

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JOSEANE NASCIMENTO DA SILVA

**Ação de profissionais não médicos com formação acadêmica
na assistência ao parto**

Porto Alegre
2011

JOSEANE NASCIMENTO DA SILVA

**Ação de profissionais não médicos com formação acadêmica
na assistência ao parto**

Monografia para o Trabalho de Conclusão de Curso II a ser apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Anne Marie Weissheimer

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço com muito carinho, a todos que estiveram ao meu lado no decorrer de toda minha trajetória, sempre acreditando em mim e incentivando-me. Desculpem por não citar o nome de todos, mas me alongaria muito. Quero que saibam que todos foram importantes e estarão sempre em minha lembrança.

Agradeço aos meus pais, Ronaldo e Josete, que sempre me incentivaram em meus estudos, estando sempre ao meu lado me dando apoio. Especialmente à meu pai, que muitas vezes acordou muito cedo para me levar na parada de ônibus nos períodos de estágio, mostrando-se muito dedicado.

Ao meu namorado, Ariel, pelo incentivo, paciência, dedicação, compreensão e também por acordar muito cedo para me levar ao metrô nos períodos de estágio. Obrigada por ser uma pessoa mais que especial em minha vida.

Aos meus padrinhos, Henrique e Janete, que acreditaram em mim e me ajudaram com meu curso pré-vestibular.

O agradecimento que não poderia faltar e com certeza muito especial é à minha orientadora, Anne, que além de professora tornou-se, sem dúvida, em uma grande amiga. Obrigada pela paciência, dedicação, competência, pelas risadas e pelas palavras de incentivo.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino de qualidade e a todos os professores e funcionários por mostrarem-se sempre disponíveis a nos ajudar.

MUITO OBRIGADA À TODOS!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A assistência ao parto no Brasil é prestada, em sua maioria, pela hegemonia médica nos hospitais. As enfermeiras ainda são pouco atuantes, mas têm ganhado o reconhecimento do governo e da Organização Mundial de Saúde (OMS) por verem o parto como um evento natural. O presente estudo é exploratório, do tipo pesquisa bibliográfica, que pretendeu conhecer, descrever e comparar a atuação dos diferentes profissionais não médicos e com formação acadêmica que atendem ao parto na Holanda, nos Estados Unidos, na Inglaterra e no Brasil. A partir dos dados coletados, podemos perceber que existem diferenças e semelhanças entre os países pesquisados em relação ao sistema de saúde, formação dos profissionais e assistência obstétrica. O processo de formação dos profissionais graduados e não médicos que atendem ao parto nos Estados Unidos e Brasil forma dois tipos de profissionais, as obstetrites e as enfermeiras obstétricas, já na Holanda e na Inglaterra apenas há as obstetrites. Holanda e a Inglaterra são os países em que os profissionais não médicos fundamentalmente prestam assistência ao parto sem complicações e atuam de acordo com os preceitos da OMS, pois priorizam a fisiologia do parto; nos Estados Unidos e no Brasil a inserção de profissionais não médicos se dá de diferentes formas e abrangências, mas a atuação é centrada no profissional e nas intervenções. Ao comparar esses três países com o Brasil, constata-se que ainda temos que melhorar muito os cuidados ao parto, já que, atualmente, a assistência no nosso país prioriza o intervencionismo e a medicalização, além de desvalorizar qualquer profissional que não seja médico.

Descritores: *enfermagem obstétrica, obstetritez, história da enfermagem.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Categorias dos resultados	28
Figura 2 - Sistema de Saúde Holandês	30
Quadro 1 - Comparação do sistema de saúde dos países	50
Quadro 2 - Comparação da formação do profissional não médico dos países ..	51
Quadro 3 - Comparação da assistência ao parto nos países	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Aspectos históricos da assistência obstétrica.....	11
3.2 A inserção do enfermeiro na assistência ao parto.....	14
3.3 Atuação e papel profissional da enfermagem	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Fonte de dados.....	23
4.3 Critérios de inclusão e exclusão de fonte de dados	23
4.4 Coleta de dados.....	24
4.5 Análise dos dados.....	24
4.6 Aspectos Éticos	27
5 RESULTADOS	28
5.1 O PARTO NA HOLANDA	28
5.1.1 Sistema de saúde	28
5.1.2 Formação do profissional não médico	30
5.1.3 Assistência ao parto	31
5.2 O PARTO NOS ESTADOS UNIDOS	32
5.2.1 Sistema de saúde	32
5.2.2 Formação do profissional não médico	33
5.2.3 Assistência ao parto	34
5.3 O PARTO NA INGLATERRA	37
5.3.1 Sistema de saúde	37
5.3.2 Formação do profissional não médico	38
5.3.3 Assistência ao parto	39
5.4 O PARTO NO BRASIL	42
5.4.1 Sistema de saúde	42
5.4.2 Formação do profissional não médico	43
5.4.3 Assistência ao parto	47

5.5 SÍNTESE DOS RESULTADO	50
5.5.1 Sistema de saúde	50
5.5.2 Formação do profissional não médico	51
5.5.3 Assistência ao parto	51
6 DISCUSSÃO	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	66

1 INTRODUÇÃO

O parto constitui o momento do ciclo gravídico-puerperal em que ocorrem mudanças físicas e emocionais intensas em um curto período de tempo (MARTINS-COSTA; *et al.*, 2006). Caracteriza-se pela expulsão do útero ao meio externo dos produtos da concepção (WEISSHEIMER; OLIVEIRA; PFITSCHER, 2009).

De acordo com a legislação brasileira, a assistência ao parto poderá ser prestada por diferentes profissionais, dentre eles o médico, através do Projeto de Lei número 7703/2006 (BRASIL, 2006), o enfermeiro, a obstetrix ou a parteira, por meio do Decreto Lei número 94.406 (BRASIL, 1987), considerados estes habilitados para tal prática. Em outros países encontramos profissionais que atendem ao parto com habilitações diferentes das aceitas no Brasil, podemos citar, por exemplo, as *'Midwives'* na Holanda, Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, e as *'Matronas'* no Chile, dentre outras existentes.

No imaginário cultural brasileiro, as figuras de assistência ao parto se resumem aos médicos, em hospitais, e parteiras, em áreas menos favorecidas do interior do país. Uma figura ainda pouco conhecida, mas que tem ganhado o reconhecimento do governo e da sociedade, é a das parteiras profissionais; ou seja, as enfermeiras obstétricas que atuam nas grandes cidades e vêem o parto como um evento natural, que, se estiver bem preparado e livre de complicações, pode muito bem ocorrer fora de um hospital (COLLAÇO; KOETTKER, 2007).

Segundo a Confederação Internacional de Obstetrixes/Enfermeiras Obstetrixas, a *'midwife'* é reconhecida como uma profissional competente e responsável, que trabalha em parceria com as mulheres dando o apoio necessário, cuidados e conselhos durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, realizando partos com responsabilidade e prestando cuidados ao recém-nascido. (DEFINITIONS, 2011).

Ao conhecer os diferentes profissionais que atendem ao parto podemos identificar informações equivocadas a respeito do atendimento ao parto por outros profissionais que não sejam médicos. Um exemplo a ser citado é o referenciado por Collaço e Koettker (2007, p. 1), assinado pela presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), publicado no Jornal do Brasil em 16 de março de 2008, intitulado, "Parto em casa: retrocesso?!". Neste texto identificamos uma crítica realizada pelo CREMERJ em relação ao incentivo dado por instituições ao retorno do parto domiciliar e pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que permite

a cobertura dos planos de saúde aos partos realizados por enfermeiras obstétricas. Assim, nota-se que a prática médica defende as práticas realizadas em ambientes hospitalares, com conseqüente aumento de intervenções sem que tais sejam realmente necessárias. Os mesmos negam a prática dos profissionais não médicos mesmo estes estando devidamente qualificados e respaldados legalmente para tal prática.

Com estas constatações identificamos a extrema relevância do estudo aqui desenvolvido para esclarecer os diferentes tipos de profissionais não médicos, que têm formação acadêmica e que prestam assistência à parturiente sob a tutela da legislação, evitando assim informações equivocadas sobre a assistência ao parto e desvalorizando os serviços destes profissionais.

O meu interesse pela área da saúde da mulher começou a despertar durante a realização da disciplina de saúde da mulher, no sexto semestre, no qual realizei estágio no centro obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No decorrer do estágio, verifiquei a pouca atuação da enfermagem obstétrica na assistência aos partos. A partir disso, me interessei em adquirir maior conhecimento sobre os diferentes profissionais não médicos e com formação acadêmica que atendem ao parto em diferentes países.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer e descrever a atuação dos diferentes profissionais não médicos e com formação acadêmica que atendem ao parto na Holanda, Estados Unidos, Inglaterra e Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais não médicos com formação acadêmica que atendem ao parto na Holanda, Estados Unidos, Inglaterra e Brasil.
- Comparar a atuação profissional de não médicos com formação acadêmica que atendem ao parto na Holanda, Estados Unidos, Inglaterra e Brasil.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos históricos da assistência obstétrica

Durante a história, segundo registros, a obstetrícia foi quase exclusivamente uma província de mulheres. Pode-se encontrar várias referências para o trabalho das parteiras na Bíblia. No livro do Êxodo, capítulo 1, nos versículos de 15 a 22, é relatada a história de duas parteiras hebraicas que se recusaram a seguir ordens do rei egípcio, que ordenava que crianças do sexo masculino fossem mortas (LITOFF, 1982).

Os escritos de médicos clássicos gregos e romanos, como Hipócrates, Galeno e Celso, trazem informações sobre a regularidade com que a parteira atuou na assistência ao nascimento. Esses também fornecem provas de que os médicos do sexo masculino eram chamados apenas quando haviam emergências (LITOFF, 1982).

Na Europa, a participação masculina no parto foi pouco freqüente até o século XVII, podendo-se atribuir tal fato a um obstáculo de ordem moral, o qual impedia a entrada de homens aos aposentos da parturiente. A concepção do fenômeno de dar à luz como um evento fisiológico também contribuiu para manter a medicina longe do cenário da parturição. Os primeiros homens convocados na assistência ao parto atendiam em situações de emergências, quase sempre dramáticas, em que as parteiras já haviam feito tudo o que podiam e sabiam fazer. Pouco conheciam de sua fisiologia e, nessas ocasiões, estavam mais interessados na hemostasia, sutura e drenagens (OSAVA, 1997).

Foi durante a Idade Média que foram decretados os primeiros regulamentos que regiam as parteiras, sendo originalmente administrados pela Igreja. Esses regulamentos estipulavam que as parteiras deviam ter um bom caráter, deviam se abster da realização de abortos, não participar de ritos de magia e batizar a criança, se necessário (LITOFF, 1982).

As parteiras geralmente eram imigrantes ou escravas que serviam a mulheres brancas e negras. A comunidade tinha alta estima por elas, no entanto, aquelas que foram infelizes por prestar assistência no nascimento de deformados ou natimortos, eram suspeitas de prática de bruxaria (LITOFF, 1982).

Em 1774 o cirurgião escocês William Hunter publicou um livro de anatomia obstétrica onde se via com realismo e detalhes o interior do corpo de uma mulher grávida (MARTINS, 2005). Na Europa, na metade do século XVII, desenvolveu-se novas tecnologias para a prática intervencionista, destacando-se a criação de novos instrumentos obstétricos e o aprimoramento dos métodos de diagnóstico, assim surgindo um novo momento da especialidade cirúrgica. Além de Hunter, William Smellie e outros cirurgiões representam esta nova etapa da especialidade cirúrgica, sendo considerados os “pais” dessa especialidade por terem criado essas novas tecnologias (MARTINS, 2005).

No Brasil, assim como na Europa, a assistência ao parto também era prestada por parteiras durante todo o século XIX, sendo que os médicos eram apenas chamados em partos complicados (OSAVA, 1997).

A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, segundo a autora, os médicos mostravam-se, em seus relatos, absolutamente insensíveis à dor das parturientes e as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões pessoais e emocionais, a companhia das parteiras (OSAVA, 1997, p.10).

A inserção do termo ‘manmidwife’, que geralmente se referia a um cirurgião, no idioma inglês no início de 1600 foi a indicação que mudanças na prática do parto aconteceriam. Isso significou que, aos poucos, o tabu contra a presença de homens no parto seria modificado. (LITOFF, 1982).

No final do século XVIII era considerado inapropriado e indecente que homens, fossem eles maridos, médicos ou cirurgiões, estivessem presentes durante o parto. Em 1636, em Maine, nos Estados Unidos, um homem foi processado por agir como parteira. Por muitos anos as parteiras eram avisadas durante seu juramento para não realizarem partos na presença de homens, exceto em circunstâncias extremas (LITOFF, 1982).

Quando não havia mais condutas a serem tomadas pelas parteiras, pois todas foram realizadas, recorria-se então ao cirurgião, que realizava as “temidas” cirurgias mutiladoras. Segundo OSAVA (1997), este ato cirúrgico era realizado somente por médicos, sendo que na presença de um cirurgião, adotava-se sistematicamente a embriotomia.

A evolução da obstetrícia científica foi gradual. O mais importante acontecimento que preparou o caminho para a aceitação da obstetrícia como uma

ciência, e, como conseqüência, trouxe o deslocamento das parteiras, foi o desenvolvimento do fórceps pelo cirurgião britânico, Peter Chamberlen no início do século XVII (LITOFF, 1982).

Acreditava-se que as mulheres eram intelectualmente inferiores aos homens e, portanto, incapazes de compreender a realização das técnicas obstétricas que estavam sendo desenvolvidas, não fazendo uso do fórceps (LITOFF, 1982). Ainda assim o que mais dificultava o uso do instrumento era a parte econômica, pois o instrumento era vendido por um alto valor e as parteiras não tinham recursos financeiros. Para OSAVA (1997), muitas parteiras, fiéis a seus paradigmas não intervencionistas, não viam com simpatia as chamadas “mãos de ferro”.

O fórceps foi inventado, como dito, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540-1596), sendo mantido em segredo por quase um século por ele e, após, por seus descendentes, visto que sabiam o valor econômico que tal instrumento representava. Conseguiram mantê-lo em segredo uma vez que, na época, os médicos não viam as partes íntimas da mulher, apenas as palpavam, pois estas eram cobertas com panos. Assim, segundo OSAVA (1997), Chamberlen costumava ocultar o instrumento dentro de uma caixa de madeira quando ingressava nos aposentos da parturiente, e o aplicava silenciosamente sob os lençóis. Para evitar o ruído metálico das colheres, o que provocaria a resistência da mulher durante o procedimento, o cirurgião enrolava o objeto em tiras de couro. Tal medida, infelizmente, aumentava as chances de infecção puerperal (OSAVA,1997).

