

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

ROSSANO SARTORI DAL MOLIN

**O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: análise do
discurso médico no Rio Grande do Sul no ano de 2005**

Porto Alegre

2008

ROSSANO SARTORI DAL MOLIN

**O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: análise do
discurso médico no Rio Grande do Sul no ano de 2005**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Eixo Temático: Saúde da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D148e Dal Molin, Rossano Sartori
O exercício da atividade da enfermeira obstétrica : análise do discurso médico no Rio Grande do Sul / Rossano Sartori Dal Molin ; Orient. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha. - Porto Alegre, 2008.
128 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.
Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Enfermagem obstétrica – Rio Grande do Sul. 2. Medicina - Obstetria. 3. Saúde da mulher - Parto. 4. Análise do discurso – Mídia impressa. 5. Enfermeira obstétrica. I. Título.

CDU: 616-083:618(816.5)

Índice para o catálogo sistemático:

1. Enfermagem obstétrica – Rio Grande do Sul	616-083:618(816.5)
2. Medicina - Obstetria	618
3. Saúde da mulher – Parto	618.4
4. Análise do discurso – Mídia impressa	81'42:659.3
5. Enfermeira obstétrica	618.2-051

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Rose Elga Beber – CRB 10/1369

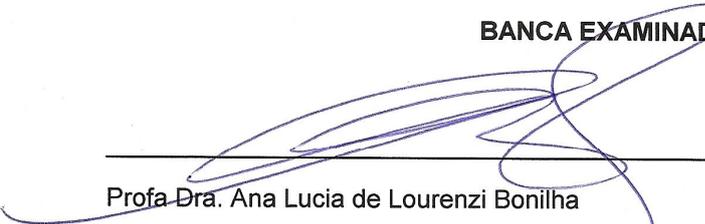
ROSSANO SARTORI DAL MOLIN

O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: análise do discurso médico no Rio Grande do Sul no ano de 2005

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de novembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Presidente – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Rosa Maria Filipozzi Martini

Membro

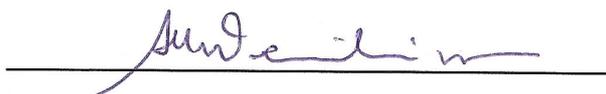
FACED/UFRGS



Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer

Membro

EENF/UFRGS

*"Posso ter defeitos,
viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,
mas não esqueço de que minha vida
é a maior empresa do mundo.
E que posso evitar que ela vá à falência.*

*Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver,
apesar de todos os desafios,
incompreensões e períodos de crise.*

*Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas
e se tornar um autor da própria história.*

*É atravessar desertos fora de si,
mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma.*

É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.

É saber falar de si mesmo.

É ter coragem para ouvir um não.

*É ter segurança para receber uma crítica,
mesmo que injusta.*

*Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo..."*

Fernando Pessoa

RESUMO

A presente dissertação foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na linha de pesquisa “Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente”. Trata-se de um estudo de origem qualitativa, cujo referencial teórico-metodológico é a Análise de Discurso da linha francesa apresentada por Michel Pêcheux. O objetivo desta investigação foi compreender os possíveis efeitos de sentidos produzidos a partir do discurso da mídia impressa jornalística no ano de 2005, sobre a atuação das profissionais enfermeiras no atendimento ao parto normal. O *corpus* desta pesquisa foi constituído por: a) documentos oficiais acerca das políticas de atenção a saúde da mulher no Brasil e do incentivo à formação e manutenção do enfermeiro na cena de parto; b) materiais que abordavam a evolução histórica da parturição no mundo e no Brasil; c) documentos referentes à legislação profissional e deontologia das categorias profissionais Enfermagem e Medicina, e legislação do ensino da Enfermagem; d) materiais escritos e materiais visuais publicados na mídia impressa jornalística, questionando e/ou defendendo o parto feito por enfermeiras. O período escolhido para a coleta de informações contidas na mídia impressa jornalística, foi o ano de 2005, propositalmente em virtude dos fatos e muitas discussões ocorridas. Os jornais escolhidos para a coleta de dados são conhecidos como: Zero Hora e Correio do Povo. Analisar o discurso e a mídia impressa jornalística pretendeu evidenciar as práticas de parto e sua historicidade, ficando evidente o perfil intervencionista que possuímos em relação à parturição no Estado do Rio Grande do Sul. A análise realizada evidencia a legalidade na atuação da enfermeira obstétrica no parto, mas não a legitimidade social e profissional.

Palavras-chave: Parto. Enfermeira obstétrica. Medicina. Enfermagem. Discurso. Análise de discurso. Mídia.

RESUMEN

La presente dicertación fue desarrollada en el Programa de Post Grado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio grande do Sul, en la línea de investigación “Fundamentos y Prácticas de Enfermería en Salud de la Mujer, Niño y Adolescente. Tratase de un estúdio de origen cualitativa, en el cual el referencial teórico y metodológico es el análisis del discurso de línea francesa presentada por Michel Pêcheux. El objetivo de esta investigación fue analizar los posibles efectos de sentido producido por el discurso de los medios de comunicación graficos en el ano de 2005, referidos de la actuación de los profesionales de enfermería en la asistencia al parto normal. La fuentes de esta investigación fueron: a) Documentos oficiales acerca de políticas de atención a salud de la mujer en Brasil y el incentivo a la formación y mantenimiento del enfermera en la escena del parto; b) Materiales sobre la evolución histórica del parto en el mundo y en Brasil; c) Documentos referentes a constitución profesional y deontologica de Enfermería y Medica, y constitución de la enseñanza de enfermería; d) Materiales escritos y visuales publicados en los medios graficos de comunicacion cuestionando y/o defendiendo el parto asistido por enfermeras. El período de tiempo elegido para recolectar las informaciones contenidas en los medios graficos fue el ano 2005, especialmente por los hechos y discusiones ocurridas. Los diários elegidos para la recopilacion de datos son conocidos como: Zero Hora y Correio do Povo. Analisar el discurso y los medios graficos pretendio dejar evidenciado las prácticas del parto y su história, reflejando el perfil intervencionista que poseemos en relación a parturición en la Província de Rio Grande do Sul. El analisis realizado expone todavia la legalidad en la actuación de enfermeras obstétricas en el parto, pero no hay legitimidad social y professional.

Palabras clave: Parto. Enfermera obstetrica. Medicina. Enfermería. Discurso. Analisis del discurso. Medios.

ABSTRACT

The present dissertation was developed in the Nursery Pos Graduation Program of the University of Rio Grande do Sul, in “Nursery fundamentals and practice in woman, children and teenagers health”. It is a qualitative origin study, which theoretical and methodological referral is the speech analysis of the french thought presented by Michel Pêcheux. The aim of this investigation was the analysis of the possible effects of sense produced by the press media speech during the year of 2005, about the professional nurses job attending vaginal delivery. The sources of the research were: a) Official documents related to woman health attending policy in Brazil and the incentive of the nurse development and maintenance in the delivery scene; b) Materials about the delivery historical evolution in the world and in Brazil; c) Documents about Nursery and Medicine professional legislation and deontology and Nursery teaching legislation. d) Press and visual materials published in journalistic press media questioning and/or defending the delivery attended by nurses. The period of time chosen to collect the information contained in the journalistic press media was the year of 2005, especially because of the large amount of facts and discussions occurred during this time. Zero Hora and Correio do Povo were the elected newspapers for the collection of information. By analyzing the journalistic press media speech, it was intended to highlight the delivery practice and its history, making more evident the intervening profile of the professionals in parturition situations in the state of Rio Grande do Sul. The present analysis makes evident the legality of obstetric nurse attendance during parturition, but the lack of social and professional legitimacy.

Key words: *Parturition. Obstetric nurse. Medicine. Nursery. Speech. Speech analysis. Media.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Mecanismo de parto	38
Figura 2: Evolução das porcentagens de partos cesáreos no Estado do Rio Grande do Sul (RS) entre os anos de 2000 a 2005 com relação ao total de partos ocorridos.....	47
Figura 3: Informe jornalístico	69
Figura 4: Informe jornalístico	70
Figura 5: Informe jornalístico	73
Figura 6: Informe jornalístico	74
Figura 7: Informe jornalístico	83
Figura 8: Informe jornalístico	85
Figura 9: Informe jornalístico	92

QUADROS

Quadro 1: Posse de itens	61
Quadro 2: Grau de instrução do chefe de família	61
Quadro 3: Classes sociais	62
Quadro 4: Categorias profissionais e suas competências.....	67

SUMÁRIO

ABRINDO O JORNAL	12
1 ALGUMAS INQUIETAÇÕES	15
1.1 A trajetória construída em direção ao tema: bagagens sociais, culturais e ideológicas.....	19
2 ALERTA: partos estão sendo feitos por enfermeiras!	25
2.1 Porto Alegre, 2005: o discurso jornalístico.....	25
2.2 Era uma vez: a evolução das práticas de assistência ao parto e a formação/atuação dos profissionais enfermeiros.....	30
2.2.1 Parteiras e cirurgiões: a presença masculina na parturição e a emergência do saber médico.....	31
2.2.2 De parteira à enfermeira: a fusão de duas profissões e o surgimento da enfermagem obstétrica.....	39
2.3 Se o doutor mandou fazer...”: o modelo biomédico e a máquina do nascimento.....	44
3 METODOLOGIA	51
3.1 Opção metodológica.....	51
3.2 Construindo o referencial metodológico-analítico: análise de discurso.....	52
3.2.1 Língua, ideologia e História: alicerces teóricos da Análise de Discurso.....	54
3.2.2 O discurso.....	56
3.2.3 Dispositivo de análise: o lugar da interpretação.....	57
3.3 O “corpus” da pesquisa.....	59
3.3.1 A coleta de informações.....	59
3.3.2 A Fonte das informações midiáticas.....	60
3.4 Aspectos éticos.....	64
4 A DISPUTA PELO PARTEJAR: enfermeiras e médicos e as competências técnicas/legais de ‘quem faz o parto’	65
4.1 Relações e conflitos entre Enfermagem e Medicina na arte de partejar.....	65
4.2 Legal e o legítimo na atuação da enfermeira obstétrica.....	81

5 SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
FECHANDO O JORNAL.....	98
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICE.....	111
A – Termo de Solicitação e Responsabilidade de Coleta de Dados.....	111
ANEXOS.....	112
A – Projeto de Lei do Senado Nº. 268 de 2002 – Exercício da Medicina.....	112
B – Jornais mais lidos na Região Sul.....	114
C – Perfil dos leitores do jornal Zero Hora.....	115
D – Perfil dos leitores do jornal Correio do Povo.....	116
E – Resolução COFEN Nº. 223/99.....	117
F – Portaria nº. 2.818 de 29 de maio de 1998.....	119
G – Portaria nº. 985 de 05 de agosto de 1999.....	121
H – Portaria nº. 888 de 12 de julho de 1999.....	124
I – Resolução do COFEN nº. 308/2006.....	125

ABRINDO O JORNAL

Meu interesse pela área da saúde da mulher surgiu desde a minha opção em atuar e me especializar em obstetrícia, e levou-me a buscar entender os discursos ocorridos no meio jornalístico em Porto Alegre, com relação à atuação da enfermeira no parto, no ano em que antecedeu minha entrada no Mestrado. Em função de buscar esse entendimento, tomei contato com a análise de discurso, o que foi e está sendo uma constante busca pela compreensão desse referencial, por (des)construir alguns conceitos já imbuídos em mim; por compreender como a mídia exerce papel determinante na forma como as pessoas constituem seus significados e dão direcionamento a sua vida e para vislumbrar a articulação entre os diferentes campos do saber (enfermagem, medicina, lingüística) e as relações entre os diferentes construtos sociais (parto, mídia, linguagem, discurso, ideologia, historicidade).

Neste momento não vou me deter em definir e explorar exaustivamente os princípios da análise de discurso e da temática *parto e nascimento*, até porque não é o objetivo deste capítulo, mas valho-me de alguns termos para constituir esta apresentação.

No primeiro capítulo, denominado “Algumas inquietações”, procuro justificar a minha relação com a temática proposta de estudo, relatando situações positivas e negativas que despertaram para esta investigação. Trago ainda alguns dados referentes ao panorama atual da parturição e a relação do tema com a mídia, bem como a Análise de Discurso.

O capítulo seguinte, intitulado “ALERTA: partos estão sendo feitos por enfermeiras!”, se subdivide em três partes. A primeira parte aborda o fato de partos estarem sendo realizados por não-médicos, no caso enfermeiras obstétricas. Na segunda parte, promovo um resgate histórico da parturição, não com o objetivo de formular uma cronologia, mas regatar dados que nos possam fazer entender o contexto atual da parturição no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul, desde a atuação das parteiras até a constituição da obstetrícia como especialidade médica. Por fim, na terceira e última parte, procuro explicitar o paradigma biomédico e apresentar dados relacionados à medicalização e ao elevado grau de intervenção nos partos no estado gaúcho.

“Metodologia” é o título do terceiro capítulo e descreve a investigação, abordando a coleta e a análise dos dados. Além disso, apresenta o jornal Zero Hora e o jornal Correio do Povo, fontes principais da coleta de dados. Ainda objetiva fornecer subsídios para o entendimento da Análise de Discurso, segundo a vertente francesa, a partir da Teoria de Michel Pêcheux.

O quarto capítulo retrata a disputa de enfermeiras e médicos pelo ato de partejar e assim recebe o nome de “Disputa pelo partejar: enfermeiras e médicos e as competências técnico-legais de ‘quem faz o parto’ ”. Este, por sua vez, se subdivide em dois momentos: 1) relações e conflitos entre enfermagem e medicina na arte de partejar; 2) o legal e o legítimo na atuação de enfermeira obstétrica. O primeiro apresenta os ataques ocorridos na mídia impressa jornalística pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) à atuação da enfermeira e, o segundo, os argumentos a favor dessa prática, muito utilizada em outros países, além de incentivada no Brasil pela própria esfera federal, por meio do Ministério da

Saúde e de programas que visam a reduzir as intervenções no parto e as taxas abusivas de parto cesáreo.

O quinto capítulo, “Síntese e considerações finais”, possibilita ao leitor compreender as reflexões que, como pesquisador, pode-se alcançar e naquilo que ainda se poderia avançar.

O capítulo final deste estudo, denominado “Fechando o Jornal”, encerra a dissertação fazendo uma pequena retrospectiva de alguns momentos marcantes da caminhada e traz ainda alguns agradecimentos a pessoas que foram importantes durante o período de realização do mestrado e a redação deste trabalho.

1 ALGUMAS INQUIETAÇÕES

Em todas as sociedades humanas a gestação e o nascimento são mais que somente eventos biológicos (HELLMAN, 1994, p.120).

A temática do parto e nascimento tem se constituído uma das principais fontes de atenção dos pesquisadores da área da saúde, especialmente da Enfermagem, em consequência das altas taxas de mortalidade materna que ocorrem em nosso País, do crescimento nos índices de cesáreas e de partos cada vez mais intervencionistas.

O Brasil apresenta bons indicadores econômicos, quando comparados a muitos países, porém os dados relacionados à saúde materna não acompanham esses indicadores, e mesmo nos estados do Sul do País as taxas de mortalidade materna encontram-se superiores ao patamar de cinquenta mortes para cada cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2002).

Um dos eventos apontados como responsável pelas altas taxas de mortalidade materna brasileira tem sido a elevada ocorrência de partos cirúrgicos: as cesáreas. O risco de mortalidade nesse tipo de intervenção é cinco vezes maior do que nos partos normais, pela possibilidade de maior ocorrência de infecção e de problemas relacionados às condutas anestésicas e por potenciais complicações para o recém-nascido, como prematuridade e problemas respiratórios. Convém ressaltar ainda que o parto operatório dificulta a aproximação do bebê com a mãe em razão dos sintomas pós-anestésicos. Segundo Odent (2002), esse período logo após o nascimento, chamado Período Primal, é um momento de interação entre mãe e filho, auxiliando na liberação de hormônios femininos como a ocitocina e a prolactina, o

que influencia a maneira de esse bebê se relacionar com o mundo e as pessoas, no futuro, momento que pode ficar comprometido nos casos de parto cesáreo.

Na tentativa de reduzir as taxas de mortalidade materna e de cesáreas, assim como do nível de intervenção no parto normal, o Ministério da Saúde Brasileiro implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), buscando qualificar a assistência obstétrica e garantir maior adesão ao pré-natal.

De acordo com Casate e Corrêa, “A proposta de humanização tem a responsabilidade de resgatar do humano, naquilo que lhe é próprio, e é aí que pode residir à intenção de humanizar o fazer em saúde [...]” (2005, p.105).

Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as necessidades do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e culturais (LARGURA, 2000). Humanização é um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tais práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e dinâmico do nascimento de cada bebê, nos quais as ações dos profissionais de saúde devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando a tecnologia disponível de modo criterioso (BONILHA; ESPÍRITO SANTO, 2002).

Um outro aspecto conflitual e relevante no cenário estadual do Rio Grande do Sul, que, além de suscitar novas pesquisas relacionadas à temática *parto e nascimento*, despertou conflitos e indignação por parte das profissionais enfermeiras, foram as várias acusações veiculadas em jornais de grande circulação da cidade de Porto Alegre e até mesmo regionais, realizadas pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), entre os meses de maio e junho de 2005, alertando a população de que enfermeiras estavam atuando em partos normais hospitalares, e

questionando a capacitação técnica e legal do procedimento executado por essas profissionais.

Esses informes talvez buscassem colocar à prova as habilidades e competências das profissionais enfermeiras na arte do partejar, mas, também, de certa forma, confundir a população, incentivando ainda mais os partos cirúrgicos e intervencionistas. Diz-se isso por acreditar que a enfermeira¹ é uma agente importante no processo de orientação e incentivo da gestante e/ou parturiente na tomada de decisões, assim como dedica maior tempo e realiza menos intervenções quando assistem a um parto.

Essas discussões e acusações veiculadas na mídia impressa, além de configurarem-se como um poderoso meio de disseminação de informações, ao mesmo tempo constituem-se em um recurso que pode influenciar as atitudes sociais (STASBURGUER, 1999). De acordo com Hall (1997), o meio impresso tem grandes responsabilidades pela disseminação dos significados através da linguagem: assim, a linguagem se constitui num privilegiado meio de se atribuir sentidos as coisas.

Souza enfatiza que

Nos dias de hoje não se pode negar a atuação da mídia na consolidação e deslocamentos dos sentidos. Funcionando como uma modalidade de **discurso sobre** tem por objetivo organizar e distribuir cotidianamente os acontecimentos, colocando-se como intermediária entre sujeito e mundo. Porém não o faz de forma isenta e imparcial, como muitos jornalistas requerem, mas submissa ao jogo das relações de poder [...] (2004, p.169).

A mídia é uma instituição ideológica que publica fatos. Assim, muitas vezes, funciona como controladora dos sentidos e/ou como aparelho repressor,

¹ Empregar-se-á o termo *enfermeira*, em vista de que a maioria dos profissionais de enfermagem são do sexo feminino e também pelo fato de que os informes veiculados na mídia traziam a palavra enfermeira.

mantendo determinadas hierarquias sociais (de classes, por exemplo) no domínio da situação ou formando e disseminando opiniões.

Nesse sentido, busca-se refletir sobre a temática do parto, especialmente sobre o material veiculado na mídia impressa jornalística, no ano de 2005, acerca de quem ou qual profissional está habilitado para assistir ao parto e que efeitos de sentido emergem dos anúncios sobre a atuação das enfermeiras. Quando se aponta para a questão da habilitação da enfermeira na cena de parto normal hospitalar, pensa-se na garantia legal para tais ações e procedimentos; porém, habilitação não se resume à competência legal. Além disso, há a habilitação técnica para a execução do parto e principalmente a social, ou seja, na sociedade atual, que profissional possui legitimidade para atuar na cena de parto? Os informes veiculados em ataque a profissionais enfermeiras não expressariam uma tentativa dos médicos de se manterem no domínio da situação?

A partir dessas questões, com o intuito de perceber os aspectos subjetivos e de captar significados dos informes midiáticos e dos textos relativos à temática, procura-se apoio e subsídios nos fundamentos metodológicos fornecidos pela Análise de Discurso² da linha francesa, levando em conta, inclusive, aquilo que foi dito ou registrado (alertando que poderia ser dito de outra forma), e aquilo que não foi dito, os silêncios e esquecimentos que por si produzem sentidos. A Análise de Discurso proposta por Michel Pêcheux permite que se entenda o discurso para além do texto, apontando para pistas do sentido que o sujeito manifesta. Esses sentidos são pré-construídos, resultantes da memória, do inconsciente e de fatores sócio-históricos; portanto, análise de discurso trabalha com o sentido e não com o

² Utilizar-se-á o termo em maiúsculo e por extenso, por se tratar da estratégia metodológica adotada, exceto quando nas citações o autor utilizar abreviações e/ou iniciais minúsculas.

conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido na ideologia, história e linguagem (MUTTI, 2004).

Ou seja: “A análise de discurso destina-se a evidenciar os sentidos do discurso tendo em vista suas condições sócio-históricas e ideológicas de produção” (FERNANDES, 2007, p. 22).

Nesta breve introdução, pretende-se apresentar a inquietação com a temática, da mesma forma como se acredita ser necessário discutir e conhecer as informações que foram lançadas ao público, para refletir acerca dos motivos e das razões que fazem do Rio Grande do Sul um dos Estados com altos índices de partos operatórios e intervencionistas; além de refletir a respeito das discussões entre as profissões – enfermagem e medicina –, na disputa pelo parto normal, por meio do método da análise de discurso. Esse trabalho consiste em pensar os discursos como um percurso e descobrir que, ao longo desse caminho, eles podem prosseguir, deslocar (mudar) ou até mesmo estabilizar (o que, muitas vezes, quer dizer velar). É compreender que o discurso tem uma história e uma memória atravessadas pela ideologia e pelo contexto. Estudar esse discurso implica estudar sua origem, sua construção e seu funcionamento (SOUZA, 2004).

1.1 A Trajetória construída em direção ao tema: bagagens sociais, culturais e ideológicas

Ingressou-se no curso de graduação em Enfermagem, na Universidade de Caxias do Sul, em 1997 e, como todo acadêmico, estava impaciente para que as atividades práticas se iniciassem de imediato. Os conhecimentos teóricos do início do curso pareciam importantes, mas a ânsia do contato com o doente hospitalizado,

os plantões, as vestes brancas, fascinavam. No segundo ano de graduação, iniciaram-se os estágios e as atividades em que foi possível aproximar-se dos doentes; porém, o que não se esperava era ir ao encontro da dor e do sofrimento das pessoas, sejam elas familiares, sejam pacientes. Imediatamente percebeu-se que não se almejava cuidar de pessoas apenas nos momentos de sofrimento, doenças, morte. Durante toda a graduação houve a preocupação em pesquisar e aplicar métodos, terapias complementares, na tentativa de promover alívio e melhoria na qualidade de vidas das pessoas, uma vez que somente as medidas convencionais da terapêutica, baseadas e sustentadas pelo modelo biologicista, não eram suficientes. Tendo em vista essa busca por algo além da doença e, dando continuidade à formação acadêmica, ingressou-se no curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, área que desperta grande interesse, principalmente por estar frente a um processo de vida.

