

Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto

Factors in training and participation in childbirth care by non-physicians

Maria Luiza Gonzalez Riesco ¹
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca ²

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, São Paulo, SP 05403-000, Brasil. riesco@usp.br
² Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, São Paulo, SP 05403-000, Brasil. rmgsfon@usp.br

Abstract *This study aimed to characterize midwives according to current concepts among health professionals and to identify the ideological premises underlying proposals for their training. Data from interviews with nine midwives, nurses, and physicians were interpreted using discourse analysis. The resulting empirical categories were “The Situation of Maternity Care in Brazil”, “The Ideal (or Necessary) Midwife and the Possible Midwife”. When these empirical categories were interpreted, it was possible to “construct” an “emerging midwife” by dialectically overcoming the concept of “the ideal midwife”.*

Key words *Obstetrical Nursing; Practical Midwives; Delivery*

Resumo *O estudo teve como objetivos identificar a parteira, segundo a concepção de profissionais da área de saúde, e desvelar os pressupostos ideológicos que justificam sua formação. Os dados de entrevistas com nove obstetrizes, enfermeiras e médicos foram tratados pela análise de discurso, resultando nas categorias empíricas “Situação da Assistência ao Parto no Brasil” e “A Parteira que Queremos (ou Devemos) e a Parteira que Podemos”. Mediante a interpretação dos dados foi possível vislumbrar uma “parteira em construção”, que emergiu a partir da superação dialética da “parteira ideal”.*

Palavras-chave *Enfermagem Obstétrica; Parteira Leiga; Parto*

Introdução

A pergunta “Deve ou não haver parteiras?” intitula um trabalho publicado há mais de cem anos pela primeira parteira diplomada no Brasil, Maria Josefina Matilde Durocher, mantendo-se como uma questão atual, apesar das transformações ocorridas no sistema de saúde e na assistência obstétrica no último século. Cabe esclarecer, de início, que neste artigo o termo parteira é utilizado para designar obstetrias, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, parteiras tradicionais e outros não-médicos que assistem ao parto, independentemente do sexo e da qualificação técnica ou legal.

A trajetória histórica da parteira, em seus encontros e desencontros com cirurgiões e enfermeiras, é densa e profundamente discutida por Osava (1997). No estudo, sua tese de doutorado, a autora defende a participação de não-médicos na assistência ao parto, como uma estratégia para a transformação do atual modelo assistencial. As menções sobre a necessidade de “resgatar” a parteira têm sido igualmente frequentes em revistas, jornais, imprensa falada, reuniões científicas e conversas informais.

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

Quando se ouvem os argumentos pró-parteira, convém perguntar, no entanto, quem é essa parteira que deve voltar. A parteira da qual se está falando e a idéia que cada um faz dela certamente variam bastante, na dependência de quem seja o interlocutor. Para os médicos obstetras, pode ser uma ajudante, que permanece ao lado da parturiente durante as horas de trabalho de parto, para que o próprio médico possa cuidar de outros afazeres, até que o período de dilatação chegue ao final ou enquanto não surgirem complicações; para os técnicos em planejamento, pode ser alguém que integre a equipe de saúde, com baixo custo e disponibilidade de se manter em regiões de carência de recursos; para a enfermeira obstétrica, pode

ser a especialista, que depois do curso de graduação em enfermagem galga a carreira no nível de pós-graduação e adquire competências e autonomia para assistir à mulher de forma integral. Para outros, profissionais ou não, essa é uma interrogação a ser estudada frente às condições concretas de mudança, como parte da proposta de um modelo assistencial, em que a mulher e a família possam ser sujeitos no processo de nascimento de um filho, com dignidade e direito de acesso aos serviços de saúde.

Quanto à participação assistencial das parteiras, obstetrias ou enfermeiras obstétricas brasileiras os dados são escassos. Em 1956, o número de profissionais em exercício era de 1.410 passando, em 1983, para 2.687 enfermeiros com habilitação ou especialização na área, em todo o Brasil (COFEN/ABEN, 1985). Em trabalho que analisa a participação da enfermeira obstétrica no contexto brasileiro, duas décadas atrás, Freddi (1977) atentava para a proporção de uma profissional para 14.360 mulheres em idade fértil, ficando a maioria concentrada nos grandes centros. Dada essa restrição numérica, a autora justificava a atuação da enfermeira obstétrica concentrada em atividades administrativas ou assistenciais, em centros obstétricos, e em atividade docente nas escolas de enfermagem. A Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras procedeu, em 1997, a um levantamento junto às escolas de enfermagem de todo o país, no sentido de obter informações acerca do número de enfermeiras obstétricas formadas nos últimos vinte anos. Os dados de 58 escolas, dentre as 105 pesquisadas, representavam 2.756 enfermeiras com habilitação ou especialização em enfermagem obstétrica, formadas por somente 19 escolas. Os resultados indicavam, também, que os principais motivos para a interrupção dos cursos foram mudanças na legislação de ensino, falta de campo para estágio, falta de demanda para o curso e falta de professores (Bonadio et al., 1999). Esses dados, porém, não revelam a inserção profissional na área de formação específica, uma vez que a enfermeira habilitada ou especializada em obstetria pode atuar em qualquer área da assistência ou docência de enfermagem. Outro fator a considerar é que a qualificação formal não garante a capacitação permanente para a assistência ao nascimento e parto, pois, quando alheio à prática, o profissional necessita ser reciclado para assumir essa função.

Desde 1998, o Ministério da Saúde e várias secretarias estaduais e municipais de saúde vêm estabelecendo políticas e destinando recursos para qualificar enfermeiras obstétricas

e inserir essas profissionais na assistência ao parto normal. Dentre as medidas, destacam-se o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais, para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nesse contexto, a finalidade deste estudo foi oferecer elementos para a formulação de propostas de capacitação de profissionais não-médicos para assistência ao parto. Para tanto, os objetivos foram identificar quem é a parteira a que se referem os profissionais da área da saúde, quando defendem sua existência, e desvelar os pressupostos ideológicos que buscam justificar a formação dessa profissional.

Procedimentos metodológicos

Universo da pesquisa

A população do estudo foi formada por duas obstetrias, duas enfermeiras obstétricas, uma enfermeira de saúde pública, três médicos obstetras e uma médica sanitária. Por ocasião da coleta de dados, esses profissionais ocupavam posições como dirigentes, coordenadores, responsáveis ou representantes nas seguintes organizações: Comissão Nacional de Mortalidade Materna do Ministério da Saúde, Programa de Assistência à Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Para a seleção desses profissionais foi considerado o seu poder de decisão no âmbito da formação e utilização de recursos humanos em saúde, independentemente da formação, sexo ou qualquer outra variável.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados entre abril e dezembro de 1997, mediante entrevista gravada e estruturada a partir de um roteiro, que foi oferecido aos entrevistados. A pergunta formulada foi *O que o(a) senhor(a) pensa da assistência ao parto realizada por não-médicos?*, solicitando-

se ao entrevistado que considerasse as seguintes questões: demanda assistencial, tipo de assistência, local de assistência, qualificação e sexo, inserção na equipe e vantagens e desvantagens para a parturiente, serviços e profissionais de saúde. Vale ressaltar que a participação dos entrevistados ocorreu com o conhecimento prévio dos objetivos do estudo e as entrevistas foram marcadas conforme a disposição e disponibilidade de cada um em participar.