O fórceps só foi divulgado no continente europeu, após a uma tentativa mal sucedida de sua venda para o médico francês François Mauriceau (1637-1709). Um neto de Chamberlen procurou Mauriceau para vender o segredo, que era vendido a quem pudesse pagar e de tempos em tempos. O instrumento era anunciado como algo que resolveria qualquer parto em poucos minutos. O neto de Chamberlen, para vender a Mauriceau, propôs demonstrá-lo em uma paciente que se encontrava aos cuidados do médico. Segundo OSAVA (1997), tratava-se de uma parturiente raquítica, que não suportou a intervenção e morreu 24 horas após a malograda tentativa. Na necrópsia, foram evidenciadas extensas lesões do canal de parto. O médico francês, horrorizado, condenou o instrumento (OSAVA,1997).

As pesquisas e publicações do médico britânico William Smellie (1697-1763) desempenharam importante papel na popularização do fórceps e em abrir as portas para a participação do homem no parto. Ao fazer medições precisas da pelve das

mulheres, Smellie foi capaz de usar o fórceps sem mutilar o recém-nascido (LITOFF, 1982).

Ao longo de século XIX, e boa parte do século XX, o fórceps estabeleceu-se como o emblema da participação masculina no parto. De recurso valioso em situações especialíssimas, tornou-se instrumento de uso ordinário (OSAVA,1997).

Com o surgimento das novas técnicas e estando as parteiras afastadas da participação das mesmas, a assistência prestada por elas começou a ser substituída pelos médicos, já que as mulheres passaram a acreditar que os médicos poderiam oferecer serviços os quais as parteiras não dispunham. Esses serviços eram, por exemplo, o uso de ópio ou a realização de sangria para aliviar os desconfortos do trabalho de parto, além da aplicação do fórceps em partos demorados no século XVIII; e em meados do século XIX, também significava anestesia para entorpecer a dor do parto (OSAVA,1997).

A respeito da anestesia, foi o médico escocês James Young Simpson (1811-1870) quem introduziu pela primeira vez a inalação do clorofórmio para controle da dor do parto (OSAVA,1997).

A operação cesariana, prática ancestral para tentar salvar a vida do bebê quando havia morte materna, foi resgatada na era da obstetrícia científica, porém começou a ameaçar a supremacia do fórceps obstétrico somente na segunda metade do século XX. De 1881 a 1904, realizaram-se apenas cinco operações cesarianas no Brasil. A elevada mortalidade materna decorrente da operação, não compensava os possíveis benefícios. Poucas mulheres aceitavam a cirurgia (OSAVA,1997).

Os avanços no conhecimento obstétrico e o aumento da aceitação dos homens no parto teve grande impacto na prática das parteiras nos Estados Unidos. Durante a segunda metade do século XIX as parteiras foram silenciosamente desaparecendo. Os americanos começaram a acreditar que o parto era um procedimento complicado e perigoso que demandava profissionais médicos qualificados (LITOFF, 1982).

3.2 A inserção do enfermeiro na assistência ao parto

Os fenômenos relativos a procriação, nos primórdios da humanidade, eram encarados como parte da vida dos indivíduos como as demais funções fisiológicas, e

a assistência ao parto e à parturiente não envolvia a concorrência do trabalho de outras pessoas como atividade especializada. As mulheres de uma mesma tribo ou grupo populacional se auto-ajudavam pela experiência e vivência dos fenômenos relativos ao parto e nos primeiros cuidados com os bebês. Ou qualquer pessoa que estivesse perto no momento do parto ajudava a parturiente (PIRES, 1989).

A população camponesa, que era a grande maioria, recebia uma assistência de saúde de pessoas do seu próprio meio que aprenderam com a experiência e com a tradição oral e que eram entendidas na arte de curar. Eram especialmente mulheres, chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pelos médicos, pela Igreja e pelos poderosos (PIRES, 1989).

À época do surgimento da enfermagem profissional, vinculada aos trabalhos realizados por Florence Nightingale na Guerra da Criméia (1854-1856), a profissão de parteira estava em franco declínio, já a profissão de enfermeira ganhava respeitabilidade pela classe média inglesa. Nos Estados Unidos, a emergente corporação médica fundada em bases classistas - uma profissão masculina, branca e de classe média - iniciava uma vigorosa campanha contra os chamados “charlatães”, incluindo-se aí as parteiras (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Segundo Osava, Riesco e Tsunehiro (2006), a disputa pela hegemonia no campo da assistência ao parto foi marcada por dois episódios que tiveram grande repercussão nos atuais modelos ocidentais na atenção ao parto. O primeiro foi a aprovação da lei das parteiras, o *Midwives Act* de 1902, ocorrido na Inglaterra, através do qual se incorporou a profissional no sistema de saúde oficial, assim a prática de parteira foi reconhecida. O segundo episódio, o *Midwife problem* ocorrido nos Estados Unidos, no início do século XX, transformou a prática das parteiras em fora da lei, pois estas foram responsabilizadas pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal. Com isso, as parteiras tiveram seu trabalho marginalizado, o que oportunizou aos médicos assumirem a assistência ao parto.

Uma disputa de opiniões divergentes, entre médicos clínicos e cirurgiões, sobre quem deveria prestar assistência ao parto, tornou os médicos clínicos os principais defensores das parteiras. Os cirurgiões acreditavam que sua presença no parto era necessária, pois toda gravidez e parto representavam um perigo, ou seja, poderia haver complicações, já os clínicos consideravam a participação masculina no parto um intolerável atentado ao pudor (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

A lei das parteiras, o *Midwives Act*, criou um órgão regulador, o *Central Midwives Board*, com a função de elaborar as regras para o exercício profissional. Uma das regras mais importantes recomendava que um médico fosse solicitado em todas as situações consideradas anômalas, cabendo a ele atendê-las (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Duas conclusões poderiam ser tiradas da aprovação do *Midwives Act*: sua aprovação constituiu uma vitória para as mulheres, uma vez que, a partir dela, mulheres inglesas receberiam atendimento, independente de sua condição social, por outro lado, a lei e seus desdobramentos contribuíram para a passagem recente e definitiva da prática de atenção ao parto para o controle estatal, e aos domínios da medicina oficial (OSAVA, 1997).

No episódio *Midwife problem*, os médicos recorreram a metáforas inspiradas na teoria dos germes, onde comparavam as parteiras a uma espécie de *micrococcus*, estranho ao tecido social - sublinhando sua condição de imigrante - disseminando a doença e a morte com suas unhas sujas. A prática da parteira tradicional foi associada à idéia de falta de higiene e subdesenvolvimento, assim foram responsabilizadas pela alta prevalência de sepse puerperal e oftalmia neonatal, sendo perseguidas, principalmente pelos classistas. Essas condições mórbidas poderiam ser prevenidas por técnicas como a lavagem das mãos e a instilação de colírio. A Inglaterra, a Alemanha e a maioria dos países europeus treinaram suas parteiras sobre tais hábitos, assim melhorando sua assistência e tornando-a uma profissão estabelecida e independente. Já nos Estados Unidos, os médicos não estavam interessados em melhorar a assistência prestada pelas parteiras (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

No início do século XX, nos Estados Unidos e Inglaterra, vários folhetos e livros foram publicados, estes divulgavam as vantagens da participação masculina no parto. Simultaneamente relatos de casos de mulheres que morreram por causa da demora da parteira em chamar um médico ganhavam destaque nos meios de comunicação. No mesmo período, as parteiras norte-americanas dispunham apenas de dois meios de publicação e divulgação de conhecimentos, que eram lidos por um segmento muito pequeno delas. Em sua defesa, dependiam da simpatia de alguns médicos e enfermeiras de saúde pública (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Uma aliança entre parteiras e enfermeiras seria pouco provável na ocasião. As enfermeiras aliaram-se aos médicos, facilitando-lhes o controle sobre a prática da

enfermagem e auxiliando-os na eliminação de curandeiras e parteiras (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Durante a I Grande Guerra que se verificou um efetivo envolvimento do Governo na política de assistência à população materno-infantil, nos Estados Unidos, a enfermeira passou a receber treinamento em obstetrícia e a envolver-se diretamente no cuidado materno-infantil, assim acabou por atuar nos redutos da parteira tradicional, prestando assistência às comunidades carentes e difundindo os padrões e conceitos da medicina oficial (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Como em outras partes do mundo, também no Brasil, os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputar a clientela das parteiras. Durante muito tempo, a participação do cirurgião no parto era vista como algo degradante, e o ofício de parteiro, considerado desonroso e vil, porque lidava com secreções e odores femininos (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

No início da colonização, eram as caboclas, portuguesas e negras velhas que monopolizavam o exercício dos partos. Poucas foram as parteiras formadas pelas escolas de partos. No período de 1833 a 1876, não mais de dez alunas concluíram o curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; e o curso da Bahia foi ainda menos freqüentado (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

O trabalho das parteiras foi institucionalizado quando se estruturaram os cursos de formação de parteiras, anexos às Escolas de Medicina em 1832 e quando a sua prática passa a dar-se no espaço institucional hospitalar, não mais de forma independente, mas sob controle médico (PIRES, 1989).

As parteiras ficam sem autonomia e vinculação com a comunidade quando sua prática é institucionalizada, assim acabam por se transformar em uma profissão auxiliar, subordinada as regras emitidas pelas escolas médicas que normatizam o exercício profissional das três profissões, bem como emitem e validam diplomas (PIRES, 1989).

Os requisitos para o ingresso nos cursos de partos eram menores que nos demais cursos. Além de ser tratada como uma atividade menos letrada que a da medicina, era o único curso que exigia de suas candidatas o atestado de “bons costumes” (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006, p. 701).

Na história da obstetrícia brasileira, destaca-se Madame Marie Josephine Mathilde Durocher, a primeira parteira diplomada pelo curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Com a criação das maternidades, as parteiras diplomadas foram aproveitadas nesses estabelecimentos, passando a atuar de forma subordinada à autoridade médica. No final do século XIX, a associação do trabalho da parteira e da enfermeira vinha sendo cogitada quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com essa medida, buscavam limitar sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida às enfermeiras, especialmente no hospital (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

No início do século XX, a medicina lutava pela sua profissionalização, adotando, como em outras partes do mundo, estratégias corporativistas para domínio do conhecimento técnico e controle do mercado de trabalho. A interferência na formação das parteiras (obstetizes) insere-se nessa lógica. O curso de partos foi planejado para manter as parteiras dentro dos limites impostos pela medicina, oferecendo uma formação essencialmente prática. A medicina considerava-se como autoridade para definir o conteúdo dos cursos de partos e delimitar o espaço para o exercício das diferentes atividades na área da saúde (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

RIESCO (1998) relata que JORGE (1975)¹ aponta que o primeiro curso de parteiras foi criado no País em 1832, com a implantação das faculdades de medicina. Até então, não havia parteiras diplomadas e as mulheres que atendiam às parturientes recebiam uma autorização legal para exercer a obstetrícia. O ensino formal de enfermagem, por sua vez, surge no Brasil em 1890, tomando impulso no século passado, a partir da década de 1920. Com a reforma universitária de 1968, e depois de muitos anos de aproximações e distanciamentos acadêmicos e legais, as duas profissões foram fundidas, com a absorção da obstetrícia pela enfermagem, emergente enquanto profissão universitária. Com o currículo implantado em 1972, e que vigorou até 1994, a graduação da obstetiz foi extinta e as modalidades de formação passaram a ser a habilitação e a especialização em enfermagem

¹ JORGE, D.R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetiz (parteira) no Brasil**. Rio de Janeiro, 1975. 148p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

obstétrica, cursadas pelo enfermeiro já graduado. Em 2005 o curso de obstetriz foi retomado, sendo oferecido pela Universidade de São Paulo. Então, assim, na atualidade, formam-se profissionais enfermeiras obstétricas e obstetrizes.

De 1832 até 1949 toda a legislação do ensino da parteira estava contida na legislação da medicina. Em 1931 os cursos de partos foram anexados à cadeira de clínica obstétrica das faculdades de medicina e deixaram de ser um curso em paralelo aos de medicina e de farmácia, para serem reduzidos a um curso subordinado a uma área da medicina. Algumas escolas de enfermagem criaram seus próprios cursos de especialização, mas como não eram oferecidos com regularidade quase todos foram encerrados. O Curso de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo teve outro caminho: iniciou-se sob a tutela da Faculdade de Medicina, mas após dois anos e meio as alunas foram consideradas pouco capazes, já que sua formação básica compreendia apenas o curso primário. Assim, em 1943, passou a exigir o diploma de enfermeira, convertendo-se, em 1949, em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, seguindo exclusivamente, a legislação do ensino da enfermagem, tornando-se paradigma para outros cursos criados no Brasil com a mesma finalidade (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

À época, a hierarquia da Igreja Católica, representada pela Conferência dos Religiosos no Brasil, vinha pressionando o Executivo para vetar a aprovação do Projeto de Lei que criava o Curso de Obstetrícia. Em ofício circular de seis de dezembro de 1956, enviado a todas as ordens religiosas, os bispos alegavam que a criação do curso de obstetrizes, “apesar de suas boas aparências, é contrário aos interesses de ensino da enfermagem e também da verdadeira assistência à maternidade e à infância”. A ingerência da Igreja em assuntos dessa natureza devia-se a desconfianças de que as obstetrizes praticavam abortos e distribuía anticonceptivos (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Em 1957, o Projeto de Lei nº 3082 criando os cursos de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica foi elaborado em três níveis: elementar, médio e superior. No início da década de 1970, com a reformulação das universidades brasileiras, que propunha vedar a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes, coube exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetriz, como única via para a capacitação formal de não médicos

para assistência ao nascimento e ao parto normal (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Com a incorporação dos cursos de obstetrícia às escolas de enfermagem e a fusão dos currículos, a opção “Obstetrícia” deixou de existir no ingresso à universidade, sendo postergada para o último ano do curso. Embora o curso tivesse a denominação legal de Enfermagem e Obstetrícia, poucas escolas ofereciam essa formação. Em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e as habilitações extintas, restando a especialização em enfermagem como único curso previsto para formação específica de profissionais não médicos na área obstétrica (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

3.3 Atuação e papel profissional da enfermagem

Para que possamos compreender a atuação da enfermeira obstétrica nos diferentes países, primeiro precisamos identificar em que cenários a enfermeira atua, conhecer o que lhe compete profissionalmente, assim como entender o papel desta dentro do contexto de multidisciplinaridade da assistência à saúde. Tendo por base esses preceitos, poderemos identificar como os profissionais não médicos e graduados atuam na assistência obstétrica nos diferentes países pesquisados, possibilitando a comparação entre as diferenças de atuação.