O curso de especialização na área obstétrica, no entanto, mostrou dois panoramas completamente diferentes de assistência ao parto. Em 2003, teve-se o privilégio de atuar no Hospital Amparo Maternal (em São Paulo) e de conhecer algumas das Casas de Parto no Estado de São Paulo. Ocorreu deslumbramento com a sistemática de atendimento, com a autonomia da enfermeira obstetra, com a parceria existente entre médico e enfermeira e com a autonomia da gestante em relação ao ato de parir. Percebeu-se nessas instituições a beleza do parto normal e as baixas taxas de parto cesáreo, que somente aconteciam quando realmente havia indicação sustentada pela evidência.

Contudo, ao retornar à cidade natal, fui trabalhar em um hospital privado, de médio porte, do Estado do Rio Grande do Sul, onde a situação era extremamente diferente daquela observada e vivenciada durante o estágio da especialização.

Nessa instituição, as mulheres eram atendidas como numa linha de produção, ou seja, elas chegavam ao Centro Obstétrico, eram encaminhadas até a sala de admissão e examinadas pelo médico de plantão (que precisava ser chamado, pois se encontra em seu quarto repousando). Se o plantonista considerasse prudente, encaminhava-se a paciente para a internação e a mesma era submetida à exposição de seu corpo e procedimentos de rotina. Tiravam sua roupa e lhe entregavam uma camisola do hospital. Deitada em posição ginecológica, realizava-se a tricotomia pubiana e o enema. Após, a parturiente era conduzida até a sala de pré-parto onde permaneceria por mais algum tempo. Assim que o plantonista finalizava o preenchimento dos papéis e da prescrição médica, uma técnica em enfermagem acomodava a paciente no leito e lhe instalava um soro com ocitocina.³

A partir da internação da mulher no pré-parto, ela passava a ser privada de alimentos e líquidos, e, para os profissionais, parecia nada mais do que seu objeto de trabalho, que deveria ser avaliado freqüentemente, desconsiderando seus direitos, seus medos, sua ansiedade, sua vontade.

Nesse cenário, o profissional, ao constatar que a parturiente estava pronta para o parto, conduzia a mesma à sala de parto. Orientada a deitar-se na cama operatória, em posição ginecológica (sem poder optar pelo tipo de posição que deseja no parto), iniciavam-se os procedimentos de assepsia com álcool iodado, colocação de campos operatórios e episiotomia; esta freqüentemente era realizada sem necessidade.

O ambiente também não parecia ser adequado. A cama era pequena; a sala fria e mal-iluminada; existiam muitos ruídos, gritos, conversas, muitas pessoas

³ Ocitocina, de acordo com Freitas et al. (2003), é um hormônio cuja função é produzir contrações no útero grávido. Atualmente, é o método de indução de parto mais conhecido. Indução do parto significa aceleração do processo natural de parto, utilizado em benefício materno ou fetal.

circulando. A parturiente permanecia sozinha o tempo todo, não lhes era permitido ter um acompanhante no período de pré-parto e parto.

O nascimento tinha a característica de ser muito rápido, o bebê nascia, cortava-se o cordão umbilical, aspiravam-se suas narinas, passando-o imediatamente para as mãos do pediatra. Este realizava os cuidados iniciais e somente depois é que a criança era entregue à mãe. O que por si é um desrespeito, pelo simples fato de desfavorecer o vínculo e o contato inicial da mãe com seu filho, fundamental para o processo de desenvolvimento da criança (MALDONADO, 1997).

Feita a dequitação da placenta, esta ia diretamente para o lixo, realizava-se a episiorrafia e a mãe era então conduzida até a maternidade.

Assim, percebeu-se que a forma como as mulheres eram tratadas se assemelhava a uma linha de montagem. Ninguém conversava ou questionava a paciente, ela não participava das tomadas de decisão sobre *seu parto e seu filho*, parecendo ser, na verdade, um objeto nas mãos dos profissionais da saúde.

Para Diniz (2001), a reprodução e a assistência são organizadas com rígida estipulação dos tempos para cada estágio do parto. A arquitetura das maternidades e dos centros obstétricos, onde se percebe a transferência das mulheres de sala a sala durante o parto, são indícios típicos de como é feita a assistência ao parto no Brasil.

Outro ponto a ser considerado diz respeito ao tipo predominante de parto no país. Algumas cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul, como já assinalado anteriormente, apresentam taxas altíssimas de cesarianas, ficando evidente o tímido cumprimento e incentivo ao parto normal, preconizado pelo Ministério da Saúde. Um estudo realizado em São Paulo demonstra que menos de 35% das mulheres sem nenhuma escolaridade são submetidas a cesáreas, sendo

que esse percentual salta para a casa dos 73% entre mulheres de nível superior, exatamente por estas possuírem melhores condições de negociar financeiramente com os serviços de saúde (LARGURA, 2000).

Além de apoiar-se na crença da segurança da cesariana, a prática do parto com hora marcada é facilitada pelos vários mecanismos de pagamento diferenciado, que tornam o procedimento mais rentável para os serviços e profissionais da saúde.

Há ainda uma outra indignação. Parece não existir campo de atuação para a enfermeira na assistência direta ao parto, em razão não apenas da diminuição das taxas de partos normais, como também da ferrenha batalha travada pela medicina e enfermagem em relação ao partejar. Ao que se percebe, a enfermeira de centros obstétricos atua quase que exclusivamente em atividades de cunho burocrático, deixando a assistência à parturiente a cargo de outros profissionais, sejam eles da equipe de enfermagem ou não. Há também aquelas profissionais (enfermeiras) que tentam se aproximar mais do cuidado obstétrico; no entanto, ver uma enfermeira assistindo a paciente no período expulsivo é raro, seja pela existência de plantonistas médicos nas instituições hospitalares, seja pela falta de segurança e qualificação para o ato. Na maior parte das vezes em que a enfermeira é responsável pelo parto, deve-se à não-chegada (ou atrasos) do médico, ou às situações em que a gestante adentra o setor já em período expulsivo. O que se tem observado em algumas instituições de saúde é a participação da enfermeira no período do pré-parto, executando cuidados gerais e de conforto à mulher até o momento do parto propriamente dito.

O retorno de São Paulo e o término do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica despertaram a possibilidade de comparar diferentes

contextos e alimentar a reflexão crítica que, juntamente com o conjunto de publicações de matérias jornalísticas pagas em jornais de grande circulação no Estado, atacando as enfermeiras, originou esta investigação.

2 ALERTA: partos estão sendo feitos por enfermeiras!

A linguagem tem influência também sobre os comportamentos do homem. O discurso transmitido contém em si, como parte da visão de mundo que veicula, um sistema de valores, isto é, estereótipos de comportamentos humanos que são valorizados positiva ou negativamente. Ele veicula os tabus comportamentais (FIORIN, 2003, p. 55).

2.1 Porto Alegre, 2005: o discurso jornalístico

O ano de 2005 foi marcado, no Rio Grande do Sul, mais especificamente na cidade de Porto Alegre, por várias turbulências no cenário social e profissional da atenção ao parto. Principalmente entre os meses de maio e junho do referido ano, nos veículos de informação de grande alcance da população, como a mídia jornalística, muitos informes foram publicados discutindo a ação dos profissionais na cena do parto normal. É importante salientar que, em outras cidades do interior do estado, movimentos semelhantes aconteceram aproximadamente no mesmo período; no entanto, a discussão e os questionamentos em relação à atuação da enfermeira obstétrica permaneceu velada, ao contrário do município de Porto Alegre.

A realização de partos por não-médicos não é uma novidade no Estado do Rio Grande do Sul nem em Porto Alegre. Até a primeira metade da década de 50, uma pequena parcela dos partos era realizada em ambiente hospitalar. Isso implica dizer que um significativo percentual dos nascimentos acontecia nos domicílios e provavelmente, nesses casos, tais nascimentos eram atendidos por parteiras (BRANDÃO, 1998). Na segunda metade dos anos 50, o atendimento ao parto sofreu mudanças significativas, o partejar no ambiente hospitalar passa a ser mais

constante; inicialmente era atividade exercida pela enfermeira e, gradualmente, no final dos anos 70, passou a ser uma atividade médica (ROCHA, 2007).

O movimento da categoria profissional de enfermagem, na retomada de suas atividades na cena de parto, juntamente com a busca pela qualificação profissional na área obstétrica e, principalmente, pelo incentivo por parte do Ministério da Saúde (fatos que serão abordados com maior detalhamento posteriormente), provavelmente foram o estopim das discussões e das veiculações midiáticas realizadas inicialmente pelo Sindicato Médico do Rio Grande do sul (SIMERS).

Na edição do dia 16 de maio de 2005, do jornal Zero Hora (e seguido por outros jornais ao longo de quase dois meses), surge o primeiro informe publicado pelo SIMERS, alertando a população de que partos estavam sendo feitos por enfermeiras, o que supostamente seria uma irregularidade. Os significados desses informes insistentemente publicados na época poderiam conduzir a sociedade gaúcha à confusão, visto que a população não tem o conhecimento da legislação e da autonomia da enfermeira e da enfermeira obstétrica no exercício da parturição.

Assim sendo, a mídia em geral tem a capacidade de pautar e interferir na forma como a sociedade pensa os temas sociais, políticos, econômicos, culturais, enfim, sobre a vida. “Os meios de comunicação têm papel fundamental na construção de conceitos e na disseminação de conhecimento especializado, como no caso da cobertura de saúde” (FEITOSA, 2003, p. 135).

Dessa forma, pode-se afirmar que a mídia influencia atitudes sociais, decisões, afirmações, fatos do cotidiano e, conseqüentemente, na temática desta pesquisa, o parto. Os meios de comunicação são parte importante da engrenagem de saberes, que por sua vez os junta a outros discursos sociais e ideológicos para

construir opiniões. Para Silva, os veículos de formação de opinião transmitem “formas de conhecimento que influenciarão o comportamento das pessoas de maneiras cruciais e até vitais” (SILVA, 2001, p. 144).

Em outras palavras, a mídia controla, regula, distribui, ordena e classifica os acontecimentos discursivos, tendo um caráter pedagógico, que, mediante repetição das informações (como por exemplo, no caso do SIMERS supracitado), fixa os sentidos e os direciona. “A mídia, com suas características pedagógicas, imbuída de poder/dizer, funciona como ‘controladora’ dos sentidos que se apresentam dispersos nas lutas ideológicas” (SOUZA, 2004, p. 175).

Com isso, acredita-se que o sujeito seja chamado à interpretação, interpelado pela ideologia.

Os jornais, de acordo com Nelkin (1995), Wortmann e Veiga-Neto (2001), continuam sendo as fontes primárias de notícia. Nelkin ressalta que “para muitas pessoas, a realidade da ciência é aquela que elas lêem na imprensa” (1995, p. 2). Parece ser procedente esse comentário, pois o jornal⁴ penetra em 55% dos lares brasileiros, destacando-se predominantemente as classes A e B (MARTINS NETO, 1998). Além disso, é um meio ágil pela velocidade de sua informação e pelo fato de habitualmente se caracterizar pela circulação regional, o que permite que o mesmo esteja mais focado às necessidades da respectiva região onde atua.

Nesse sentido, entende-se que a mídia é um meio pelo qual se dá a significação, ou seja, é uma linguagem que possui e constrói significado a partir do discurso posto. Para tanto, os textos veiculados em jornais são uma representação e uma fonte significativa de opinião, exercendo grande influência sobre a sociedade. Andrade (2002) aponta ainda que os discursos produzidos e veiculados em revistas

⁴ Nessa situação não se refere um jornal específico, mas o veículo de informação e divulgação de notícias, a mídia jornalística.

e jornais permitem discutir e compreender a forma como uma valorosa parcela da sociedade consome essas informações.

Retomando à questão dos informes publicados pelo Sindicato Médico, ao divulgarem matéria, há a intenção de alertar a população para o risco que as parturientes correm ao serem atendidas por enfermeiras, assim questionando a competência dessas profissionais. Convém lembrar que, ao mesmo tempo que as *acusações* eram feitas através da mídia às enfermeiras na assistência ao parto, tramitava no Senado Federal a proposta da lei do 'Ato Médico'.

Acredita-se ser prudente abordar alguns aspectos constitutivos do Projeto de Lei 25/2002, mais conhecido como lei do 'Ato Médico'. No ano de 2002, o então senador Geraldo Althoff, um médico do Partido da Frente Liberal (PFL) de Santa Catarina, propôs um projeto de lei com o objetivo de regulamentar os atos médicos, uma vez que muitas atribuições usualmente executadas por médicos não estão instituídas e definidas legalmente. Tendo origem em resolução da própria categoria médica, o projeto de lei manteve seu caráter corporativista e, hoje, gera enorme preocupação às demais profissões de saúde, na medida em que legitima de forma equivocada que o tratamento/assistência de saúde é apenas tratamento médico, contrário ao consenso internacional de que os cuidados com a saúde devem ter como pressuposto, óticas multissetoriais e multidisciplinares.

Na mesma época, outro Projeto de Lei deu entrada no Senado, o de n. 268, de 2002, que dispunha sobre o exercício da medicina, sendo este incorporado ao anterior, inclusive de forma substitutiva (Anexo A). Destaca-se o inciso quarto do parágrafo quarto do referido documento, que aponta as atividades privativas do profissional médico:

§ 4º Procedimentos invasivos, para efeitos desta lei, são caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;

II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos e físicos;

III – invasão de orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos (CREMERS, 2002).

Nesse trecho fica evidente a marca lingüística *atividades privativas*, pois, através dela, e de forma retrógrada, tal projeto de lei ostenta a subordinação das demais categorias profissionais (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e em especial nesse inciso extraído, a enfermagem), o que vai contra à atual conjuntura política e técnico-profissional em relação ao atendimento à saúde.

Isso acontece dessa maneira justamente por ser o discurso um fato social, e assim, imbricado em orientações de cunho financeiro, político, cultural e ideológico. Se analisarmos o texto acima a partir dos aspectos políticos e ideológicos presentes, fica evidente o *fio* e a tensão dessa prática discursiva. Souza (2004) argumenta que o discurso, como prática política, estabelece, mantém e transforma as relações de poder e as entidades coletivas (nesse caso a categoria médica e a categoria de enfermagem), entre as quais existem relações de poder. O discurso como prática ideológica constitui, naturaliza e transforma os significados do mundo nas relações de poder.

Vale dizer, para finalizar o enfoque (porém não esgotá-lo), que os demais profissionais, na tentativa de garantir a execução de suas atividades laborais e de sua autonomia, têm lutado contra a Lei do Ato Médico, em diferentes frentes, de maneira alguma combatendo as contribuições dos médicos na área da saúde. Não se trata aqui de acusar e/ou perseguir; o que está em questão são percepções e

práticas constituídas diferentemente, de como organizar e principalmente qualificar o atendimento à saúde da população e o poder disciplinar sobre o corpo do outro.

2.2 Era uma vez: a evolução das práticas de assistência ao parto e a formação/atuação das profissionais enfermeiras

Na tentativa de resgatar a trajetória histórica da parturição e da formação de enfermeiras para atender ao parto, usam-se dos signos constituídos pela linguagem para apontar aspectos relevantes em momentos e contextos diferentes dessa linha do tempo. A idéia não é resgatar com total fidedignidade as práticas reprodutivas e o cuidado empírico das civilizações primitivas ao parto, mas a partir do surgimento da figura da parteira.

O objetivo de se buscar elementos, subsídios, na História não é por uma organização cronológica de fatos, mas para obter a compreensão do significado de um determinado acontecimento histórico e relacioná-lo com o contexto atual; no caso, buscar o entendimento da apropriação do parto pelo profissional médico. De acordo com Ferreira,

[...] a **história** se inscreve no discurso, sendo a historicidade entendida como a relação constitutiva entre **linguagem** e história. [...] não interessa o rastreamento de dados históricos em um texto, mas a compreensão de como os **sentidos** são produzidos (2005, p. 17).

Dessa maneira, opera-se a partir da lógica de buscar compreender as condições histórico-sociais, o lugar do sujeito na História, a situação enunciativa e o sentido produzido por esses elementos em conjunto.

A despeito disso, esse excerto subdivide-se em duas linhas: 1) parteiras e cirurgiões: a presença masculina na parturição e a emergência do saber médico; 2) de parteira à enfermeira: a fusão das duas profissões e o surgimento da enfermagem obstétrica.

2.2.1 Parteiras e cirurgiões: a presença masculina na parturição e a emergência do saber médico

No início das civilizações mais remotas, segundo arquivos arqueológicos, havia uma sociedade matrifocal e uma religião ginocêntrica⁵. Faur (2003) aponta para uma época marcada pelo domínio e pela supremacia feminina, em todos os sentidos, mesmo no controle da reprodução e do ato de parir. Os povos mais antigos acreditavam que a sabedoria da mãe era superior à do pai, por ela gerar, parir, nutrir e amar seu filho incondicionalmente.

Reconhecendo essas evidências e temendo o poder “mágico das mulheres de fazer as coisas nascerem e crescerem” (FAUR, 2003, p. 147), alguns povos passaram a acreditar que a gravidez era resultado de práticas xamânicas.⁶ Tal crença foi nutrida e valorizada a partir do pensamento judaico-cristão, que tornou o nascimento um ato impuro. Santo Agostinho considerava a maternidade um acontecimento detestável, o parto um ato sujo, a criança nascendo em meio a excrementos e, por isso, ficando impregnada de pecado (FAUR, 2003).

Mesmo com a “criação” do pecado original, os eventos da gestação e do parto permaneceram existindo. Mulheres de mais idade, experientes, curandeiras, sábias, práticas, exerciam a função de auxiliar as parturientes no trabalho de parto, e

⁵ Centrada na figura feminina, mãe-mulher (FAUR, 2003).

⁶ Que atraem os espíritos dos antepassados, pela ingestão de certas ervas ou pela invocação das divindades (FAUR, 2003).

os cuidados com o recém-nascido, ficavam a cargo das parteiras. Eram mulheres sem qualquer educação formal, que utilizavam seus conhecimentos e superstições no auxílio de outras mulheres. A respeito desse discurso do impuro e do pecado, Souza afirma:

A igreja, funcionando como aparelho ideológico central, difundia suas idéias, que eram refletidas na sociedade e parafraseadas. Isso remete à idéia do prisma, que reflete do outro lado muitas imagens, mas de uma mesma fonte (2004, p. 46).

Concomitante ao advento do Cristianismo e por influência da Igreja Católica, especialmente, dois importantes acontecimentos se deram: 1) a perseguição das mulheres sábias, as parteiras; 2) os avanços no estudo anatômico. Além disso, a inquisição teve a tarefa de iniciar uma vigorosa campanha contra as parteiras. Tratou-se, de acordo com Osava (1997), de uma verdadeira 'caça às bruxas'.

Em contrapartida, a possibilidade de aprofundar conhecimentos na área anatômica permitiu o abandono do empirismo e o surgimento do conceito de ciência e arte dos partos. Um relevante aspecto desse período foi a tentativa de, com base nos estudos do corpo humano, comprovar as diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino, sob as quais se tentou justificar a inferioridade feminina em relação aos homens. O papel da mulher na sociedade se tornava mais restrito, sendo inclusive discriminada intelectualmente, entre outros motivos, por ter ossos do crânio menores que dos homens.

Durante muito tempo, em muitas culturas, houve o incentivo à crença num mundo dividido entre coisas de homem e coisas de mulher, com alguns poucos elementos de intersecção. Fomos acostumados a associar fragilidade, sensibilidade,

intuição, racionalidade, sedução e até o inconsciente à feminilidade. Já coragem, vigor, objetividade, frieza e consciência seriam atributos masculinos.

Assim, o discurso exteriorizado pelos grandes pensadores e médicos da época se elabora na diferença entre os sexos, teorizando a dessemelhança e a sensibilidade como algo negativo e natural ao sexo feminino, colocando-se na posição de mentores

[...] médicos e filósofos desqualificaram outras possíveis falas, criando um direcionamento único de sentidos, oriundos de um conhecimento que lhes conferia autoridade. Baseados em um **poder dizer sobre**, exerciam assim influência e direcionavam o comportamento do homem. Através da palavra pode-se agir sobre os outros, e dessa forma a linguagem contribui para a dominação de uns por meio de um discurso ideologicamente condicionado pelas relações de poder [...] (SOUZA, 2004, p. 59-60).

Essas relações foram adquiridas no contexto enunciativo em que a medicina e a filosofia eram o lugar mais privilegiado de onde se podia falar.

Diante desses fatos, a medicina, como instituição, incorporou a prática dos partos, como uma de suas atribuições, intitulado-a Arte Obstétrica e denominou de médico parteiro os profissionais por ela formados. Historicamente, esse processo se deu inicialmente na Europa estendendo-se ao Brasil ao se inaugurarem às Escolas de Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808 (BRENES, 1991). A incorporação das disciplinas de Obstetrícia se deu apenas em 1818; no entanto, o curso acontecia apenas de forma teórica, pois a escola não contava com uma enfermaria ou serviço clínico para mulheres grávidas e parturientes, ficando deficitário o ensino prático da Obstetrícia.

As instituições hospitalares, na época, eram administradas por Irmãs de caridade, e, conforme assinala Brenes (1991), o parto era visto como uma falta de pudor, próprio do período vivido e da influência do Cristianismo, como anteriormente abordado. Em virtude desse pensamento e da precariedade do ensino da medicina

na época, em 1832 uma reforma amplia o tempo de duração do curso médico, e as faculdades passam ainda a formar o farmacêutico e a parteira, fato que permite a entrada da mulher novamente na obstetrícia e também a de outros profissionais.

Mesmo assim, a procura por profissionais médicos para atender aos partos era pequena, em virtude da ausência de um cenário para as atividades práticas da Obstetrícia e pelo constrangimento das mulheres em exporem suas partes íntimas a outros homens. Para Osava (1997, p. 21), “o costume de procurar médicos no parto era tido como “flagrantemente indecente””. Essa concepção permitiu que o ensino médico e da Obstetrícia permanecesse estagnado por mais de 60 anos, quando se deu a popularização do fórceps, e a participação masculina tornou-se mais predominante. O parto passou a ser um evento intervencionista.

Outras importantes iniciativas buscaram atrair a atenção das mulheres e garantir o atendimento médico durante o parto, como por exemplo, a saída das obstetrizes das cenas de parto. Novamente uma força tarefa procurava impedir a ação das parteiras práticas, pois, na análise de Ehrenreich e English (1973 apud Osava, 1997)⁷, esta era uma situação intolerável para a emergente especialidade obstétrica. Isso porque, na lógica da corporação médica, cada mulher atendida pela parteira era um caso a menos ao ensino e à pesquisa acadêmica.

Recorrendo a metáforas inspiradas na teoria da microbiologia, Ehrenreich e English (1973 apud Osava, 1997, p. 21-22) destacam que “os médicos comparavam as parteiras a uma espécie de **micrococcus** estranha ao tecido social – sublinhando sua condição de imigrante – disseminando a doença e a morte com suas unhas sujas”.

⁷ OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

Tomando o texto acima e tentando extrair seu sentido, é necessário pensar a relação trabalhando os deslizamentos de sentidos. Ferreira (2003) afirma que “esses deslizamentos ocorrem porque tem sempre uma questão ideológica investida na produção do dizer” (p. 115). Isto é, existiu tentativa, por parte dos médicos da época, de culpabilizar as altas taxas de infecção uterina e oftalmia neonatal às parteiras, como se somente essas profissionais atuassem na cena do parto. Para essa análise em especial, cabe fazer um percurso inverso: pensar a formação discursiva a partir do *não dito*, assim é possível compreender como tal discurso produz sentidos mediante seu mecanismo de funcionamento. Segundo Orlandi (2004), essa noção de funcionamento discursivo permite que se possa trabalhar com as partes que significam, mas principalmente com as regras que tornam possível qualquer parte.