Análise e interpretação dos dados

As entrevistas foram transcritas procedendo-se à leitura integral dos discursos, buscando apreender seu sentido global. Dando seqüência à análise, foram extraídas frases temáticas a partir dos substantivos concretos e abstratos utilizados nos discursos, preservando-se os elementos de ação e qualificação, ou seja, verbos e adjetivos que configuram um enunciado pertinente. Assim, das exaustivas leituras vertical e horizontal dos discursos e do processo de interpretação dos dados resultaram duas categorias empíricas, constituídas pelas respectivas subcategorias, que por sua vez, foram formadas pelo agrupamento das frases em temas. Essas categorias empíricas e suas derivações foram colocadas em relação, buscando-se situá-las historicamente.

Resultados e discussão

As categorias, subcategorias e temas

A primeira categoria empírica é denominada *"Situação da assistência ao parto no Brasil"* e inclui os aspectos relacionados com indicadores de saúde materna, distribuição de recursos humanos, políticas e modelos de assistência ao parto e participação de não-médicos nessa assistência. Esses aspectos foram considerados nos discursos dos entrevistados, na medida em que constituem elementos necessários para situar a assistência ao parto no contexto brasileiro e trazem implicações para uma proposta de capacitação de não-médicos na área. São descritos os temas *evidenciando a limitação de recursos e reconhecendo o não-médico como agente do parto e diferenciando a demanda assistencial*, que compõem a subcategoria "Uma coisa é falar de São Paulo, outra coisa é falar do Brasil", e os temas *apontando taxas de mortalidade materna, cesariana e intervenções obstétricas e refletindo sobre o modelo assistencial e a humanização do parto*, que constituem a subcategoria "Quem precisa de parteiras?". Na

apresentação das subcategorias são introduzidos trechos dos discursos, em itálico, entre aspas, ilustrando os respectivos temas.

No tema *evidenciando a limitação de recursos e reconhecendo o não-médico como agente do parto* foram agrupadas as frases abordando questões relativas à disponibilidade de pessoal para assistência ao parto, que embora institucionalizado como ato médico é assistido por diferentes agentes. Oficialmente, todos os partos hospitalares ocorridos no Brasil são atribuídos ao médico, que sempre assina pelo parto, pois a remuneração profissional por esse procedimento é feita exclusivamente a ele. Vale reiterar que essa situação é passível de mudança desde maio de 1998, quando o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 2.815, que inclui o parto realizado por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS (Brasil, 1998).

“As estatísticas oficiais não são verdadeiras quanto à maioria dos partos serem realizados por médicos. Na periferia das grandes cidades e na zona rural, a maioria dos partos são realizados por não-médicos, qualificados ou não, mas são oficialmente assinados pelo médico e pagos a ele” (obstetriz).

A escassez e heterogeneidade de recursos humanos para assistência ao parto é uma tônica na maioria das entrevistas. Segundo os depoentes, tanto nas cidades como na zona rural há auxiliares de enfermagem e parteiras assistindo aos partos, além disso, existem propostas governamentais indicando os agentes de saúde para realizar essa assistência. Essas auxiliares, parteiras e agentes atuam nos serviços de saúde, ao lado de um número reduzido de obstetras, enfermeiras e enfermeiras obstétricas; realizam partos à margem da legislação e assumem, por vezes, a responsabilidade de médicos que mantêm *“plantão à distância”*. Essa situação produz conseqüências assistenciais e legais: atendimento precário à parturiente e processos jurídicos por exercício ilegal da medicina. Cabe esclarecer que, pela legislação profissional de enfermagem, os não-médicos que podem realizar o parto normal são a enfermeira e a obstetriz/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959 ou portadora de diploma/certificado estrangeiro, reconhecido ou revalidado até 1988 (Brasil, 1986).

Ainda segundo os discursos, o parto assistido por pessoal leigo é admissível somente em regiões afastadas e em condições de carência de leitos hospitalares. Nesse caso, a alternativa é assistir ao parto no domicílio, contando com a enfermeira, parteira ou agente comunitário. Porém, falta no país um levantamento oficial

da quantidade de parteiras tradicionais atuando no parto e um programa definido para realizar a cobertura assistencial no domicílio. Outro destaque refere-se à participação de não-médicos em hospitais de São Paulo, que mantêm obstetras para acompanhar as pacientes em trabalho de parto.

“Grandes hospitais em São Paulo, que atendem convênios diferenciados e clínica privada, têm obstetras para acompanhar as pacientes em trabalho de parto, mas considerando as dimensões do Brasil, talvez não seja viável contar com não-médicos de nível superior para suprir a demanda, podendo-se recorrer a técnicos e auxiliares de enfermagem, preparando-os para assistir ao parto e submetendo-os a uma prova” (médico obstetra).

É feita referência a uma quantidade de 18 mil médicos gineco-obstetras associados à Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, havendo contudo, avaliação de que a demanda assistencial é muito grande para ser assistida exclusivamente pelo médico. Por outro lado, há a constatação de que o número de enfermeiras e enfermeiras obstétricas é insuficiente para que elas assumam a responsabilidade pela assistência direta ao parto; além do mais, essas profissionais estão concentradas em São Paulo e Rio de Janeiro, o salário é baixo e não há estímulo para sua formação. Considerando essa realidade e as dimensões do Brasil, é apresentada a proposta de universalizar a assistência ao parto, com a ampliação de cobertura por meio da atuação reconhecida de não-médicos sem curso superior, como técnicos e auxiliares de enfermagem especialmente capacitados.

A mesma subcategoria empírica, *Uma coisa é falar de São Paulo, outra coisa é falar do Brasil*, inclui as falas que constituem o tema *diferenciando a demanda assistencial*, relativo à clientela atribuível ao não-médico. Ao se referirem às mulheres que potencialmente são a demanda indicada para assistência por não-médicos durante o parto, as opiniões dos entrevistados se dividem. São feitas considerações de ordem cultural para explicar a rejeição do não-médico como agente do parto, pois poderia provocar *“insatisfação emocional, insegurança, desconforto e sentimento de abandono”*. Assim, a demanda pelo não-médico ficaria concentrada entre as mulheres de camadas socioeconomicamente desfavorecidas, que estão *“menos preocupadas com aparências e mais interessadas em uma boa atenção, carinho e disponibilidade”*.

“Por uma questão cultural, é difícil a mulher brasileira da camada social mais alta aceitar o

parto feito pelo não-médico, a não ser para um atendimento intermediário, com o médico dando o atendimento inicial e fechando o processo, fazendo o parto” (médico obstetra).

Por outro lado, há a defesa de uma demanda indiscriminada do ponto de vista social, sendo que a expansão do parto assistido por não-médicos somente na rede pública poderia gerar a idéia de que é uma “assistência para pobres”.

“Existe demanda para a assistência ao parto realizada por não-médicos entre pacientes de zona rural e urbana, pobres, da rede SUS, de convênios ou particulares, indistintamente” (médico obstetra).