A enfermagem é uma prática social que responde às exigências definidas pelas organizações das práticas econômicas, políticas, sociais e ideológicas. Essas exigências regulam a prática por dimensionarem o objeto ao qual se aplica, os meios de trabalho que opera, a forma e a destinação dos seus produtos, assim, o conhecimento da enfermagem depende do processo sob o qual ela mesma aconteceu (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Segundo Netto e Ramos (2004), o trabalho em saúde, como objeto de análise, impõe a superação de interpretações parciais focalizadas nas determinações exclusivas de seus objetos ou de seus sujeitos, pois o trabalho exige tanto o estudo de seu instrumental tecnológico - onde se inclui os saberes - como o estudo dos agentes desse trabalho, constituído como práticas sobre e para indivíduos vivos.

O saber da enfermagem, determinado pelas características do objeto e pela finalidade do trabalho, é considerado o instrumento que a enfermagem utiliza para

realizar o seu trabalho. Este instrumento é legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Netto e Ramos (2004, p.51) reconhecem os seres da enfermagem, em sua prática, como sendo autores, sob condições dadas, capazes de "[...] retratar e refratar a realidade". Assim, também compreendem o ser trabalhador enfermeiro em sua relação com os objetos e sujeitos no cotidiano de seu trabalho, e consideram essencial este espaço e tempo no processo de construção de sua identidade.

O trabalho e os trabalhadores da enfermagem possuem características que os identificam, como por exemplo, a forma como os seus saberes estão constituídos, seus instrumentos e seus objetos de trabalho, suas formas de organização e submissão e seus movimentos no espaço e tempo do plantão. Essas características são (re)configuradas pela realidade do trabalho em saúde e em enfermagem. Desta forma, é no cotidiano do trabalho da enfermagem que a identidade do enfermeiro é construída (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

O trabalhador enfermeiro considera a sua realidade cotidiana de trabalho como sendo repleta de sentidos, dentre os quais uma qualidade própria deste espaço e tempo é interiormente experienciada como realidade dominante. Essa qualidade é a multiplicidade em relação à qual o enfermeiro vai se definindo como ser e trabalhador, no fazer constante e diário, no exercício de seu papel, nas suas escolhas frente a si e ao outro, nas quais se põe à prova. As tensões/conflitos e os elementos normatizantes/estruturantes, juntos, estão presentes no espaço e tempo, sendo através destes que o caos é contido e o ser trabalhador constitui suas ações em hábitos, mas não necessariamente (NETTO; RAMOS, 2004).

O 'ser enfermeiro', segundo dados empíricos, assume significados constituídos no cotidiano do trabalho, na mediação de cada ser com seu trabalho, através dos papéis (mas não somente, pois nem todos os usos e comportamentos estão inclusos na tipificação do papel) e, ainda, na interface trabalhador/trabalhador que se dá no exercício do papel de cada um no espaço e tempo de trabalho (NETTO; RAMOS, 2004).

A construção da identidade do enfermeiro se dá através da relação dele consigo e também com o outro, sendo o outro quem diz e reafirma quem é o ser enfermeiro. O outro acaba por constituir o espelho do enfermeiro, e isso em duplo sentido. A proximidade no cotidiano de trabalho permite e leva à expressão de julgamentos expressos em diversos conflitos do dia a dia. Esses conflitos contribuem

para a construção, fixação e, também, rupturas nas identificações do enfermeiro pela capacidade que possuem de proporcionarem significados e julgamentos de valor, assim constituindo-se em tecidos desse ser trabalhador (NETTO; RAMOS, 2004).

A liberdade de ação da enfermeira pode ser observada no processo de trabalho da enfermagem hospitalar, a qual é construída na relação de interdependência com os profissionais de saúde. Além disso, a prática de cuidar e a de gerenciar são dimensões que podem mudar, conforme a especificidade das atividades realizadas pelas enfermeiras nas diferentes unidades especializadas (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Conforme Pai, Schrank e Pedro (2006) o ensino é um momento privilegiado de construção do saber, pois estimula a consolidação de um corpo de conhecimento próprio da enfermagem, repercutindo na identidade do enfermeiro.

Para Netto e Ramos (2004) o enfermeiro é: um ser que essencialmente se constrói no tempo, no espaço e nas relações do cotidiano; é ser em percepções e expressões sensíveis mais ou menos materializáveis (não somente num objeto, mas nas mais variadas formas de realização, incluindo os significados produzidos); o modo de ser enfermeiro indica suas formas materiais, sensitivas e expressivas, conformadas no tempo, no espaço, nas relações e representando a conjunção do ser e suas percepções/expressões.

Atualmente, o profissional de enfermagem deve ser capaz de compreender e participar de decisões mais complexas e interagir socialmente, mobilizando um saber construído na interação do indivíduo com a situação. Esse saber significa ter uma visão globalizada, juntando fragmentos de diferentes especialidades com a própria experiência (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Pai, Schrank e Pedro (2006) afirmam que o saber da enfermagem está no exercício das atividades, no qual os profissionais devem relacionar os conhecimentos conceituais adquiridos com os problemas e acontecimentos encontrados em situações concretas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo pesquisa bibliográfica segundo Gil (2009).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2009).

A pesquisa bibliográfica, na concepção de Gil (2009), é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

4.2 Fonte de dados

Os dados foram obtidos através de busca em bancos de dados nacionais e internacionais, tais como Bireme, SciELO, LILACS, Pubmed e ScienceDirect, usando como os descritores indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): *enfermagem, enfermagem obstétrica, obstetriz, parto, parto normal, história da enfermagem, história da medicina, legislação de enfermagem, Brasil, Estados Unidos, Inglaterra e Holanda*. As publicações poderiam ser em português, espanhol e inglês, e terem sido divulgadas entre 1999 e 2011. Além disso, foram consultadas páginas da rede mundial de computadores que fossem relacionadas aos descritores acima, especialmente aquelas de Órgãos Governamentais que regulamentam as profissões, e de Organizações Não-governamentais que são relacionadas às profissões e países pesquisados neste estudo.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão de fontes de dados

Os países Holanda, Estados Unidos e Inglaterra foram escolhidos por terem enfermeiras independentes e atuantes na assistência ao parto. Já o Brasil foi

escolhido por ser nosso país de origem e por identificarmos dificuldades de atuação enfrentadas pelas enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, querendo assim buscar respostas para tal fato.

O critério de inclusão utilizado para a escolha dos artigos foi a abordagem do tema a ser desenvolvido neste trabalho no período de 1999 a 2011. Foram excluídos artigos não completos, não ser publicação em inglês, espanhol ou português; tratar de profissionais não médicos que não fossem graduados; não ser dos países mencionados nos objetivos (Holanda, Estados Unidos, Inglaterra e Brasil).

4.4 Coleta de dados

Após a seleção dos artigos, os dados foram coletados através da leitura do material com o auxílio de um formulário para registro das informações contidas nos mesmos (APÊNDICE A).

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados segundo as etapas propostas por Gil (2009) para revisão bibliográfica. Estas etapas estão divididas, respectivamente, em:

- 1) Escolha do tema: a escolha do baseou-se em algumas perguntas principais, como: *Qual a minha área de interesse na enfermagem?; Dentro da área de enfermagem no cuidado a mulher, o que mais me interessa?; Enfermeira assiste ao parto?; Quais profissionais de saúde atendem ao parto?; Qual a atuação da enfermeira obstétrica no Brasil?; Existe uma legislação que regulamenta a atuação da enfermeira obstétrica no Brasil?; Por que no Brasil a enfermeira obstétrica enfrenta dificuldades de atuação?; Em outros países as enfermeiras obstétricas também enfrentam dificuldades de atuação? e Como mudar o cenário de atuação da enfermeira obstétrica no Brasil?*
- 2) Levantamento bibliográfico preliminar: entendido como um estudo exploratório, posto que tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do aluno com a área de estudo no qual está interessado, bem como sua delimitação. Esta etapa é essencial para que o problema seja formulado de maneira clara e precisa.

- 3) Formulação do problema: foram utilizadas algumas perguntas úteis para se avaliar se o problema proposto estava em condições de ser investigado, como: *O tema que pretendo pesquisar é de meu interesse?; O problema a ser pesquisado apresenta relevância teórica e prática para a atuação das enfermeiras obstétricas no Brasil?; Eu, enquanto formanda de enfermagem, tenho qualificações suficientes para pesquisar o tema?; Com o tema pesquisado irei contribuir para a atuação das enfermeiras obstétricas no Brasil?; Existe material bibliográfico suficiente e disponível para identificar a atuação dos profissionais graduados e não médicos na assistência ao parto na Holanda, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil?; O tema a ser pesquisado foi formulado de maneira clara, precisa e objetiva?; Eu, como pesquisadora, disponho de tempo e outras condições de trabalho necessárias para desenvolver esta pesquisa?.*
- 4) Elaboração do plano provisório de assunto: realizada a organização sistemática das diversas partes que compõem o objeto de estudo. Foi construído um plano, no qual se procurou definir a estrutura lógica do trabalho, de forma que as partes fossem sistematicamente vinculadas entre si e ordenadas em função da unidade de conjunto. Partiu-se de um plano provisório tão completo quanto permitam os conhecimentos nesta fase, mas que passou por diversas reformulações ao longo da pesquisa. O plano provisório constituiu, portanto, apenas a primeira etapa. O plano definitivo só pode ser elaborado ao fim da coleta de dados.
- 5) Identificação das fontes: consistiu na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto. As fontes bibliográficas mais conhecidas são os livros de leitura corrente. No entanto, existem muitas outras fontes de interesse para a pesquisa bibliográfica, tais como: obras de referência, tese e dissertações, periódicos científicos, anais de encontros científicos e periódicos de indexação e de resumo, além das ferramentas da rede mundial de computadores e suas páginas de informações.
- 6) Localização das fontes: tradicionalmente o local é a biblioteca, entretanto, as ferramentas de busca *online* e bases de dados também são utilizadas.

- 7) Obtenção do material: foi feita através de empréstimo ou consulta privativa em bibliotecas, fotocópias do material selecionado ou obtenção de matérias disponíveis virtualmente em bases de dados.
- 8) Leitura do material teve os seguintes objetivos: identificar as informações e os dados constantes do material impresso; estabelecer relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto; analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores e páginas da *internet*. A leitura proposta considerou quatro tipos, cuja ocorrência se deu em função do avanço do processo de pesquisa bibliográfica, estes quatro tipos são, respectivamente: leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa; A leitura exploratória teve por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa, dando uma visão global da obra, bem como sua utilidade para a pesquisa. Leitura seletiva determinou o material que de fato interessava à pesquisa, tendo em mente os objetivos da pesquisa, de forma que evitasse a leitura de textos que não contribuíam para a solução do problema proposto. Leitura analítica foi feita com base nos textos selecionados, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. Adotou-se uma atitude de objetividade, imparcialidade e respeito. A leitura analítica passou pelos seguintes momentos: leitura integral da obra, identificação das idéias-chaves, hierarquização das idéias e sintetização das idéias. Durante a leitura analítica ocorreu a necessidade de adição de novos textos e a supressão de outros. Leitura interpretativa teve por objetivo relacionar o que o autor afirmava com o problema para o qual propunha uma solução, procurou-se conferir significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.
- 9) Tomada de apontamentos: tomou-se nota sobre o que se leu;
- 10) Confeção de fichas: confeccionou-se fichas de leituras com o objetivo de identificar as obras consultadas, registrar seu conteúdo, além de anotar comentários e ordenar registros e idéias;
- 11) Construção lógica do trabalho: consistiu na organização das idéias com vista em atender aos objetivos ou testar as hipóteses formuladas no início

da pesquisa. Coube nesta etapa estruturar logicamente o trabalho para que ele pudesse ser entendido como unidade dotada de sentido.

12) Redação do texto.

4.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos são respeitados, à medida que os autores consultados são citados no texto, respeitando a autenticidade das idéias, conceitos e definições dos mesmos, segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos foram divididos em três categorias dentro de cada país pesquisado. Essas categorias foram: sistema de saúde, formação do profissional não médico e assistência ao parto.

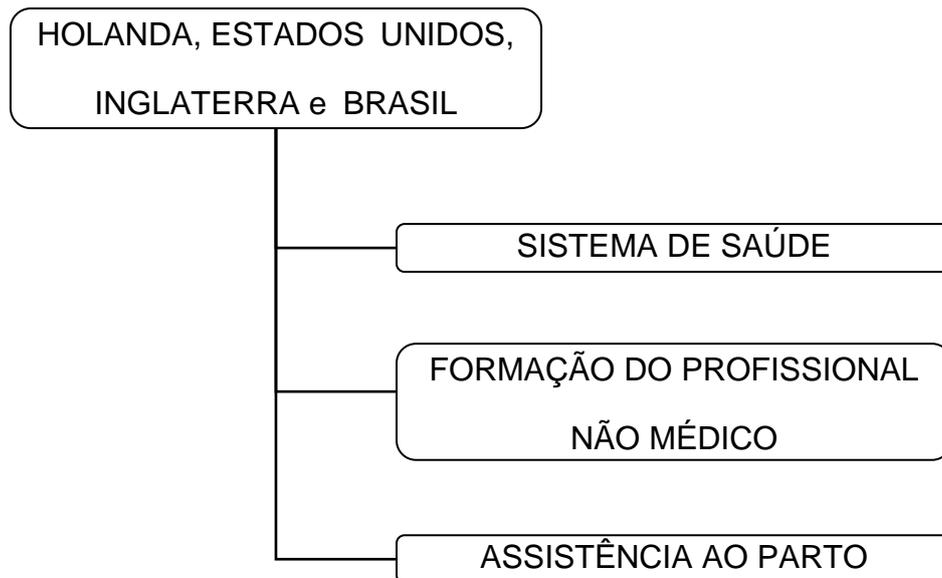


Figura 1 - Categorias dos resultados

5.1 O PARTO NA HOLANDA

5.1.1 Sistema de saúde

O sistema de saúde na Holanda é público e todos têm o direito de assistência à saúde, independente de ter emprego ou seguro saúde. O sistema de saúde é financiado pela arrecadação de taxas/impostos dos cidadãos e outra parte é complementada pelo seguro privado, obtido através da contribuição de proventos e salários estabelecidos acima de um ganho anual (VILLA, 1999).