Assim, quando o texto retrata que as parteiras são estranhas ao tecido social e que disseminam doenças, o não-dito está exatamente em compreender que, dessa forma, os médicos ocupam uma posição social privilegiada, e as parturientes atendidas por eles não estariam à mercê das complicações perinatais.

Outra investida para conquistar a confiança das mulheres deu-se quando a classe médica mudou seu discurso, pela divulgação de uma imagem de respeito à psicologia feminina (ainda durante a primeira metade do século XIX), “onde as mulheres poderiam contar com a defesa dos médicos, desde que levassem a eles seus problemas e suas confidências” (BRENES, 1991, p.146).

O verbo defender significa proteger, advogar, resguardar. No enunciado supracitado, as mulheres poderiam contar com a “defesa” dos médicos, o que aponta para uma afirmação de que elas não possuíam condições, ou o contexto não lhes propiciava condições de defesa própria.

Tendo em vista a não-correspondência das mulheres aos apelos dos médicos, houve a necessidade de o governo intervir e implantar uma lei, a fim de incentivar as internações e, ao mesmo tempo, fazer um controle mais apurado de sua população.

Essa lei dizia:

Para este fim dever-se-á obrigar a toda e qualquer mulher rica ou pobre que tiver parido a levar ou mandar levar o recém-nascido à apresentação em casa do subdelegado do distrito [...].

Com a necessária vigilância poder-se-á punir os infanticídios que ainda tiverem lugar, e obter-se-á uma lista exata de nascimentos, o que não se alcança atualmente com o péssimo sistema de confiras aos curas a parte relativa o nascimento e falecimento da população [...].

A mulher pobre, para livrar-se de todos estes incômodos com toda a facilidade, preferirá parir no hospital do que em casa, e as pessoas que hoje acolhem facilmente uma mulher em trabalho de parto deixarão de fazê-lo para furtar-se as exigências da lei (GUIMARÃES, 1863 apud BRENES, 1991, p.147)⁸.

Efetivou-se assim a institucionalização do parto no Brasil, e, hoje, essa necessidade de contabilizar os nascimentos, e de apresentar o recém-nascido a um representante da lei, poderia se aproximar da atual Declaração de Nascido Vivo ou Registro de Nascimento.

Convém ressaltar que as condições de produção desse discurso autoritário que deve *obrigar a mulher; pobre ou rica; e livrar a mulher pobre de incômodos se ela parir num hospital*, se aproxima do que escreve Souza parafraseando Althusser (1970):

A classe dominante gera mecanismos de perpetuação das condições materiais, ideológicas e políticas de exploração para manter seu domínio. Nesse contexto, o Estado, através de seus Aparelhos Repressores (ARE) – governo, polícia, presídios, tribunais, etc. – e de seus Aparelhos Ideológicos (AIE) – religião,

⁸ BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-49, abr./jun. 1991

escola, família, cultura e informação, entre outros – tenta forçar a classe dominada a submeter-se aos seus ditames (2004, p. 66).

Assim o Estado, através de seus aparelhos repressores, controla e obriga as mulheres, principalmente às de classe social e econômica menos favorecidas, a darem à luz em hospitais, para se livrarem de complicações legais futuras. Da mesma forma que toma essa decisão, privilegia seu aparelho ideológico, que nesse caso passa a contar com um número mais expressivo de parturientes nas instituições de saúde e, assim, possibilita avanços no ensino e na pesquisa acadêmica.

Tal discurso tende a monossêmia justamente por falar uma voz, a voz da lei, sem nenhuma autonomia para modificá-la. Essa não-autonomia do sujeito, de acordo com Haroche (1998, p. 65), “mantém, de certa forma, uma relação de submissão ao discurso”, fato que se perpetua até a atualidade, quando se percebem inúmeras pessoas que jamais ousariam questionar a fala de um advogado ou médico.

No final do século XIX, até por volta do final do século XX, a saúde, de modo geral, ganhou um ‘olhar contábil’, como enfatiza Scliar (2002). A saúde e o corpo passam a ser expressos em números. Obstetrícia torna-se um estudo precioso, quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção. Observando a figura a seguir, vê-se a pélvis feminina atravessada por medidas e vetores.

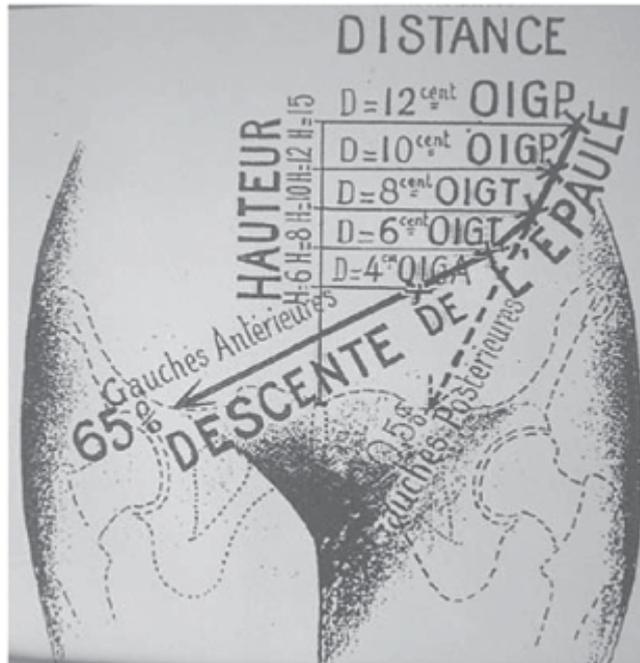


Figura 1: Mecanismo de parto.

Fonte: FABRE (1910).

Mais do que uma representação do feminino, essa imagem é uma representação do olhar biomédico. Martins (2005) explica que os conhecimentos que estão integrados na imagem remetem para campos sensoriais diferentes, como o tato, a audição e a visão. Por trás de cada medida e sigla, há uma articulação de conhecimentos obtidos pela auscultação, pelo toque vaginal, pela palpação abdominal e pela anatomia da bacia, que é invisível, mas se torna visível pela projeção dos conhecimentos na superfície do corpo associada à matemática e à estatística.

Mais recentemente, os avanços da ciência e da tecnologia possibilitaram a evolução das técnicas de reprodução humana, de engenharia genética, fertilização *in vitro*, de estratégias para reduzir a dor do parto, para diminuir o tempo de trabalho de

parto. Esses fatos não eram cogitados há anos atrás. No entanto, esses avanços corroboram ainda mais para o *status* tecnicista e intervencionista da atual Obstetrícia e da gestação e parto, algo como uma linha de produção.

2.2.2 De parteira à enfermeira: a fusão das duas profissões e o surgimento da enfermagem obstétrica

Desde o início das civilizações, até o final do século XIX, o ofício de partejar esteve centrado na figura feminina, sendo que o conhecimento necessário para o desenvolvimento de tais atividades era passado de geração para geração. Com a criação das Escolas de Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro, surge o primeiro documento legal que regulamenta o ensino das parteiras, no então Curso de Partos (JORGE, 1975). Daquela data em diante, a legislação sofreu várias alterações, determinando inclusive mudanças na terminologia adotada para se designar esses profissionais.

O ensino à parteira é regulamentado por legislação em 1832, mas somente no ano de 1882, o Decreto 8.387, fixa as atribuições da parteira:

As parteiras, no exercício de sua profissão, limitar-se-ão a prestar cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos partos naturais. Em caso de dystócia ou partos laboriosos deverão sem demora reclamar a presença do médico [...] (JORGE, 1975, p. 32).

Daquele período, até aproximadamente 1925, os cursos de partos, anexos às Faculdades de Medicina, já não eram somente os da Bahia e do Rio de Janeiro. Outros cursos surgiram pelo Brasil, como aponta Jorge (1975):

- Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1897)⁹
- Faculdade de Medicina de São Paulo (1912)
- Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hamnammeniano (Rio de Janeiro, 1917)
- Faculdade de Medicina do Pará (1922)

Em 13 de janeiro de 1925, o Decreto 16.782^a, suprime o curso de parteiras e cria o curso para enfermeiras de maternidade, novamente anexos às Faculdades de Medicina. No entanto, Jorge (1975) aponta que, na prática, as faculdades nunca organizaram esse curso, continuando a seguir a legislação anterior.

Conforme Riesco e Tsunechiro, em 1931, a disciplina de Enfermagem Geral foi incluída no programa de curso de parteiras, o que ampliou a duração do curso para três anos. A denominação do curso mudou para Enfermagem Obstétrica e no seu final “[...] as alunas obtinham, além do título de Parteira, o de Enfermeira Especializada” (2002, p. 451). Nessa mesma legislação, para admissão das alunas no curso, exigiam-se:

Prova de maioridade, prova de sanidade, de idoneidade moral e curso primário. Esta lei indicava que, para partejar naquele momento, a preocupação era selecionar candidatas que apenas soubessem ler e escrever e que possuíssem atributos morais socialmente aceitáveis (ROCHA, 2007, p. 47).

De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino das parteiras estava contida na legislação da medicina; porém, de acordo com Jorge (1975) e Schirmer (2001), o ano de 49 representa o marco histórico para a enfermagem obstétrica brasileira, pois a Lei 775, de 4 de agosto de 1949, incorpora o ensino da parteira no contexto da

⁹ O ensino sistemático na área obstétrica teve início em Porto Alegre em 1897. Segundo Brandão (1998) e Rocha (2007), o curso foi criado em virtude das altas taxas de mortalidade materna, devido às práticas inadequadas das parteiras da época. O curso de partos tinha duração de 2 anos, sendo as aulas teóricas de responsabilidade dos professores da Cátedra Obstétrica, enquanto nas atividades práticas, atuavam também as parteiras (JORGE, 1975).

Enfermagem. Riesco e Tsunehiro (2002) comentam que essas modificações já vinham acontecendo na prática, mas, naquele ano, acabaram sendo legitimadas legalmente. As escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas, o que contribuiu, como lembra Jorge (1975), com a quase extinção dos cursos de obstetrizes, ainda vinculados às escolas médicas.

Em 1961, o Decreto 50.387 regulamenta o exercício da profissão de Enfermagem e suas atribuições, sendo as obstetrizes incluídas nessa mesma legislação. Nesse mesmo decreto, são apresentadas funções, direitos, deveres e penalidades da enfermeira e da obstetriz. Vale ressaltar que esse decreto não agradou as parteiras. Elas não aceitavam que sua atividade profissional fosse incluída na legislação da Enfermagem e também não concordavam com os cursos de especialização destinados às enfermeiras, com o título de obstetrizes. Jorge (1975) resgata dezenas de reportagens da época divulgando a disputa entre parteiras e enfermeiras. Em uma matéria publicada na Folha da Noite (de São Paulo), intitulada “As cegonhas querem luta aberta”, Jorge comenta sobre:

Guerra fria nos corredores dos hospitais e maternidades, entre enfermeiras e obstetrizes. Trata-se por enquanto, de uma batalha de bastidores que cresce lentamente nos corredores dos hospitais e ainda não atingiu a fase aguda dos choques diretos das polêmicas íntimas e das discussões abertas na imprensa, rádio e televisão. A qualquer momento, porém, poderá ter início a batalha entre as duas classes de profissionais (1975, p. 85).

Corroborando com a idéia acima destacada, Dutra (2005) afirma que a disputa entre parteiras e enfermeiras foi duradoura e acirrada, incitando inclusive os profissionais médicos a se posicionarem frente a ela. Nesse sentido, o professor Onofre Araújo, diretor da Escola de Obstetrícia de São Paulo, emitiu uma declaração referindo que, para fins de legislação, enfermeiras não poderiam exercer atividades fora do ambiente hospitalar, ao passo que parteiras eram consideradas profissionais

livres (JORGE, 1975). O mesmo professor, em relação à formação da parteira, ainda aponta não ser contrário ao fato, desde que as escolas sejam dirigidas por catedráticos de medicina. Percebe-se, com isso, a tentativa de dominação na parte médica pela formação e regulação das atividades de ensino e assistência obstétrica das parteiras e enfermeiras.

Um outro movimento bastante presente na época foi a aliança construída entre médicos e enfermeiras na eliminação da figura da parteira, o que, por extensão, acarretou também o controle das práticas de enfermagem obstétrica pela medicina, resquícios da época em que a classe médica tinha como atribuição também a fiscalização de determinadas profissões. Esse discurso de controle sobre a obstetrícia é gerador de poder duplamente: por falar através da corporação médica e pela voz do estado (no sentido da legislação de ensino). A ordem do discurso é constituída pela língua e pela história. O discurso, lugar da ideologia por excelência, é o espaço em que o saber e o poder se articulam, pois fala de um lugar e a partir de um direito reconhecido socialmente (SOUZA, 2004).

Na década de 70, nova modificação no ensino foi introduzida, proveniente das reformulações feitas nas universidades brasileiras. Em virtude da reforma universitária, em 1972 (Resolução 4), o curso de Obstetrícia passou a ser considerado uma habilitação de enfermagem, assim como coube, exclusivamente às escolas de enfermagem, a formação dos profissionais não-médicos para a atenção obstétrica. Essa fusão de currículos e a incorporação dos cursos às escolas de Enfermagem fizeram com que deixasse de existir o ingresso direto para a Obstetrícia, acarretando com isso a redução do contingente de profissionais no mercado de trabalho (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002), embora os cursos legalmente denominavam-se Enfermagem e Obstetrícia.

Nessa época se tornou mais evidente a presença do médico na atenção ao parto, assim como o processo de medicalização do parto e do corpo feminino. Ao mesmo tempo, obstetrites e enfermeiras obstétricas se afastavam do parto. Osava relata que

[...] foram elas se aperfeiçoando na arte de economizar o tempo do médico, sincronizando o trabalho de parto com a chegada do obstetra no hospital. Sua ação foi se adequando mais e mais às necessidades e interesses da medicina, enquanto se desfigurava como profissão autônoma (1997, p. 5).

Por fim, em 1994, o currículo mínimo do curso de Enfermagem volta a ser modificado, e as habilitações passam a não existir mais. Na agenda atual, a formação de profissionais não-médicos, para atuação na área obstétrica, consiste no curso de especialização para enfermeiras na área obstétrica, em nível de pós-graduação *lato sensu*.

Atualmente, a enfermeira obstétrica vem lutando por seu espaço na cena de parto, inclusive travando disputas com a categoria médica. Mas cabe ressaltar que a própria Enfermagem contribuiu para sua exclusão e a constituição da hegemonia médica no parto. Dessa forma, a enfermeira deixou de participar do parto, atuando quase que exclusivamente nos períodos pré e pós-parto e na gestão da unidade hospitalar.

2.3 “Se o doutor mandou fazer...”: o modelo biomédico e a máquina do nascimento

O deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna, da arte de curar indivíduos doentes para disciplina de doenças, supôs uma passagem histórica que se iniciou no Renascimento, final do século XV, e foi até o início do século XVI (LUZ, 1988).

O movimento de ruptura das antigas maneiras de conceber o organismo humano se deu com a anatomia e instaurou uma nova racionalidade médica, moderna, que tinha como traço fundamental o mecanicismo fisiologista do período clássico (KOIFMAN, 2001, p. 51).

Passou a predominar na sociedade ocidental uma forma de encarar o corpo humano e os problemas relativos à saúde e à doença, segundo uma ótica própria e particular, baseada no paradigma newtoniano-cartesiano de explicação da realidade. Fundamentado nas idéias de Newton e Descartes, esse paradigma tem como características principais o determinismo, o mecanicismo e a fragmentação.

Esse paradigma, fundado nos avanços das ciências, serviu como modelo para a estruturação de muitas disciplinas e práticas, incluindo aí a medicina e a enfermagem. Sustentado por esse paradigma, o chamado modelo biomédico, conforme aponta Koifman,

[...] vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse por isto, porque as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita mas como uma máquina que tem ou terá problemas, que só os especialistas podem constatar (2001, p. 54).

Essa concepção mecanicista do organismo humano encaminhou uma abordagem técnica da saúde, supervalorizando medidas curativas em relação às preventivas; consagrando o hospital como o melhor local no atendimento à população e o médico como centro das ações em saúde e por primar pelo uso das tecnologias duras. Quando se emprega a expressão tecnologias, neste estudo, é segundo classificação das tecnologias em saúde, que, conforme Merhy, podem ser

[...] leves (como no caso das tecnologias de relação do tipo de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso dos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica) [...] e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo de máquinas, normas, estruturas organizacionais) (2002, p. 49).

É exatamente nesse contexto de predominância das tecnologias leve-duras e duras que o parto deixa de ser um evento cultural e natural da mulher, para “ganhar novas roupagens, sentidos e significações, passando a ser vivido como uma experiência tecnificada” (DUTRA, 2005, p. 28).

Na mesma proporção em que a atenção à saúde e a saúde da mulher sofrem influências do modelo biomédico, a formação dos recursos humanos para a saúde é influenciada. Não é somente na medicina que vale essa lógica; a Enfermagem, desde seus primórdios, foi reconhecida por suas atividades técnicas, assim como grande parte das escolas, que formavam (ou continuam formando?) profissionais com excelência técnica, porém muitas vezes desprovidos de caráter crítico. Vale ressaltar que as práticas da enfermeira obstétrica foram construídas e planejadas a partir desse mesmo enfoque.

O que se percebe, no entanto, a partir desses acontecimentos, é o predomínio da rotina intervencionista no processo de parto e nascimento e o surgimento da *cesariana por hora marcada*, o que, além de aumentar os riscos

maternos e fetais, propicia uma fragmentação no cuidar na parturição, quando mente e corpo, mulher e feto, são vistos apenas como objeto de trabalho dos profissionais em hospitais. As múltiplas intervenções que caracterizam nosso modelo de atenção nas maternidades visam colocar “dentro da conformidade”, o processo da parturição, pois este passou a ser visto e pensado não como um processo fisiológico e variável, mas como um esquema de produção hospitalar cercado de riscos à paciente. Davis-Floyd diz que as maternidades são “máquinas hospitalares de nascimento” e que

estas várias intervenções que podem ser feitas pelos profissionais em diferentes intervalos num período de tempo que varia de acordo com a duração do trabalho de parto da mulher e com o grau de conformidade deste com os padrões hospitalares. Quanto menos conformidade o trabalho de parto exhibir, maior o número de procedimentos que serão introduzidos com o objetivo de trazê-lo para a conformidade (1987, p. 317).

Como abordado anteriormente, os países emergentes ocupam significativos espaços no *ranking* das taxas de parto operatório e de mortalidade materna. O Brasil não faz parte da exceção. Nos estados do Sul do País, a taxa de mortalidade materna situa-se em torno de sessenta e cinco mortes para cada cem mil nascidos vivos (DATASUS, 2005); número alarmante quando comparado com as taxas da mesma região no ano de 2000, de cinqüenta mortes para cada cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2002). Nos países desenvolvidos, entretanto, a cada cem mil nascidos vivos, essa taxa não ultrapassa o expoente de sete mortes (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Em relação ao parto operatório, estima-se que, nos hospitais públicos brasileiros, as taxas de cesárea estejam situadas em torno de 40%, enquanto em hospitais da rede privada esses valores saltam para a casa dos 90% (PORTO ALEGRE, 2000; DATASUS, 2005). Segundo matéria veiculada na Folha Brasil, há pelo menos trinta anos o País é o campeão mundial em cesáreas (NERA, 2005),

algo bem distante dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Esta taxa de 15% de partos cesáreos foi considerada como aceitável pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1985, com base em estudos acerca da mortalidade infantil, tomando como parâmetros as menores taxas mundiais (OMS, 1996).

No Estado do Rio Grande do Sul, o panorama não é divergente daquele do País; ao contrário, considerando a totalidade dos partos ocorridos no estado, no ano de 2005, constata-se que quase a metade (49,1%) foram partos cesáreos. Comparado ao ano de 2000, houve um crescimento de 8,1 pontos percentuais (RS, 2006). O gráfico a seguir demonstra essa elevação nos índices nos últimos cinco anos no Estado do Rio Grande do Sul.

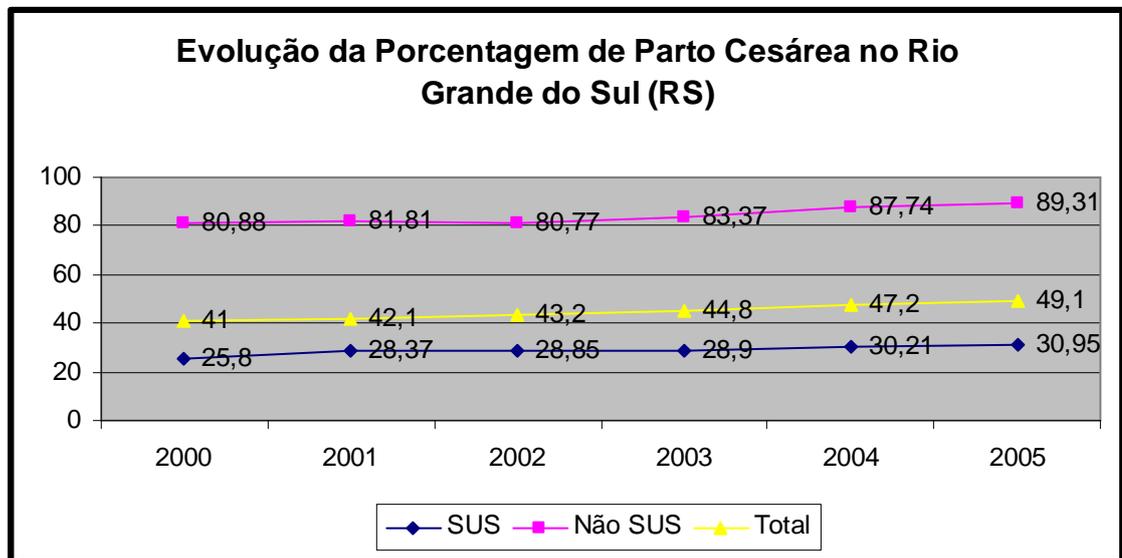


Figura 2: Evolução das porcentagens de partos cesáreos no Estado do Rio Grande do Sul (RS) entre os anos de 2000 a 2005, com relação ao total de partos ocorridos.

Fonte: Rio Grande do Sul, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2006.

De acordo com Freitas et al. (2005), as taxas de parto operatório aumentaram no estado, principalmente entre mulheres de etnia indígena e negra, com mais de trinta anos de idade, residentes na região da Serra gaúcha e com mais de seis consultas no pré-natal. Em algumas cidades do interior do estado, como Gramado e Caxias do Sul, o índice de cesarianas, mesmo pelo Sistema Único de Saúde, supera os 50% (DATASUS, 2002; DATASUS, 2005), o que configura o Estado do Rio Grande do Sul como iminentemente intervencionista em relação à assistência ao parto.

Corroborando com esse *status* intervencionista, há um estudo que demonstra que, mesmo as gestantes que desejam partos normais, acabam tendo seus filhos por parto cesáreo (74,2%) em hospitais. Nesse mesmo estudo, verificou-se que, dessas mulheres, apenas 13% tinham indicação para tal intervenção (BARBOSA; GIFFIN; ÂNGULO-TUESTA, 2003).