“O novo modelo assistencial, com o parto realizado por enfermeira obstetra, se introduzido só na rede pública, pode ser entendido não como o adequado, mas como assistência à gestação e parto para pobres, simplificada pela falta de médico bom para todos” (médica sanitária).

Nesse âmbito, as alternativas que aparecem são um trabalho contra a cultura do parto medicalizado, privilegiando as camadas sociais mais altas, que formam opinião, e as instituições às quais elas se relacionam, assim como a inserção do não-médico em equipes ou programas, a exemplo do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde. É mais provável a rejeição pelas mulheres quando a atuação de parteiras não profissionais é em âmbito hospitalar, mas de maneira geral, a aceitação do parto feito por não-médicos depende da qualidade de seu trabalho e da satisfação que pode produzir.

“O grau de aceitação do não-médico na assistência ao parto depende da qualidade e do grau de satisfação com o trabalho prestado, e a demanda a ser assistida pelo não-médico não deve ser determinada pela classe sócio-econômica” (enfermeira obstétrica).

Na subcategoria “Quem precisa de parteiras?”, os aspectos epidemiológicos relacionados à saúde materna ocupam lugar de destaque ou são mencionados como pano de fundo em alguns discursos, quando da referência ao parto assistido pelo não-médico. Assim, foram agrupadas as frases que deram origem ao tema *apontando taxas de mortalidade materna, cesariana e intervenções obstétricas*.

As mortes maternas são denunciadas como uma “vergonha”, pois se mantêm em patamares elevados, apesar dos óbitos serem evitáveis e decorrentes, em sua maioria, de partos hospitalares. Algumas das causas apontadas como responsáveis por esses indicadores são o alto índice de cesáreas, a falta de pessoal qualificado, problemas na organização da assistência, na estratégia de atendimento e no acesso das mu-

lheres aos serviços; nega-se como causa o excesso de demanda ou a falta de leitos e médicos.

“O alto índice de mortalidade materna no município de São Paulo é explicado pelo alto índice de cesáreas e por problemas na estratégia de atendimento e na acessibilidade da população ao hospital, mas o trabalho recente de enfermeiras obstétricas num hospital de São Paulo levou à queda do percentual de partos cesárea” (enfermeira de saúde pública).

As questões ligadas à mortalidade materna, à qualidade dos serviços e ao excesso de cesarianas são concebidas, em alguns discursos, como temas de natureza econômica e política. São feitos comentários relativos à forma inadequada de remunerar o médico pelo parto, considerando que a melhora dos indicadores de qualidade depende de “vontade política”, que inclui maiores gastos com o pagamento da grande demanda de partos no país. Quanto ao índice abusivo de cesáreas, aparecem menções à formação e atuação médica. Nesse sentido, arrolam-se como causas a limitada experiência do médico em assistir ao parto normal, sua falta de disponibilidade para acompanhar o trabalho de parto e a possibilidade de programar a cesariana, atendendo interesse próprio, da família da gestante ou da instituição. A participação de não-médicos qualificados na assistência ao parto é considerada como uma estratégia para reduzir a morbimortalidade materna e fetal, cesáreas e intervenções desnecessárias.

“A pequena experiência prática em parto normal e experiência maior em cirurgia durante a formação médica, leva à opção pela cesariana, que na assistência privada é de 100%, sendo programada para atender o interesse da família, do médico e da instituição” (obstetrix).

“O médico está dividido nos seus afazeres e muitos nem se dispõem a acompanhar o trabalho de parto, como se isso fosse uma coisa menor e que ele não gosta de fazer” (médico obstetra).

“Em nosso meio, a enfermeira especializada é uma necessidade porque o médico muitas vezes não faz mais o acompanhamento do trabalho de parto; não tem tempo e prefere operar para ficar livre e resolver logo o problema” (médico obstetra).

Refletindo sobre o modelo assistencial e a humanização do parto foi considerado um tema relacionado a essa mesma subcategoria empírica e inclui a manifestação dos entrevistados sobre a política de saúde, o modelo de assistência ao parto e a atuação de médicos e não-médicos nessa assistência.

Diversos discursos concebem o parto como evento fisiológico e natural; contraditoriamente, o caráter fisiológico do parto é denunciado

como mote no modelo assistencial vigente que fragmenta e desqualificada a assistência, ao mesmo tempo em que trata o parto como doença. Esse modelo é tido como responsável pela sofisticada desnecessária, abuso de intervenções médicas e alto custo da assistência.

A contraposição entre parto hospitalar e parto domiciliar ocupa lugar em várias entrevistas. O parto hospitalar é considerado mais indicado por oferecer segurança, mas são apontadas dificuldades do hospital enquanto local do parto: induz a iatrogenias, desumanização e tecnologização; nem sempre conta com estrutura adequada para assistir à demanda; é pouco eficaz para atender as necessidades da gestante junto à comunidade. O deslocamento do parto do domicílio para o hospital é apontado como uma alternativa administrativa que visa racionalizar a utilização de recursos (infra-estrutura, equipamentos e pessoal), que seriam insuficientes para assistir ao parto domiciliar com segurança. O parto domiciliar, por outro lado, aparece como saída para reverter o atual modelo assistencial. O pré-requisito seria capacitar não-médicos para prestar uma assistência domiciliar profissional. Uma alternativa considerada intermediária é a casa de parto, mas existe falta de clareza quanto a suas características. De qualquer modo, os discursos são pouco explícitos ao correlacionar o parto assistido por não-médicos e o local para sua realização. Há uma certa ambigüidade, que ora remete o não-médico para o parto hospitalar, ora associa idealmente o parto domiciliar à qualificação profissional de não-médicos.

“A demanda pelo parto hospitalar foi provocada pelo discurso dos profissionais da saúde sobre sua segurança, porém sem a devida estrutura para esse atendimento. O processo de mudança do modelo de assistência hospitalar, tecnológica e intervencionista para uma assistência domiciliar profissional, com acompanhante e respeito à fisiologia do parto, é lento, mas não há outra maneira de devolver a humanização ao parto” (obstetriz).

Frente às conjecturas apresentadas, a referência à necessidade de atuação do não-médico associa-se à humanização do parto, promovendo o vínculo entre o profissional e a parturiente, personalizando o cuidado, acolhendo e oferecendo disponibilidade e atenção em tempo integral, como fatores que conduzem ao parto normal. Nesse sentido, os relatos reforçam uma oposição entre o tipo de assistência prestada por médicos e não-médicos, explicitando em alguns discursos que outros fatores estão envolvidos entre os determinantes da assistência ao parto.

“Para a mulher, a vantagem do parto realizado pela enfermeira é decorrente da possibilidade de humanização do contato e personalização, em comparação com o parto realizado pelo médico, e, o custo adicional gerado pelo excesso de intervenções médicas no parto cria uma possibilidade de transformação dessa assistência nos seguros e convênios médicos” (médica sanitária).

