e 20 de abril. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras – Seção São Paulo. Departamento de Enfermagem e Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba. (2.: 1999; Sorocaba/SP).
- 103- Godoy SR, Gualda, DMR, Bergamasco RB, Tsuneschiro, MA. Percepção da causalidade e dos sinais de near miss atribuídos por mulheres sobreviventes. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008, Jul-Set; 17(3): 536-43.
- 104- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP – MG. 2009. 848 p.

## **11- Anexos**

## Anexo 1

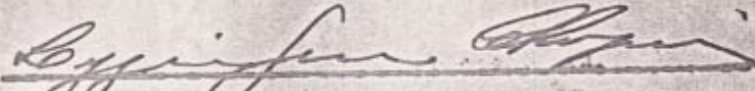

**Associação das Enfermeiras  
Obstetras do Brasil**  
 Fundada em 4/8/54  
 Registrada em 23/8/54 sob o n.º 1299  
 Sede: ~~Av. Maracanã, 80 - Rio de Janeiro, RJ - Tel. 54-2322~~  
**5610 Provisória: Av. Maracanã, 80 - Tel. 54-2322**  
 Rio de Janeiro, 2 de maio de 1958

07.10/58

Exmo. Sr. Dr. Salgado Lima  
 M. J. Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização  
 da Medicina.

A ASSOCIAÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO  
 BRASIL, vem aqui respeitosamente, solicitar a V. Excia. se dig-  
 ne informar, se de acordo com a Lei nº 2.604, de 18/8/58, as  
 "enfermeiras obstetras" possuidoras de título conferido  
 pelos cursos de Enfermagem Obstétrica das Faculdades de  
 Medicina, podem usar e desempenhar as funções de OBSTETRIZ.


Queira V. Excia. aceitar os nossos protestos  
 de estima e alta consideração.

  
 Lygia Graça Chepuris - Presidente

H/M/S.

AS  
 HAROLDO  
 GRACA ARANHA, 342-R

## Anexo 2

  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

468

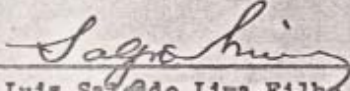
Em 4 de maio de 1.956

Do Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina  
Ao Presidente da Associação das Enfermeiras Obstetras do  
Brasil.  
Assunto


Senhor Presidente:

Em resposta ao ofício nº 10 de 2 de maio corrente, cumpre-me esclarecer que, as "enfermeiras obstetras", possuidoras de diplomas devidamente reconhecidos pelo govêrno, podem usar e desempenhar as funções de Obstetriz, uma vez que o respectivo título tenha sido devidamente registrado na Diretoria do Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura.

Sirvo-me da oportunidade para apresentar a V.S. meus protestos de estima e distinta consideração.

  
Dr. Luiz Salgado Lima Filho  
Diretor

Recibido  
Rio de Janeiro.  
Em test.

  
HAROLDO WILLIAMS  
Secretaria Autorizada

CARTÓRIO DO 1.º OFÍCIO DE NOTAS  
BRITTO FREIRE  
TABELADO  
RODOLPHO VIEIRA  
SUBSTITUO  
AUTORIZADO  
HAROLDO WILLIAMS  
AV. GRACA ARANHA

### **Anexo 3**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Dados de identificação:****Qual/ quais cargo ocupa/ ocupou:****Esclarecimentos:**

O presente trabalho pretende:

Conhecer o processo de resgate da enfermeira obstetra, sua formação e inserção na realidade de assistência à mulher no período reprodutivo, dentro do contexto da realidade brasileira.

**Serão utilizadas as seguintes questões norteadoras:**

- Fale-me da sua vivência:
  - na formação e inserção destas profissionais nos locais onde você tem atuado;
  - de como têm sido abordados os desafios para a formação e inserção das enfermeiras obstetras;
- Como formar profissionais para o enfrentamento do modelo de assistência vigente?
- Qual a contribuição das políticas criadas pelo Ministério da Saúde para a atuação destas profissionais e por que as políticas de inserção da enfermeira obstetra na assistência ao parto não são cumpridas?
- O que você vislumbra para estas profissionais?
- Poderia citar caminhos que levem às mudanças necessárias dos paradigmas obtendo-se assim, meios de resgatar, formar e inserir estas profissionais na assistência ao parto, em uma equipe multiprofissional?

Ao final da entrevista será solicitado que o entrevistado indique outras pessoas que considera importante de serem entrevistadas, dentro do contexto deste estudo, construindo-se a rede sujeitos do trabalho.

## Anexo 4

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, Torcata Amorim, enfermeira obstetra, docente da Escola de Enfermagem da UFMG e doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP estou desenvolvendo uma pesquisa cujo objetivo é “Conhecer o processo de resgate da enfermeira obstetra, sua formação e inserção na realidade de assistência à mulher no período reprodutivo, dentro do contexto da realidade brasileira”, sob orientação da Prof. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda.

Para a coleta dos dados serão realizadas entrevistas gravadas com pessoas de diferentes áreas de influência para a enfermagem obstétrica. A entrevista será transcrita e você terá acesso ao texto final e autorizará a sua utilização.

A sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, por isto solicito a sua participação. Para o seu consentimento em participar da pesquisa, considere que:

1. Sua participação é voluntária. Você tem liberdade para desistir durante qualquer etapa da pesquisa, caso venha desejar, sem risco de qualquer penalização;
2. Será garantido o seu anonimato (se assim o desejar) por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais;
3. A utilização das informações fornecidas será somente para fins científicos (apresentação em eventos e publicações da área);
4. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta dos dados, poderá fazê-lo pelos telefones (31) 3409 9866 ou pelo correio eletrônico: [torcata@enf.ufmg.br](mailto:torcata@enf.ufmg.br);
5. Caso sinta necessidade, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, através do telefone (011) 3061-7548, onde o projeto foi aprovado sob o nº755/2008/CEP-EEUSP;

Como participante desta consulta afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivos da mesma, bem como, da utilização das informações que forneci e minhas dúvidas foram suficientemente esclarecidas.

Ciente, concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com a respondente.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)