A assistência à saúde é organizada por distritos e fundamenta-se no modelo do médico de família, que é a base do sistema (VILLA, 1999).

Cada equipe de saúde - denominada 'médico de família' (*family doctor*) é responsável por 3.000 habitantes de uma área geográfica do Distrito (VILLA, 1999; SAÚDE NA HOLANDA, 2011). Em uma área de 200 mil habitantes há um total de

400 enfermeiras, trabalhando no nível de atenção básica, sendo uma enfermeira (*practical nurse* ou *family nurse*) para cada quatro médicos (*Huisarts*) (VILLA, 1999).

A prática da enfermeira se fundamenta no modelo de assistência denominado '*Primary Health Care*', ou seja, presta o cuidado individual ao paciente que inclui intervenções de enfermagem e orientações de saúde e doença (VILLA, 1999).

Este profissional tem a formação educacional de quatro anos de graduação em Enfermagem e mais um ano de especialização em '*family nurse*' ou enfermeiro da família, da área ou distrito (VILLA, 1999).

A prática de enfermagem é desenvolvida em um conjunto de consultórios denominado '*Consultait Bureau*' que integra uma equipe composta por: seis médicos de família, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um assistente social, um enfermeiro (*practical nurse*) e duas secretárias (VILLA, 1999).

Para o cidadão que recebe até 32.600 euros anuais é obrigatório o seguro de saúde do governo, o '*ziekenfonds*', que custa aproximadamente 40 euros mensais para um adulto, mas varia de acordo com a seguradora contratada pelo trabalhador. Para quem ganha anualmente mais de 32.600 euros é livre a escolha de fazer ou não um seguro saúde, mas ele já não tem mais o direito de usar o '*ziekenfonds*' que é subsidiado em parte pelo governo, o trabalhador faz um seguro particular em uma seguradora de sua escolha já que o serviço médico é muito caro. A Saúde Pública na Holanda é, principalmente, financiada por um sistema de seguros que em parte são pagos pelo governo. Isso pode ser feito diretamente através de determinados serviços governamentais, como por exemplo, o caso dos Serviços Municipais de Saúde o Serviço de Inspeção dos Produtos Alimentares (SAÚDE NA HOLANDA, 2011).

O "portão de acesso" para a totalidade dos serviços da Saúde Pública na Holanda é constituído pelos chamados cuidados de primeira linha, os quais incluem todos os cuidados médicos não especializados. O médico de clínica geral ou médico da família (*huisarts*) ocupa aí um lugar destacado, uma vez que, regra geral, é ele quem primeiro atende uma pessoa que se sente mal, e que em seguida decide se pode prescrever o tratamento necessário, ou se envia o doente para um médico especialista, um fisioterapeuta, etc (SAÚDE NA HOLANDA, 2011). Então, o sistema de saúde da Holanda segue o seguinte sistema de atendimento: o paciente consulta com seu médico de família, este, caso necessite encaminha o paciente para um especialista e o especialista pode encaminhar para o hospital. Outra forma de

atendimento é a procura por primeiros socorros e caso necessário ocorre o encaminhamento para o hospital.

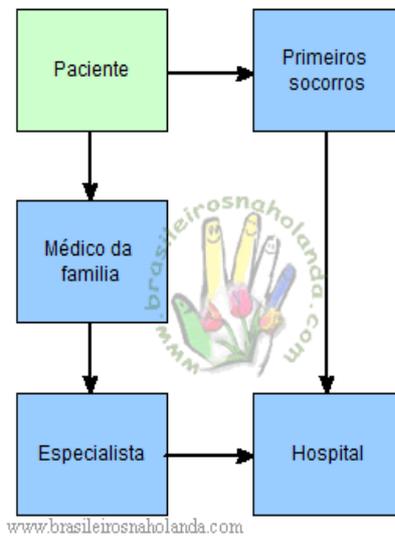


Figura 2 - Sistema de saúde holandês
Fonte - SAÚDE NA HOLANDA, 2011.

5.1.2 Formação do profissional não médico

Na Holanda o parto de baixo risco é atendido por uma obstetriz. A obstetriz é formada por um curso superior específico que dura quatro anos e que não estabelece relação com o curso de enfermagem. Depois de formada ela é registrada junto ao estado e pode trabalhar em hospital ou realizando partos domiciliares (PRADO, 2011).

Os cursos de obstetrícia seguem um padrão elevado, que começam desde a entrada do profissional no curso. Os critérios para a entrada na faculdade são rigorosos, incluindo desde bom desempenho acadêmico até ter um bom caráter e comportamento. Esses critérios têm criado um corpo de mulheres fortes e inteligentes, o que reflete na palavra holandesa para 'parteira', *verloskundige*, que tem por significado 'mulher sábia' (SMULDERS, 2004).

As associações dos profissionais de enfermagem e obstetrites são diferentes.

A formação é centrada na saúde e não na doença, reafirmando que o pré-natal e a assistência ao parto e pós-parto é um período saudável da mulher, e não deve ser medicalizado (VILLA, 1999).

A Associação de Obstetizas da Holanda é uma das mais organizadas do mundo e submete os profissionais a avaliações frequentes. Essa associação recebe obstetizas do mundo inteiro para treinamento (VILLA, 1999).

5.1.3 Assistência ao parto

Na Holanda, 35% de todos os bebês nascem em casa. O parto domiciliar é quase rotina. A taxa de cesária é menor que 10% (PRADO, 2011)

A obstetiza (*midwife*) desenvolve uma prática independente em consultório particular, podendo atender em diferentes locais. Ela pode alugar uma sala no Centro de Saúde (*Consultait Bureau*) ou atender na sua própria residência, mas só pode atender as mulheres grávidas de sua área de abrangência, pois existe uma lei na Holanda que diz que a obstetiza pode atuar em um raio de aproximadamente 30km, e que a distância percorrida de carro seja de 15 minutos (VILLA, 1999).

As gestações de risco são atendidas pelos médicos e também a realização das cesárias. As obstetizas não podem usar fórceps e nem o vácuo-extrator (PRADO, 2011)

Eles contam com um sistema de graduação que indica o grau de risco da gestação e por quem esta gestante pode ser atendida. Grau "A" quer dizer que a mulher será atendida por uma obstetiza, "B" significa supervisão de um obstetra, "C" quer dizer que a mulher será atendida exclusivamente pelo obstetra e "D" significa um parto no hospital, mas atendido por uma obstetiza (PRADO, 2011)

No parto domiciliar, o atendimento é realizado exclusivamente pela obstetiza e uma enfermeira-auxiliar. Depois do parto, ela (a obstetiza) cuida da mãe, avalia a placenta e o bebê (não há pediatra presente) e vai embora umas duas horas depois. A auxiliar fica com a mãe e a obstetiza volta nos dias seguintes para ver se está tudo bem (PRADO, 2011)

A obstetiza visita a mulher a cada dois dias, realizando de cinco a seis visitas, conforme necessário (SMULDERS, 2004).

A opção pelo parto domiciliar coloca todo o sistema de saúde em alerta, incluindo o hospital, ambulância, telefonista, enfermeira e médico. Diante de qualquer emergência eles promovem o deslocamento da parturiente da casa para o hospital (VILLA, 1999).

A enfermeira-auxiliar (*kraamhulp*) ajuda a obstetrix durante o trabalho de parto e parto, além disso, dá oito dias de assistência pós-parto para cuidar da família, tanto depois do parto hospitalar quanto depois de um parto em casa. Ela passa oito horas por dia na casa da nova mãe, cuidando dela, de seu bebê e até da casa. Seu papel consiste em traçar o acompanhamento diário da mãe e do bebê, ensinar os cuidados com o bebê, receber as visitas, preparar as refeições e também limpar a casa (PRADO, 2011). Seu treinamento dura 18 meses e ela é paga pelo governo (SMULDERS, 2004).

Se a mãe faz a opção pelo parto domiciliar, ela necessita comprar uma caixa (*package*) com todos os utensílios necessários ao trabalho de parto (*kit for baby*) como bandagens, absorventes, fraldas descartáveis. O custo dessa caixa é de cerca de 25 euros e é reembolsado pelo seguro saúde (VILLA, 1999).

O serviço prestado pela obstetrix a gestante inclui um conjunto de procedimentos: pré-natal (uma consulta/mês ao casal), assistência ao parto e pós-parto. Esse pacote de prestação de serviços tem um custo em torno de 500 euros à gestante, que é reembolsado pelo sistema nacional de saúde ou seguro saúde privado (VILLA, 1999).

5.2 O PARTO NOS ESTADOS UNIDOS

5.2.1 Sistema de saúde

O sistema de saúde dos Estados Unidos é baseado em seguros, onde o governo oferece seguros para determinados grupos e o restante da população precisa fazer um plano de saúde de forma particular. Não há o acesso universal de assistência à saúde. O governo oferece o *Medicare* para pessoas com mais de 65 anos de idade ou portadores de deficiência e o *Medicaid* para a população de baixa renda. Ambos os sistemas são bancados pelo governo, que paga hospitais e médicos que atendem o beneficiário. Já o restante da população, em torno de 46 milhões de pessoas, não possui seguro de saúde pago pelo governo, estes devem fazer seguros de saúde de forma particular, ou seja, devem pagar para ter assistência ou podem possuir através de empregos que forneçam plano de saúde (MELLO, 2009).

A maioria dos planos particulares estabelece um limite de gastos anual e, em seguida, uma franquia que o seguro só começa a reembolsar depois que o paciente paga sua contrapartida. Os planos também podem se recusar a fazer seguro para pacientes com histórico de doença crônica ou pré-existente (MELLO, 2009).

Segundo uma estimativa feita pelo governo, 46,3 milhões de pessoas nos Estados Unidos não tinham cobertura em 2008 nem do *Medicaid* e *Medicare* (esse número, porém, inclui imigrantes ilegais e americanos que ganham mais de US\$ 50 mil por ano) (CORRÊA, 2010). São estas pessoas que necessitam fazer um seguro particular ou podem possuir através do trabalho.

Veteranos das Forças Armadas também estão cobertos por um programa do governo, assim como crianças de famílias pobres que não se enquadram nas exigências do *Medicaid* (CORRÊA, 2010),

No caso dos planos de saúde privados, há variações nas regras e no valor a ser pago. Em alguns casos, por exemplo, o segurado tem de pagar parte do tratamento médico para depois ser ressarcido pela seguradora. Aqueles que não têm cobertura de saúde só são atendidos gratuitamente em emergências (CORRÊA, 2010).

5.2.2 Formação do profissional não médico

Nos Estados Unidos há dois tipos de profissionais graduados e não médicos que atendem ao parto, esses profissionais são: *Certified Midwife* (CM), que equivale no Brasil à obstetritz, e *Certified Nurse-Midwife* (CNM), que equivale no Brasil à enfermeira obstétrica. Esses profissionais possuem formação profissional diferente.

As CM são profissionais que cursaram o curso de obstetrícia e que após passaram por provas de certificação de acordo com exigências do *American College of Nurse-Midwives* (ACNM). Já as CNM são profissionais que cursaram o curso de enfermagem e após o curso de obstetrícia. Estas também passaram por provas de certificação de acordo com exigências do *American College of Nurse-Midwives* (ACNM) (DEFINITIONS, 2011)

Os serviços oferecidos pelas CM e CNM diferem entre si, visto que dependem do tipo de certificação de cada uma. Além disso, é importante destacar que a prática e o credenciamento relacionado a obstetrícia diferem em todos os Estados Unidos (MIDWIVES, 2011).

Por ter um licenciamento adicional em enfermagem, a CNM, fornece um maior número de serviços de saúde à mulher, como por exemplo, exames ginecológicos anuais, planejamento familiar e cuidados pré-concepção, pré-natal, suporte e parto, ao recém-nascido e gestão da menopausa (MIDWIVES, 2011).

A prática do parto é baseada em Competências Essenciais para a Prática Básica do Parto (*Core Competencies for Basic Midwifery Practice*), normas para a prática da obstetrícia e do Código de ética promulgado pelo *American College of Nurse-Midwives*. As competências essenciais são revistas periodicamente para incorporar novas tendências na prática do parto. Este documento deve ser respeitado em sua totalidade. Os conceitos, habilidades e processos de gestão de parteiras identificados nas competências essenciais compõem o alicerce sobre o qual as orientações práticas e currículos escolares são construídos (AMERICAN, 2008).

No âmbito da prática do parto pode ser expandido para além das competências básicas para incorporar os conhecimentos e procedimentos adicionais que melhorem o atendimento para as mulheres e suas famílias. Após a educação básica em obstetrícia, as parteiras podem optar por ampliar sua prática seguindo as orientações descritas no Standard VIII das *Normas para a prática da obstetrícia*. (AMERICAN, 2008).

5.2.3 Assistência ao parto

Para conhecermos como é assistência ao parto realizada por profissionais não médicos nos Estados Unidos, usamos como referência a pesquisa desenvolvida por Holland e Holland (2007), no Estado de Connecticut. Nesse país a assistência pode variar de estado para estado, por estes terem liberdade para criarem leis específicas, desde que não firam a Constituição Federal. Diferenças dentro do próprio estado também acontecem. Assim, são dessas autoras (HOLLAND; HOLLAND, 2007) as informações apresentadas a seguir.

No estado de Connecticut as CMs não são licenciadas, assim, quem realiza a assistência ao parto são as CNMs.

As CNMs atendem principalmente em consultórios de médicos e clínicas médicas particulares (64%), enquanto 17% em consultórios de centros comunitários de saúde, 13% em clínicas/ hospitais e menos de 10% em outros (centro médico,

em domicílio, na casa da parteira, órgão de saúde). Realizam os partos em sua maioria no hospital (72%) e menos de 10% em centros de nascimento ou parto domiciliar.

Em relação a quem paga seus salários, a maioria (65%) é pago por médicos, 13% recebem a partir de centros comunitários de saúde, 12% de hospital ou centro de saúde, 8% de instituições de ensino, 6% de agências de saúde sem fins lucrativos, 5% de clínica hospitalar e menos de 5% de centro de parto.

Em relação à renda obtida pela assistência ao parto, destacamos que a renda média é de U\$ 72.144,00 por anos. Já a renda média de quem trabalha em tempo integral é de U\$ 79.554,00 e que trabalha em tempo parcial é de U\$50.557,00. Sendo que 82% recebe a partir de um salário base e 14% recebe por hora. Menos de 10% recebem hora extra, 21% ganha bônus com base na produtividade e 11% ganha bônus baseado na produtividade pessoal.