Questões de caráter mais amplo são citadas, revelando uma visão ampliada da problemática assistencial: o poder econômico, as políticas de saúde, a responsabilidade do Estado, a cidadania incipiente das mulheres enquanto consumidoras de serviços de saúde e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

A categoria empírica *“a parteira que queremos (ou devemos) e a parteira que podemos”*, aborda as questões relacionadas à configuração da parteira enquanto mulher e profissional não-médico. São apresentados e discutidos os posicionamentos dos entrevistados quanto às possibilidades de inserção do não-médico na assistência ao parto, suas atribuições, autonomia, remuneração, relacionamento com o médico e a parturiente, formação e qualificação profissional.

Para tanto, os dados empíricos foram agrupados, formando as subcategorias “Limites e delimitações da prática”, derivada dos temas *“quando o médico é o coordenador”*, *“unir para vencer”*, *“dando um lugar à parteira”* e *“por conta do numerário”*; “Médicos, médicos... mulheres à parte”, constituída pelos temas *“somos todos iguais, mas o homem faz a diferença”* e *“uma questão de sensibilidade (ou solidariedade)”*; “Formar e qualificar”, como produto dos temas *“definindo a parteira”*, *“saber fazer faz a diferença”*, *“o (des)serviço das escolas de enfermagem”* e *“não são meras filigranas”*. Como na categoria anterior, as subcategorias e temas são acompanhados de trechos dos discursos, em itálico, entre aspas.

No tema *quando o médico é o coordenador*, a relação profissional médico-parteira é concebida nos discursos como uma relação de poder, que define o médico como chefe, responsável e coordenador da assistência ao parto. Desse ponto de vista, a parteira insere-se na assistência como subordinada ao médico, sendo que um argumento presente para justificar essa relação hierárquica reporta-se à organização do trabalho e à necessidade de haver alguém que decida *“quando dois discordam”*. Um dos discursos considera que o *“modelo tradicional”* de assistência, com a equipe chefiada por médico, traz uma contradição frente à concepção do parto como um ato não-médico e considera di-

fícil reduzir o excesso de intervenções sobre o parto, quando a decisão sobre sua condução cabe ao médico.

“Considerando as atuais relações profissionais de poder e a organização do trabalho, as decisões sobre a condução do parto devem permanecer sob a responsabilidade do médico; mas, o modelo tradicional, com a equipe chefiada por um médico, traz uma contradição frente à concepção de parto como ato não-médico” (médica sanitarista).

“O profissional não-médico deveria estar inserido na equipe obstétrica sob subordinação do obstetra” (médico obstetra).

O tema *unir para vencer* inclui as frases que se referem à divisão de trabalho entre médicos e não-médicos, subjacente à idéia de trabalho em equipe. Os discursos dos entrevistados enfatizam a importância do trabalho colaborativo, harmônico e integrado entre médicos e não-médicos na assistência ao parto e o limite para a atuação do não-médico é definido pelo desvio do parto de seus parâmetros de normalidade, enquanto processo fisiológico.

“Como integrante da equipe de assistência à saúde da mulher, o enfermeiro tem que ajudar o profissional médico na hora do parto e tem que ficar ao lado do médico para auxiliar no diagnóstico e tratamento” (enfermeira obstétrica).

“A enfermeira obstétrica, a obstetrix, tem que trabalhar em equipe não por submissão, mas por um limite de função profissional (a anormalidade no processo)” (obstetrix).

Ao mesmo tempo em que os discursos apontam para uma finalidade estratégica do trabalho em equipe, considerando sua dimensão social e política, a assistência ao parto é reafirmada como ato médico, na medida em que o princípio da *“função delegada”* é apontado como saída para a atuação do não-médico no parto, sendo que a parteira pode ter um papel de coadjuvante do médico, com a atribuição de dar carinho à parturiente e acompanhar o período de dilatação, mas também pode ser responsável por assistir integralmente ao parto que ocorre de forma natural, tendo o médico na retaguarda.

“Do ponto de vista dos serviços, a aceitação de função delegada na assistência ao parto é uma saída (...) o não-médico pode inserir-se na equipe como um coadjuvante que o médico tem para dar carinho à parturiente e acompanhar o período de dilatação; o médico pode estar ou não presente durante o trabalho de parto, mas ele faz o período expulsivo” (médico obstetra).

Embora alguns discursos defendam uma posição de autonomia do não-médico na assistência ao parto, reafirmando sua responsabili-

dade técnica e negando sua submissão ao médico, a disciplina, respeito e confiabilidade frente ao médico aparecem como valores prescritos para sua conduta.

“O trabalho em equipe pressupõe partilha, democratização das decisões e ausência de hegemonia sobre as ações, e a finalidade do trabalho em equipe deve ser estratégica para se atingir a meta social de aumentar a cobertura e qualidade da assistência e diminuir os índices de morbimortalidade” (enfermeira obstétrica).

“Em nosso meio não existe a cultura de se trabalhar com a enfermeira obstétrica, diferentemente de outros países, mesmo da América do Sul, onde os obstetras trabalham com uma harmonia e integração muito grande com a enfermeira” (médico obstetra).

Ainda como tema da subcategoria “Limites e delimitações da prática”, em *dando um lugar à parteira* foram agrupadas as frases temáticas que manifestam contradições ligadas às suas atribuições. Em algumas entrevistas, a parteira é tida como uma profissional que deve estar inserida em todas as fases do processo de assistência e instâncias de decisão no âmbito da saúde, sendo que a capacitação ético-política da profissional é referida como uma condição para essa atuação. Além disso, cabe a ela participar ativamente na orientação dos acadêmicos de medicina que trabalham junto com o médico obstetra, podendo ainda, realizar uma *“boa intervenção”* em termos de capacitar agentes de saúde e outros não-médicos para assistir ao parto. Em relação ao médico, a parteira é considerada um profissional mais barato, pois dependendo do hospital, também desempenha atividades administrativas e educativas.

“O profissional deve ser capacitado para se inserir em todas as instâncias de decisão e para deliberar e intervir no âmbito das políticas de saúde. A capacitação ético-política torna o profissional competente para se posicionar enquanto profissional e cidadão frente às políticas e às propostas de modelos administrativos e assistenciais para a saúde” (obstetrix).

“O não-médico deve estar integrado à equipe de saúde em todas as fases do processo de assistência (planejamento, desenvolvimento e avaliação) e a assistência ao parto natural prestada pelo não-médico pode ser de qualidade, desde que seja planejada e conte com recursos” (enfermeira obstétrica).

Em outras entrevistas, o lugar reservado à parteira é mostrado de modo focal, considerando que ela é alguém com competência técnica e legal, disponibilidade de tempo e paciência para acompanhar o trabalho de parto e realizar o parto normal com qualidade.

“A enfermeira obstétrica tem ampla competência para fazer a assistência ao parto normal, adequadamente legalizada e delimitada” (médico obstetra).

“Na assistência ao parto, a enfermagem enquanto profissão, recuperaria um importante campo de atuação prática, de cuidado profissional competente e de cuidado fim, não só de cuidado meio” (médica sanitarista).

