RUTH HITOMI OSAVA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL:
O LUGAR DO NÃO-MÉDICO**

**Tese apresentada ao Departamento de Saúde
Materno-Infantil da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo, para
a obtenção do título de Doutor em Saúde
Pública.**

Orientadora:

Prof.^a Dra. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

SÃO PAULO

1997

UR. 330 66

RUTH HITOMI OSAVA

ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: O LUGAR DO NÃO-MÉDICO

Tese apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São
Paulo, para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.

Orientadora:

Prfª Dra. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

SÃO PAULO
1997

37074/98 Dec.

OSAVA, Ruth Hitomi Osava

Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico

210x297 mm, 129 p.

Tese (Doutoramento em Saúde Pública)

Universidade de São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública

1. Saúde Materna. 2. Parto humanizado. 3. Enfermagem Obstétrica

Quando Ártemis foi apresentada a Zeus, este ficou encantado com a filha e providenciou-lhe todos os desejos. Ártemis pediu um arco e flechas e uma matilha de cães, para com eles caçar, ninfas para acompanhá-la, uma túnica suficientemente curta para com ela correr, montanhas e selvas como seus lugares especiais, e o privilégio de fazer suas próprias escolhas.

A Ângela Gerhke da Silva,

que vive semeando futuros.

AGRADECIMENTOS

A *Ana Cristina d'Andretta Tanaka*, pela disponibilidade sempre demonstrada, e orientação segura e confiante.

A *Maria Luiza Gonzalez Riesco*, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e atual presidente da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras(os) Obstetras - seção São Paulo, com quem compartilho as mesmas inquietações relativas ao ensino da Enfermagem Obstétrica.

A *Marcos Augusto Bastos Dias*, atual diretor da Maternidade Leila Diniz, companheiro de seminários de nascimento e parto, com quem travei proveitosa troca de idéias a respeito de ambientes adequados para a implantação e aperfeiçoamento de um modelo humanizado de assistência.

A *Daphne Rattner*, do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (GENP), do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, que teve uma participação decisiva na ampliação de minha rede de relações no campo da humanização do nascimento e parto.

A *Thomaz Rafael Gollop*, de quem sou mentoranda como bolsista da Fundação MacArthur, e à quem sou grata pelas várias contribuições, e confiança.

A *Hisako Kajima*, que entre uma e outra viagem à Índia, forneceu-me as pistas das deusas.

À *Daisuke Onuki*, da Japan International Cooperation Agency, pelo seu “olhar de estrangeiro” sobre a questão da formação de recursos humanos para o parto no Brasil, e valiosas informações a respeito do nascimento e parto no Japão.

Às caríssimas amigas da disciplina Enfermagem Obstétrica, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, todas sem exceção, em nome de *Maria Alice Tsunechiro*, pelo companheirismo, solidariedade e hospitalidade em todos os momentos.

Aos ex-colegas do Departamento de Enfermagem do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, em especial o professor *Túlio Alberto Martins de Figueiredo*, pelo constante incentivo.

Às atuais colegas de disciplina, na pessoa da sra. chefe, *Sonia de Oliveira Barros*, da disciplina Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina-UNIFESP, por suavizarem minhas atividades didáticas e administrativas para a finalização do presente trabalho.