De acordo com Barbosa, Giffin, Ângulo-Tuesta, a cesárea é

um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. É, portanto, um recurso utilizável quando surge algum tipo de risco para mãe, o bebê ou ambos [...]. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, estando associada, no Brasil e em outros países, à maior morbi-mortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal (2003, p. 1612).

Pode-se afirmar, assim, que o parto cesáreo parece constituir-se, em maior ou menor grau, não apenas em uma alternativa em situações de dificuldade ou risco gestacional, mas em procedimento institucionalizado. Ele emerge ancorado principalmente na informação inadequada às gestantes, no comodismo médico, no despreparo do profissional de saúde no atendimento à parturiente, no medo da dor,

na crença instituída do risco eminente e da segurança e do conforto dado pelo aparato tecnológico e intervencionista.

Considera-se importante destacar, dos fatos acima mencionados, três itens, como sendo os principais na busca pelo parto cesáreo: o risco, a segurança e a intervenção. O primeiro deles, o risco, pelo medo de possíveis complicações e danos no aparelho reprodutor; o segundo – a segurança e o conforto – marcados pelo reflexo da cultura da hospitalização e pelo imaginário da tranquilidade, da ausência da dor, da hora marcada, da possibilidade de conciliar o nascimento do filho com os compromissos da mãe e do profissional; e, por fim, as intervenções, o ato cirúrgico, que transformou o parto normal em sinônimo de sofrimento e angústia, e a cesárea em uma mercadoria milagrosa e sofisticada, que pode ser vendida e comprada sem maiores conseqüências.

No Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul, existe um processo de legitimação social do parto cesáreo (tanto por médicos quanto pelas parturientes), como um tipo de parto indolor, moderno e ideal para qualquer grávida. Afinal, a posição ou o lugar de onde o sujeito fala é constitutivo do que diz. Assim, num contexto em que a autoridade máxima é o médico, falar desse lugar hierárquico legitima o dito; dessa institucionalização “decorre a legitimidade, e o sentido legitimado fixa-se então como oficial” (ORLANDI, 2001, p. 21).

Diante do apresentado, desperta-se para o interesse, a motivação e a possibilidade da construção de um objetivo para esta investigação:

- Compreender os possíveis efeitos de sentidos produzidos a partir do discurso da mídia impressa jornalística no ano de 2005, no Rio Grande do Sul, sobre a atuação dos profissionais enfermeiros no atendimento ao parto normal.

Em razão desse objetivo principal, delineou-se a seguinte questão norteadora da pesquisa:

- Que possíveis efeitos de sentidos emergem dos anúncios veiculados na mídia impressa jornalística no ano de 2005, no Rio Grande do Sul, e como esse discurso apresenta a enfermeira e sua atuação na cena de parto?

3 METODOLOGIA

Ciência passou a não ser mais aceita como alheia aos códigos culturais, às forças sociais e econômicas e aos interesses profissionais; ao contrário, ela passou a ser vista como 'um produto social e cultural' [...] (NELKIN, 1995, p. 50).

A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas e ferramentas que possibilitam a construção de uma determinada realidade em busca de resultados. Para Deslandes et al. (1996), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Assim, o texto e os subitens que seguem têm como intuito descrever a trajetória dessa pesquisa.

3.1 Opção metodológica

Trata-se de uma investigação numa abordagem qualitativa, uma vez que a pesquisa qualitativa é uma opção que permite entender o significado dos comportamentos, das atitudes e das palavras. Conforme Deslandes et al., a pesquisa qualitativa

se preocupa, nas Ciências Sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ele trabalha 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 (1996, p. 21).

Visando a atingir os objetivos propostos por este estudo e por se trabalhar com informes jornalísticos acerca dos profissionais que atuam no parto normal, utilizaram-se, como referencial teórico e analítico, os pressupostos de Michel Pêcheux da Análise de Discurso.

3.2 Construindo o referencial metodológico-analítico: análise de discurso

Este subitem pretende apontar os aspectos relevantes a respeito da opção metodológica analítica da investigação. Isso se faz necessário em virtude de se estar trabalhando com uma proposta analítica não comumente utilizada em estudos da ciência da Enfermagem e, principalmente, por sua relação intrínseca e concepção nos estudos da linguagem. Convém ressaltar que a indicação deste método de análise surgiu na qualificação do projeto de pesquisa.

O trabalho de compreender a linguagem põe em cena sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela História; faz parte dos pressupostos teóricos da área de estudo denominada Análise de Discurso, de origem francesa e que tem como um dos seus principais pensadores Michel Pêcheux.

Michel Pêcheux, nos anos 60 na França, iniciou a construção teórica da Análise de Discurso, sendo considerado um dos seus fundadores (ORLANDI, 2003; FERNANDES, 2007). Essa teoria teve como ponto inicial a publicação do livro, em 1969, intitulado *Análise automática do discurso* (FERNANDES, 2007). Impulsionado por essa publicação, a Análise de Discurso se difunde pelo mundo, criando ou (re)adequando determinados aspectos da teoria, no entanto mantendo os princípios que a fundamentam: relação entre língua, sujeito e História (ORLANDI, 2003).

Tal campo de estudo foi ampliado pela lingüista e analista de discurso Eni Orlandi, precursora da área no Brasil, que, mesmo com suas particularidades, “mantém laços teóricos estreitos com a reflexão desenvolvida por Michel Pêcheux, mas não se limita a reproduzir tais conceitos” (INDURSKI, 2005, p. 9).

A construção teórica da Análise de Discurso é marcada por deslocamentos, o que quer dizer mudanças em seus conceitos; segundo Fernandes

(2007), configura-se basicamente por três épocas distintas da Análise de Discurso – AD1, AD2 e AD3, que refletem revisões teóricas e mudanças de pensamento e não simplesmente uma faixa cronológica (MUTTI, 2003).

AD1 – primeira época da Análise de Discurso – conforme Fernandes (2007), a Análise de Discurso foi pensada como uma exploração metodológica de uma noção de maquinaria discursiva, ou seja, um conjunto de discursos produzidos em um dado momento (homogêneos e fechados em si). Metodologicamente, como atesta Pêcheux:

Buscou-se: 1) reunir um conjunto de traços discursivos empíricos (corpus de seqüência discursiva) fazendo a hipótese de que a produção desses traços foi, efetivamente, dominada por uma, e apenas uma máquina discursiva; 2) a partir desse conjunto de traços e por meio de procedimentos linguisticamente regulados, construir a distribuição combinatória das variações desses traços (1990, p. 312)

Nessa fase, o discurso foi considerado estável e homogêneo, e a teoria, possuidora de etapas e procedimentos estanques (PIRES, 2000).

O segundo momento da Análise de Discurso apresenta a noção de formação discursiva. Para Mutti (2005), a formação discursiva para Pêcheux, na AD2, passa a ser vista como heterogênea. Outro ponto a destacar nessa fase é o surgimento da noção de interdiscurso e intradiscurso.¹⁰

Na última etapa, denominada por Pêcheux (1993) de AD3, opera-se a desconstrução da noção de maquinaria discursiva fechada, o que na verdade significa que a idéia de homogeneidade atribuída ao discurso é abandonada e a estabilidade banida, dando lugar às “reflexões sobre heterogeneidade enunciativa” e “discussão sobre o discurso-outro” (FERNANDES, 2007, p. 89).

¹⁰ Conceitos que serão retomados mais a frente neste mesmo capítulo.

Para Fernandes (2007), é possível afirmar que todas essas indagações, os conceitos acrescentados e/ou reformulados, abriram caminho para que a formulação teórica da Análise de Discurso tivesse continuidade após a morte de Pêcheux. No Brasil, a Análise de Discurso ganha força na década de 80, após a ditadura militar e torna-se cada vez mais difundida em várias áreas do conhecimento (como nesse ensaio com a área da Enfermagem).

Convém ressaltar ainda que a Análise de Discurso têm uma filiação teórica também oriunda de diversas áreas do conhecimento, mais precisamente: a lingüística, o marxismo e a psicanálise.

Segundo Orlandi, a Análise de Discurso

concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive. O trabalho simbólico do discurso está na base da produção da existência humana (2000, p.15).

Na seqüência, abordam-se tópicos da fundamentação da teoria, a fim de facilitar o entendimento dos procedimentos analíticos e dispositivos de interpretação, assim como do desenho desta investigação.

3.2.1 Língua, ideologia e História: alicerces teóricos da Análise de Discurso

Como foi apresentada anteriormente, a teoria de Pêcheux possui filiação nas diversas áreas do conhecimento, sendo considerada uma disciplina de *entremeio* (ORLANDI, 2004, p. 23), porque ela trabalha a não-dicotomia entre a língua e sua exterioridade constitutiva. Assim sendo, a partir dos pressupostos teóricos de Michel Pêcheux, língua, História e ideologia são indissociáveis. De

acordo com Melo (2005), a língua é heterogênea, opaca, sujeita a equívocos e possui uma relação direta com a ideologia, uma vez que permite a materialização regulando os sentidos dentro de um determinado contexto histórico.

Nesse sentido Fernandes, define ideologia como “uma concepção de mundo de determinado grupo social em circunstância histórica. Linguagem e ideologia são vinculadas, esta materializa-se naquela” (2005, p.29).

Quando o autor supracitado aborda que linguagem e ideologia materializam-se uma na outra, isso se deve porque na Análise de Discurso, língua não se refere à gramática normativa, não representa uma língua hermeticamente fechada. Na Análise de Discurso, língua representa as maneiras de significar, a produção de sentidos, o homem falando como sujeito de uma determinada sociedade.

Orlandi aponta que a “análise de discurso considera que a linguagem não é transparente. Desse modo ela não procura atravessar o texto para encontrar o sentido do outro lado. A questão que ela coloca é: como este texto significa?” (2007, p. 17).

Em consequência a esse entendimento de que a língua produz sentidos para os sujeitos, surge a expressão discurso, que etimologicamente, conforme Orlandi (2007) traz a idéia de curso, movimento. “*O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando*” (2007, p. 15).

Partindo da idéia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, trabalha a relação língua-discurso-ideologia. Essa relação se complementa com o fato de que como diz M. Pêcheux (1975), não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido (ORLANDI, 2000, p.17).

Diante do exposto e como pesquisador que está se apropriando desses pensamentos, pode-se afirmar que, a partir da língua, que não é fechada, e das mudanças no contexto histórico e ideológico, o discurso poderá adquirir sentidos diferentes, em conformidade com o lugar socioideológico daqueles que o empregam.

3.2.2 O discurso

A noção de discurso, em sua conceituação, está longe do tradicional esquema de comunicação: emissor, receptor e mensagem (ORLANDI, 2007). Na Análise de Discurso, o processo de comunicação é mais do que a transmissão de informações, é um processo de argumentação, subjetivação e construção de uma realidade. Assim, o discurso é “efeito de sentidos entre locutores” (2007, p. 21).

Resgatando o que foi analisado anteriormente, sobre relação língua-história¹¹-ideologia, e aproximando a noção de discurso como efeito de sentido, Fernandes aponta para o entrecruzamento de diferentes discursos e ideologias, que constituem o que se chama de formação discursiva, que “refere-se ao que se pode dizer somente em determinada época e espaço social [...]” (2005, p. 60). Essa afirmativa abre a possibilidade de pensarmos no discurso como algo processual, sem um ponto de início ou de término, o discurso não é fixo, ele se transforma.

Toda a formação discursiva é composta pelo intradiscurso e pelo interdiscurso. O interdiscurso é constituído de saberes, construções coletivas que fazem parte da memória do dizer. “Presença de diferentes discursos, orientados por diferentes momentos na história e de diferentes lugares sociais, entrelaçados no interior da formação discursiva” (FERNANDES, 2007, p. 65-66).

¹¹ História segundo a Análise de Discurso é entendida como historicidade, ou seja, a relação entre a história e o sujeito.

Já o intradiscurso é considerado o fio do discurso, a seqüência discursiva, o conceito, as palavras usadas, a linearização do discurso, a materialidade do texto (FERNANDES, 2005; MUTTI, 2004).

Mutti (2004) considera que, permeada por aspectos ideológicos e políticos, a enunciação pressupõe a relação entre intradiscurso e interdiscurso. É o processo de tomada das palavras que ocorre em uma situação empírica, tendo em vista a produção dos sentidos do sujeito.

Portanto, discurso é o

objeto teórico da AD (objeto histórico – ideológico), que se produz socialmente através de sua materialidade específica (a língua) [...]. O discurso é dispersão de textos e a possibilidade de entender o discurso como prática deriva da própria concepção de linguagem marcada pelo conceito social e histórico na qual a AD trabalha (FERREIRA, 2005, p.13).

3.2.3 Dispositivo de análise: o lugar da interpretação

Diante das características apresentadas sobre a Análise de Discurso, convém abordar, mesmo que superficialmente (pois o intuito não é esgotar o assunto e sim fornecer ao leitor subsídios para compreender o estudo), o dispositivo de análise/interpretação. Orlandi diz que “Não há separação entre teoria e análise, na prática da AD. A cada movimento de análise, recuperamos aspectos teóricos que são confrontados com os procedimentos de análise em questão” (1998, p. 41).

O analista de discurso tem assim, como objetivo primordial, a compreensão de como um discurso funciona, de como ele produz sentido. Ele, portanto, deve descrever o funcionamento do texto (SOUZA, 2004). Cabral dos

Santos (2004) considera a interpretação uma tarefa árdua, pois nem sempre o analista consegue perceber os efeitos de sentidos produzidos pelo sujeito no seu discurso.

Para Pêcheux, a interpretação é um “gesto”, isto é, uma forma de abordagem, um ato no nível simbólico, sempre passível de equívocos (ORLANDI, 2004). Nessa perspectiva, Orlandi (1994) diz que analisar é compreender a ordem do discurso em questão, e a compreensão dessa ordem é possível através do dispositivo analítico. Cabe ressaltar que, na Análise de Discurso, devem aparecer os aspectos sociais referentes à existência do sujeito, bem como os aspectos ideológicos e lingüísticos que produziram o discurso do sujeito (FERNANDES, 2004).

Muitos autores comungam a opinião de que, na Análise de Discurso, é muito complicado indicar um percurso a ser seguido pelos analistas para a análise. Mutti (2005) enfatiza que, após várias leituras do material a ser analisado, identificam-se eixos temáticos pertinentes ao discurso analisado, mas essa indicação consiste num modo de sistematizar a análise, dentre outros. Fernandes (2004) confirma que, na análise, trabalha-se com recortes de fragmentos do discurso, porque, de acordo com Mutti (2005), não é necessário analisar tudo o que aparece no texto, pois não se trata de uma análise horizontal; o válido é captar a marca lingüística e relacioná-la com o contexto social e histórico. Desse modo, várias leituras do texto¹² farão com que o analista estranhe aquelas palavras ou formas sintáticas que se repetem e/ou marcam o discurso, visualizando assim as marcas lingüísticas no material (MUTTI, 2005).

¹² Entende-se por texto uma unidade de análise, seja ela oral, seja escrita, seja pintada etc.

Vale ressaltar que a opção pela Análise de Discurso deve-se por acreditar ser importante e mais abrangente captar o sentido no discurso da mídia impressa jornalística, a cerca de quem tem competência para conduzir o parto normal, levando em consideração a posição ideológica, social e histórica, além das relações de poder implícitas na ideologia e no discurso dos profissionais de saúde.

3.3 O “*corpus*” da pesquisa

3.3.1 A coleta de informações

A natureza do *corpus* desta pesquisa foi constituída por: a) documentos oficiais acerca das políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil e do incentivo à formação e manutenção do enfermeiro na cena de parto; b) materiais sobre a evolução histórica da parturição no mundo e no Brasil; c) documentos referentes à legislação profissional e deontologia das categorias profissionais Enfermagem e Medicina, e legislação do ensino da Enfermagem; d) materiais escritos e materiais visuais publicados na mídia impressa jornalística, questionando e/ou defendendo o parto feito por enfermeiras.

O período escolhido para a coleta de informações contidas na mídia impressa jornalística foi o ano de 2005, propositalmente em virtude dos fatos e das discussões ocorridas em relação ao ato médico e à disputa por quem faz o parto. Os jornais escolhidos para a coleta de dados foram: Zero Hora e Correio do Povo, de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, onde os materiais foram veiculados na época.

3.2.2 A fonte das informações midiáticas

No intuito de caracterizar a fonte de informações, considera-se conveniente elencar alguns dados sobre o jornal Zero Hora e o jornal Correio do Povo, no sentido de conhecermos suas propostas e seu público-leitor.

O jornal Zero Hora

Com a missão de “*facilitar a comunicação das pessoas com o seu mundo*”, a Rede Brasil Sul de Comunicação (RBS), fundada em 1957, por Maurício Sirotsky Sobrinho, possui, em sua plataforma multimídia, emissoras televisivas, rádios, portais de internet e jornais, dentre eles o Zero Hora (RBS, 2006).

O jornal Zero Hora é um dos mais importantes e respeitados do País, circulando em todo o Estado do Rio Grande do Sul e em outros estados também. No mercado gaúcho, possui 2.053.000 leitores segundo o Ibope, sendo o jornal mais lido do estado e o quinto mais lido no Brasil (Anexo B) (RBS, 2006).

Cabe ressaltar ainda que o jornal Zero Hora está presente nos domicílios de aproximadamente 78% da população da grande Porto Alegre, mediante uma tiragem diária de 171.025 exemplares (média ponderada) (Zero Hora, 2006).

Em relação ao perfil dos leitores desse jornal, 53% são do sexo feminino e 47% do sexo masculino, 40% possuem Ensino Médio concluído, 43% possuem entre 20 e 39 anos e 69% pertencem às classes A e B. (Anexo C) (Zero Hora, 2006). O critério de classificação econômica no Brasil está sendo utilizado desde 1997, por várias empresas de pesquisas tendo a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, e não a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais. Essa classificação é baseada num sistema de pontuação,

concedido em relação a bens e posses da família e nível de escolaridade do “chefe da família” (INTERNET, 2006), como pode ser analisado nos quadros dispostos a seguir:

Posse de itens	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Quadro 1: Posse de Itens

Fonte: INTERNET, 2006.

Grau de Instrução do chefe de família	
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Quadro 2: Grau de Instrução do Chefe de Família

Fonte: INTERNET, 2006.

Conforme a pontuação atingida a partir dos critérios acima descritos, há uma categorização das classes econômicas, num escore de A até E, conforme demonstrado no quadro que segue:

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

Quadro 3: Classes Sociais

Fonte: INTERNET, 2006.

De posse dessas informações, percebe-se que o jornal Zero Hora está destinado a um público privilegiado economicamente e com nível maior de instrução, uma vez que o público situa-se na faixa A e B.

O jornal Correio do Povo

O jornal Correio do Povo foi fundado por Caldas Júnior em primeiro de outubro de 1895 e, segundo seu fundador, o jornal seria feito para atingir toda a sociedade e não apenas determinados segmentos.

A primeira edição do Correio do Povo foi impressa com apenas quatro páginas e aproximadamente dois mil exemplares. Pouco mais de três anos depois, já eram 4,5 mil exemplares, na época um recorde para o estado.

Nos anos 80, o jornal enfrentou problemas financeiros, ficou suspensa sua impressão por mais de dois anos e, em 1987, passou a ser impresso no formato tablóide, como se mantém até hoje (INTERNET, 2007).

Em março de 2007, o Correio do Povo passou a fazer parte do conglomerado de mídia controlada pela Igreja Universal do Reino de Deus, juntamente com outras empresas do grupo: TV Guaíba, rádios Guaíba FM e AM, Edifício Hudson e Rede Record de Televisão.

O jornal Correio do Povo também é uma importante referência para a cidade de Porto Alegre e para o Estado do Rio Grande do Sul, pois, de acordo com Naldoni (2007), ocupa o segundo lugar dentre os mais lidos no estado e o sexto dentre os mais lidos no Brasil (Anexo B).

No contexto estadual, o jornal Correio do Povo possui uma tiragem média de 155 mil exemplares, circulando ainda no Estado de Santa Catarina, principalmente no litoral, na região leste e na região central do estado; e no Estado do Paraná, na porção oeste. Em relação ao perfil dos leitores desse jornal, 53% são do sexo feminino e 47%, do sexo masculino; 53% possuem Ensino Médio concluído; 36% possuem idade superior a 50 anos, e 69% dos leitores pertencem às classes A e B (Anexo D) (IBOPE, 2007). O critério de classificação econômica utilizado é o mesmo acima mencionado e disposto inclusive sob a forma de quadros.

Dessa forma, o Jornal Correio do Povo circula entre as classes sociais mais privilegiadas, sendo principalmente lido por indivíduos de mais idade. De acordo com pesquisa efetuada pelo IBOPE (2007), esse fato se deve à proposta editorial do jornal, que retrata principalmente eventos e fatos econômicos e políticos, e em menor proporção fatos sensacionalistas.

3.4 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos desse estudo, por se tratar de uma pesquisa cujo material de análise é considerado de domínio público, torna-se dispensável a aprovação do projeto em Comitê de Ética em Pesquisa.

Cabe reafirmar que será mantida a fidelidade com relação ao conteúdo dos textos veiculados nos jornais, onde serão coletadas as informações. Nesse sentido, elaborou-se um Termo de Solicitação e Responsabilidade de Coleta de Dados, que foi assinado pelos pesquisadores e entregue aos responsáveis pelas empresas jornalísticas, nas quais se realizou a coleta de dados (Apêndice A).

4 DISPUTA PELO PARTEJAR: enfermeiras e médicos e as competências técnicas/legais de 'quem faz o parto'

[...] as relações entre médicos/as e enfermeiros/as no campo da obstetrícia são atravessadas e delimitadas também por relações de poder que (com)formam os modos pelos quais homens e mulheres vivem e se relacionam no âmbito da cultura (MEYER, 2003, p. 40).

4.1 Relações e conflitos entre Enfermagem e Medicina na arte do partejar

Como abordado anteriormente, ao longo de muitos anos, as questões relacionadas à concepção, à contracepção, ao parto e ao nascimento eram de domínio exclusivamente das mulheres, isto é, as mulheres em geral pariam seus filhos no domicílio, com a ajuda de outras mulheres.

Nos últimos cinquenta anos, o cenário da atenção ao parto deu uma reviravolta com a inserção de outros profissionais, a partir dos avanços tecnológicos e científicos; a figura masculina passa a compor também a assistência ao parto, fato incomum no passado, exceto em situações de risco.

Essa época também é marcada pela institucionalização do parto e instauração do paradigma biomédico, aumentando consideravelmente o grau de intervenção e de procedimentos obstétricos. Schirmer (2000) comenta que, no Brasil, o parto fisiológico se tornou um procedimento cirúrgico de alta complexidade, o que contribuiu para a elevação dos índices de risco e morte materna. O risco de morte relacionado a causas obstétricas (gestação e parto) é de 1:48 casos nos países em desenvolvimento, comparado com 1:1.800 no mundo desenvolvido (SCHIRMER, 2000).

Visando à redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, em maio de 1998, o Ministério da Saúde do Brasil lança um conjunto de medidas, incluindo a política de humanização do parto e nascimento e a revitalização da figura da enfermeira obstétrica. Essas providências ministeriais traduzem, de certa forma, um esforço em prol do cumprimento de metas estabelecidas para a melhoria da assistência à saúde à mulher no Brasil, institucionalizando, na rede privada e pública, “a atuação do enfermeiro obstetra no ciclo grávido-puerperal” (SACRAMENTO; TYRRELL, 2006, p. 426).