Alguns entrevistados colocaram em evidência os interesses econômicos e corporativos que perpassam a relação médico/não-médico na assistência ao parto, conformando o tema *por conta do numerário*. Embora seja apresentada de forma bastante determinante em certos discursos, essa questão é omitida na maioria deles. Um dos entrevistados refere que, com a remuneração pela assistência ao parto na forma de pagamento por procedimento, médicos e enfermeiras passaram a disputar entre si pela sua realização; essa situação é exacerbada na medida em que o médico depende cada vez mais do trabalho assalariado e da vinculação a convênios, sendo que no resgate da parteira existe uma questão monetária, dado que os serviços não pagam para que médico fique à distância, na retaguarda dos partos assistidos por ela.

“No resgate da enfermeira obstétrica existe uma questão complicada, que não é profissional ou técnica, mas monetária (...) a partir do pagamento do parto como um procedimento, médico e enfermeira disputam entre si pela sua realização” (obstetriz).

“A transformação do parto num procedimento da enfermagem obstétrica deve ser precedida de um período de quebra de resistência, por ser uma circunstância que provocaria retaliação por parte da categoria médica, pois com o parto realizado por enfermeiras, a curto prazo não haveria vantagens para os médicos, que veriam isso como uma perda de espaço profissional” (médica sanitarista).

Essas afirmações são reforçadas pelo discurso que estabelece a distinção outrora feita entre as gestantes nas maternidades de São Paulo:

“No interior de São Paulo, os partos normais de gestantes não pagantes, do Funrural, eram realizados pela enfermeira obstétrica ou por técnicas e auxiliares de enfermagem treinadas, e os partos de gestantes pagantes, do INAMPS, eram, na sua maioria, realizados por médicos” (enfermeira obstétrica).

Vale destacar ainda dois comentários: um deles, submetendo a *“questão pedagógica da formação”* da parteira à sua remuneração e reconhecimento institucional e, outro, constatando a validade do trabalho do não-médico

no parto em função das aspirações materiais do profissional médico, que limitam sua disponibilidade de tempo para assistir ao parto.

“A grande polêmica entre as enfermeiras se refere mais à remuneração e reconhecimento institucional na assistência ao parto que à questão pedagógica da formação” (enfermeira obstétrica).

“É válida a assistência ao parto realizada por não-médicos capacitados porque na conjuntura atual, no primeiro ano de atuação no interior, o médico quer ganhar dinheiro, comprar a casa própria, o carro e dar entrada numa minifazenda e não sobra tempo para dar essa assistência” (enfermeira obstétrica).

A subcategoria *“Médicos, médicos... mulheres à parte”* traz à tona as relações de gênero que se estabelecem entre médicos, não-médicos e mulheres na assistência ao parto. No tema *somos todos iguais, mas o homem faz a diferença* foram agrupadas as manifestações dos entrevistados sobre a conveniência ou não da participação de não-médicos do sexo masculino na assistência ao parto. Embora prevaleça a posição de que não deve haver discriminação quanto à atuação do parteiro, na maioria dos discursos essa posição vem acompanhada de algum senão. São alegações de ordem legal, como a Constituição Federal, ou cultural; nesse caso, remete-se ao leigo, às mulheres e à população rica a opção pelo médico homem e pela parteira mulher.

“O não-médico pode ser do sexo masculino ou feminino, indiferentemente” (médico obstetra).

“Não existe diferença entre a enfermeira obstétrica e o enfermeiro obstétrico, exceto por uma determinação anterior de que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina” (obstetriz).

“Sendo um bom profissional, é indiferente que o médico seja homem ou mulher, mas é cultural que o leigo confie mais no homem” (obstetriz).

O respeito aos papéis assim definidos gera mais confiança e poupa a mulher do constrangimento e incômodo de confundir médico com não-médico, pois a aceitação do não-médico do sexo masculino pressupõe mudanças nos *“hábitos, costumes e tradições”*. A subalternidade de gênero da parteira fica evidente quando um dos entrevistados afirma de modo categórico que o não-médico só pode ser mulher, admitindo o homem na assistência ao parto exclusivamente na posição de médico ou em situação de emergência.

“A qualificação fica restrita ao sexo feminino, porque na sala de parto as mulheres confun-

dem mais facilmente o enfermeiro com o médico, com aquele que vai resolver o parto através da cesárea” (enfermeira obstétrica).

“O profissional não-médico só pode ser do sexo feminino, e o indivíduo não-médico do sexo masculino deve atuar apenas em situação emergencial, como bombeiro ou guarda civil, e não como uma coisa planejada” (médico obstetra).

O tema *uma questão de sensibilidade (ou solidariedade)* expressa a visão sobre a natureza feminina do parto, considerando que no parto assistido por não-médicos do sexo feminino estabelece-se uma relação de identidade entre a profissional e a mulher, favorecendo um cuidado “solidário”.

“Pela relação de identidade feminina e pela formação, o cuidado no parto feito por enfermeiras (mulheres) pode ser mais solidário que aquele realizado por médicos (homens ou mulheres)” (médica sanitarista).

Porém, é feita a ressalva de que os homens preparados e sensíveis podem ter essa mesma postura na assistência, sendo injusto excluir aqueles que “têm vontade de ser parteiro”.

“Os homens têm tanta sensibilidade quanto as mulheres para assistir ao parto e, desde que preparados, podem assumir essa assistência.” (enfermeira obstétrica)

“Mesmo havendo, pela natureza da assistência ao parto, uma maior proximidade do sexo feminino nessa função, é injusto discriminar o homem que tem vontade de ser parteiro” (médico obstetra).

A condição feminina da parteira é parcialmente reafirmada como indissociável de seu papel na assistência ao parto. Segundo uma visão *generificada* do processo do parto, a parteira ideal é, concomitantemente, mulher e não-mulher, superando sua condição por meio da complementaridade dos papéis sexual e social na prática profissional. Para alguns entrevistados a parteira deve ser do sexo feminino (preferencial ou exclusivamente), para outros pode ser tanto do sexo feminino como masculino.

A subcategoria “*Formar e qualificar*” trata da formação e qualificação profissional da parteira. O termo “não-médico”, utilizado para denominar a parteira na questão formulada aos entrevistados, foi sendo delimitado e melhor definido no decorrer das entrevistas, dando origem ao tema *definindo a parteira*. Assim, na maioria dos discursos a parteira é explicitamente definida como a enfermeira obstétrica, sendo que denominações similares, como enfermeira obstetra ou enfermeira obstetrix, foram usadas como referência àquela mesma profissional. Por sua vez, o título de obstetrix

foi mencionado como uma lembrança às profissionais remanescentes no mercado de trabalho. O termo parteira foi sistematicamente poupado nos discursos, sendo usado particularmente em menção às parteiras tradicionais e não-médicos sem qualificação formal ou legal para assistir ao parto.

“O profissional não-médico é a enfermeira obstetra” (médica sanitarista).

“A enfermeira obstétrica é o profissional não-médico ideal para assistir ao parto, ainda que seja utópico” (obstetrix).

“Os não-médicos são principalmente as enfermeiras obstétricas, que têm preparo para prestar essa assistência, mas a denominação do profissional não está clara: enfermeira obstétrica, enfermeira obstetra, enfermeira obstetrix, obstetrix” (enfermeira de saúde pública).