Dos 68 entrevistados que trabalhavam em tempo integral, 31% receberam três semanas de férias por ano, 41% receberam quatro semanas, 22% receberam cinco semanas, e menos de cinco receberam duas ou seis semanas ou sem férias. Em relação aos entrevistados que trabalhavam em tempo parcial os benefícios foram oferecidos em um padrão semelhante ao dos que trabalhavam em tempo integral. Embora cada benefício foi oferecido de 10% a 25% menos tempo. Os que trabalham em tempo parcial eram menos propensos a terem folga remunerada.

Em relação a participação em conferências, a maioria dos entrevistados receberam folgas (87%) e 52% receberam de quatro a seis dias por ano, já em relação a apoio financeiro para educação 93% (89 parteiras) recebem e também 80% recebem ajuda de custo para as despesas. Cada CNM pode receber um orçamento de \$1.000,00 ou menos por ano para conferências ou educação contínua.

Em relação às práticas realizadas pelos entrevistados, 99% presta cuidados ginecológicos, 90% cuidado ao pré-parto, 90% cuidados pós-parto, 77% cuidados no atendimento ao parto, 52% realizam cuidados primários e 14% prestam cuidados aos recém-nascidos.

Em relação assistência prestada em consultório, 13% relatou atender 12 pacientes dia, 30% de 13 a 18 pacientes/dia, 37% atende de 19 a 24 pacientes/dia, 18% de 25 a 30 pacientes/dia, 5% atende de 31 a 36 pacientes/dia.

Resumindo, a típica enfermeira obstétrica (*nurse midwife*) de Connecticut que trabalha em tempo integral, sendo o trabalho semanal constituído por dois dias de plantão de 24 horas por semana e três dias de sete horas em consultório, uma hora por semana é dedicado a palestras, educação e cuidados de saúde a não-paciente, um pouco mais de três horas em tarefas administrativas e uma hora para pesquisa. Ela assiste de 19 a 24 pacientes por dia no consultório, oferecidos por duas horas/semana de visitas ao consultório antes das 9h ou após as 17h, não são oferecidas consultas nos fins de semana, é prestada uma chamada por mês durante os fins de semana.

Já as parteiras que trabalham em tempo parcial, trabalham um turno de 12 horas de plantão, dois dias de sete horas no consultório, duas horas de palestra ou ensino de saúde a não-pacientes, meia hora de tarefas administrativas e menos de um quarto de hora em pesquisa. Oferece uma hora e meia por semana de visitas ao consultório antes das 9h ou após as 17h, uma hora no final de semana para visita no consultório e não tem chamada de responsabilidades nos fins de semana.

Quando se compara os resultados da pesquisa com um levantamento nacional realizado em 2003, nota-se que as parteiras de Connecticut tendem a receber benefícios e salário ligeiramente acima que os profissionais a nível nacional e também são mais propensos a trabalhar em consultórios particulares. A maioria dos entrevistados relatou expandir sua prática para além das competências essenciais para a prática básica obstétrica, que são as competências e os procedimentos exigidos pela ACNM para os novos licenciados para a prática.

Segundo o Modelo de Atenção das Parteiras (CITIZENS, 2007), as CMs, oferecem um tratamento respeitoso, com valorização das gestantes, das famílias e suas crenças, respeitam as decisões das mesmas e proporcionam cuidados com a atenção para desenvolver um relacionamento de confiança e carinho. Oferecem consultas pré-natais que permitem a abundância de tempo para perguntas e respostas - 30 a 60 minutos; discussões significativas para explorar e ajudar a resolver os medos e preocupações da gestante e sua família; abundância de informações sobre gravidez, parto e recém-nascido, e sobre a amamentação e cuidados; encaminhamento para especialistas de cuidados de saúde ou para assistência do parto com complicações, se necessário; realizam avaliações durante a gravidez, no parto e após o nascimento, para certificar-se que a mulher e o bebê estão saudáveis. Depois que o bebê nasce, a CM fica com a mulher até que a

amamentação seja estabelecida e a mesma esteja repousando confortavelmente. Após o nascimento, realiza uma visita agendada para verificar se a puérpera e seu bebê estão bem e também para responder a quaisquer perguntas.

5.3 O PARTO NA INGLATERRA

5.3.1 Sistema de saúde

O *National Health System – NHS* (Sistema Nacional de Saúde) da Inglaterra foi lançado em 1948 com a premissa de que um bom cuidado de saúde deve estar disponível para todos, independentemente dos bens que possuem. Com a exceção para algumas prescrições e serviços ópticos e dentários, o NHS inglês é gratuito para todos que lá moram. Conforme informações no site, o sistema de saúde gratuita cobre desde o atendimento a simples resfriados e consultas de pré-natal, até cirurgias cardíacas, atendimentos de emergências e traumas até cuidados no fim da vida (ENGLAND, 2009).

Assim, cerca de 60 milhões de pessoas são assistidas, através de uma rede de cerca de 1,7 milhões de funcionários, dos quais em torno de 400.000 são enfermeiros, 40.000 são médicos de saúde comunitária e 120.000 são médicos em hospitais. Nas mais de 10.000 unidades de saúde, um médico da comunidade atende mais de 140 pacientes por semana (ENGLAND, 2009).

Atualmente o orçamento anual é de cerca de 100 bilhões de libras esterlinas (em torno de US\$165 bilhões e de R\$262 bilhões). Estas verbas provêm, na íntegra, de impostos arrecadados pelo governo. O Ministério da Saúde (ou *Health Department*) é quem controla do Sistema Nacional de Saúde, sendo chefiada pelo Ministro da Saúde que se reporta diretamente ao primeiro-ministro. O Ministro da Saúde lidera um grupo de dez Autoridades Estratégicas de Saúde, que supervisionam os gerentes de diferentes regiões (ENGLAND, 2009).

A eficiência do NHS da Inglaterra pode ser avaliada por dois indicadores: a expectativa de vida dos ingleses que vem aumentando ao longo dos anos, bem como através do decréscimo na mortalidade infantil. Além desses, pesquisas de satisfação indicam que, em geral, a população está satisfeita com o cuidado recebido (ENGLAND, 2009).

5.3.2 Formação do profissional não médico

Na Inglaterra existem as profissões de enfermeira e obstetrix (*midwife*).

Entre os profissionais de enfermagem há aqueles sem graduação, tais como assistentes de enfermagem, assistentes de cuidados de saúde e trabalhadores de apoio clínico, chamados de profissionais não registrados. Esses profissionais são responsáveis, em algumas instituições por cuidados pessoais (como auxiliar os pacientes a se banhar e a se vestir, por cuidados sociais (tais como auxiliar a se alimentar e a se comunicar, bem como manter-lhes companhia), ou cuidados mais especializados, como verificar e registrar sinais vitais, monitorar glicemia capilar, pressão arterial, úlceras de pressão, etc (NURSING, 2011).

Os profissionais registrados, aqueles com curso superior em enfermagem, são classificados como de primeiro e segundo nível, especialistas e administradores. Não mais são formadas enfermeiras de segundo nível, sendo que as que ainda atuam estão em vias de se aposentar ou passaram pelo processo de aprimoramento para se tornarem enfermeiras de primeiro nível. Entre os enfermeiros especialistas, não há o especialista em enfermagem obstétrica. Para atuar em obstetrícia, enfermeiros que já possuem o grau para o cuidado de adultos, podem fazer cursos de curta duração (18 meses) para se especializarem e ter duplo registro no Conselho Nacional de Enfermagem e Obstetrícia. Os administradores são aqueles profissionais de enfermagem que optaram por deixar a prática clínica de enfermagem para tornarem-se burocratas no Sistema Nacional de Saúde (NURSING, 2011).

A obstetrícia no Reino Unido não é considerada um ramo da enfermagem, mesmo que os cursos sejam parecidos em duração e estrutura. A educação formal em obstetrícia acontece em universidades, em cursos com um mínimo de três anos de duração, sendo que pelo menos a metade do curso deve acontecer na prática clínica, na assistência às mulheres, seus bebês e suas famílias. A prática pode acontecer nos domicílios, na comunidade, nos hospitais e em outros serviços, como unidades e casas de parto (BECOMING, 2010).

Durante o programa de graduação, os alunos são ensinados a compreender, promover e facilitar o parto normal, bem como a identificar as complicações que podem surgir para as mães e seus bebês. São orientados sobre quando solicitar assistência e a implementar medidas de emergência, usualmente em conjunto com

outros profissionais de saúde. São papéis fundamentais das obstetrias a promoção da saúde e do bem-estar. Os alunos aprendem a fornecer informações sem pré-julgamentos e a se comunicar efetivamente com uma variedade de mulheres e suas famílias.

5.3.3 Assistência ao parto

Ao longo da história, na Inglaterra, houve modificações na assistência ao parto, de modo muito semelhante ao que aconteceu em outros países.

Durante o período medieval, até o século XVII, os partos eram atendidos pelas parteiras, que eram as mulheres mais confiáveis da aldeia, além de serem bastante influentes em suas comunidades. Poucas tinham treinamento formal, através de um médico do sexo masculino, pois, em geral, o conhecimento era repassado de mãe para filha. Exerciam a atividade como um serviço público, sendo recompensadas através de presentes, até o início do século XVIII. Raramente tinham casos de infecção puerperal ou de partos complicados. Quando os médicos eram chamados, tinha-se a certeza de que “quando um homem vinha, um ou ambos morriam” (GREENE, 2011).

No século XVIII, na Inglaterra, destacou-se a atuação de William Smellie (1697-1763) o *parteiro-homem* mais famoso, ou obstetrix-especialista mais conhecido no Reino Unido. Nascido na Escócia, ele mudou-se para Londres aos 43 anos. Durante a maior parte de sua vida profissional trabalhou sem ter o título de médico, enquanto treinava homens (médicos) e mulheres (parteiras) para a prática da assistência ao parto. Usava modelos anatômicos para as aulas teóricas e voluntárias para as aulas práticas. É conhecido como o “Mestre da Obstetrícia Britânica” e o “Pai da Obstetrícia Científica”. Aposentou-se 14 anos após formar-se em medicina. Foi Smellie quem difundiu o uso do fórceps obstétrico no Reino Unido (WOODS, 2008).

Foi ainda durante o século XVIII que as parteiras, ainda não conhecidas como obstetrias com treinamento formal, começaram a perder o respeito da população, principalmente por não terem acesso ao mesmo tipo de educação e treinamento dos homens/médicos. Assim, principalmente as famílias mais abastadas passaram a considerar os médicos seus principais cuidadores. A posição para o parto alterou-se,

deixando de ser usada a posição vertical. Aquelas mulheres que podiam pagar, usavam camas especiais para o nascimento (GREENE, 2011).

Na era Georgiana inglesa, que se estende de 1714 a 1830, quando reinaram os reis George I, II, III e IV, houve a continuidade de uma campanha contra as parteiras como sendo “sujas e ignorantes”. Ao mesmo tempo em que houve uma tentativa de ver o parto como um procedimento mais natural, a morte da Princesa Charlotte, filha do Rei George IV, em 1817, cinco horas após um trabalho de parto de 50 horas, fez com que houvesse um retorno às intervenções médicas durante o parto e nascimento (GREENE, 2011). Charlotte era a única filha legítima do Rei e, assim, a herdeira natural do trono e a esperança de mudança na Inglaterra. Faleceu aos 21 anos de idade, após dar a luz a um bebê natimorto, o que levou o seu *parteiro-homem*, Richard Croft, ao suicídio (BOFILL; MARTIN JR., 2008). Assim, em um período de controvérsias, ao mesmo tempo em que havia oponentes aos *parteiros-homens*, com o desejo do retorno das parteiras tradicionais, havia a indicação cada vez maior do uso de fórceps (GREENE, 2011)

A era vitoriana, que durou de 1837 a 1901, durante o logo reinado da Rainha Vitória, é marcada por grande dissociação entre a maternidade e o processo físico do nascimento. Em 1853 a Rainha Vitória usa clorofórmio para dar à luz ao príncipe Leopoldo, administrada pelo médico escocês James Simpsom. Diferentemente das mulheres norte-americanas que saíam de circulação durante a gestação, as mulheres inglesas continuavam a aparecer em encontros sociais. A campanha contra as parteiras continuava, não tão forte na Inglaterra quanto nos Estados Unidos. O parto era realizado em posição litotômica, na cama. Os nascimentos com clorofórmio e fórceps tornaram-se comuns, especialmente para as mulheres mais abastadas. Entre as mulheres pobres e das zonas rurais, permaneciam alguns rituais antigos (GREENE, 2011).

Em 1902 o *Midwives Act* pretendia regulamentar e inspecionar a ação das parteiras, através do controle médico e social das mesmas, que deveriam se transformar em força de trabalho treinada e disciplinada (KIRKHAM, 1999). Segundo a autora, houve a necessidade de vários ajustes, já que havia a necessidade da demarcação ocupacional estipulada pela medicina, além da exigência de que as parteiras fossem leais à profissão e não às clientes. Assim, as obstetrias passaram a atuar regularmente, supervisionadas por *inspetores de obstetrias*, que deveriam

ser considerados conselheiros ou amigos das mesmas, e não apenas seus críticos ou disciplinadores.

Com a implementação do NHS (*National Health System* - Sistema Nacional de Saúde), em 1948, algumas práticas se modificaram. O número de obstetrias contratadas por hospitais aumentou. Em 1974 foi unificada a atuação das obstetrias hospitalares e comunitárias (KIRKHAM, 1999).

Atualmente, o parto na Inglaterra é assistido principalmente por obstetrias, sendo que as gestantes de risco, ou aquelas que têm alguma intercorrência durante o trabalho de parto, são encaminhadas aos médicos obstetras ou hospitais. Fundamentalmente, é garantido às grávidas escolher onde querem ter seus partos: em casa, em centros de parto atendidos por obstetrias ou centros obstétricos (NICE, 2011).

A assistência é centrada na mulher e no bebê, sendo dada à mulher a oportunidade de fazer suas escolhas de cuidado e tratamento. As principais prioridades na assistência intraparto são: o estabelecimento de comunicação efetiva; a manutenção de apoio durante o trabalho de parto; o parto normal sem intervenções se o mesmo estiver progredindo normalmente e se a mulher e o bebê estiverem bem; o planejamento do local do parto, desde que a mulher seja adequadamente orientada sobre os riscos e benefícios de cada uma de suas opções; a lidar com a dor, com a recomendação do parto na água e de ser adequadamente orientada sobre os riscos, benefícios e implicações da analgesia epidural; o cuidado perineal; a constatação do prolongamento do primeiro estágio do parto; a aplicação da anestesia adequada durante o trabalho de parto instrumental (NICE, 2011).