Todo esse movimento de resgate, humanização e qualificação obstétrica esbarram em antigos, mas ainda presentes, nós críticos como: diversidade de formação de recursos humanos para atuação na área, sobreposição de funções e tarefas, competência técnica e legal para atuação desses profissionais e hegemonia médica.

Nesse sentido, convém ressaltar alguns dos aspectos supracitados, que tornaram e continuam dificultando a plena atuação da enfermeira obstétrica. Riesco e Tsunehiro (2002) afirmam que existem no mundo, atualmente, diferentes modelos de formação de profissionais obstétricas. De acordo com as autoras, a Confederação Internacional de Obstetizes e o Conselho Internacional de Enfermeiras, delimitam os territórios profissionais e suas competências, da seguinte maneira:

Profissionais	Definição
Obstetriz	Pessoa que foi regularmente admitida e concluiu o programa educacional em obstetrícia, adquirindo capacitação para ser legalmente licenciada para o exercício da obstetrícia.
Enfermeira Obstétrica	Pessoa que é legalmente licenciada para exercer tanto as atribuições de enfermeira quanto às de obstetrix.
Auxiliar de Obstetrix	Pessoa que participou de algum treinamento formal em obstetrícia e atua sob a supervisão da obstetrix.
Parteira Tradicional ou Leiga	Pessoa que atende a mulher durante o parto e que desenvolveu habilidades atendendo sozinha a parturiente ou como aprendiz de outra parteira tradicional.

Quadro 4: Categorias profissionais e suas competências

Fonte: Riesco e Tsunehiro (2002).

Para Dutra (2005), dessa diversidade de formação e graus de responsabilização, resultaram muitas discussões e conflitos entre Enfermagem e Medicina, além da exclusão de classe do cenário do parto, como é o caso das obstetrixes. A referida autora assinala ainda que

tais disputas causam desgastes desnecessários entre os/as profissionais e provavelmente incidem de forma negativa nos processos de atenção às mulheres durante o período de gestação e parto (DUTRA, 2005, p. 48).

Esses enfrentamentos e as disputas por espaços, campos de atuação e até mesmo procedimentos técnicos, não são fatos novos entre as profissões Medicina e Enfermagem. Assim, cita-se Fernandes, pois ele destaca que

o espaço ocupado pelo enfermeiro não é um espaço claro, definido e delimitado e que mesmo desenvolvendo-se um corpo de conhecimentos que proporcione a necessária competência para dominar o objeto de trabalho, a enfermagem [...] possui os mesmos pacientes e os mesmos objetivos da medicina (2000, p 14).

Esses objetivos citados por Fernandes (2000) e que são idênticos para as duas profissões é que talvez venham gerando desconforto entre as categorias profissionais, e levem a questionar a competência da enfermeira em determinadas situações, como na assistência ao parto.

No panorama nacional e estadual em que estamos inseridos, estes atravessamentos em relação a ações e procedimentos de enfermagem e da área médica, ficam muito mais visíveis, pois grande parte das enfermeiras obstetras atuam exclusivamente em cenários hospitalares e tiveram sua formação alicerçada no modelo intervencionista e biomédico. Nessa mesma linha de raciocínio, Schirmer (2001) afirma que a prática de atenção ao parto e nascimento constitui-se na maior disputa de espaço político entre a corporação médica e a Enfermagem. Aproximando a afirmação da autora a despeito da disputa entre as classes profissionais, pode-se dizer que

[...] o que torna possível a ideologia é a luta entre classes, a dominação de uma classe sobre as outras. Porém, o que faz da ideologia uma força quase impossível de ser destruída é o fato de que a dominação real é justamente aquilo que a ideologia tem por finalidade ocultar (CHAUI, 2006, p. 80).

Essa discussão sobre a quem compete o atendimento ao parto foi motivo de debate e enfrentamento das categorias de enfermagem e medicina no Estado do Rio Grande do Sul, em meados de 2005. O ano mencionado foi marcado por muitos ataques aos profissionais enfermeiros que atuavam diretamente na assistência a

partos normais na cidade de Porto Alegre, reascendendo a discussão e questionando a competência da profissional enfermeira na assistência ao parto normal.

As figuras que seguem ilustram a situação, onde é possível perceber o tom de denúncia desses informes jornalísticos:



Figura 3: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Zero Hora, 16 de maio de 2005, p. 3.



Figura 4: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Zero Hora, 17 de maio de 2005, p. 3.

Os significados desses informes insistentemente publicados na época, poderiam conduzir a sociedade gaúcha à confusão, visto que a população não tem o conhecimento sobre a legislação e sobre a autonomia da enfermeira no exercício da parturição. Além disso, analisando a publicação em si, percebe-se, por exemplo, o uso do fundo preto no informe e as palavras *alerta* e *atenção*. As referidas palavras podem ser relacionadas com uma tentativa de mostrar à população que a prática da enfermeira na cena de parto é algo ilícito, e reside a intenção de alertar-se a população para um possível risco que as parturientes correm ao serem atendidas por enfermeiras, assim questionando a competência dessas profissionais. Surge aqui a necessidade de abordar o ‘não dito’ dos informes. Não aparece nas publicações que

as enfermeiras estão fazendo parto, porque isso é de sua competência profissional e nem as condições nas quais esses partos estão acontecendo. Orlandi diz que “ao longo do dizer, há toda uma margem de não-ditos que também significam” (2007, p. 82). O fundo preto, no entanto, nos remete ao perigo de essas profissionais exercerem a atividade da parturição, a obscuridade de tal prática.

Refletindo a partir da posição ideológica de tais informes, percebe-se a tentativa da classe médica em se manter no domínio da situação, em perpetuar a hegemonia na atenção ao parto, num momento sociopolítico estadual em que a Enfermagem Obstétrica tenta ascender no cenário estadual em virtude dos incentivos para a formação de enfermeiras especialistas em obstetrícia. Afinal, a hegemonia é sustentada pelo discurso, daí não é difícil chegar à conclusão de que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, é o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 1999, p. 10).

Proferir uma palavra jamais representa um gesto ingênuo, pois o fato sempre está conectado a relações de poder.

Convém ressaltar que tais conflitos não foram privilégio do Estado do Rio Grande do Sul; outros estados e seus respectivos municípios enfrentaram períodos semelhantes de turbulência no campo da obstetrícia. Um possível motivo que tenha instigado e gerado tais enfrentamentos, pode ser o número crescente de enfermeiras obstétricas formadas no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul, a partir de 2000. A Enfermagem Obstétrica é uma proposta que se orienta pelo novo paradigma de atenção humanizada ao parto e nascimento. Com o aval da Organização Mundial de Saúde, a área técnica da saúde da mulher, do Ministério da Saúde, apóia de forma técnica e financeira a realização de cursos de especialização em enfermagem

obstétrica desde 1999 (BRASIL, 2007). A realização desses cursos contemplou as cinco regiões do País, como estratégia para a redução de cesáreas desnecessárias e ao incentivo ao parto normal.

Os critérios para a formação dessas profissionais foram elaborados pelo Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica, em 2000. Basearam-se em Resoluções do MEC e do COFEN, entre elas a de número 223/99 (Anexo E) que dispõe sobre a atuação da Enfermeira Obstétrica. Também foram utilizados os critérios mínimos estabelecidos para a formação de enfermeiras obstétricas propostos pelo Conselho Diretor da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras e Neonatais (ABENFO).

O funcionamento do curso deveria contemplar a denominação de "Enfermagem Obstétrica"; privilegiar a clientela do Sistema Único de Saúde (deveria ser 80% de enfermeiros (as) da rede ambulatorial e hospitalar do SUS, incluindo as Unidades do Programa de Saúde da Família - PSF); considerar o número de vagas (15 no mínimo, não excedendo a 20); assegurar a gratuidade do curso aos participantes, ter carga horária entre 460 - 600 horas, e convém reforçar que os recursos para esse programa de formação eram custeados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Por meio de convênios entre secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino superior e o Ministério da Saúde (FUNASA), desde 1999 até 2004 foram financiados 76 cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica em todo o território nacional. De acordo com o relatório de avaliação Ministério da Saúde, elaborado pela Área Técnica da Saúde da Mulher (BRASIL, 2003), o Estado do Rio Grande do Sul formou, até 2004, 111 enfermeiras obstétricas, num total de sete cursos financiados e operacionalizados pelas seguintes Instituições de Ensino

Superior do Estado: Universidade de Caxias do Sul, Universidade de Passo Fundo, Universidade Federal de Santa Maria, Escola de Saúde Pública de Porto Alegre e Universidade do Vale do Rio dos Sinos de São Leopoldo.

A Universidade do Vale do Rio dos Sinos, além dessa edição do curso de especialização, financiado pelo Ministério da Saúde, possui uma trajetória de mais de 10 anos na oferta de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e, na maior parte dos cursos ofertados, o principal campo de prática foi o Hospital Conceição, alvo das denúncias do Sindicato Médico, na ocasião, como demonstrado nas publicações a seguir:



Figura 5: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Zero Hora, 20 de maio de 2005, p. 3.



Figura 6: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Zero Hora, 27 de maio de 2005, p. 3.

No primeiro informe apresentado (figura 6), novamente destaca-se o fundo preto e o alerta de que enfermeiras estão fazendo partos no Hospital Conceição. No entanto, nesse informe, surge não apenas o SIMERS como protagonista de tal denúncia, mas, aliado ao sindicato médico estão o movimento das donas de casa e consumidores do Rio Grande do Sul. Esse pacto objetiva tornar o 'alerta' e o repasse da informação (mesmo que distorcida), um discurso mais próximo da população,

uma vez que não são proferidos apenas por um aparelho ideológico, mas por dois. Essa tentativa é, segundo Chauí, “[...] processo pelo qual as idéias de classe dominante tornam-se idéias de todas as classes sociais, tornam-se idéias dominantes” (2006, p. 84).

Quando se refere a classe dominante, a dominação representa dominação de saber e de poder, e não simplesmente dominação financeira. Para a mesma autora, o “poder pertence a quem possui saber” (CHAUÍ, 2006, p. 31).

Ainda em relação a esse informe jornalístico, tem-se a frase: a verdade *faz bem* à saúde, ou seja, o SIMERS faz bem em veicular a informação ao público leitor, mas não está explícito que, ao publicar fatos errôneos e distorcidos (na seqüência serão abordados os aspectos legais que garantem a atuação da enfermeira obstétrica), não estão cumprindo a ética e priorizando o *bem* da saúde da população.

Faz-se necessário, neste momento, uma inferência ao curso de especialização em Enfermagem Obstétrica operacionalizado pela Universidade de Caxias do Sul, a partir de 2002, visto que os alunos do referido curso também enfrentaram grandes dificuldades em obter campo para desenvolvimento da prática em centro obstétrico. O Município de Caxias do Sul não possibilitou condições nem ofereceu cenário adequado ao ensino, o que motivou a coordenação do curso a buscar locais para o estágio, fora da cidade. O estágio foi então desenvolvido nos Hospitais Centenário (São Leopoldo – Rio Grande do Sul), Amparo Maternal (São Paulo – São Paulo) e Hospital Geral de Itapeçerica da Serra (Itapeçerica da Serra – São Paulo). O fato teve apenas repercussão local, mas representa também a dificuldade na inserção da enfermeira obstétrica no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Já o informe número seis, apresenta como chamada principal um questionamento: Parto? Associado com a figura de uma enfermeira, tipicamente norte-americana, expressando a necessidade de fazer ou manter silêncio (também explícito na figura 5). A interrogação novamente busca questionar a capacidade e competência profissional/legal, e o ato de solicitar silêncio, a intenção de calar tal prática nesses hospitais, pois, nesse caso, o silêncio, de acordo com Orlandi (1992), é materialidade significativa. Convém apontar ainda, a despeito dessa publicação, a figura da enfermeira. Reproduzindo o modelo das enfermeiras americanas dos anos cinquenta, a imagem apresenta e representa o paradigma da profissão de enfermagem da época, quando a Enfermagem era vista como assistência caritativa, e os profissionais que nela atuavam, exemplo de abnegação e servidão. Pires comenta que

as enfermeiras americanas que vieram para o Brasil dirigiam a formação da nova profissão [...] para um grupo articulado ideologicamente com os interesses da classe dominante, dócil e servil aos médicos e ao estado [...] (1989, p. 137).

Assim, é mais uma tentativa de manutenção da hegemonia médica na atenção ao parto, pois em sociedades hierarquizadas por gênero e classes, como a que vivemos, e

nas quais uma classe explora e domina as outras, essas explicações ou essas idéias e representações serão produzidas e difundidas pela classe dominante para legitimar e assegurar o seu poder econômico, social e político (CHAUÍ, 2006, p. 23).

Da mesma forma as hierarquias de gênero produzem assimetrias e legitimam dominação, reforçada pela hegemonia simbólica da medicina e relação à enfermagem.

Nesse mesmo viés de pensamento, de perpetuação e de manutenção do poder, em um artigo publicado no jornal Zero Hora do, dia 26 de maio de 2005, o então presidente do SIMERS, Paulo de Argollo Mendes, destaca:

O SIMERS, ao tornar público que partos estão sendo feitos por enfermeiras no Hospital Conceição, levanta a ponta de um tapete. Entendemos que só se constituirá um SUS forte e respeitável se assentado sobre a verdade. E que, ao utilizar o sistema público, o cidadão não perde o direito de saber quem está atendendo e, tampouco, o de, estando disponível dois profissionais de diferentes formações, escolher um deles.

E a mulher tem mesmo o direito de decidir sobre seu corpo? A lei que autoriza as enfermeiras a realizar partos precisa ser discutida, por que contraditória e inaplicável. Autoriza somente o parto normal. Mas é possível saber se um parto foi normal quando ele termina. Inúmeras complicações surgem no curso do evento, algumas fatais. Entende-se que, em países onde médicos são escassos (e caros), utilize-se, em alguns casos, de mão-de-obra mais barata e disponível [...] (2005, p. 13).

Muitos são os aspectos a serem destacados no discurso proferido. Logo no início do texto, o autor comenta a importância da *verdade* na construção de um SUS que respeite o indivíduo e lhe permita escolher o profissional no momento do atendimento (pelo melhor, mais qualificado e legítimo), e traz ainda o questionamento: *e a mulher tem mesmo o direito de decidir sobre o seu corpo?* A pergunta, aliada ao fato de que o usuário deve ser respeitado em suas decisões (decidir entre médico e enfermeira na prestação do cuidado obstétrico), traz implícita a afirmação de que a prática das enfermeiras obstétricas não respeita tal decisão; de que a enfermeira obstétrica se ‘disfarça’ para atender ao parto, intitulando-se outro profissional. Essa informação não é verdadeira; a prática de enfermagem na assistência ao parto prevê comunicar a parturiente quem a atenderá durante esse processo. Em entrevista concedida ao jornal Zero Hora, o próprio médico obstetra, coordenador do Hospital Conceição, José Dornelles Picon, confirma com muita

naturalidade a prática de partos por enfermeiras obstétricas e por alunas de especialização, sempre acompanhadas por uma professora especialista na área.

A pergunta deveria ser: será que as mulheres querem ser submetidas a procedimentos contínuos, manipulação do seu corpo, cesarianas abusivamente aplicadas? Será que, ao conhecerem e perceberem a diferenciação no atendimento médico e de enfermagem, não optariam pela enfermeira obstétrica? Até porque, num passado não muito distante, a grande parte dos partos normais não era praticada pelos médicos.

O autor desse discurso do sindicato médico, que no caso é médico e presidente do SIMERS na época, enfatiza ainda a necessidade de se rediscutir a legislação profissional da enfermeira na atenção ao parto normal, pois só *é possível saber se um parto foi normal quando termina*, e, ainda, aponta que é passível de entendimento essa prática em países onde não há mão-de-obra qualificada e disponível.

Convém mencionar que o discurso proferido pelo presidente do SIMERS em relação ao parto normal não é verdadeiro, pois através de determinados recursos, como por exemplo, o partograma, é possível sim realizar uma avaliação do trabalho de parto e de sua evolução, identificando possíveis complicações se houver. As afirmações do presidente do SIMERS ainda desqualificam a força de trabalho das enfermeiras obstétricas, na medida em que o discurso está impregnado de ideologias da competência, que ocultam à divisão de classes profissionais e suas atribuições. Ao afirmar que a divisão social se realiza entre os competentes – os especialistas que possuem conhecimentos científicos e tecnológicos (os médicos) – e os incompetentes – os que executam as tarefas comandados pelos especialistas e

representam uma força de trabalho pouco qualificada e muito mais barata (no caso as enfermeiras obstétricas) – Chauí diz que

[...] o discurso competente é aquele proferido pelo especialista, que ocupa uma posição ou um lugar determinado na hierarquia da organização, e haverá tantos discursos competentes quantas organizações e hierarquias houver na sociedade (2006, p. 105-106).

Ainda em relação a esses informes publicados, há o questionamento acerca da normalidade do parto e dos riscos escondidos nele, apontando novamente que o parto fisiológico no Brasil se tornou um procedimento complexo e impregnado de riscos, fundamentalmente um ato médico e medicalizado. Nesse sentido, faz-se necessário conceituar parto, por ser o foco de investigação deste trabalho e pelo fato de que esse conceito assume diferentes significados a partir das concepções de cada indivíduo e sua cultura. Freitas et al., definem parto como:

A seqüência de contrações uterinas involuntárias e coordenadas que resultam no apagamento e na dilatação do colo uterino. Tais contrações em associação com e esforço voluntário da parede abdominal, levam à expulsão, através do canal de parto, dos produtos da concepção (2003, p. 296).

O conceito de parto pode ainda adquirir diferentes significados, quando associado aos termos: 'normal', 'natural', 'humanizado' e até mesmo 'operatório'. Essa polissemia de termos atribuídos ao parto é discutida por Dutra (2005), que aponta as significações de parto normal, natural e humanizado, segundo os profissionais de saúde atuantes na obstetrícia. De acordo com a referida autora, independentemente da tipologia em que o parto é considerado, ele é visto atualmente como um ato médico, provavelmente em virtude do modelo hospitalocêntrico de atenção à parturiente.

Em uma palestra proferida na Escola Paulista de Medicina, Langdon comenta:

[...] trinta anos atrás o conceito 'parto natural' tinha outra conotação. Implicava um parto sem nenhuma intervenção. Hoje, no Brasil, com as altas taxas de cesarianas, 'parto natural' é entendido como um parto 'vaginal', sem cirurgia. É interessante ver como o conceito de o que é natural muda de uma época para outra (LANGDON, 2006, p. 9).

Dessa forma, apropria-se da idéia da autora referida, pois a maneira como as pessoas integrantes de uma determinada sociedade percebem o processo de gestação e parto, e a importância que conferem ao processo de parir e nascer são social, cultural e ideologicamente construídas, e não biologicamente determinadas.

De acordo com Orlandi (1998), os sinais que o homem produz quando fala e escreve são chamados signos. Ao produzir signos, os homens estão produzindo a vida, sua comunicação, seus pensamentos, exercem seu poder, elaboram sua cultura e sua identidade. Com base nesse processo de construção dos significados, pode-se afirmar, em consonância com os autores já citados anteriormente, que o significado é construído no discurso; o sujeito é produzido no discurso, e por fim, o conhecimento que permeia a sociedade e a cultura se produz pelo discurso e pelas relações de empoderamento.

Diante de todos esses fatos e situações de conflito entre a categoria médica e a Enfermagem, no que tange à atenção ao parto, no item a seguir serão discutidos os aspectos que fundamentam a atuação da enfermeira obstétrica, sob o ponto de vista técnico e legal, na tentativa de fazer emergirem as ações da enfermeira atualmente (experiências bem-sucedidas) e a legitimidade dessa profissional na sociedade atual.

4.2 O legal e o legítimo na atuação da enfermeira obstétrica

Considerando o parto como um evento único, de inestimável importância e experiência ímpar para a mulher, seu parceiro e sua família, retoma-se neste segmento o fato de que a obstetrícia moderna nasceu sob a tutela cirúrgica e transformou o parto e o nascimento em um acontecimento medicalizado e complexo, significando para a mulher dor, desprezo e abandono.

Aliado a esses fatos e às altas taxas de cesáreas e mortalidade materna no Brasil, surge a necessidade de estabelecer e consolidar um novo paradigma de assistência obstétrica. Para isso, o Ministério da Saúde lançou em junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento (PHPN), que objetiva:

Centralizar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, com 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, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2000, p. 10).

Fica evidente no texto acima que há a intenção, por parte do Ministério da Saúde, de revitalizar a figura da enfermeira obstétrica, mas, como foi citado anteriormente, a reinserção dessa profissional trouxe inúmeras disputas por campo de atuação e conflitos entre as categorias médica e de enfermagem. Em resposta a esses conflitos e informes de acusação, ataque e questionamentos publicados em jornais de grande circulação da capital, pelo Sindicato Médico, apresenta-se neste subcapítulo, a legalidade das ações de enfermeiras obstétricas na cena de parto, as

experiências destas profissionais e o movimento da categoria profissional, na tentativa de legitimar tal prática na sociedade.

Em resposta ao movimento de difamação e alerta pelas ações executadas por enfermeiras obstétricas, a Enfermagem e a Enfermagem Obstétrica, através de suas representações de classe, também fizeram uso da palavra. Em nota na coluna Saúde, do jornal Zero Hora, do dia 19 de maio de 2005, o Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (SERGS) critica o SIMERS por tentar desvalorizar a profissão e argumenta:

Enfermeiros podem fazer partos, sim. Há competência legal, sempre com o acompanhamento médico. Uma profissão não exclui a outra. Os médicos não precisam disso para garantir espaço – afirma a diretora de Formação do SERGS, Nelci Dias (p. 46).

O intuito desse informe foi mostrar à população que as duas profissões podem e devem ser parceiras no atendimento ao parto, reforçando a necessidade da multidisciplinaridade para o atendimento à mulher na parturição.

Ainda em relação às organizações de classe, dois outros anúncios publicados chamaram a atenção na época e vale serem analisados, como segue:

APEDIDO

ESCLARECIMENTOS À POPULAÇÃO

Frete à campanha difamatória que as Enfermeiras vêm sofrendo nos últimos dias e por respeito à população, prestamos os seguintes esclarecimentos:

- os partos no Hospital Conceição estão sendo realizados por Enfermeiras Obstetras ou por Enfermeiras alunas de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, sob a supervisão de professora especialista nesta área;
- a realização de parto normal pela Enfermeira Obstetra tem amparo na Lei Federal Nº 7.498, de 25 de junho de 1986;
- os Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica são oferecidos em várias e importantes Universidades brasileiras, muitos deles financiados pelo Ministério da Saúde, sendo que no estado do Rio Grande do Sul já foram oferecidos 14 cursos, oito com financiamento do Governo Federal nos últimos cinco anos;
- o Ministério da Saúde reconhece o preparo técnico e científico das Enfermeiras Obstetras, seu compromisso com a assistência ética e humanizada e alinha-se às políticas da Organização Mundial da Saúde e de países desenvolvidos ao incentivar, apoiar e viabilizar a atuação dessa profissional na atenção ao parto, através de Portarias que regulamentam o procedimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- as Enfermeiras Obstetras participam da elaboração das diretrizes de atendimento à mulher pelo Sistema Único de Saúde - SUS - através das Associações que lhes representam;
- as Enfermeiras Obstetras realizam partos normais na maior parte dos estados brasileiros, tendo seu trabalho reconhecido pela comunidade científica e população locais;

O apedido do Sindicato Médico revela desinformação da entidade sobre as Políticas Públicas de Saúde do País.

Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Neonatais - RS
Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn/RS
Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFRGS

Figura 7: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Correio do Povo, 25 de maio de 2005, p. 2.

Nesse informe há uma tentativa de esclarecer, principalmente à população, a respeito da campanha difamatória contra as enfermeiras obstétricas e explicitar a competência legal para execução daquelas tarefas, além do apoio e incentivo do Ministério da Saúde, na formação de recursos humanos e regulamentação das ações e dos procedimentos da enfermeira obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Na tentativa de legitimar a atuação da Enfermagem, o Ministério da Saúde têm incentivado a prática da enfermeira obstetra, não apenas através da adoção de medidas que visam à redução de cesáreas; do incentivo às formas mais naturais de parir e através do financiamento de cursos de especialização. Mais do que isso,

políticas de humanização do parto e nascimento e programas voltados à saúde da mulher vêm surgindo como tentativas de mudança do atual paradigma intervencionista em que vivemos. Nesse sentido, portarias aprovam a emissão de laudo da Enfermagem (Portaria 163/98/SAS/MS) para internação hospitalar; garantem o pagamento do parto feito pela enfermeira obstetra (Portaria 2.815/98/MS/GM – Anexo F), e para isso consideram na legislação profissional o parto como atribuições da enfermeira. Discorrem ainda a respeito da criação de centros de partos normais, onde a enfermeira obstetra faz parte da equipe mínima para seu funcionamento (Portaria n. 985/99/MS – Anexo G) e institui no Brasil, através a Portaria 888/99 (Anexo H), o projeto de criação das Casas de Parto e Maternidades-modelo no Sistema Único de Saúde.

Como ressalta Schirmer, “a competência técnica isoladamente não trará a visibilidade necessária para garantir o espaço [...]” (2001, p.79) da enfermeira obstétrica; é necessário apoio de forças maiores, como a esfera federal, estadual e municipal de saúde.

As enfermeiras também possuem curso superior e sólida formação generalista, como aponta a Resolução CNE/CES 3/2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001). Essa resolução apresenta o egresso do curso como

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício da enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. [...] (BRASIL, CNE, 2001, p. 37).

Além da graduação em Enfermagem, esses profissionais são pós-graduados em cursos específicos com duração de até dois anos.

a pedido

Atenção População!



O Sindicato Médico não quer ver, nem ouvir a verdade. Mas Não iremos nos calar!

Enfermeiras(os) fazem partos SIM! E são qualificadas(os) para isto

Lei do Exercicio Profissional - nº7498/86

 **SERGS** SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO RIO GRANDE DO SUL
Filial à CUT e a FNE

www.sergs.org.br

Figura 8: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Correio do Povo, 25 de maio de 2005, p. 2.

Nessa publicação do Sindicato dos Enfermeiros, chama-se a atenção para o alerta feito à população, no sentido de que o Sindicato Médico permanece divulgando informações distorcidas (ou manipuladas) acerca da atuação da enfermeira obstétrica, e, através de uma imagem de um homem vestindo terno e gravata, com os olhos fechados e mãos nos ouvidos, ironiza e representa a categoria médica que *não quer ver, nem ouvir a verdade*. Destaca-se ainda, nesse momento, a palavra *verdade*, utilizada abundantemente pelas enfermeiras e pelos médicos, sendo um substantivo que indica conformidade com o real. Esse substantivo pode adotar muitas ‘verdades’ e, com isso, tornar-se controverso. Temos a verdade de que enfermeiras estão fazendo partos; a verdade de que existe uma disputa profissional no campo obstétrico; a verdade de que toda a profissão possui uma

legislação que a ampara. A verdade para um nem sempre é a verdade para o outro. Veja-se parte do artigo publicado no jornal Correio do Povo, na coluna Do Leitor:¹³

Não há por que admitir a intromissão de enfermeiros em atribuições que sempre foram restritas aos médicos. Temos médicos em quantidade suficiente e com formação superior para o que se propõe. A verdade é uma só: nenhuma parturiente escolheria um enfermeiro para seu atendimento (SÁNCHEZ, 2005, p. 4).

No exemplo citado, o discurso indica que as pessoas talvez não iriam optar pelo atendimento feito pelas enfermeiras obstétricas; afinal, existem profissionais médicos em quantidade suficiente e com formação superior para isso.

No sentido oposto à afirmação do artigo supracitado, temos a opinião de uma leitora do mesmo jornal, que comenta:

Não vejo problema algum o fato de as enfermeiras especializadas auxiliarem nos partos naturais, até por que não é nenhuma novidade, pois tive minha primeira filha pelas mãos de uma enfermeira (MARCHIORO, 2005, p. 4).

Trata-se de um relato, uma experiência de ter sido cuidada e ter seu parto auxiliado por uma enfermeira, demonstrando outra face da 'verdade'. Chama ainda a atenção, a despeito do que a leitora comenta quando diz que a prática de partos por enfermeiras *não é nenhuma novidade*. E de fato não é novidade, mas, se a enfermeira realmente estivesse presente nos partos normais em grande parte dos hospitais, talvez fosse mais reconhecida socialmente. O que se percebe nos últimos vinte anos é que a enfermeira obstetra vem sendo afastada da atenção ao parto, assumindo um papel coadjuvante nesse contexto. Schirmer (2001) afirma que, mesmo quando realiza o parto, a enfermeira permanece no anonimato. Em um artigo

¹³ A coluna Do Leitor é destinada a publicar a opinião dos leitores em geral, não sendo possível especificar se trata de um especialista ou não na área.

publicado na revista *Cogitare Enfermagem*, em 2006, sob o título “A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital-escola da cidade do Recife-PE”, em uma das falas dos profissionais médicos surge a idéia de que parte da culpa é das enfermeiras, que não assumem verdadeiramente seu papel; a maior parte delas está mais atrelada às atividades burocráticas e administrativas da unidade hospitalar (ARAUJO; OLIVEIRA, 2006).

Grande parte dos informes publicados pelo Sindicato dos Enfermeiros, pela Associação Brasileira das Enfermeiras Obstétricas e pelo Conselho de Enfermagem (COREN - RS), além do amparo na formação e especialização do profissional, utilizam como principal subsídio e argumento de atuação, na cena de parto, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, pois a legislação também é um aparelho ideológico, que ao tecer seus fios, tece um discurso. Cabe lembrar que a Enfermagem é uma profissão regulamentada pela Lei Federal n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (COREN - RS, 2001). Essa lei dispõe sobre o livre exercício da Enfermagem e estabelece suas atividades. O Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987 (COREN - RS, 2001), em seu artigo 9º, dispõe sobre as incumbências da enfermeira obstetra ou da obstetrix e de forma clara, afirma que a esta profissional compete:

- prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- identificação das distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico;
- realização da episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Dessa forma, a enfermeira está legalmente amparada a assistir o parto normal, assim como atuar nas casas de parto e centros de partos normais, através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 308/2006 (Anexo I), que legisla as atribuições da enfermeira obstétrica nesse cenário de assistência.

Convém mencionar que a Legislação do Exercício Profissional da Medicina (Lei 268, de 2002) não aponta o atendimento ao parto como uma das atividades privativas do médico; ao contrário da indicação e execução da intervenção cirúrgica, intubação traqueal, realização de perícia médica, por exemplo (Conselho Regional de Medicina – CREMERS, 2007), não configurando assim o parto como uma competência exclusiva desse campo do saber.

Nesse sentido, apropria-se de alguns pensamentos de Perrenoud (2000), que acredita que competência é a capacidade de mobilizar recursos cognitivos como, por exemplo: saberes, capacidade, informações, para solucionar com eficácia uma determinada situação, obviamente levando em consideração o contexto social e cultural. O autor destaca ainda que o termo *competência* é polissêmico, possuindo muitos significados, principalmente porque hoje em dia, esse termo tem ganhado relevância, tanto em nível educacional quanto profissional.

Rabelo (2006) discute a intersecção das competências educacionais e profissionais, e o espaço da enfermeira obstétrica. A autora afirma ainda que “competência é o conjunto de operações mentais que é condição da eficácia” (RABELO, 2006, p. 51). Esse argumento, que tange a competência técnica para a execução do parto, é foco de alguns informes publicados, nos quais é questionada a diversidade na formação entre médicos e enfermeiros, a exemplo:

A polêmica não está na possibilidade legal, mas na qualificação técnica de enfermeiros realizarem partos [...]. “A legislação permite, mas é preciso levar em consideração as condições de ensino dos profissionais de enfermagem” (RAMOS, p. 7).

Assim como no relato descrito acima, faz-se uma crítica nesse momento à formação da profissional enfermeira, pois se retirou dos currículos da graduação em Enfermagem o atendimento ao 'parto normal', e, hoje, a maioria dos acadêmicos finaliza o curso sem sequer ter atendido a um parto, sem ter claro o seu papel diante do ciclo gravídico-puerperal e especificamente na parturição. E mesmo ao longo do curso de especialização, muitos alunos encontram dificuldades para realizar alguns procedimentos básicos, como é o caso do parto normal. Ainda em relação às diferenças no ensino médico e de enfermagem, não se percebe isso como um aspecto dificultador ou que este seja, mais ou menos responsável pela garantia de competência técnica. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), que prevê uma maior participação da enfermeira obstetra na atenção ao parto, toma como referência a idéia de que sua formação é mais orientada para o cuidado, e não para a intervenção (OMS, 1996), ao contrário da formação médica.

Embora esteja explícita a legalidade das ações da enfermeira obstétrica no Brasil, o que tem provocado discussões é a legitimidade dessa ação profissional, ainda pouco conhecida em nossa sociedade. No território brasileiro, a figura do profissional médico obstetra é que se destaca como "realizador" do parto, porque os partos no meio urbano são quase que exclusivamente hospitalares. A OMS privilegia a atuação da enfermeira obstetra, mas indica que os médicos,

devido a seu treinamento e atitude profissional, podem ser mais propensos – na verdade, freqüentemente são forçados a isso pelas circunstâncias – a intervir mais freqüentemente do que enfermeiras-partadeiras. É pouco provável que suas responsabilidades pelo manejo de complicações importantes deixem-lhe tempo disponível para dar assistência e apoio à parturiente e à sua família durante todo o trabalho de parto normal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 5).

Mesmo defendendo a atuação do profissional de enfermagem ou da parteira no parto normal, ao proferir esse discurso, a OMS justifica o abuso das intervenções (forçados pelas circunstâncias) e a falta de assistência à parturiente pelo profissional médico, não qualificando-o como de primeira escolha para o atendimento à mulher no período do parto.

Atualmente vislumbra-se uma perspectiva de mudanças nesse paradigma, com vistas à legitimação das práticas de enfermagem obstétricas. Em vários Estados do Brasil, enfermeiras obstétricas vêm atuando em casas de partos e centros de partos normais, uma vez que, nesses cenários de atendimento, privilegia-se a atuação da enfermeira obstétrica. O primeiro centro de parto normal foi fundado em 1975 pela *Maternity Center Association em New York* (CAMPOS; LANA, 2007), difundindo o discurso de uma modalidade assistencial vantajosa, por promover um ambiente acolhedor e similar ao domicílio; no entanto, com infra-estrutura técnica e recursos humanos adequados para o atendimento à gestação de baixo risco.

O ano de 1998 foi um marco em o nosso País, pois começaram a surgir as casas de partos e centros de partos normais, como a Casa de Parto de Sapopemba (SP), a Casa de Parto do Realengo (RJ), o Centro de Parto Normal do Hospital Sofia Feldman (MG), o Centro de Parto Normal do Hospital Amparo Maternal (SP), o Centro de Parto Normal do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (CE), a Casa de Parto de São Sebastião (DF), a Casa de Maria (SP).

As características exigidas pelas propostas ministeriais, para esse modelo assistencial, procuram simplificar a demanda pela complexidade tecnológica e medicalizada que os desenhos dos centros obstétricos propunham e, nesse sentido, promover a assistência praticada pela enfermeira obstétrica, balizada pelas recomendações da OMS no atendimento ao parto normal e protocolos próprios de

atendimento desses locais. De acordo com a OMS (1996), essas recomendações são classificadas em: a) condutas que são claramente úteis e que deveriam ser recomendadas; b) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes, e que deveriam ser eliminadas; c) condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada; d) condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

Em um estudo referente a resultados da assistência ao parto em um centro de parto normal na cidade de Belo Horizonte, Campos e Lana (2007) apresentam excelentes resultados decorrentes dessa modalidade de atenção, com baixíssima taxa de partos cesáreos, transferências¹⁴ e complicações importantes.¹⁵

Além das experiências bem-sucedidas através em casas de partos, esse movimento de mudança envolve também legitimidade profissional e corporativa, com um redimensionamento de papéis e poderes na cena de parto, com o deslocamento da função central do médico no parto normal para a enfermeira e do centro cirúrgico para a casa de parto. Mesmo timidamente, a própria categoria médica vem demonstrando acreditar no potencial e na competência da enfermeira obstétrica, o que é fundamental para ganhar aliados e galgar a confiança da população. O anúncio veiculado no jornal Zero Hora, do dia 25 de maio de 2005, reflete essa possibilidade:

¹⁴ As transferências muitas vezes são necessárias em virtude de complicações ou porque há a evidência de atender a parturiente em outro serviço dotado de maior aparato tecnológico.

¹⁵ Para obter os dados na íntegra, veja-se: CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1349-1359, jun. 2007.

Mulher brasileira e maternidade

J. A. CHAIEB *

Sob este mesmo título e neste mesmo espaço, publicamos em 20 de março de 1998 nossa opinião sobre o rumoroso caso de uma mulher que dera à luz no saguão do Hospital Fêmina e que causava indignação na mídia. Dizíamos que, segundo a organização Pan-Americana de Saúde, entre 48 países latino-americanos examinados, o Brasil ocupava o desonroso 40º lugar em assistência à maternidade. Lembrávamos e reafirmamos hoje que a maternidade não pode ser encarada como uma doença que requeira necessariamente a intervenção médica.

Na Inglaterra, cujo sistema de assistência médica conhecemos razoavelmente bem, apenas uma ínfima porcentagem dos partos é praticada por obstetras. Existem ambulatórios destinados à assistência às gestantes onde a enfermeira-parteira assume toda a responsabilidade dos cuidados da gestação, do pré, do parto e do pós-parto, estando elas capacitadas a diagnosticar as eventuais anomalias

que possam ocorrer, só então encaminhando a gestante ao médico obstetra.

Mas não é só na Europa que a parteira é reconhecida. Nos Estados Unidos, a profissão de enfermeira-parteira está regulamentada por lei em todos os Estados. O sistema de saúde Medicare reconhece a profissão e remunera seus serviços, que são necessários, eficientes, racionais e baratos. Isso ocorre numa sociedade que valoriza a saúde pública. Esse deve ser o dever do governo: disponibilizar o atendimento básico de saúde, e a assistência à maternidade integra esse atendimento.

Se o Hospital Conceição está utilizando enfermeiras-parteiras, exercendo uma profissão devidamente regulada

pelos órgãos de saúde pública, então o Hospital Conceição está no caminho certo e, quem dera, essa atividade nobre pudesse ser estendida a todo o Estado. É lamentável a campanha equivocada mantida pelo Sindicato Médico.

* Médico

*A maternidade não
pode ser encarada
como uma doença
que requeira
necessariamente
a intervenção médica*

Figura 9: Informe jornalístico

Fonte: Jornal Zero Hora, 25 de maio de 2005, p. 19.

Nesse anúncio, proferido por um médico, além de abordar a práxis da Enfermagem Obstétrica em vários locais do mundo, com garantia legal e de qualidade de atendimento, ainda aponta para a nobreza da atividade e vislumbra a possibilidade de ela ser expandida no Estado do Rio Grande do Sul, ao passo que lamenta a atitude do SIMERS em publicar fatos equívocos na mídia impressa regional. Ainda posiciona-se em relação ao governo que deve disponibilizar atendimento e condições para uma maternidade digna. Nesse sentido, nos faz pensar sobre o não-dito desse discurso, pois continuaremos enfrentando tais

campanhas difamatórias e conflitos (intra e extramuros das maternidades), se as esferas de poder não assumirem verdadeiramente seu papel e implementarem tais ações em benefício da população.

Hoje, vivemos um cenário de constantes debates em torno das competências de 'quem faz o parto', mesmo que, muitas vezes, veladas no interior dos serviços de saúde. Cabe lembrar que o principal objetivo preconizado pela Enfermagem Obstétrica é assistir ao parto e, a pesar das experiências bem-sucedidas e do movimento de valorização da enfermeira obstétrica, esse processo ainda acontece de forma muito tímida. Nesse eixo de discussão, pensa-se em três pontos: em primeiro lugar, que se amplie o diálogo entre os interlocutores (médicos, enfermeiras, parturientes órgãos de gestão e instituições hospitalares); segundo, que essa discussão se torne um recurso para mudanças, tendo como base os direitos humanos, os direitos sexuais e reprodutivos e uma atenção obstétrica mais qualificada, cujo trabalho interdisciplinar seja uma constante, e por último, que as enfermeiras obstétricas continuem lutando por seu espaço, seu direito de exercer a atividade da parturição, sustentadas pela legislação e pelo conhecimento científico, legitimando sua atuação na sociedade e explicitando que a Enfermagem é uma profissão intelectual, emocional e de ação social. Afinal, o discurso é um instrumento de prática e de luta política, mas o parto não é uma mercadoria pertencente a uma ou a outra categoria profissional. O parto é da mulher, e esta precisa ser respeitada nas suas decisões e na sua fisiologia, e, nesse processo, acredita-se que a enfermeira possa ser uma agente capaz de facilitar e tornar esse processo mais natural, humano e qualificado.

5 SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] Aqueles que são sábios dizem que se deve começar do começo, mas dificilmente definem o que é ou onde é o começo. Também é comum se dizer que se deve acabar o que se começa. Mas poucos se sentem assegurados de que completaram alguma coisa ao colocarem um ponto final (ORLANDI, 2001, p. 88).

No final desta investigação, cabe realizar uma reflexão sobre o percurso realizado; sobre aquilo que se pôde agregar e enriquecer em relação ao objeto de estudo e também sobre as lacunas e dificuldades; muitas delas que confirmam as impressões iniciais.

Não se acredita, no entanto, num final absoluto e inquestionável. Acredita-se que o conhecimento nunca esteja completo; por isso parafraseia-se Dutra, que afirma

[...] entendi com muitos outros autores que já fizeram esse processo, que a construção do conhecimento é sempre parcial, relativa, provisória, localizada e datada; dependendo do refinamento do olhar, é possível evidenciar leituras diferentes de um mesmo contexto (2005, p. 130).

A trajetória da parturição ao longo de sua história, constituída e pensada sob modelos de atenção e exercitada por muitos profissionais: parteira, obstetrix, enfermeira e médico; por este autor pensada e descrita, termina aqui. Porém, o parto e os conflitos existentes na figura do profissional que o realiza está significado na História e na ideologia. Ideologia que move a engrenagem da disputa pelo poder e pelo *status* social. É pelo discurso que se pode compreender a relação existente entre História/sujeito/ideologia e é, através desse 'funcionamento discursivo', que podemos identificar o sentido, o significado, a prática.

Compreender o discurso e a mídia impressa jornalística pretendeu evidenciar as práticas de parto, a historicidade, que por sua vez se faz viva no

discurso. Pode-se afirmar ainda que as práticas de parto e a legitimidade social de 'quem faz' o parto são cultural e ideologicamente delineadas e difundidas/consumidas através da mídia. A mídia – mais especificamente o jornal no exemplo desta investigação – funciona como um dispositivo pedagógico, impregnado de 'saberes' em relação ao partejar.

Este estudo buscou resgatar alguns marcos da história da parturição, com o intuito de auxiliar no entendimento do contexto atual em que vivemos, marcado pelo excesso de tecnicidade, abusivas taxas de parto operatório, altos coeficientes de mortalidade materna e perinatal. Pensando para além disso, há necessidade de (re)pensar as práticas e as ações no campo obstétrico, pois somente um programa ministerial de humanização e formação de enfermeiras obstétricas não é o suficiente.

Ficou claro que o Brasil apresenta um perfil singular quando se trata a gestação, a parturição e a maternidade. A necessidade de ampliar o campo da obstetrícia para a medicina tornou, no século XVIII, o parto um evento medicalizado, intervencionista e hospitalar. Mas vale reforçar que, embora a presença da enfermeira obstétrica na cena de parto esteja sendo preconizada, sua formação não pode ser alicerçada no mesmo modelo tecnocrático da formação médica.

O movimento pró-humanização do parto e parto normal no Brasil, incluída a formação de enfermeiras para atuar na área obstétrica, além da tentativa de diminuição de intervenções no parto e criação de centros de partos normais, despertou acusações e disputas de classe em 2005, como abordado ao longo do estudo. Diante da análise dos discursos que envolveram os fatos ocorridos, ficaram evidentes os tensionamentos existentes entre enfermagem e medicina, na cena de parto.

Precisa-se ainda analisar e discutir o fato a partir de dois enfoques: o da legalidade e o da legitimidade. Quando atacadas por estarem fazendo partos, as enfermeiras imediatamente apresentaram a Lei do Exercício Profissional, como forma de tornar público que sua atuação na parturição não é um ato ilícito e que há a tentativa de garantir um espaço, mesmo que ainda pequeno. Porém, socialmente, o parto por enfermeiras não é um fato legítimo, dada sua freqüência de “execução” por profissionais médicos, sendo assim considerado um ato médico, pelo menos para a maior parcela da sociedade gaúcha. Não resta dúvida de que existe um apoio às enfermeiras, como visto em algumas matérias jornalísticas em defesa da enfermeira obstétrica, mas isso ainda acontece de forma muito tímida em nosso estado.

Acredita-se que, para que se possa avançar ainda mais na qualificação da atenção ao parto no Brasil, em especial nos estados do Sul do País, no resgate social do parto normal em detrimento à cesárea com hora marcada e a ampliação da atuação da enfermeira obstétrica, é necessário pensarmos em:

- a) Discutir abertamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e as ações profissionais entre os diversos atores envolvidos nesse processo;
- b) reformular os currículos dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, para uma atenção menos técnica e mais humanizada (não apenas no nome, mas em ações efetivamente possíveis);
- c) maior envolvimento das enfermeiras e enfermeira obstetras no período do parto, assim como na produção e socialização de suas experiências e do conhecimento;
- d) controle social e ampliação do debate a respeito da temática;

- e) na criação de Centros de Parto Normal no Estado do Rio Grande do Sul;
- f) maior participação dos sindicatos, das associações e dos órgãos de classe, como ABEn, ABENFO, COREN, nas discussões políticas envolvendo a área obstétrica;
- g) maior apoio por parte das instâncias de governo, em especial do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde.

Por último, acrescenta-se que há muito ainda para avançar e muito já construído também. É possível, para daqui a alguns anos, termos um cenário diferente a ofertar para às mulheres. Resta decidir que cenário queremos e somos capazes de construir.

FECHANDO O JORNAL

Não há metáfora melhor do que esta para expressar esse momento. Ela representa o percurso e o processo criativo e desafiante de pesquisar sobre o tema parto, mídia jornalística e análise de discurso. Esse foi um dos momentos mais desejados por mim nos últimos meses. Confesso que estava ansioso por ele e que inúmeras vezes, ao longo desta caminhada, imaginei-me escrevendo este capítulo final. Sem dúvida alguma, a alegria e a nostalgia ganharam força nesse término. Alegria pela sensação maravilhosa de que o que parecia impossível tornou-se realidade, de que os muitos percalços e desafios da caminhada foram superados; nostalgia pelas recordações agradáveis e sem preço que marcaram essa trajetória.