Quanto à escolaridade, a maioria dos entrevistados reafirma a formação de nível superior, compatível com a atual formação da enfermeira obstétrica. Vale, porém, considerar que a definição da parteira como enfermeira obstétrica foi acompanhada de objeções, traduzidas pelas seguintes ressalvas: é o ideal, é utópico, é um mito, é legal. Um dos discursos afirma que embora a academia faça restrições a incluir outros não-médicos, além de enfermeiras e auxiliares de enfermagem na assistência ao parto, sua qualificação deve abranger um maior número de possibilidades.

“O ideal é que o não-médico tenha nível superior, podendo ser a enfermeira especializada em obstetrícia” (médico obstetra).

“A enfermeira obstétrica e a antiga obstetrix têm competência legal para fazer partos e a melhor qualificação profissional do não-médico é a de enfermeira obstétrica, embora exista dúvida quanto à necessidade do nível universitário” (médico obstetra).

“Enfermeiras, obstetrixes e parteiras registradas no Coren são os não-médicos que legalmente podem realizar o parto. A idéia de que o parto só pode ser realizado por especialista é um mito a ser superado, e o não-médico deve ser pensado de forma a abranger um número grande de possibilidades de qualificação” (enfermeira obstétrica).

Sob o tema *saber fazer faz a diferença* foram agrupadas as falas dos entrevistados que se reportam à capacitação do não-médico na assistência ao parto. O destaque é para a importância da capacitação técnica específica, com vasta habilidade prática. Ao mesmo tempo em que alguns discursos desprezam a formação atual da enfermeira obstétrica, por ser excessivamente teórica, outros se referem à sua capacitação de forma positiva. Consideram que essa profis-

sional é adequadamente preparada para prestar assistência no pré-natal, parto e puerpério com integralidade, segurança e qualidade.

“Parto é habilidade, quanto mais você faz, mais sabe fazer. A enfermeira obstétrica atualmente é mal preparada, só conhece a teoria e não sabe trabalhar no pré-natal nem cuidar do trabalho de parto” (obstetrix).

“A enfermeira obstetra reúne qualidades para assistir ao parto: formação técnica, conhecimentos sobre gestante, parto e puerpério” (médica sanitária).

Existem ainda manifestações relativas a outros aspectos inerentes ao tema. Um dos entrevistados insiste na necessidade de formar profissionais responsáveis e comprometidos com seu trabalho enquanto prática social, através da capacitação ético-política.

“A assistência ao parto exige profissional com capacitação técnica específica, seja médico ou enfermeira. Através da capacitação ético-política a escola deve formar profissionais responsáveis por sua atualização técnico-específica e comprometidos consigo mesmos, com o paciente e com a sociedade” (obstetrix).

Há, também, referência ao papel das escolas de graduação e à falta de enfermeiras obstétricas qualificadas para exercer a função docente; no entender desse entrevistado, a formação da parteira deve ser feita por médicos.

“Há muito tempo não se pode dizer que haja uma enfermeira capacitada para fazer o trabalho bem feito (realizar partos) e faltam enfermeiras obstétricas qualificadas para assistir ao parto e ensinar. A formação de não-médicos deve ser feita por médicos, sozinhos ou em consonância com as pessoas responsáveis por essa docência” (médico obstetra).

O (des)serviço das escolas de enfermagem intitula um tema, englobando as frases que atribuem a carência de parteiras à omissão das escolas de enfermagem em qualificar profissionais para assistir ao parto. Um dos discursos enfatiza que a resistência política dessas escolas em absorver a formação de obstetrixes é responsável pela opção, advinda de setores de fora da enfermagem, por formar o técnico de obstetria. O mesmo discurso pondera que as escolas, na tentativa de valorizar a profissão de enfermeira, desprezaram a qualificação da obstetrix, cujo perfil seria essencialmente assistencial.

“A resistência das escolas de enfermagem para qualificar profissionais para assistir ao parto é de caráter político e não técnico, pois a incorporação da formação de obstetrixes pelas escolas de enfermagem ainda não está bem resolvida. Na década de 80, tentando valorizar a profissão de enfermeira, as escolas privilegiaram os

conteúdos de administração e desmereceram a obstetrix por seu perfil de prática essencialmente assistencial” (obstetrix).

Outro discurso pondera que, pelo fato de as enfermeiras considerarem a assistência ao parto uma especialidade da enfermagem, elas não aceitam outros profissionais não-médicos nessa atividade. Em contraposição, houve referência à extinta escola de parteiras, como uma forma de garantir a formação profissional, com possibilidade de desenvolver experiências práticas, sob instrução médica.

“A criação de outro profissional não-médico para assistir ao parto encontraria resistência entre as enfermeiras, que o consideram sua especialidade” (médico obstetra).

“A falta de pessoas não-médicas qualificadas para assistir ao parto é histórica, sendo que antes, com a chamada escola de parteiras, a pessoa ia vocacionada desde o início, recebendo instruções de médicos e pondo a mão na massa” (médico obstetra).

Essa subcategoria empírica inclui ainda o tema *não são meras filigranas*, constituída por frases que abordam sob outros ângulos a questão da formação e qualificação da parteira. A maioria faz menção a aspectos formais da capacitação, como o tipo e duração dos cursos. A indicação de qualificar a parteira de nível superior retorna em tom de dilema: se por um lado favorece a formação de parteiras com maior capacidade de discernimento, para um desempenho técnico e ético-político de qualidade na assistência ao parto, por outro, representa uma formação longa e onerosa frente às necessidades do país e à falta de reconhecimento financeiro dessa profissional.

“As formas de qualificação profissional para assistência ao parto vêm sendo muito discutidas, devido à formação onerosa e longa da enfermeira obstétrica frente às necessidades do país e à falta de reconhecimento financeiro dessa especialista. No entanto, a qualificação que se restringe à capacitação técnica pode trazer alguma satisfação pessoal na atuação profissional, mas significa trabalho alienado” (obstetrix).

Aparecem as seguintes sugestões: um curso de nível técnico, intermediário entre o colegial e a faculdade; um curso de nível universitário, com formação comum à enfermagem nos três primeiros anos e o último ano específico e um curso específico para formar obstetrixes, separado do curso de enfermagem desde o início.

“O não-médico deve fazer um curso superior, que pode ser como hoje, com um curso geral e depois uma especialização, ou voltar ao passado e ser diretamente numa escola de parteiras” (médico obstetra).

Um dos entrevistados considera que pessoas que trabalharam com obstetras e parteiras em décadas anteriores aos anos oitenta têm a intenção de capacitar parteiras sob outras modalidades (cursos de nível técnico, elementar ou treinamento de parteiras); daí, a importância dada às escolas de enfermagem nesse resgate para manter a formação universitária.

“O trabalho da enfermeira obstétrica se perdeu dos anos oitenta para cá e seu resgate será lento. A profissão (obstetriz, enfermeira obstétrica) tem que ser resgatada via escolas, senão será formado o técnico, em vez de um profissional de nível universitário, que tem mais capacidade de discernimento” (obstetriz).