O Sistema Nacional de Saúde – NHS em inglês – paga todos os custos de pré-natal, a assistência ao parto e também o acompanhamento no pós-parto.

Existem diretrizes claras sobre as normas e condutas durante a assistência ao parto, com uma série de orientações sobre o quê fazer e o quê não fazer, sendo que, por exemplo, a monitorização anteparto é fortemente não recomendada (NICE, 2011).

5.4 O PARTO NO BRASIL

5.4.1 Sistema de saúde

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2011).

Antes a criação do SUS, o modelo de atendimento dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum. A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde, criado em 1988, tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão, assim, todos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (BRASIL, 2011).

O SUS é destinado a todos os cidadãos, é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, assim compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009a). O orçamento anual médio para a saúde de 1995 até 2010, foi de cerca de R\$ 53 bilhões. O orçamento de 2010 foi de R\$66 bilhões e, em 2011, será em torno de R\$ 77 bilhões (PORTAL BRASIL, 2011).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região (BRASIL, 2011).

5.4.2 Formação do profissional não médico

No Brasil, além do médico, atuam na assistência ao parto a enfermeira obstétrica e a obstetritz.

A formação da enfermeira obstétrica exige, nos termos da lei, graduação em enfermagem com duração mínima de quatro anos e máxima de seis anos e carga horária de 3500 horas, segundo Portaria nº1721 do então Ministério da Educação e Cultura, de 15 de dezembro de 1994 (BRASIL, 1994), e após especialização em enfermagem obstétrica com duração mínima de 360 horas, segundo Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES) nº1 de 08 de junho de 2007 (BRASIL, 2007). Ressalto que o tempo de curso varia de acordo com a faculdade, mas a carga horária total exigida é a mesma para todas.

Segundo o artigo 4º da Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 (BRASIL, 2001), a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente.

O curso previsto para formação específica na área obstétrica consiste na especialização, nível de pós-graduação *lato sensu*, segundo a Resolução nº 12/83, do Conselho Federal de Educação que dispunha sobre cursos de especialização (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

O Conselho Diretor Nacional, da Associação Brasileira de Obstetritz e Enfermeiros Obstettras e Neonatais (ABENFO), deliberou algumas recomendações, como denominação do curso – Especialização em Enfermagem Obstétrica; carga horária – 400 a 600 horas, sendo um terço destinado à parte teórica e dois terços à prática, conteúdo mínimo – obstetrícia fundamental, enfermagem obstétrica, enfermagem perinatal, metodologia de pesquisa e conteúdo didático-pedagógico incorporado às atividades curriculares, e exigências curriculares mínimas – 20 partos normais, com acompanhamento do trabalho de parto; 20 acompanhamentos de puerpera no pós-parto; 15 atendimentos a recém-nascidos nas sala de parto; 15 consultas de pré-natal (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

Atualmente, para as enfermeiras capacitadas na área de assistência obstétrica fora da modalidade de especialização e para aquelas que têm capacitação pela prática assistencial, existe, desde 1994, uma instância formal de qualificação por

meio do Concurso de Título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, com base na Resolução nº 173/94, do Conselho Federal de Enfermagem (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000).

Hoje, os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) da enfermagem, baseados em novas diretrizes curriculares, adotadas em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9394/96, proporcionam mudanças no processo de formação do enfermeiro, de modo que a ênfase, deixa de estar centrada no modelo biomédico, caracterizado pelo estudo da doença, aprendizagem e reprodução de técnicas e tarefas, e passa a estar centrada em um modelo holístico, humanizado e contextualizado, formando profissionais críticos, criativos e éticos para atuar na prática profissional (SOUZA et al., 2006).

Esta abordagem vislumbra o ingresso por meio de múltiplas entradas para a formação de profissionais para assistência ao parto normal. Inclui a atual especialização para as enfermeiras obstétricas, após a conclusão do curso de enfermagem, e a formação em nível de graduação para as obstetrias. Com base nessas considerações começou a ser discutida a possibilidade de resgate da formação da obstetria, em nível de graduação, paralelamente à especialização em enfermagem obstétrica. Esta discussão começou em seminários regulares da categoria e, internamente, na disciplina enfermagem obstétrica, do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Até 2005, a única via adotada para a formação de profissionais de assistência ao parto consistia na especialização, tendo como pré-requisito o curso de graduação em enfermagem (MERIGHI; GUALDA, 2009).

No entanto, diante do quadro de assistência a saúde reprodutiva e publicações na literatura internacional e nacional a temática relativa ao papel da obstetria, começou ser debatida. Assim sendo, desde 1998, a ABENFO – Seção São Paulo - intensificou a discussão sobre o ensino de enfermagem para a assistência ao parto e nascimento, por meio de seminários estaduais. Considerou-se então, a possibilidade de formação da obstetria (entrada direta) para a assistência à saúde da mulher sob nova perspectiva. Levou-se em conta também, as evidências científicas as quais têm relacionado atuação da obstetria na condução fisiológica e naturalizada do parto e na personalização e humanização da assistência (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Visando promover o alcance desses objetivos, o curso de Obstetrícia foi planejado tendo como alicerce um Ciclo Básico. A partir deste, três eixos estruturantes estariam presentes ao longo do curso. Os eixos estruturantes do curso são: bases biológicas da obstetrícia, fundamentos psicossociais do processo reprodutivo e assistir/cuidar no processo reprodutivo (MERIGHI; GUALDA, 2009).

O curso de Obstetrícia começou a ser ministrado em 2005 na Universidade de São Paulo (USP), com duração mínima de oito semestres e no máximo doze semestres. O profissional formado como obstetrix tem por competências e habilidades: prestar e coordenar a assistência à saúde da mulher e família no processo reprodutivo; atuar em instituições de saúde públicas e privadas (maternidades, centros de parto normal, casas de parto, ambulatórios, unidades básicas), instituições de ensino e domicílios; atuar em equipe multiprofissional; desenvolver processo interativo com os diversos níveis de atuação; contribuir para a construção do conhecimento da área e fundamentar a sua prática no conhecimento existente e formar recursos humanos na área específica (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Os alunos formados pelo curso de obstetrícia da USP vêm encontrando dificuldade devido a um desentendimento com o COREnN (Conselho Regional de Enfermagem) e COFEn (Conselho Federal de Enfermagem). Eles não conseguem ingressar no mercado de trabalho, já que o COREn e COFEn se negam a reconhecer a graduação de obstetrícia desde 2008, pois só aceitam formação de enfermeiro-obstetra. De acordo com os órgãos, os alunos do curso da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP) não possuem formação em enfermagem para conseguir o registro no Conselho (VILARINO, 2011).

No ano de 2010, o COREn firmou um acordo com a USP, onde se estabelecia o registro das obstetrixes mediante alterações curriculares, mas no início de 2011 o Conselho Federal de Enfermagem emitiu parecer indicando contrariedade ao registro das profissionais. O que fez com que o COREn voltasse atrás no acordo de registro para os egressos que realizassem complementação curricular conforme o acordado em 2010 (MARCON, 2011).

A USP apresentou ao COREn duas propostas de adequação do curso de obstetrícia para que os formados pudessem ser credenciados pelo órgão, mas ambas foram negadas por tratar apenas da saúde da mulher. No início do ano foi

divulgada a intenção da USP em juntar o curso de obstetrícia ao curso de enfermagem. Segundo o Presidente do COREn/SP, em março de 2011, faltava apenas apresentação, por parte da USP, de uma proposta de adequação do curso que incluísse o cuidado do ser humano, do adolescente, da criança e do idoso. Assim, faltavam 25% ou 30% da formação de enfermeiro para quem fez obstetrícia. Neste caso, os alunos e profissionais já formados teriam um ano a mais de aulas e seriam enfermeiros, com ênfase em obstetrícia reconhecidos pelo COREn (RODRIGUES, 2011).

Com essa intenção, de unir os dois cursos, os alunos de obstetrícia promoveram um forte movimento estudantil, de mães e de associações ligadas à causa para a manutenção do nome e da estrutura curricular do curso (MARCON, 2011).

A Comissão de Graduação da EACH-USP, em abril de 2010, decidiu manter para o vestibular de 2012 as vagas para o curso de obstetrícia, assim como dar prosseguimento ao mesmo da mesma maneira como ele se encontra, ou seja, sem alterações em seu projeto político-pedagógico. Mas a decisão da comissão formada por docentes da EACH-USP deverá ser avaliada pela Congregação da USP Leste, órgão deliberativo superior da unidade, que após encaminhará o documento para o Conselho de Graduação da USP, o qual dará a palavra final (COMISSÃO... , 2011).

Os alunos que já se formaram e tiveram dificuldades para obter o registro junto ao COREn, entraram com ação judicial e conseguiram o registro mediante mandado judicial e atualmente exercem normalmente a profissão, conforme previsto pela Lei nº 7.498 (MARCON, 2011).

O Ministério Público Federal em São Paulo, no dia 29 de junho de 2011, enviou ao Conselho Federal de Enfermagem uma recomendação para que o órgão considere os bacharéis formados no curso de obstetrícia pelos órgãos educacionais como enfermeiros. Para isso, o Ministério Público requer que o órgão revogue a resolução nº 378, que proíbe a inscrição de obstetristas nos Conselhos Regionais de Enfermagem. O COREn/SP e o COFEn têm um prazo de 25 dias para informar se cumpriram a recomendação (MP..., 2011).

5.4.3 Assistência ao parto

As enfermeiras atuantes no Brasil tem sua profissão regulamentada pela Lei Federal nº 7.498 de 25 de junho de 1986 e Decreto Lei nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Esta lei reconhece e descreve as atividades dos profissionais de enfermagem, que incluem enfermeiros, enfermeiras obstétricas, obstetrizas, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiros. De acordo com a lei cabe as enfermeiras obstetras e obstetrizas, além das atividades de enfermeira tradicional, as seguintes atividades específicas de atenção ao parto, como: prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Além da Lei do Exercício Profissional, o Ministro da Saúde publicou a Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a) que inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS e na Tabela de Informações Ambulatoriais, o grupo de procedimentos parto normal sem distócia realizado pelo enfermeiro obstetra e a assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstetra, ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Há também a Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b) que regulamenta a realização do procedimento parto normal sem distócia pelo enfermeiro obstetra e obstetriz e também aprova o laudo de enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar. Nesta Portaria nº 163 descreve que cabe ao enfermeiro obstetra: identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; prestação de assistência a parturiente e ao parto normal; realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessário; acompanhamento do trabalho de parto; execução do parto sem distócia e emissão do laudo de internação. Com base na lei do exercício profissional e nas portarias descritas acima, o Conselho Federal de Enfermagem publica a resolução nº 223 de 3 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999) que reforça as enfermeiras obstétricas e as obstetrizas suas atividades de acordo com a lei.

Um desafio assumido pelo Ministério foi incluir na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra e aumento do valor parto domiciliar realizado por enfermeira e parteira. A medida representa um estímulo à prática do parto normal,

pois amplia as condições para sua realização e, principalmente quebra com a hegemonia do profissional médico, isto é a assistência ao parto normal deixa de ser um ato médico (SCHIRMER, 2000).

Já o desconhecimento da regulamentação do exercício profissional, gera entraves e traz dificuldades na prática da enfermeira obstétrica, frente à assistência ao trabalho de parto e parto (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Alguns profissionais médicos além de não aceitarem que a enfermeira obstétrica conduza um trabalho de parto, percebem como enfrentamento a identificação de uma distócia, desvio do processo fisiológico, por parte da enfermeira. No entanto, a assistência prestada pela enfermeira obstétrica repercute num olhar diferenciado e a não realização do parto normal implica em prejuízos à parturiente. A enfermeira obstétrica possui formação, competência técnico-científica e é respaldada legalmente para o exercício da profissão (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A análise da situação da saúde materna no Brasil mostra o grave quadro epidemiológico vivenciado pelas mulheres e seus neonatos e a fragilidade da assistência prestada à população (MERIGHI; GUALDA, 2009)

O pré-natal, quando existe, é inadequado. Não há garantia de vaga hospitalar por ocasião do parto. No processo de nascimento é privilegiada a tecnologia, a prática medicalizada, despersonalizada e intervencionista, sendo que as taxas de cesárea são elevadíssimas, e os coeficientes de mortalidade materna alarmantes (MERIGHI; GUALDA, 2009)

No Brasil, a maioria dos nascimentos acontecem em instituições de saúde, 97,46% em 2007, segundo dados do Datasus (BRASIL, 2009b). Nesse mesmo ano, a taxa de cesáreas foi de 47,39%, demonstrando um crescimento significativo dos últimos cinco anos cujas informações estão disponíveis, já que no ano de 2003 a mesma taxa foi de 41,02% (BRASIL, 2009b). Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 98% dos partos são assistidos por profissionais qualificados – médico e/ou enfermeiro (PNDS, 2006).

O modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil tornou o parto de evento fisiológico em procedimento cirúrgico de alta complexidade, medicalizado e com a prática de intervenções terapêuticas nem sempre adequadas e com evidências satisfatória de sua eficácia (SCHIRMER, 2000)

O parto cesáreo é um recurso que tem sido utilizado de forma abusiva em várias regiões, mas como qualquer ato cirúrgico está sujeito a risco e morte, assim o limite superior para sua aplicação deve ser de 15% do total de parto (SCHIRMER, 2000).