RESUMO

Trata-se de estudo de caso, com o objetivo de oferecer uma abordagem em profundidade do tema da participação de não-médicos na assistência ao parto, em particular, de enfermeiras obstétricas. Inicia-se com uma revisão histórica sobre: 1) a participação masculina no parto, a partir do século XVII; 2) as disputas de parteiras e médicos nos Estados Unidos e Inglaterra, ao longo do século XIX; e 3) a formação de parteiras no Brasil, do século XIX até os dias atuais. Faz ainda análise do relacionamento de parteiras e enfermeiras, de suas afinidades e incompatibilidades, tomando as deusas da mitologia grega como figuras arquetípicas do comportamento feminino. Atualiza a discussão dos modelos de formação de parteiras no Brasil, e faz uma recuperação histórica dos recentes movimentos sociais rumo ao parto humanizado, e suas repercussões nos serviços de saúde e no ensino. Termina com uma análise da filosofia de trabalho dos não-médicos, e como estes profissionais poderiam ajudar a reduzir as intervenções no parto. Conclui que médicos e parteiras trabalham orientados por paradigmas assistenciais opostos, que em seu extremo, são complementares: as primeiras, orientando-se pelos limites da mulher, e os últimos, pela da tecnologia; que os não-médicos poderiam garantir o espaço do parto humanizado e naturalizado, em um tempo onde a obstetrícia médica mostra-se tão empenhada em antecipar-se à natureza; e que a assistência materna poderia ser substancialmente melhorada com a participação de não-médicos no parto, contribuindo para a redução segura dos custos com a assistência materna, e para a promoção da qualidade da experiência do nascimento e parto.

ABSTRACT

A study case with a view to deal in-depth with the theme of the participation of non-physicians in labor care, in special the role of obstetric nurse. It begins with a historical review on 1) male participation in the delivery as of the 17th century; 2) the dispute of midwives and physicians in the USA and England in the 19th century and 3) the formation of midwives in Brazil from the 19th century until today. This paper also presents an analysis of the relationship between the midwives and nurses, their affinities and incompatibilities having the Greek mythological goddesses as archetypes of feminine behavior. It brings an overview of the recent historic social movements towards the humanized delivery and its repercussions in health services and teaching. Finally the paper analyses the philosophy of work of the non-physicians and the way these professionals could help in the reduction of interventions in the childbirth. The conclusions are first that physicians and midwives work under opposing assistance paradigms that are complementary in their extremes. The former are guided by the woman's limits and the latter by the limits of technology. Secondly it concludes that the non-physicians could guarantee humanized labor at the time when medical obstetrics is so keen on anticipating nature. And finally it concludes that mother care could be substantially improved with the participation of non-physicians in delivery in that it would contribute to the safe reduction of costs with mother care and the promotion of quality in the experience of childbirth.

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT

DELINEAMENTO DO PROBLEMA.....	1
1. PARTEIRAS E CIRURGIÕES	
1.1. O parto na história: a emergência de um saber masculino.....	9
1.2. Parteiras e cirurgiões: superstição <i>versus</i> ciência?.....	17
2. PARTEIRAS E ENFERMEIRAS	
2.1. A interface de duas profissões afins, porém distintas.....	31
2.2. O ensino formal das parteiras no Brasil.....	41
2.3. A formação de não-médicos na agenda atual.....	51
3. O PARTO TECNOLÓGICO REVISITADO	
3.1. O parto hospitalar e a despersonalização da assistência.....	61
3.2. O parto tecnológico e o parto naturalizado: da crítica à ação.....	69
4. ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO: ASSUNTO DE MÉDICOS... E NÃO-MÉDICOS	
4.1. Como os não-médicos ajudam a reduzir as intervenções no parto.....	84
4.2. A influência do "ambiente" na evolução fisiológica do parto.....	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

DELINEAMENTO DO PROBLEMA

"Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática."

(Maria Cecília Minayo, In: O desafio do conhecimento)

A questão da participação de não-médicos na assistência ao parto vem me ocupando há longo tempo. Como enfermeira obstétrica¹, formada há dezoito anos, e com atuação ininterrupta e exclusiva em sala de parto há mais de uma década, testemunhei a esmagadora ocupação do campo da assistência institucionalizada ao parto por médicos e estudantes de medicina, e o aumento das taxas de cesarianas no Brasil. Estes dois fenômenos foram acompanhados por uma crescente e notável desumanização da assistência à parturiente, especialmente, aquela prestada às mulheres socialmente desfavorecidas.