Outro aspecto ressaltado refere-se à duração de um curso de graduação inferior a quatro anos, considerando que isso poderia comprometer a demanda de alunos e os *“direitos e prestígio da profissão”*. Um dos discursos aponta para as dificuldades de funcionamento concomitante de cursos de formação de médicos e de parteiras, considerando que para evitar resistência e competição dos médicos, deve haver planejamento e engajamento da chefia médica dos serviços que servem como campo de ensino prático.

“Para a qualificação do não-médico pode-se pensar num curso específico de obstetrícia, em nível intermediário entre o colegial e a faculdade, tal qual o da antiga obstetriz (...) embora correndo o risco de que uma medida paliativa se torne definitiva” (médico obstetra).

“Como os serviços estão sob a chefia do médico, se ele não for engajado e responsabilizado pela formação de não-médicos, ele pode resistir a incluir essa formação entre os objetivos da instituição que ele chefia” (médico obstetra).

Convergências e divergências nos discursos

Considerando as tendências dos discursos para apontar quem é a parteira que deve assistir ao parto, as principais convergências indicam o não-médico que ajuda a universalizar a assistência ao parto, reduzir a morbimortalidade materna, fetal e neonatal e a incidência de cesarianas, naturaliza a assistência, reduz intervenções desnecessárias, humaniza o parto e melhora a qualidade do serviço. A opção pelo parto domiciliar assistido por não-médicos, no entanto, aparece unicamente no discurso de uma obstetriz e de uma enfermeira obstétrica. Os discursos divergem, ainda, quanto às mulheres que devem ser atendidas pela parteira. Para a maioria, a demanda de mulheres não deve ser discriminada do ponto de vista sócio-econômico, enquanto que para uma das enfer-

meiras obstétricas e um dos médicos obstetras, o não-médico deve assistir mulheres economicamente desfavorecidas.

Um aspecto relevante, que aparece na quase totalidade dos discursos (exceto o de uma obstetriz e uma enfermeira obstétrica) refere-se à importância do não-médico para reduzir o custo da assistência obstétrica e a carga de trabalho do médico.

A interpretação dos depoimentos, tomados em seu conjunto e analisados em sua historicidade e relação dialética, revela uma visão da realidade assistencial parcialmente articulada às questões conjunturais e estruturais do país. Na maioria dos discursos, a política de saúde é fracamente relacionada à política econômica e as críticas ao modelo assistencial apenas tangenciam as questões centrais, referentes ao papel do Estado no campo da saúde e da educação.

A concepção do SUS brasileiro, cabível num Estado com políticas públicas condizentes às necessidades sociais, opera com incompatibilidades de ordem estrutural. Na área da saúde da mulher, não obstante o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e programas correlatos, sua construção e implementação vêm sendo regidas por uma lógica que privilegia grupos prestadores de serviços, em disputa por um mercado constituído de usuárias com cidadania restrita. Além disso, o SUS depara-se com financiamento insuficiente e burocratização no nível das instâncias de decisão, dificultando o cumprimento de seus princípios.

As falas dos entrevistados põem em destaque, com ênfase bastante heterogênea, aspectos epidemiológicos e corporativos no campo da saúde. O parto concebido como ato médico representa uma contradição ante a diversidade de agentes que prestam essa assistência – obstetras, enfermeiras, auxiliares, parteiras tradicionais, agentes de saúde etc. – em São Paulo e no Brasil.

Detecta-se nos discursos uma preocupação recorrente em localizar a problemática assistencial do ponto de vista geográfico, que induz à análise do quadro epidemiológico com base na distribuição espacial dos recursos de saúde e torna pouco explícitos os determinantes de ordem política, demográfica e sócio-econômica. Embora os recursos, demandas e perfis epidemiológicos no Estado de São Paulo encontrem correspondência em outras localidades, a contraposição feita nas entrevistas entre a situação da assistência ao parto em São Paulo e no restante do país, salienta diferenças que muitas vezes ocultam a essência do fenômeno.

Apesar dos problemas na assistência obstétrica – mortes maternas, cesarianas, intervenções desnecessárias, partos à mercê do poder médico – serem de âmbito nacional, as soluções parecem ser absolutamente localizadas em função dos recursos disponíveis, sugerindo limitações para estabelecer propostas abrangentes para realidades diferenciadas. Além disso, os discursos nem sempre convergem em relação aos problemas e soluções que permeiam o contexto da assistência ao parto, a despeito do universo deste estudo constituir-se de profissionais que ocupam posições de liderança nas áreas da educação e saúde reprodutiva.

Assim, prevalece a defesa de médicos e parteiras mais qualificadas para mulheres urbanas, ricas, de São Paulo, e parteiras suficientes para todas as outras mulheres. Nesse sentido, as parteiras devem existir para assistir partos e atender médicos, podem fazer o “milagre” de reverter indicadores de mortalidade materna e de cesarianas e representam a “esperança de um parto humano”.

Em resumo, pode-se dizer que as mulheres de São Paulo ou do Brasil, sofrem das mesmas “mazelas” no parto. As diferenças ficam por conta da exclusão social, riqueza mal distribuída e falta de acesso aos serviços.

Segundo a maioria dos entrevistados, a condição feminina da parteira é parcialmente reafirmada como indissociável de seu papel na assistência ao parto. Segundo uma visão *genérica* do processo do parto, a parteira ideal é, concomitantemente, mulher e não-mulher, superando sua condição por meio da complementaridade dos papéis sexual e social na prática profissional. Para cinco dos entrevistados, a parteira deve ser, preferencial ou exclusivamente do sexo feminino (uma obstetrix, uma enfermeira obstétrica, a enfermeira de saúde pública, a médica sanitária e um médico obstetra), enquanto que para os demais é indiferente o sexo do profissional.

Outros elementos constitutivos da parteira que são objeto de divergência nos depoimentos referem-se principalmente à sua relação com o médico. Embora os entrevistados sejam unânimes em reconhecer a complementaridade do trabalho de médicos e parteiras, em função de seus processos de trabalho e dos parâmetros de normalidade no parto, os três médicos obstetras enfatizam uma relação profissional hierárquica, enquanto os demais depoentes, todos mulheres, valorizam a atuação abrangente e autônoma da parteira.

Os aspectos acima destacados aparecem nos discursos muito mais relacionados ao profissional médico do que à mulher parturiente,

fazendo emergir as *relações de poder* como o eixo definidor da inserção da parteira na assistência. As manifestações que preconizam o *trabalho em equipe*, desvelam o discurso ideológico que legitima a subordinação da parteira ao médico.

Segundo os depoentes, a *parteira ideal* é mais qualificada que outros não-médicos e conhece seu devido *lugar* na assistência. Esse lugar, aparentemente estabelecido por critérios técnicos – normalidade e fisiologia do parto – é delimitado politicamente, na medida em que os limites de atuação da parteira são historicamente ditados por sua situação de mulher e de não-médico.