As enfermeiras obstétricas respeitam à concepção do nascimento como um momento de passagem, na assistência ao recém-nascido, evita procedimentos invasivos e a separação brusca da mãe e de seu bebê (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

O pequeno número de intervenções durante o trabalho de parto e parto marca a assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas na Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACENF). Estudo desenvolvido nesta Casa de Parto mostra que a rotura espontânea das membranas ocorreu em 123 partos, 69,10% das mulheres atendidas, num total de 178. Das mulheres restantes, 55 necessitaram da rotura artificial; sendo que em 34 destes partos, ou seja, 61,81% a rotura artificial ocorreu quando a mulher estava com oito a nove centímetros de dilatação e nos 21 restantes (38,19%) quando as mulheres se encontravam com dilatação total, ou seja, dez centímetros. Destaca-se também o número reduzido de toques vaginais, sendo que 96,63% (172 gestantes) receberam três toques ou menos com uma média de toques vaginais de $2 \pm 0,85$; média e desvio padrão (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

O manejo da dor por recursos não farmacológicos, como o uso do chuveiro, bolas de parto, massagem, banho de hidromassagem e o banquinho de parto; foram realizados pelas enfermeiras obstétricas e valorizados pelas usuárias, quando relatam sentirem-se bem, aliviadas e relaxadas (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A valorização da mulher como protagonista do evento, pela profissional enfermeira, foi identificada no respeito à escolha da posição adotada pelas mulheres no segundo período clínico do parto. As posições adotadas, em ordem decrescente, foram: ginecológica modificada 38,20%; semi-sentada 19,66%; cócoras 14,04%; sentada 12,36%; decúbito lateral 12,36%; vertical (1,69%) e genupeitoral (1,69%) (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

As ações educativas são descritas como eventos presentes no cotidiano da enfermeira, em dois estudos, sendo que na área obstétrica, associam-se ao incentivo e apoio às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. As enfermeiras orientam

sobre o pré-parto, evolução do trabalho de parto, contrações uterinas, o posicionamento de escolha da gestante, incentivo ao nascimento de parto normal e suas facilidades no cuidado ao recém-nascido (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A importância das funções administrativas da enfermeira obstétrica também é reconhecida em outro estudo, sendo enumeradas como: supervisão de pessoal de enfermagem, provimento e controle de material para a execução dos serviços de enfermagem e médico, além de coordenação do centro obstétrico. Estas ações são identificadas em todas as etapas do processo de parturição, sendo muitas vezes a forma mais freqüente de atuação da enfermeira, o que absorve maior tempo e dedicação ao serviço (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Consideramos que as funções administrativas são importantes na atuação do profissional da enfermeira, no entanto, muitas vezes estas funções impedem que a enfermeira obstétrica assuma o papel de cuidadora junto à mulher e ao recém-nascido (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

5.5 SÍNTESE DOS RESULTADOS

Através dos quadros a seguir, apresentamos uma síntese dos resultados obtidos, a fim de facilitar a compreensão dos dados.

5.5.1 Sistema de saúde

PAÍS	CARACTERÍSTICA
HOLANDA	<ul style="list-style-type: none"> - Público e todos têm o direito - Financiado pela arrecadação de taxas/impostos e é complementado pelo seguro privado - Organizada por distritos - Modelo do médico de família - Salário até €32.600 anuais - seguro de saúde do governo, o <i>ziekenfonds</i>, que custa aproximadamente €40 mensais para um adulto - Mais de € 32.600, trabalhador faz um seguro particular.
ESTADOS UNIDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Baseado em seguros - O governo oferece o <i>Medicare</i> para pessoas com mais de 65 anos de idade ou portadores de deficiência e o <i>Medicaid</i> para a população de baixa renda - O restante da população: plano de saúde de forma particular - Quem não têm cobertura de saúde só são atendidos gratuitamente em emergências.
INGLATERRA	-Sistema Nacional de Saúde - SNS (<i>National Health System – NHS</i>)

	<ul style="list-style-type: none"> - Gratuito para todos que lá moram - Orçamento anual é de cerca de £100 bilhões (cerca de R\$262 bilhões) através impostos arrecadados pelo governo.
BRASIL	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Único de Saúde – SUS - Destinado a todos os cidadãos - Financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais - Orçamento anual para a saúde em 2010 foi de R\$66 bilhões; previsão para 2011: em torno de R\$ 77 bilhões.

Quadro 1 - Comparação do sistema de saúde dos países

5.5.2 Formação do profissional não médico

PAÍS	CARACTERÍSTICA
HOLANDA	<ul style="list-style-type: none"> - Obstetrix: formada por um curso superior específico que dura 4 anos. Após formada é registrada junto ao estado e pode trabalhar em hospital ou realizando partos domiciliares - A Associação de Obstetrixes da Holanda submete os profissionais a avaliações freqüentes.
ESTADOS UNIDOS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Certified Midwife</i> (CM) – obstetrixes: curso de obstetrícia e provas de certificação de acordo com exigências do <i>American College of Nurse-Midwives</i> (ACNM) - <i>Certified Nurse-Midwife</i> (CNM) - enfermeira obstétrica: curso de enfermagem e após o curso de obstetrícia também fazem provas de certificação da ACNM - CNM fornece um maior número de serviços de saúde à mulher - A prática do parto é baseada em “Competências Essenciais para a Prática Básica do Parto” (<i>Core Competencies for Basic Midwifery Practice</i>).
INGLATERRA	<ul style="list-style-type: none"> - Obstetrix (<i>midwife</i>) – curso com no mínimo 3 anos de duração - Enfermeiros que já possuem o grau para o cuidado de adultos, podem fazer cursos de curta duração (18 meses) para se especializarem e ter duplo registro no Conselho Nacional de Enfermagem e Obstetrícia.
BRASIL	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermeira Obstétrica: graduação em enfermagem (4 a 6 anos e carga horária de 3500 horas/aula) e após especialização em Enfermagem Obstétrica, com carga horária de 400 a 600 horas, sendo um terço destinado à parte teórica e dois terços à prática- O curso de Obstetrix começou a ser ministrado em 2005 na USP (8 a 12 semestres).

Quadro 2 - Comparação da formação do profissional não médico dos países

5.5.3 Assistência ao parto

PAÍS	CARACTERÍSTICA
HOLANDA	<ul style="list-style-type: none"> -35% de todos os bebês nascem em casa - Obstetrix: prática independente em consultório particular; atuam em um raio de aproximadamente 30km, e que a distância percorrida de carro seja de 15 minutos <p style="text-align: right;"><i>(continua)</i></p>

	(continuação) <ul style="list-style-type: none"> - As gestações de risco e cesárias são atendidas pelos médicos - As obstetrites não podem usar fórceps e nem o vácuo-extrator - Sistema de graduação: indica o grau de risco da gestação e por quem esta gestante pode ser atendida: Grau "A" - atendida por uma obstetrite, "B" significa supervisão de um obstetra, "C" atendida exclusivamente pelo obstetra e "D" significa um parto no hospital, mas atendido por uma obstetrite - Parto domiciliar: atendimento por obstetrite e uma enfermeira-auxiliar - A obstetrite visita a mulher a cada 2 dias, realizando de 5 a 6 visitas - Enfermeira-auxiliar (<i>kraamhulp</i>): ajuda durante o trabalho de parto e parto, dá 8 dias de assistência pós-parto para cuidar da família - Parto domiciliar: <i>kit for baby</i>, custo é de cerca de €25 e é reembolsado pelo seguro saúde - O serviço prestado pela obstetrite tem um custo de €500, que é reembolsado pelo sistema nacional de saúde ou seguro saúde privado.
ESTADOS UNIDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira obstétrica (CNM) que trabalha em tempo integral: três dias de sete horas em consultório e dois dias de plantão de 24 horas por semana, vê de 19 a 24 pacientes por dia - Tempo parcial: um turno de 12 horas de plantão, dois dias de sete horas no consultório, uma hora no final de semana para visita no consultório - Expandem sua prática para além das competências essenciais para a prática básica obstétrica - As Obstetrites (CMs): consultas pré-natais (30 a 60 minutos); abundância de informações; encaminhamento para especialistas de cuidados de saúde ou para assistência do parto com complicação; realizam avaliações durante a gravidez, no parto e após o nascimento - Depois que o bebê nasce, a CM fica com a mulher até que a amamentação seja estabelecida. Após o nascimento realiza uma visita para verificar se a puerpera e seu bebê estão bem e para responder a dúvidas.
INGLATERRA	<ul style="list-style-type: none"> - Obstetrites - Gestantes de risco ou com intercorrência durante o trabalho de parto são encaminhadas aos médicos obstetras ou hospitais - É garantido a escolha do local do parto: em casa, em centros de parto atendidos por obstetrites ou centros obstétricos e também escolhas de cuidado e tratamento - As principais prioridades na assistência intraparto são: o estabelecimento de comunicação efetiva; a manutenção de apoio durante o trabalho de parto; o parto normal sem intervenções; a lidar com a dor, orientada sobre os riscos, benefícios e implicações da analgesia epidural; o cuidado perineal - O Sistema Nacional de Saúde paga todos os custos de pré-natal, assistência ao parto e o acompanhamento no pós-parto.
BRASIL	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiras obstétricas e obstetrites: autonomia para prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária (Lei Federal nº 7.498 de 25/06/1986 e Decreto Lei nº 94.406 de 08/06/1987) - Portaria nº 163 de 22/09/1998 regulamenta a realização do procedimento parto normal sem distócia pelo enfermeiro obstetra e obstetrite e aprova o laudo de enfermagem para emissão de

	<p>Autorização de Internação Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none">-Legislação e prática distanciadas- 98% dos nascimentos acontecem em instituições de saúde e são assistidos por profissionais qualificados; a taxa nacional de cesáreas é de 44% (PNDS, 2006)- Não há garantia de vaga hospitalar por ocasião do parto. É privilegiada a tecnologia, a prática medicalizada, despersonalizada e intervencionista, sendo que as taxas de cesárea são elevadíssimas, e os coeficientes de mortalidade materna alarmantes.
--	---

Quadro 3 - Comparação da assistência ao parto nos países

6 DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados podemos perceber que existem diferenças e semelhanças entre os países pesquisados (Holanda, Estados Unidos, Inglaterra e Brasil) em relação ao sistema de saúde, formação dos profissionais e assistência obstétrica.

O sistema de saúde da Holanda e Estados Unidos são baseados em seguros, só que na Holanda o governo oferece um subsídio para quem recebe até 32.600 euros e nos Estados Unidos o governo oferece seguro para maiores de 65 anos ou deficientes e para pessoas de renda baixa (*Medicare e Medicaid*), o restante da população em ambos os países dependem de seguros particulares.

Já os sistemas de saúde da Inglaterra e Brasil, o NHS e o SUS, respectivamente, se parecem por darem direito de acesso a saúde por todos e serem financiados pelo governo a partir dos impostos cobrados da população. Ambos dão direito desde atendimentos simples até atendimentos mais complexos. O que difere entre os dois é o valor de investimento por parte do governo, enquanto o governo da Inglaterra investe cerca de R\$ 262 bilhões anuais, o Brasil investiu apenas R\$ 66 bilhões em 2010.

A Holanda e o Brasil possuem os sistemas de hierarquização de assistência parecidos, uma vez que ambos possuem na atenção primária médicos de família que avaliam os pacientes e, conforme a necessidade, encaminham para especialistas, atenção secundária ou atenção terciária.

O processo de formação dos profissionais graduados e não médicos, que atendem ao parto nos Estados Unidos e Brasil formam dois tipos de profissionais, as obstetrites e as enfermeiras obstétricas, já na Holanda e na Inglaterra apenas há as obstetrites. A diferença dos Estados Unidos para os outros países, é que neste, os profissionais precisam, depois de formados, passar por uma prova de certificação para poderem atuar. Na Holanda os profissionais também passam por avaliações freqüentes. A média de duração do curso de obstetrite nos países estudados é de três a quatro anos de graduação e para formação em enfermeira obstétrica é de quatro anos de graduação de enfermagem e cerca de 18 meses em especialização em obstetrícia.

Em relação à assistência prestada por essas profissionais podemos destacar que na Holanda as obstetrites agem de forma independente em consultórios e

domicílios, cada uma possui uma área geográfica determinada de atuação e o atendimento por esta profissional é baseado em uma classificação de risco da gestante, visto que só atendem gestantes sem riscos. O parto neste país é em sua maioria normal, sendo a taxa de cesária <10% e os partos domiciliares 35%.

Diferentemente das profissionais da Holanda, nos Estados Unidos as enfermeiras obstétricas, *CNM*, atuam em sua maioria junto com médicos, atuando em clínicas particulares e sendo pagas pelos mesmos. A maioria das profissionais (37%) atende de 19 a 24 pacientes por dia e realizam a maioria dos partos nos hospitais. Buscam ampliar sua prática para além das competências essenciais para a prática básica. Destaco que nos Estados Unidos a prática das profissionais pode variar de estado para estado, pois cada um possui leis específicas, por exemplo, em Connecticut as obstetizas não atuam, somente as enfermeiras obstétricas.

As obstetizas (CMs) neste país oferecem um tratamento baseado no respeito, oferecem consultas pré-natais com um longo tempo de atendimento para que se possam tirar todas as dúvidas, assim proporcionando uma abundância de informações sobre gravidez, parto e ao recém-nascido, e sobre a amamentação e cuidados; realizam encaminhamentos para especialistas se necessário; realizam acompanhamento durante a gravidez, no parto e após o nascimento para certificar-se que a mulher e o bebê estão saudáveis. Depois que o bebê nasce, a CM permanece com a mãe até que esta consiga amamentar e esteja bem, após o nascimento realiza uma visita para verificar se a puérpera e bebê estão bem e também para tirar dúvidas.

A Inglaterra tem um tipo de assistência mais parecido com o da Holanda, pois o parto é assistido principalmente por obstetizas, como já mencionado anteriormente, e os médicos atendem as gestações de riscos. Neste país as mulheres decidem como e onde querem ter seus filhos, ou seja, ela que faz suas escolhas de cuidado e tratamento, priorizando sempre o parto normal sem intervenções. Os custos de pré-natal, assistência ao parto e pós-parto são pagos pelo NHS.

No Brasil, existe a Lei do Exercício Profissional que reconhece e regula atividade de todos os profissionais de enfermagem, incluindo as enfermeiras obstétricas e as obstetizas, aprovando o acompanhamento de pré-natal das gestantes e a realização de parto sem distócia, a episiotomia e a episiorrafia por estas profissionais. Mesmo com a lei regulamentando a atividade das profissionais,

essas não são reconhecidas por médicos e a população também não conhece esta prática, acabando muitas vezes por exercerem funções administrativas que as impedem de realizar o papel de cuidadora junto a mulher e ao recém-nascido. Isso gera um processo de intervenção e medicalização do parto, com um índice elevado de cesárias (44%), enquanto a taxa deveria ser de 15%, segundo OMS.

Esta realidade do Brasil contraria as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996, as quais enfatizam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Com base neste entendimento a OMS recomenda uma maior participação da enfermeira obstétrica na atenção ao parto, tomando como referência a idéia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (RABELO, 2010).

A dificuldade encontrada pelos formandos do curso de obstetriz da USP, onde o COREn e COFEn se recusam a fornecer o registro a esses profissionais, alegando que não possuem uma formação adequada é mais uma realidade da dificuldade de atuação na assistência ao parto no Brasil. Estes profissionais estão contemplados na Lei nº 7.498 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem), de 25 de Junho de 1986, em que seu artigo sexto, inciso II estabelece que são enfermeiros: o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira (o) Obstétrica, conferido nos termos da lei, mas mesmo assim precisam entrar na justiça para conseguirem seu direito de atuar. Outra questão é que o COFEn não pode julgar a formação do profissional, uma vez que esta foi conferida pela Universidade de São Paulo e reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação.