Poderiam até me questionar: por que deixar os agradecimentos para o final? Porque esta dissertação é o resultado de um longo trabalho, iniciado muito antes ao meu ingresso no curso de mestrado, e que tem uma história a contar. Histórias que narram momentos de amizade, gratidão, afeto, companheirismo, amor e saudades. Por esse motivo, tenho aqui a oportunidade de agradecer às pessoas que estiveram, de alguma forma, presentes em minha vida nestes dois últimos anos. As pessoas aqui citadas compõem as histórias que posso contar sobre essa dissertação e também foram e são sujeitos dessa história, pois, sem elas, tenho certeza de que esse momento não seria completo.

Dessa forma, por diferentes razões, gostaria de agradecer especialmente:

A **Deus**, ser supremo, a dádiva da vida e pela luz que me guiou e guia incansavelmente, principalmente nas ocasiões de desespero, e que só a ele poderia recorrer.

À **Ana Bonilha** a orientação exigente e sensível e a presença decisiva em minha vida profissional: a parturição. Agradeço sua paciência, seu apoio, sua confiança e os ensinamentos; por ter-me mostrado o prazer em fazer pesquisa. Agradeço ainda a grande amizade que, por caminhos que a gente desconhece (e que buscamos conhecer juntos), permitiram-me conviver contigo durante esse período, para mim muito especiais.

Às professoras **Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira** (UFRGS), **Marta Júlia Marques Lopes** (UFRGS) e **Maria Luiza Gonzalez Riesco** (USP) as contribuições feitas na qualificação do projeto de pesquisa, as indicações bibliográficas preciosas e a sugestão em me aventurar no campo da ideologia e do discurso.

À banca examinadora a disponibilidade em ler e avaliar, de forma tão carinhosa e cuidadosa, esta dissertação. Agradeço às professoras **Anne Marie Weissheimer** (UFRGS), **Marta Júlia Marques Lopes** (UFRGS) e **Rosa Maria Filipozzi Martini** (UFRGS), o aceite em compor a banca por ocasião desta etapa final do processo.

Às colegas orientandas e demais componentes do Grupo de Estudos da Mulher e do Bebê (GEMBE) – **Virgínia**, a parceria no estágio de docência em pré-natal na Lomba do Pinheiro; **Tatiana** e **Jussara** o fato de dividirem comigo as sessões de estudo e de ansiedade; à bolsista **Lisandra** nossos passeios na Zero Hora, e à **Joice** o sorriso sempre estampado e a alegria contagiante.

Às (aos) colegas de mestrado com quem convivi – impossível citar todos: **Úrsula, Márcio, Paulo, Andréa, Luciana**. Em especial à **Viviam** a acolhida, as caronas, os trabalhos coletivos e principalmente os momentos de descontração.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a formação de qualidade e a todos seus professores e funcionários o auxílio e a compreensão.

Aos meus pais, **Cerilo e Anarci**, por até hoje conseguirem me surpreender com seu amor. O apoio e o sentimento de orgulho que têm por mim me emocionam e me fazem ser uma pessoa tão feliz.

À **Ceriana** a preciosidade de um amor singular, que somente poderia nascer da/na relação entre irmãos. Agradeço pelo suporte afetivo, por entender (ou tentar entender) a minha ausência e pelo sensível e criativo “olhar artístico” para com esta investigação. Aos meus sobrinhos **Dylan e Tácio** o convívio que fizeram da dissertação algo menos extenuante.

À **Michelle** o apoio e a sensibilidade. A paciência e o cuidado que tem comigo certamente foram imprescindíveis, nos períodos tristes e alegres que marcaram a redação desta dissertação.

Aos estagiários que conviveram comigo durante minha passagem na Coordenação Técnica da Faculdade Fátima: **Gláucio, Bruna, Cristiano, Paula, Cristiani, Miguel e Juliana**. O imensurável apoio e suporte, seja nas digitações, seja em segurar “as pontas” para que eu pudesse estar em Porto Alegre. Agradeço a amizade e recordo com alegria nossas conversas e risadas nas rodas de chimarrão.

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul, do qual faço parte, em especial à professora **Suzete Marchetto Claus**, a amizade, o incentivo e por flexibilizar meus horários de aula

durante o primeiro ano de mestrado. Agradeço ainda às colegas da área fundamental, a parceria, as aulas dadas, os jantares e as confraternizações; os instantes de humor e descontração fundamentais nesse processo. Obrigado **Suzana, Tanara, Resli, Nanci e Patrícia.**

Registro também meu agradecimento a todos os **alunos** dos diversos cursos e das diferentes disciplinas, pois incentivaram e torceram para que esse momento chegasse.

Por fim, meu agradecimento e profundo carinho a todos e a todas, que, de diferentes formas, foram importantes nesse processo e, visto a imensidão, seria impossível citar nominalmente, mas contribuíram para mais esse passo de minha vida profissional e pessoal. Muito obrigado!

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. **Uma boa forma de ser feliz**. Representações do corpo feminino na revista Boa Forma. Porto Alegre, 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) – UFRGS, Porto Alegre, 2002.

ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da Cidade do Recife-PE. **Cogitare Enferm**, 11 (1):31-38. jan./abr. 2006.

BARBOSA, G. P.; GIFFIN, K.; ÂNGULO-TUESTA, A. Parto cesáreo: quem o deseja? Em que circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1611-1620, nov./dez. 2003.

BONILHA, A. L. L.; ESPÍRITO SANTO, L. C. Humanização no parto e nascimento: revisando uma história recente. **Boletim Informativo da ABENFO-RS**, Porto Alegre, v.6, n.19, p. 4-6, dez. 2002.

BRANDÃO, N. S. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras: 1897-1967**. Porto Alegre, 1998. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

BRASIL. Portaria n.163, de 29 de maio de 1998. Aprova o laudo de enfermagem para a emissão de autorização de internação hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2 jun. 1998a. Seção 1, p.47-48.

_____. Portaria n.2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui a tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, o grupo de procedimentos do parto normal sem distócia, realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2 jun. 1998b. Seção 1, p.47-48.

_____. Portaria n. 888, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999a.

_____. Portaria n. 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o centro de parto normal no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999b. Seção 1, p. 22.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2001. Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, Área Técnica de Saúde da Mulher**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Avaliação dos Cursos de Enfermagem Obstétrica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006, Área Técnica de Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-49, abr./jun. 1991.

CABRAL DOS SANTOS, J. B. Uma reflexão metodológica sobre análise de discurso. In: FERNANDES, C. A.; SANTOS, J. B. C. dos (Org.). **Análise do Discurso: unidade e dispersão**. Uberlândia: Entre-Meios, 2004.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1349-1359, jun. 2007.

CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em Saúde. conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino – Am. Enfermagem** , 13(1), 2005.

CHAIÉB, J. A. Mulher brasileira e maternidade. **Zero Hora**, 25 de maio de 2005.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Coleção Primeiros Passos; 13).

COREN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução COFEN Nº 223/99. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7053§ionID=34>. > Acesso em: fev. 2007.

_____. Conselho Regional de Enfermagem do Rio grande do Sul. **Legislação e Código de Ética**. Porto Alegre: COREN, 2001.

_____. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução COFEN Nº 308/2006. Normatiza as responsabilidades dos enfermeiros quanto ao funcionamento de centros de parto normal e/ou casas de partos. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r308.htm>> Acesso em: fev. 2008.

CORREIO DO POVO. **Apedido**. Porto Alegre: 20 de maio de 2005, p. 2.

_____. **Apedido**. Porto Alegre: 25 de maio de 2005, p. 2.

CREMERS. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.** Lei do Senado nº 268 (Substitutivo), de 2002. Dispõe sobre o exercício da medicina. Porto Alegre. Disponível em: <[http:// www.cremers.com.br](http://www.cremers.com.br). >. Acesso em: 21/2/2007.

DATASUS. **Informações em saúde.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br - 2002>>. Acesso em: jul. 2006.

DATASUS. **Indicadores de cobertura.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibd2005>>. Acesso em: abr. de 2007.

DAVIS-FLOYD, R. E. Obstetric training as a rite of passage. In: *Obstetrics in the United States: woman, physician and society* (R. Hahn ed). **Special Issue of the Medical Anthropology Quarterly**, 1(3); 288-318, 1987.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S (ORG.); NETO, O.C.; GOMES, R. **Pesquisa Social** – teoria, método e criatividade. 5. ed. Vozes, Petrópolis:1996.

DIAS, N. Simers critica partos por enfermeiros. **Zero Hora**, 19 de maio de 2005, p. 46.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites na assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado) – São Paulo: USP, 2001.

DUTRA, I. L. **Parto natural, normal e humanizado:** a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto. 2005. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – UFRGS, Porto Alegre, 2005.

FABRE. L. **Précis d'obstétrique.** Paris: J.B. Baillièrre et Fils, 1910.

FAUR, M. **O legado da deusa.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

FEITOSA, S. Quando saúde é notícia em Veja: um estudo exploratório. In: SILVA, Jacqueline Oliveira; BORDIN, Ronaldo (Org.). **Máquina dos sentidos:** processos comunicacionais em saúde. Porto Alegre: Da casa Editora, 2003.

FERNANDES, C. A. Lingüística e história: formação e funcionamentos discursivos. In: FERNANDES, C. A.; SANTOS, J. B. C. (Org.). **Análise do Discurso:** unidade e dispersão. Uberlândia: Entre-Meios, 2004.

_____. **Análise do Discurso:** reflexões introdutórias. Goiânia: Trilhas Urbanas, 2005.

_____. **Análise do Discurso:** reflexões introdutórias. 2. ed. São Carlos: Claraluz, 2007.

FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90:** réplica de um estudo. 2000. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2000.

FERREIRA, E. L. **As formas dos discursos na/da dança em cadeiras de rodas e seus processos de significação**. 2003. Tese (Doutorado em Educação Física) – UNICAMP, Campinas, 2003.

FERREIRA, M. C. L. O quadro atual da análise de discurso no Brasil: um breve preâmbulo. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M.C.L. (Org.). **Michel Pêcheux e a Análise do Discurso**: uma relação de nunca acabar. São Carlos: Claraluz, 2005.

_____. (Coord.). **Glossário de termos do discurso**. Porto Alegre: UFRGS. Instituto de Letras, 2005.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática, 2003.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1999.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FREITAS, P. et al. Social inequalities in cesarean section rates in primiparaes, Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.5, p. 761-767, out./2005.

HALL, S. **Representações culturais e práticas de significação**. Londres: Sage, 1997.

HAROCHE, C. Da anulação à emergência do sujeito: os paradoxos da literalidade no discurso (Elementos para uma História do Individualismo). **Sujeito e Texto, Cadernos PUC**, São Paulo: EDUC, 1998.

HELLMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IBOPE. Análise por segmentos e pesquisa de penetração do jornal Correio do Povo no período de novembro de 2006 e janeiro de 2007 na Cidade de Porto Alegre. **IBOPE PORTO ALEGRE** [material impresso], março de 2007.

INDURSKY, F. Apresentação. In: INDURSKY, F.; FERREIRA, M. C. L. (Org.). **Michel Pêcheux e a Análise do Discurso**: uma relação de nunca acabar. São Carlos: Claraluz, 2005.

INTERNET. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: set. 2006.

INTERNET. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/correio_do_povo>. Acesso em: mar. 2007.

JORGE, D. R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1975. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

LANGDON, J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. [19-] Disponível em: < [http/ www. Cfh. Ufsc.br/ nessi /a % 20 doenca % 20como%20 Experience. Htm](http://www.Cfh.Ufsc.br/nessi/a%20doenca%20como%20Experience.Htm)>. Acesso em: set. 2006.

LARGURA, M. **Assistência ao parto no Brasil**: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARCELLO, F. A. **Dispositivo da maternidade na mídia**: produção agonística de experiência. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – UFRS, Porto Alegre, 2003.

MARCHIORO, L. Enfermeiras. **Correio do Povo**, 22 de junho de 2005. Do Leitor, p. 4.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 1-16, 2005.

MARTINS NETO, A. R. **Atração Global**: a convergência da mídia e tecnologia. São Paulo: Makron Books, 1998.

MELO, E. A. S. Gestos de autoria: construção do sujeito da escrita na alfabetização. In: BARONAS, R. L. (Org.). **Identidade, cultura e linguagem**. Cárceres/MT: Unemat; Campinas/SP: Pontes, 2005.

MENDES, P. A. Partos por enfermeiras. **Zero Hora**, 26 de maio de 2005, p. 13.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MEYER, D. E. E. Gênero em educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Felipe J.; GOELLNER, Silvana V. **Corpo, gênero e sexualidade**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MUTTI, R. M. V. O primado do outro sobre o mesmo. In: Seminário de Estudos em Análise de Discurso, 1. 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. 1 CD-ROM.

_____. **Análise de Discurso**. Porto Alegre, 2004. Disciplina Fundamentos e Procedimentos em Análise de Discurso. PPGDU/UFRGS. [aulas].

_____. **Pêcheux as 3 fases**. Porto Alegre, 2005. Disciplina Práticas em Análise de discurso na Pesquisa em Educação II. PPGEDU / UFRGS. [aulas].

NALDONI, T. Jornais mais lidos no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://portalimprensa.uol.com.br/new_ultimasnoticias_data_viev.asp?code=3876>. Acesso em: abr.2007.

NELKIN, D. **Selling science**. how the press cover science and technology. USA: Freeman and Company, 1995.

NERA, L. Melhoras à saúde materna: recorde de cesáreas é brasileiro há 30 anos. **Folha Brasil**. [online], mar./2005. Disponível em: <<http://www1folhauol.com.br/folha/especial/2005/metassociais/fj3103200211.shtml>>. Acesso em: maio 2007.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

Organização Mundial de Saúde OMS. **Assistência ao parto normal**. Um guia prático. Genebra (SW): OMS, 1996.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. Campinas: Ed. UNICAMP, 1992.

_____. **Gestos de leitura**. Campinas: Ed. Unicamp, 1994.

_____. O próprio da análise de discursos. **Caderno Escritos**, n. 3, Campinas: LABEUB, 1998.

_____. Contextos epistemológicos de Análise de Discurso. **Caderno Escritos**, n. 4, Campinas: LABEUB, 1999.

_____. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas: Pontes, 2000.

_____. **Discurso e leitura**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. A análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. In: Seminário de Estudos em Análise de Discurso, 1. 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. 1 CD-ROM.

_____. **Interpretação:** autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 4. ed. Campinas: Pontes, 2004.

_____. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 7. ed. Campinas: Pontes, 2007.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PÊCHEUX, M. A **Análise do Discurso: três épocas (1983).** In: GATED, F.; HAK, T. **Por uma análise automática do discurso:** uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: EDUNICAMP, 1990.

_____. **A análise de discurso: três épocas (1983).** In: GADET, F.; HAK, T. (Org.). **Por uma análise automática do discurso:** uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. Bethania S. Mariani et al. Campinas: UNICAMP, 1993.

PERRENOUD, P. **As 10 competências para ensinar.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

PICON, J. D. Simers critica partos por enfermeiros. **Zero Hora**, 19 de maio de 2005, p. 46.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, V. L. **As três épocas da análise de discurso.** Programa de Pós-Graduação em Letras. Santa Maria: UFSM, 2000. Coleção Ensaios.

PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde, Centro de Vigilância em Saúde. Equipe de Informação em Saúde. **Pra saber: informações de interesse à saúde.** Porto Alegre: SINASC, 2000.

RABELO, L.R. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRGS, Porto Alegre, 2006.

RAMOS, J. G. L. Enfermeiros se baseiam na lei. **Correio do Povo**, 16 de junho de 2005, p. 7.

RBS. **Grupo RBS.** Porto Alegre. Disponível em:< <http://www.rbs.com.br>>. Acesso em: set. 2006.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas oportunidades? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n. 1/2, p. 449-459, 2002.

ROCHA, T. A. **As práticas das enfermeiras na área obstétrica na implantação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRGS, Porto Alegre, 2007.

RS. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. **A Saúde da população do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: CEVS, 2006.

SACRAMENTO, M. T. P. ; TYRRELL, M. A. R. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica. **Revista Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 14(3): p. 425-33, 2006.

SÁNCHEZ, J. Enfermeiros. **Correio do Povo**, 03 de junho de 2005. Do Leitor, p. 4.

SCHIRMER, J. Assistência ao parto: novas diretrizes governamentais. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 13, n. especial, Parte I, p. 214-21, 2000.

_____. **Formação da enfermeira obstetra:** contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. 2001. Tese (Livre docência em Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade:** uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SOUZA, A. C. **O percurso dos sentidos sobre a beleza através dos séculos:** uma análise discursiva. 2004. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – UNICAMP, São Paulo, 2004.

STASBURGUER, V. C. **Os adolescentes e a mídia:** impacto psicológico. Porto Alegre. Artes Médicas, 1999.

WORTMANN, M. L. C.; VEIGA NETO, A. **Estudos culturais da Ccência e educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ZERO HORA. **Apedido.** Porto Alegre: 16 de maio de 2005, p. 3.

_____. **Apedido.** Porto Alegre: 17 de maio de 2005, p. 3.

_____. **Apedido.** Porto Alegre: 20 de maio de 2005, p. 3.

_____. **Apedido.** Porto Alegre: 27 de maio de 2005, p. 3.

_____. **Humor.** Porto Alegre: 05 de junho de 2005, p. 70.

_____. **Mercado.** Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.rbsjornal.rbs.com.br/jornalzerohora>>. Acesso em: set. 2006.

_____. **Informes veiculados no ano de 2005**. Porto Alegre. Disponível em: <
[http:// www. rbsjornal.rbs.com.br/jornalzerohora](http://www.rbsjornal.rbs.com.br/jornalzerohora). >. Acesso em: set. 2006.

APÊNDICE A – Termo de Solicitação e Responsabilidade de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Aos jornais Zero Hora e Correio do Povo

Porto Alegre, julho de 2007.

Nós, Rossano Sartori Dal Molin, aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e coordenadora do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (GEMBE), autores da pesquisa *O PARTO NORMAL NA MÍDIA IMPRESSA: o legal e o legítimo na atuação da enfermeira obstétrica*, cujo objetivo é compreender os possíveis efeitos de sentidos produzidos a partir do discurso da mídia impressa jornalística, em 2005, sobre a atuação dos profissionais enfermeiros no atendimento ao parto normal, pelo presente termo solicitamos acesso irrestrito ao material impresso e divulgado nesse jornal durante o ano de 2005, que possa servir de subsídios para esta pesquisa. Comprometemo-nos, ainda, a não danificar ou realizar uso indevido do material e, após o término do estudo, remeter a essa instituição cópia final do trabalho.

Atenciosamente,

Rossano Sartori Dal Molin

Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

ANEXO A – Projeto de Lei do Senado Nº. 268 de 2002 – Exercício da Medicina

Dispõe sobre o exercício da medicina.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O exercício da medicina é regido pelas disposições desta Lei.

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I – a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II – a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III – a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

I – formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica;

II – indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;

III – indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;

IV – intubação traqueal;

V – definição da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como as mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas;

VI – supervisão do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;

VII – execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;

VIII – emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;

IX – indicação do uso de órteses e próteses, exceto as órteses de uso temporário; X – prescrição de órteses e próteses oftalmológicas;

XI – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

XII – indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;

XIII – realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;

XIV – atestação médica de condições de saúde, deficiência e doença;

XV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

§ 1º Diagnóstico nosológico privativo do médico, para os efeitos desta Lei, restringe-se à determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por no mínimo dois dos seguintes critérios:

I – agente etiológico reconhecido;

II – grupo identificável de sinais ou sintomas;

III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º Não são privativos do médico os diagnósticos funcional, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva.

§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:

I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos;

II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos;

III – invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.

§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:

I – aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas, de acordo com a prescrição médica;

II – cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica;

III – aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;

IV – punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica;

V – realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;

VI – atendimento à pessoa sob risco de morte iminente.

§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.

§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.

Art. 5º São privativos de médico:

I – direção e chefia de serviços médicos;

II – coordenação, perícia, auditoria e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, a atividades privativas de médico;

III – ensino de disciplinas especificamente médicas;

IV – coordenação dos cursos de graduação em medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos. Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.

Art. 6º A denominação de “médico” é privativa dos graduados em cursos superiores de medicina e o exercício da profissão, dos inscritos no Conselho Regional de Medicina com jurisdição na respectiva unidade da federação.

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas sobre quais procedimentos podem ser praticados por médicos, quais são vedados e quais podem ser praticados em caráter experimental. Parágrafo único. A competência fiscalizadora dos Conselhos Regionais de Medicina abrange a fiscalização e o controle dos procedimentos especificados no caput, bem como a aplicação das sanções pertinentes em caso de inobservância das normas determinadas pelo Conselho Federal.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor sessenta dias após a data de sua publicação.

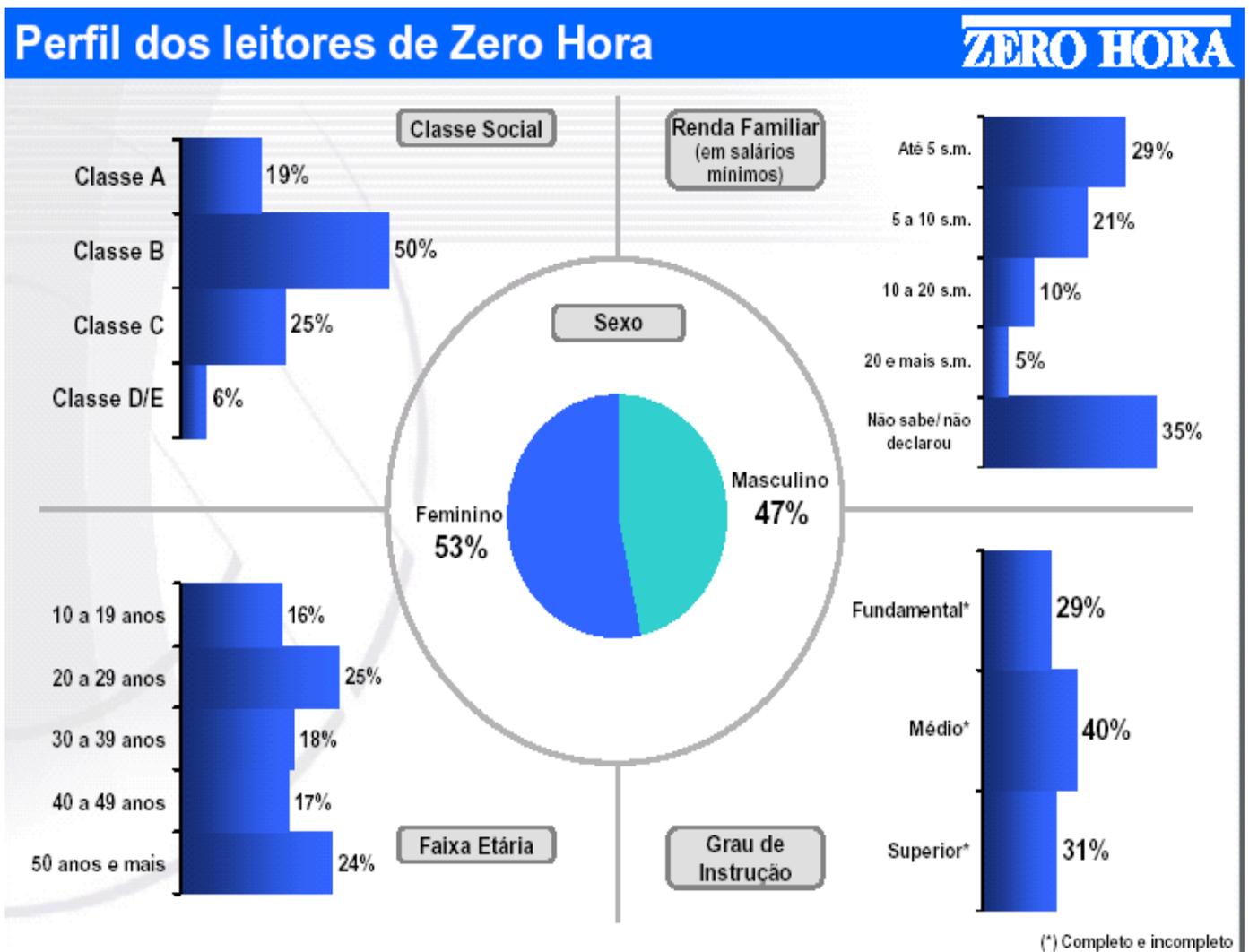
Fonte: CREMERS, 2007.