Conforme mostram os nove discursos, é preferível que a parteira possua capacitação técnica específica, seja qualificada em nível superior e titulada como obstetrix ou enfermeira obstétrica. Porém, as opções para capacitação formal da parteira expressam a ambivalência própria das situações de conflito. Pode-se identificar nas entrevistas uma dificuldade em objetivar a parteira, fazendo remeter sua representação enquanto profissional, aos parâmetros estabelecidos pela divisão técnica e social do trabalho, profissionalização, autonomia e reserva de mercado de trabalho. Prevalece, no entanto, uma postura hesitante ao definir os vínculos da parteira na assistência ao parto.

Assim, a *parteira ideal* (aquela que queremos e devemos) afasta-se e, simultaneamente, aproxima-se da *parteira possível* (aquela que podemos), num jogo oculto de contradições que tem a incerteza como “pano de fundo”. Essa *incerteza*, por sua vez, aparece como decorrente de um lapso de referência na formação e inserção de parteiras na assistência ao parto.

Conclusão

A parteira ideal – aquela que *queremos e devemos* – é revelada nos discursos sob duas perspectivas. Por um lado, essa parteira é *transitória* e representa o não-médico que “não chegou lá”, que substitui o médico diante da carência de recursos para assistir todas as mulheres. A parteira é um “mal necessário” que deve existir enquanto houver pobreza, falta de médicos e mulheres que os médicos não querem assistir. Por outro lado, essa parteira é o reverso ou antítese da parteira transitória; é a *parteira de sempre*, que sempre existiu e existirá, ou seja, “uma mulher muito especial”.

Como síntese, obtida a partir da superação dialética da parteira ideal definida nos discursos, emerge a *parteira possível*. Essa parteira é

ao mesmo tempo possível e desejável, é a que podemos e queremos, é a *parteira em construção*. É o projeto utópico, contra-hegemônico, que pode romper com a taxinomia da profissão – a Medicina, a Enfermagem etc. etc. – e com a visão ideologizada e desgenerificada da mulher enquanto objeto do saber e da intervenção masculina, enquanto reprodutora e “parideira”. Nesse sentido, o discurso contra-hegemônico pode ser reafirmado no discurso hegemônico, se pensamos que formar e qualificar representam também superar iniquidades e diferenças e apontar caminhos. Enquanto os pressupostos ideológicos que orientam o discurso hegemônico relacionado à capacitação formal e à atuação da parteira vão ao encontro da parteira ideal, de impacto duvidoso nos indicadores de saúde materna e perinatal, a perspectiva de construir uma “nova parteira” pode germinar entre os profissionais de saúde e as mulheres usuárias do sistema.

Sob a forma de *considerações finais*, incluímos nesta síntese o esboço de uma proposta para capacitação formal de não-médicos para assistência ao parto. Os princípios dessa proposta baseiam-se em deslocar o eixo que norteia os programas de formação profissional, caracterizados em geral, por um sentido corporativo e estático. A práxis na saúde da mulher, por sua vez, exige cada vez mais o “empoderamento” coletivo de seus múltiplos agentes e o fortalecimento e ampliação da cidadania das mulheres brasileiras.

Reconhecer a carência de pessoal qualificado e tomar providências para suprir essa deficiência implica responder politicamente. Nesse sentido, ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais cabe formular políticas, realizar investimentos e promover medidas para inclusão da parteira no SUS, revendo a forma de remunerar a assistência ao parto e ampliando sua participação em projetos e programas, como o Programa de Saúde da Família. Às organizações e entidades civis – movimento de mulheres, conselhos de saúde, associações profissionais, Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento, entre outras – corresponde o papel de debatedoras e interlocutoras

frente às possibilidades de reverter o atual modelo de assistência à mulher e sua família no parto. Às universidades e escolas de enfermagem cabe estabelecer parcerias com organismos oficiais e serviços de saúde para pesquisar, estabelecer e desenvolver modalidades de capacitação formal de parteiras, nos diferentes níveis – graduação de obstetrias, especialização de enfermeiras e técnicas de enfermagem, treinamento de auxiliares de enfermagem e de parteiras tradicionais – absolutamente vinculadas às realidades locais. Nesse sentido, vale reiterar que a atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação abre um leque de possibilidades de qualificação profissional, dado que a simples especialização de enfermeiras é incapaz de produzir o necessário e esperado impacto na qualidade e no modelo de assistência ao parto.

Embora a questão pedagógica da formação da parteira mereça estudos específicos, pode-se registrar que para Kirkhan (1996), os conhecimentos necessários à parteira são provenientes da medicina e fisiologia, das ciências sociais, de outras parteiras, das mulheres, das pesquisas de enfermagem e do desenvolvimento de habilidades na comunicação e no relacionamento interpessoal, indispensável para dar suporte emocional. Segundo a autora, as mulheres, embora não constituam um grupo homogêneo, esperam que a obstetricia praticada por parteiras esteja fundamentada nesses elementos.

Outro aspecto que merece ser abordado, refere-se às questões legais que envolvem o exercício profissional na assistência ao parto. Entre as recomendações relacionadas ao assunto, destacam-se a revisão da legislação do exercício profissional de enfermagem, com o objetivo de estabelecer mecanismos que permitam a plena participação de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem no processo de atendimento ao parto, e a garantia do direito das enfermeiras obstétricas e obstetrias de exercer plenamente as atribuições para as quais estão habilitadas e respaldadas na legislação existente (ABEN-PR, 1998; Araújo et al., 1997; Brasil, 1986; MS, 1993).

Referências

- ABEN-PR (Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná), 1998. Contribuições da enfermagem para a atenção ao parto humanizado: Carta de Curitiba. In: *Seminário Estadual Qualidade de Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem, Síntese* (Associação Brasileira de Enfermagem, org.), pp. 34-36, Curitiba: ABEN.
- ARAÚJO, C. R.; SOARES, H. B.; MENDONÇA, L. A. C. & SOARES, V. M. N., 1997. *Situação das Cesarianas no Paraná: Estratégias de Controle e Redução*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (mimeo.)
- BONADIO, I. C.; RIBEIRO, S. A. O.; RIESCO, M. L. G. & ORTIZ, A. C. L. V., 1999. Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas escolas de enfermagem do Brasil. *Nursing*, 8:25-29.
- BRASIL, 1986. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*, seção 1, pp. 9273-9275, 26 jun.
- BRASIL, 1998. Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Brasília: *Diário Oficial da União*, seção 1, pp. 47-48, 2 jun.
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem)/ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem), 1985. *O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil 1982-1983: Força de Trabalho em Enfermagem*. Rio de Janeiro: COFEN/ABEN.
- FREDDI, W. E. S., 1977. A enfermeira obstétrica no contexto brasileiro. *Enfermagem em Novas Dimensões*, 5:283-288.
- KIRKHAN, M., 1996. Professionalization past and present: With women or with the powers that be? In: *Midwifery Care for the Future: Meeting the Challenge*. (D. Kroll, ed.), pp. 164-201, London: Baillière Tindall.
- MS (Ministério da Saúde), 1993. *Reunião Interinstitucional sobre Assistência ao Parto: Relatório*. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. (mimeo.)
- OSAVA, R. H., 1997. *Assistência ao Parto no Brasil: O Lugar do Não-Médico*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Recebido em 24 de março de 2000

Versão final reapresentada em 20 de agosto de 2001

Aprovado em 14 de novembro de 2001