Os cursos de enfermagem obstétrica e obstetriz, no Brasil, também enfrentam dificuldades quanto a busca de hospitais que permitam a realização de estágios curriculares durante a formação dessas profissionais.

Baseada nas informações coletadas, penso que os países deveriam seguir o modelo de atenção ao parto desenvolvido na Holanda e na Inglaterra, onde obstetrites atendem aos partos de baixos risco e os médicos de alto risco, o que gera uma atenção ao parto menos intervencionista e medicalizada, sendo tratada de maneira fisiológica.

Nos Estados Unidos as enfermeiras possuem liberdade para atuarem na assistência ao parto, mas ainda encontram-se muito ligadas aos médicos o que pode ser um fator pelo qual os partos são realizados em sua maioria em hospital, ou seja, atenção medicalizada.

Já no Brasil, é onde encontramos a maior diferença de atenção ao parto quando comparada aos países analisados. Neste, o processo de nascer é extremamente intervencionista e medicalizado. As enfermeiras obstétricas e as obstetrites não têm suas atividades reconhecidas pelos médicos e pela sociedade, apesar do governo incentivar seus cuidados a partir de leis, a hegemonia médica ainda prevalece. Uma das formas de mudar o intervencionismo e a medicalização do parto é incentivar a formação de enfermeiras obstétricas e obstetrites buscando a fisiologia do parto, assim como oportunizar que estas profissionais atuem verdadeiramente em suas atividades e não apenas como auxiliares de médicos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) concorda e considera que pelas características menos intervencionistas dos cuidados, as enfermeiras obstétricas e obstetrites são as profissionais mais apropriadas para o acompanhamento das gestações e partos normais (OMS, 1996).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo realizado, identifica-se que dentre os países analisados, aqueles que atuam de acordo com os preceitos da OMS, pois priorizam a fisiologia do parto e prestam uma assistência fundamentada no parto sem complicações são a Holanda e Inglaterra. Há a necessidade, entretanto, de levar em consideração que os países que foram comparados com o Brasil (Estados Unidos, Holanda e Inglaterra) são países desenvolvidos, conseqüentemente com maiores investimentos na saúde. Mesmo que os Estados Unidos se enquadre na classificação de país desenvolvido, em questões de saúde, deixa muito a desejar em sua assistência de saúde para a população.

Ao comparar esses países com o Brasil, destaca-se que este deve melhorar muito os cuidados ao parto, já que atualmente, essa assistência prioriza o intervencionismo e a medicalização, onde a taxa de cesárias é elevada, conforme últimos dados disponíveis (47,39%) e a ocorrência destes em instituições de saúde também (97,46%). Vale destacar que a taxa máxima de cesária realizada deve ser de 15%, estando o Brasil muito acima da mesma e contrariando orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para mudança na assistência ao parto no Brasil é preciso que a formação profissional dos enfermeiros obstetras sofra modificações, já que tem sido ensinado o medicalismo e o intervencionismo. Deve estar mais direcionada para a fisiologia do parto como está acontecendo com o ressurgimento do curso de obstetriz. Após essa mudança deve-se investir e incentivar a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e cursos de obstetrícia, para que o número de profissionais atuantes seja maior. Só que não basta formar profissionais se estes não possuem locais de trabalho que reconheçam suas atividades e proporcionem exercê-las conforme previsto em lei. Não basta o Ministério da Saúde incentivar a prática do parto por enfermeiras através de leis que a regulamentem, é necessário a divulgação desta prática para que as pessoas tomem conhecimento, uma vez que a população ainda encontra-se desinformada.

Os médicos também precisam estar cientes da prática do parto pela enfermeira obstétrica e pela obstetriz, para que assim possam trabalhar em conjunto e exercer uma assistência de qualidade juntos, uma parceria, o que favorecerá principalmente as gestantes. Há espaço para as profissões atuarem juntas. Torna-

se importante a criação de espaços de discussão, junto a esses profissionais, relacionados à inserção das enfermeiras obstétricas e obstetrizas na assistência ao parto, para que assim se possa mostrar os cenários em que essas profissionais podem atuar, o que lhes compete profissionalmente e os benefícios que podem trazer à população.

Com a divulgação das competências das enfermeiras obstétricas e obstetrizas, pode-se aumentar gradativamente o atendimento dos partos por estas e assim promover uma assistência de maneira fisiológica, diminuindo as intervenções e as hospitalizações, visto que as enfermeiras obstétricas e as obstetrizas são formadas para respeitarem a concepção, evitarem procedimentos invasivos e a separação brusca da mãe e de seu bebê.

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 6023 - Informação e documentação- Referências – Elaboração**. Agosto, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES. Disponível em:
<<http://www.midwife.org/index.asp?bid=59&cat=2&button=Search&rec=50>>
Atualizado em: 15 de janeiro de 2008. Acesso em: 26 de fevereiro de 2011.

BECOMING a midwife in the UK. Disponível em: <<http://www.nmc-uk.org/Nurses-and-midwives/Midwifery/Becoming-a-midwife-in-the-UK--/>>. Atualizado em: 2010. Acesso em: 04 de maio de 2011.

BOFILL, James A.; MARTIN Jr., James N.. Operative vaginal delivery. In: GIBBS, Ronald S. et al. **Danforth's obstetrics and gynecology**. 10. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, cap. 26, p. 462-490, 2008.

BRASIL. Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.

_____. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Brasília, DF, 8 jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.

_____. Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a formação do Enfermeiro, que será feita em curso de graduação e cumprirá os mínimos de conteúdo e de duração fixados pela presente Portaria. **Ministério da Educação e Desporto**. Brasília, DF, 15 dez. 1994. Disponível em:
<<http://www.prolei.inep.gov.br/exibir.do;jsessionid=112449B3DFD3D9F6465EEBEFAD550CE7?URI=http%3A%2F%2Fwww.ufsm.br%2Fcpd%2Ffinep%2Fprolei%2FDocumento%2F-1059774681880549130>>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.

_____. Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. Dispõe sobre incluir na tabela do SIH/SUS parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 29 mai 1998a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em: 20 de novembro de 2010.

_____. Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da realização do procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 22 set. 1998b.

Disponível em: <abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/Portaria%20163.pdf>
Acesso em: 20 de novembro de 2010.

_____. Resolução COFEN nº 223, de 3 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. **Conselho Federal de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 3 dez. 1999. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4266>>. Acesso em: 20 de novembro de 2010.

_____. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Conselho Nacional de Educação**. Brasília, DF, 7 nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

_____. Projeto Lei nº 7703/2006, de 21 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o exercício da medicina. **Câmara dos Deputados**. Brasília, DF, 21 dez. 2006. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/prop_detalhe.asp?id=339409>. Acesso em: 30 set. 2010.

_____. Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pósgraduação lato sensu, em nível de especialização. **Ministério da Educação**. Brasília, DF, 8 jun. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf> Acesso em: 25 de maio de 2011.

_____. **Saúde**. O que é o SUS. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>>. Atualizado em: 10 dezembro 2009a. Acesso em: 10 de maio de 2011.

_____. IDB 2009. Indicadores de cobertura. Proporção de partos hospitalares segundo unidade da Federação, 2009b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/f07.def>>. Acesso em 15 de julho de 2011.

_____. **Legislação** - Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>. Acesso em 10 de maio de 2011

CITIZENS for Midwifery. **Midwives Model of Care Brochure**. Disponível em: <http://cfmidwifery.org/mmoc/brochure_text.aspx>. Atualizado em: 2007. Acesso em: 14 de junho de 2011.

COLLAÇO, Vânia Sorgatto; KOETTKER, Joyce Green. **O papel da parteira na equipe de profissionais**: Empoderando os diversos profissionais. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br/2007>>. Acesso em: 3 set. 2010.

COMISSÃO decide manter as vagas da USP Leste no vestibular 2012. Disponível em: <<http://obstettrizesja.blogspot.com/>>. Atualizado em: 10 de abril de 2011. Acesso em: 14 jul. 2011.

CORRÊA, Alessandra. **Entenda a reforma no sistema de saúde dos EUA.**

Disponível em:

<http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/03/100322_reforma_saude_entenda_dg.shtml>. Acesso em: 26 abr. 2011.

DEFINITIONS. **Midwives Alliance of North America.** Disponível em:

<<http://mana.org/definitions.html>>. Atualizado em: 2011. Acesso em: 23 de fevereiro de 2011.

ENGLAND National Health Service. **About the NHS.** Disponível em:

<<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>>. Atualizado em: 2009. Acesso em 04 de maio de 2011.

GREENE, Elena. **Elena Greene's notes on history of pregnancy and childbirth:**

pregnancy and childbirth for the historical author. Disponível em:

<<http://www.elenagreene.com/childbirth.html>>. Acesso em: 21 de maio de 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em

Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

HOLLAND, Margaret L; HOLLAND, Eliza S. Survey of Connecticut Nurse-midwives.

Journal Of Midwifery & Women's Health, [s.l.], v. 52, n. 2, p.106-115, mar-apr. 2007.

KIRKHAM, Mavis. The culture of midwifery in the National Health Service in England.

Journal Of Advanced Nursing, [s.l.], v. 30, n. 3, p.732-739, 1999.

LITOFF, Judy. The midwife throughout history. **Journal Of Nurse Midwifery**, [s.l.], v. 27, n. 6, p.3-11, nov-dec. 1982.

MARCON, Helena de Souza. **O parto das (os) Obstetrizes.** Disponível em:

<<http://obstetrizesja.blogspot.com/>>. Atualizado em: 13 de junho de 2011. Acesso em: 14 jul. 2011.

MARTINS, Ana Paula Vosne. 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.645-666, 2005.

MARTINS-COSTA, Sérgio et al. Assistência ao trabalho de parto. In: FREITAS,

Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 19, p. 231-246.

MELLO, Patrícia Campos. **Entenda:** sistema de saúde dos EUA exclui 46 milhões.

Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,entenda-sistema-de-saude-dos-eua-exclui-46-milhoes,431943,0.htm>>. Atualizado em: 9 de setembro de 2009. Acesso em: 27 de abril de 2011.

MERIGHI, Miriam Aparecida B.; GUALDA, Dulce M. Rosa. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de Obstetrizes para assistência ao parto. **Revista Estudos Feministas**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p.265-270, mar-abr 2009.

MIDWIVES. **American Pregnancy Association**. Disponível em: <<http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/midwives.html>>. Atualizado em: 2011. Acesso em: 10 de março de 2011.

MP quer que órgãos de enfermagem reconheçam formados em obstetrícia. Disponível em: <<http://obstetrizesja.blogspot.com/>>. Atualizado em: 29 de junho de 2011. Acesso em: 14 jul. 2011.

NETTO, Laura Filomena Santos de Araújo; RAMOS, Flávia Regina Souza. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.50-57, jan-fev 2004.

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. **Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour**. Disponível em: <<http://guidance.nice.org.uk/CG55>>. Atualizado em: 12 de maio de 2011. Acesso em: 29 de maio de 2011.

NURSING in the United Kingdom. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_the_United_Kingdom>. Atualizado em: 2011. Acesso em: 04 de maio de 2011.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: guia prática**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico**. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSAVA, Ruth Hitomi; RIESCO, Maria Luiza. G.; TSUNECHIRO, Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p.699-702, set-out 2006.

PAI, Daiane Dal; SCHRANK, Guisela; PEDRO, Eva Neri Rubim. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 19, p.82-87, 2006.

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

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. **Assistência à gestação e ao parto**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php>. Atualizado em: 2006. Acesso em: 23 de junho de 2011.

PORTAL BRASIL. **Orçamento da Saúde em 2011 será o maior desde 95, segundo cálculo do 'Contas Abertas'**. Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/01/10/orcamento-do-ministerio-da-saude-para-2011-sera-o-maior-desde-1995-calcula-ong>. Atualizado em: 10 de janeiro de 2011. Acesso em: 07 de junho de 2011.

PRADO, Andréa Amaral de Almeida. **O parto na Holanda**. Disponível em:

<http://www.brasileirosnaholanda.com/guia/parto.htm>. Acesso em 14 de fevereiro de 2011.

RABELO, Leila R.; OLIVEIRA, Dora Lúcia. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 44, p. 213-220, 2010.

RIESCO, Maria Luiza G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p. 13-15, 1998.

RIESCO, Maria Luiza G.; TSUNECHIRO, Maria Alice; BONADIO, Isabel Cristina.

Obstetrix e enfermeira obstétrica: revendo sua formação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. especial, parte II, p. 212-216, 2000.

RODRIGUES, Cinthia. **Órgão de enfermagem: mudança de obstetrícia da USP é quase certa**. Disponível em: <<http://obstetrizesja.blogspot.com/>>. Atualizado em: 28 de março de 2011. Acesso em: 14 jul. 2011.

SAÚDE NA HOLANDA. **Brasileiros na Holanda**: o site informativo da comunidade brasileira. Disponível em: <<http://www.brasileirosnaholanda.com/guia/sp.htm>>.

Acesso em: 14 de fevereiro de 2011.

SCHIRMER, Janine. Assistência ao parto: novas diretrizes governamentais. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. especial, parte I, p. 214-221, 2000.

SMULDERS, B. **The Dutch Midwifery System**. Disponível em:

<<http://www.geburtskanal.de/Wissen/Hebammen/Weltweit/DutchMidwiferySystem.php>>. Atualizado em: 15 de agosto de 2004. Acesso em: 19 de janeiro de 2011.

SOUZA, Ana Célia C et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 805-807, nov-dez 2006

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul-ago 2010.

VILARINO, Cleyton. **Alunos da USP protestam contra fechamento de curso de obstetrícia**. Disponível em: <<http://obstetrizesja.blogspot.com/>>. Atualizado em: 26 de março de 2011. Acesso em: 14 jul. 2011.

VILLA, Tereza Cristina Scatena et al. A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p.127-135, dez. 1999.

WEISSHEIMER, Anne M.; OLIVEIRA, Laura L. PFITSCHER, Lúcia C.; Anatomia e fisiologia obstétrica: mecanismos do trabalho de parto e do parto. In: SILVA, Isilia Aparecida (org.). **PROENF: Saúde Materna e Neonatal**: Programa de atualização em enfermagem. Ciclo 1 Módulo 2. Porto Alegre, 2009. p. 69-112.

WOODS, R. Dr. Smellie's prescriptions for pregnant women. **Medical History**, v.52, p.257-276, 2008.

APÊNDICE AInstrumento de coleta de dados

Periódico	
Editora	
Data (mês/ano)	
Tipo de matéria	
Autoria	
Resumo/Principais itens	