ANEXO B – Jornais mais lidos na Região Sul

Publicação	UF	Posição	Participação Mercado %	Quantidade IJE's	Média Publicação
Zero Hora	RS	1º	20,69	1	173.071
Correio do Povo	RS	2º	18,60	1	155.611
Diário Gaúcho	RS	3º	18,23	1	152.454
Gazeta do Povo	PR	4º	5,65	1	47.233
Diário Catarinense	SC	5º	5,00	1	41.793
Jornal NH	RS	6º	4,09	1	34.190
Folha de Londrina	PR	7º	3,95	1	33.021
A Notícia	SC	8º	3,75	1	31.392
Pioneiro	RS	9º	2,82	1	23.556
Tribuna do Paraná	PR	10º	2,27	1	19.014

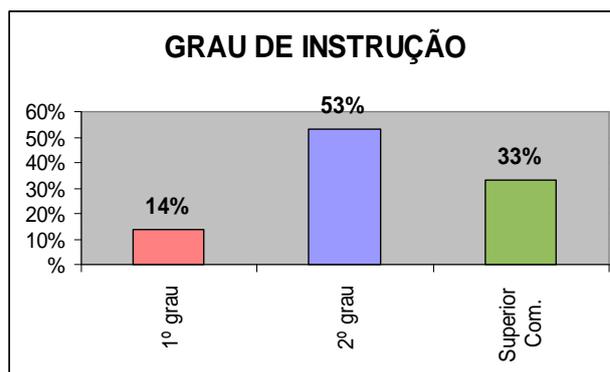
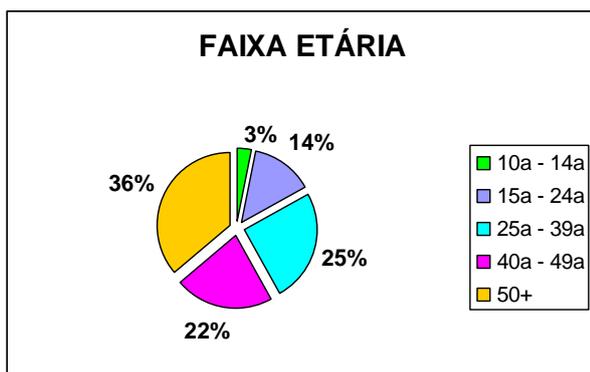
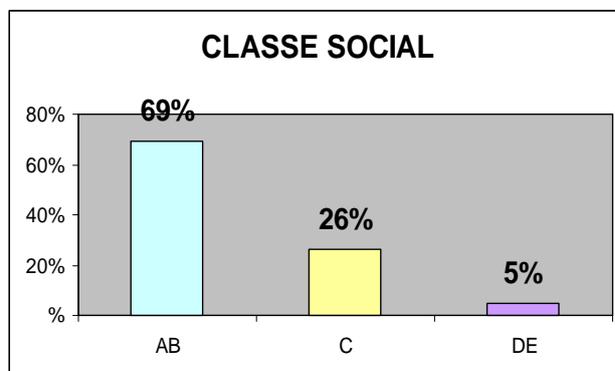
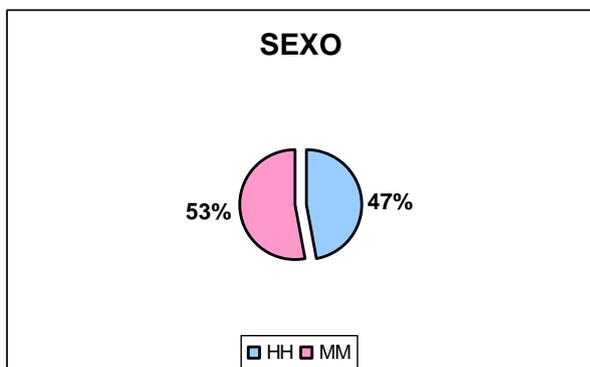
Fonte: http://portalimprensa.uol.com.br/new_ultimasnoticias_data_view.asp?code=3876

ANEXO C – Perfil dos leitores do jornal Zero Hora



Fonte: <http://www.rbsjornal.rbs.com.br/jornalzerohora>

ANEXO D – Perfil dos leitores do jornal Correio do Povo



Fonte: IBOPE, 2007.

ANEXO E – Resolução COFEN Nº. 223/99

Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais; CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 5º, XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil; CONSIDERANDO o que dispõe a Lei nº 7.498/86, inciso I, alíneas "l" e "m", c/c as alíneas "g", "h", "i", e "j", do inciso II, e ainda o disposto no parágrafo único, todos do art. 11; CONSIDERANDO o Decreto n.º 94.406/87, que regulamenta a Lei n.º 7.498/86, que preceitua em seu art. 8º, inciso I, nas alíneas "g" e "h", bem como no inciso II, nas alíneas "h", "i", "j", "l", "m", e "p"; CONSIDERANDO que a Portaria nº 2.815, de 29/05/1998, do Senhor Ministro da Saúde, publicada no DOU nº 103, inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal; CONSIDERANDO que a Portaria nº 163, de 22/09/1998, do Senhor Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, publicada no DOU nº 183, regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar; CONSIDERANDO a resultante das discussões ocorridas nos trabalhos integrados entre o COFEN e a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras - ABENFO Nacional; CONSIDERANDO deliberação do Plenário na 279ª Reunião Ordinária, e tudo o que mais consta do PAD COFEN nº 56/94;

RESOLVE:

Art. 1º - A realização do Parto Normal sem Distócia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetizadora ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior:

- a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetizadora, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência a Saúde da Mulher, além das atividades constantes do artigo 2º, compete ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
- c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;
- d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98;

e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 1999.

Hortência Maria de Santana
COREN-SE Nº 28.275
Presidente

Nelson da Silva Parreira
COREN-GO N.º 19.377
Primeiro-Secretario

Fonte: COFEN, 1999.

ANEXO F – Portaria nº. 2.818 de 29 de maio de 1998

PORTARIA Nº 2.815 DE 29 DE MAIO DE 1998.

GABINETE DO MINISTRO

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal,

Considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, e

Considerando o disposto na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e no Decreto no 94.406 de 08 de junho de 1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra, resolve:

1 - Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento abaixo relacionados, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95.

35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

SH	SP	SADT	TOTA L	ATOMED	ANEST	PERM
166,78	00	00	166,78	00	00	00

2 - Os valores relativos a realização do procedimento pelo enfermeiro obstetra estão incluídos nos Serviços Hospitalares.

3 - O campo serviços profissionais deverá ser preenchido com o código do procedimento realizado, 35.080.01.7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra.

4 - Para inclusão das Unidades que realizarão este procedimento no SIH-SUS os gestores deverão encaminhar autorização prévia ao DATASUS/RJ até o quinto dia útil da cada mês.

5 - A realização deste procedimento por Unidade não autorizada pelo Gestor acarretará em rejeição da AIH.

6 - Alterar os valores dos procedimentos, abaixo relacionados, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais/ SIA-SUS para:

033-7: Assistência ao Parto Sem Distocia Por Enfermeira (o) Obstetra - R\$ 54,80

029-9: Assistência ao Parto Sem Distocia Por Parteira (o) - R\$ 13,58

7 - Incluir analgesia nos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, IV e VI da Tabela do SIH-SUS que passará a compor a remuneração dos procedimentos com 114 pontos para o anestesista.

8 - Alterar os valores dos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, III, IV, V, VI e VII conforme abaixo discriminado, já incorporado aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95:

Cirurgia Obstétrica II

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
82,20	111,43	1,15	194,78	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica III

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
180,30	111,43	2,11	293,84	0196	0144	03

Cirurgia Obstétrica IV

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
95,30	111,43	1,15	207,88	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica V

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
228,46	111,43	2,11	342,00	0196	0144	03

Cirurgia Obstétrica VI

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
118,95	111,43	1,15	231,53	0371	0144	02

Cirurgia Obstétrica VII

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
230,64	111,43	2,11	344,18	0196	0144	03

9 - Nos valores constantes já estão incorporados os fatores de recomposição de 25% (vinte cinco por cento) previstos da PT/MS/GM 2.227 de 22 de novembro de 1995.

10 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1 de junho de 1998.

Fonte: BRASIL, 1998b.

ANEXO G – Portaria nº. 985 de 05 de agosto de 1999

Portaria nº 985/GM Em, 05 de agosto de 1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando:
a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade;
que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal;
a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e
a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis, resolve:

Art. 1º Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal

§ 1º Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias.

§ 2º O Centro de Parto Normal deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério

§ 3º O Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo –unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto nesta Portaria.

Art. 2º Estabelecer as seguintes normas e critérios de inclusão do Centro de Parto Normal, no SUS:

I- estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde da sua área de abrangência, especialmente às Unidades de Saúde da Família;

II- funcionar em parceria com o nível de referência secundário, que garantirá o atendimento dos casos identificados e encaminhados pelas unidades básicas às quais está vinculado;

III- manter informados os Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde a que estiver vinculado.

Art. 3º Definir que ao Centro de Parto Normal- CPN, cabe as seguintes atribuições:

I. desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do recém-nascido/RN;

II. acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna;

III. permitir a presença de acompanhante;

IV. avaliar a vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V. garantir a assistência ao parto normal sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente;

VI. garantir a assistência ao RN normal;

VII. garantir a assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria;

VIII. garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora;

IX. garantir a remoção dos RN de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora;

X. acompanhar e monitorar o puerpério, por um período mínimo de 10 dias (puerpério mediato), e

XI. desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Art. 4º Definir que são características físicas do Centro de Parto Normal:

I- apresentar planta física adequada ao acesso da gestante;

II- estar dotado de:

sala de exame e admissão de parturientes;

quarto para pré-parto/ parto/ pós- parto – PPP

área para lavagem das mãos;
 área de prescrição;
 sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes;
 área para assistência ao RN.

III- possuir os seguintes ambientes de apoio:

banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente;
 copa/cozinha;
 sala de utilidades;
 sanitário para funcionários e acompanhantes;
 depósito de material de limpeza;
 depósito de equipamentos e materiais de consumo;
 sala administrativa;
 rouparia / armário.

IV- atender aos requisitos quanto à estrutura física previstos nesta Portaria, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, em especial às normas do Ministério da Saúde, específicas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

V- como unidade intra-hospitalar pode compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do hospital, desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos;

VI- como unidade isolada não poderá adotar a solução de box individualizado;

VII- com referência às instalações prediais deve atender às exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde do Ministério da Saúde e dos códigos de obras locais;

VIII- adotar as exigências técnicas das normas para a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Art. 5º O Centro de Parto Normal deve possuir os seguintes equipamentos mínimos:

mesa para exame ginecológico
 berço comum
 mesa auxiliar
 cama de PPP
 cadeira para acompanhante
 mesa de cabeceira
 fita métrica
 escadinha de dois lances
 duas cadeiras
 estetoscópio de Pinard
 estetoscópio clínico
 esfignomanômetro
 material de exames
 amnioscópio
 sonar
 cardiotocógrafo
 aspirador de secreções
 berço aquecido
 fonte de oxigênio
 balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança
 máscaras para neonatos
 laringoscópio
 02 (duas) lâminas de laringoscópio retas (nºs 0 e 1)
 cânulas orotraqueais
 extensões de borracha
 oxímetro de pulso
 sonda de aspiração traqueal
 incubadora de transporte
 fonte de oxigênio na viatura
 ambulância

Art. 6º Definir os Recursos Humanos necessários ao funcionamento do CPN:

I - equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância.

II- o CPN poderá contar com equipe complementar, composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista, e 01 (um) médico obstetra.

III - a parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Art. 7º Estabelecer que para fins de remuneração das atividades desenvolvidas pelo Centro de Parto Normal, ficam incluídos na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS os seguintes Grupos de Procedimentos e procedimentos:

35.100.10-9 Cirurgia Obstétrica X

35.086.01-7 Assistência ao período premonitório e ao parto normal sem distócia em Centro de Parto Normal

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTO	ANEST	PERM
187,53	0,00	7,25	194,78	0000	0000	02

35.100-11-7 Cirurgia Obstétrica XI

35.087.01-3 Assistência ao período premonitório e ao parto normal sem distócia em Centro de Parto Normal com atenção ao RN na sala de parto realizado por pediatra ou neonatologista

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTO	ANEST	PERM
200,63	0,00	7,25	207,88	0000	0000	02

Art. 8º Determinar que nenhum Centro de Parto Normal pode funcionar sem estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do estado ou município, atendendo aos requisitos constantes desta Portaria e legislação pertinente.

Art. 9º Definir que a construção, reforma ou ampliação na estrutura física do Centro de Parto Normal devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local.

Art. 10 Definir que as unidades que preencherem os requisitos constantes desta portaria passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde, como Centro de Parto Normal, e receber a remuneração referente aos procedimentos de que trata artigo 7º da mesma.

Art. 11 Estabelecer que as Secretarias Estaduais e Municipais deverão encaminhar ao Ministério da Saúde propostas de implantação de Centros de Parto Normal inseridos nos sistemas locais de saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito dos sistemas de saúde estaduais.

Art.12 Determinar que cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS realizar as vistorias e adotar as providências necessárias ao cadastramento dos Centros de Parto Normal.

Art.13 Definir que as Secretarias Estaduais e Municipais, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos dos Centros de Parto Normal em promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Fonte: BRASIL, 1999b.

ANEXO H – Portaria nº. 888 de 12 de julho de 1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a prioridade atribuída pela atual gestão às questões relacionadas com a Saúde da Mulher e da Criança, já objeto de diversas iniciativas;

Considerando as experiências positivas de funcionamento de Casas de Parto e Maternidades-Modelo tanto para a assistência de qualidade, com a filosofia do parto normal e humanizado como para a formação dos recursos humanos indispensáveis à superior qualificação do pré-natal, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido em todo o país;

Considerando a conveniência de regulamentar o funcionamento das Casas de Parto e estabelecer tabela do procedimentos para seu adequado financiamento;

Considerando a necessidade de integrar as iniciativas que visam a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança com os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde (PSF/PACS) e, em geral, com as ações da rede de serviços próprios ou contratados do SUS, resolve:

Art. 1º Instituir o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, no Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Designar DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO, para coordenar e supervisionar a execução do referido Projeto.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Fonte: BRASIL, 1999a.

ANEXO I – Resolução do COFEN nº. 308/2006

RESOLUÇÃO COFEN Nº 308/2006

Revoga a Resolução COFEN nº. 305/2006

O **CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN**, no uso de suas atribuições legais consignadas na Lei nº 5.905/1973, no Estatuto do Sistema COFEN/CORENs, aprovado pela Resolução COFEN-206/1997, tendo em vista a deliberação do Plenário:

CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII que trata dos direitos e garantias fundamentais e art.197 que trata da regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86, em seu artigo 11º, e o Decreto nº 94.406/86, artigo 8º;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86, em seu artigo 12º, e o Decreto nº 94.406/86, artigo 9º;

CONSIDERANDO o contido no artigo 927, do Código Civil Brasileiro, que trata da responsabilidade civil, da obrigação de indenização por atos ilícitos.

CONSIDERANDO a Lei n 8080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde, no art. 5º, inciso III;

CONSIDERANDO o contido na Resolução COFEN nº 223/1999, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal;

CONSIDERANDO o contido na Portaria 888/GM de 12/07/99, que regulamenta as Casas de Parto;

CONSIDERANDO o contido na Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999, publicada no D.O.U de 6/8/1999, que cria os Centros de Parto Normal;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela resolução COFEN nº 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução-COFEN nº. 272/2002, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde está determinada a utilização de método e estratégia de trabalho científico para a identificação de situações de saúde/doença, subsidiando ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, prevenindo riscos e a Assistência de Enfermagem livre e isenta de riscos provenientes da imperícia, imprudência e negligência no exercício profissional;

CONSIDERANDO o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna, Brasil 2004-Ações estratégicas – qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento; e

CONSIDERANDO os estudos e pareceres emanados pela Câmara Técnica de Assistência;

R E S O L V E :

Art. 1º - Normatizar as responsabilidades do Enfermeiro quanto ao funcionamento de Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, para o atendimento à mulher e ao RN no período gravídico- puerperal.

§ 1º. Considera-se como Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, o estabelecimento de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócia.

§ 2º. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar as unidades de saúde existentes e organizados no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizado a atenção à gestante em pré-natal, ao parto e ao puerpério e ao RN;

§ 3º. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme o disposto nesta Resolução;

§ 4º. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, quando atuar com autonomia físico-estrutural (sem estar vinculada, fisicamente, a uma unidade hospitalar), deverá garantir, por contrato ou Termo de Compromisso registrado em Cartório, a retaguarda necessária para possível situação de recurso à Assistência Hospitalar para a parturiente e para o RN;

§ 5º. O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, sendo conduzido por Enfermeiro e havendo profissionais de Enfermagem, deverá estar devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem, e com o respectivo Certificado de Responsabilidade Técnica vigente;

Art. 2º - O Enfermeiro deverá investir para que o Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto seja referência junto às Unidades Básicas de Saúde da sua área de abrangência e em especial às Unidades de Saúde da Família;

Art. 3º - O Enfermeiro deverá manter informados os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde a que estiver vinculado, no que couber;

Art. 4º - Ao Enfermeiro Responsável pelo Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, cabem as seguintes atribuições abaixo relacionadas, além daquelas que sejam de sua competência legal, à saber:

I. Desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto no reparaçCentro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, além da amamentação do recém-nascido/RN.

II. Acolher a mulher no ciclo gravídico e puerperal e avaliar as condições de saúde materna e do feto;

III. Permitir a presença de acompanhante de escolha da parturiente;

IV. Viabilizar de acordo com as características dos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, o acompanhamento pré e pós-natal;

V. Avaliar as condições fetais pela realização de partograma e de exames complementares;

VI. Garantir a assistência ao parto normal sem distócia, respeitando a individualidade da parturiente, priorizando a utilização de tecnologias não evasivas de cuidados;

VII. Garantir a assistência ao RN normal;

VIII. Elaborar e implementar Protocolos Técnicos referentes às diversas formas de intervenção na assistência de Enfermagem à Parturiente e ao RN, que deverão ser encaminhados ao Conselho Regional de Enfermagem ao qual estiver vinculado para sua aprovação;

IX. Garantir a assistência imediata ao RN em situações eventuais de risco, devendo para tal, dispor de profissionais capacitados para eventuais manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

X. Garantir a imediata remoção da gestante, para unidades de referencia, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em veículo apropriado (ambulância) e acompanhado pelo

Enfermeiro. Caberá ao Enfermeiro, assumir a Coordenação da Assistência de Enfermagem até a efetivação da transferência Institucional, devidamente documentada na forma da Lei (SAE);

XI. Garantir a imediata remoção do RN de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas, imediatamente, sendo esta remoção, em veículo apropriado (ambulância) e acompanhado sempre pelo Enfermeiro, Caberá ao Enfermeiro, assumir a Coordenação da Assistência de Enfermagem até a efetivação da transferência Institucional, devidamente documentada na forma da Lei (SAE);

XII. Acompanhar e monitorar o puerpério, por período mínimo de 10 dias (puerpério mediato);

XIII. Desenvolver ações com as Unidades de saúde de referência e com os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, no que diz respeito à Saúde da Mulher e Saúde da Criança que tenham sido assistidos pelo estabelecimento;

XIV. Todas as ações assistenciais de Enfermagem deverão ser registradas em prontuário, conforme normatização pertinente (SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM);

Art. 5º - O enfermeiro Responsável Técnico deverá estabelecer uma estrutura física compatível com a Assistência à ser prestada, conforme o definido na Portaria MS-985/1999, artigos 4º e 5º;

Art. 6º - O enfermeiro deverá garantir a existência de recursos humanos mínimos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, a saber:

I - Equipe mínima constituída por 01 (um) Enfermeiro Coordenador, com Especialidade em Obstetrícia; 01 (um) Enfermeiro assistencial, com especialidade em obstetrícia; 01 (um) Técnico de Enfermagem; 01 (um) Auxiliar de Enfermagem; 01 (um) Auxiliar de Serviços Gerais e 01 (um) Motorista de ambulância, por período de funcionamento;

II - Os Recursos Humanos deverão ser rigorosamente adequados à demanda assistencial existente e aos ditames da Resolução nº. 293/2004, que trata do dimensionamento de pessoal;

III - O Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, quando autônomo, deverá contar com uma equipe de suporte técnico composto por 01 (um) médico obstetra, 01 (um) médico neonatologista, sob contrato.

Art. 7º - Quando o Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto não estiver localizado junto a uma unidade de referência, o Enfermeiro Responsável Técnico pelo estabelecimento deverá manter 01(um) veículo ambulância de suporte básico, equipado para o atendimento às urgências/emergências obstétricas, com motorista permanente, à disposição.

Parágrafo Único: Toda remoção neste caso deverá ser feita pelo Enfermeiro Obstetra e 01 (um) Técnico de Enfermagem. Caberá ao Enfermeiro, assumir a coordenação da Assistência de Enfermagem até a efetivação da transferência institucional, devidamente documentada na forma da Lei (SAE).

Art. 8º - O enfermeiro Responsável Técnico pelo Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverá manter o estabelecimento devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município, atendendo aos requisitos constantes desta resolução e na Portaria MS-985/1999;

Art. 9º - A implantação desta Resolução deve ser cumprida por todo enfermeiro, em sua atuação, e em toda situação onde houver a ação profissional de Enfermagem;

Art. 10º - Os Conselhos Regionais em suas respectivas jurisdições deverão promover ampla divulgação desta Resolução e da íntegra da Portaria MS-985/1999;

Art. 11º - É de responsabilidade do Conselho Regional, em sua respectiva jurisdição zelar pelo cumprimento desta norma;

Art. 12º - Os casos omissos serão resolvidos pelo COFEN;

Art. 13º - A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN Nº. 305/2005.

Rio de Janeiro, 11 de setembro de 2006.

Dulce Dirclair Huf Bais
(COREN/MS nº. 10.244)
Presidente

Carmem de Almeida da Silva
(COREN/SP nº 2.254)
Primeira Secretária

Fonte: COREN, 2006.