Para muitas pessoas, a atividade de assistência ao parto é hoje vista como privativa do médico, e os não-médicos que atuam nesse campo o fazem por charlatanismo ou por insuficiência de cobertura médica em determinadas áreas, ou para certos extratos populacionais. Muitos desconhecem que outros profissionais da saúde de nível superior, além dos médicos, detêm a prerrogativa legal de prestar este tipo de assistência. É o caso das enfermeiras obstétricas e obstetrizes. De acordo com o decreto nº 94.406/87,

¹*Enfermeira Obstétrica* é a denominação contida em Lei do Exercício Profissional da Enfermagem; outras designações são admitidas, como *enfermeira obstetra*, adotada por algumas escolas de enfermagem e pela associação cultural da classe (ABENFO), e *enfermeira obstetriz*, termo híbrido, criado e usado mais por médicos obstetras, para designar a enfermeira que faz partos. No presente trabalho, adotaremos a que está contida na LEP, ou seja, enfermeira obstétrica, e usada no feminino por uma opção da autora, dada a predominância de mulheres na profissão.

que dispõe sobre o exercício da enfermagem, encontramos no Art. 9º, o seguinte texto:²

Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente [referentes às atividades da enfermeira generalista], incumbe:

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

Além das atividades acima, o decreto incumbe às enfermeiras obstétricas, no parágrafo único do Art. 12, *as ações de supervisão das atividades da parteira, quando estas são realizadas em instituições de saúde.*

O desaparecimento de parteiras, obstetrizes e enfermeiras obstétricas da assistência institucionalizada ao parto foi precipitado por uma série de circunstâncias mais ou menos relacionadas. Na década de 70, quando as escolas de enfermagem passaram a ser as únicas instituições de ensino a assumir a formação de parteiras de nível superior (obstetrizes), verificou-se uma notável expansão de cursos de medicina, cujo ápice se deu exatamente entre 1965 a 1971, período em que o número destes cursos duplicou: aos 36 existentes, foram somados 37 novos cursos.³

Em menos de uma década, criaram-se mais cursos de medicina que a soma de todos os existentes desde 1832. Muitos não dispunham de hospitais-escola próprios, o que transformou uma boa parte dos hospitais públicos e filantrópicos em locais para o treinamento de médicos. As parturientes pobres foram bastante atingidas por essa política, e não seria exagero afirmar que passaram a ser tratadas pelo sistema público de saúde, como “material de estudo” ao ensino médico.

²BRASIL. Leis, 1987.

³ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE., 1995. p. 78.

O Brasil conta hoje com 84 faculdades de medicina, e somente 30% delas são públicas. A Associação Paulista de Medicina acusa a existência de muitas escolas sem corpo docente e hospitais de ensino e pesquisa.⁴ É precária a formação de um grande número de profissionais, com desempenho abaixo do aceitável, especialmente, de alunos de instituições privadas.

Pelos padrões internacionais mais aceitos, a proporção de médicos e enfermeiros de nível superior considerada tecnicamente ótima é de um médico para três enfermeiros. Se esta já estava longe de ser atingida na década de 50, tornou-se mais distante nos anos subseqüentes; a média para o Estado de São Paulo, no ano de 1980, era dez médicos para um enfermeiro.⁵ A Organização Mundial da Saúde preconiza 1 médico para cada 1.000 habitantes, e no Estado de São Paulo, há 1 para cada 500 habitantes.⁶

O excesso de médicos pressiona o sistema de saúde a ampliar o número de vagas para estes profissionais. No Estado de São Paulo, a distribuição da força de trabalho de nível superior na área da saúde, em 1992, mostrou uma fortíssima predominância de médicos, que ocupavam 70,6% do total das vagas disponíveis para a área.⁷ Para Carvalho, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, *"o excessivo número de profissionais não barateia a assistência. Ao contrário, tem-se verificado a criação de demandas desnecessárias em procedimentos e instalações, para haver acomodações no mercado de trabalho que só elevam os custos na área da saúde"*.⁸

Uma avaliação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, realizada em 1995 em 93 maternidades paulistas conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, excluídas aquelas com remuneração suplementar (hospitais universitários, estaduais e municipais de São Paulo), e selecionadas entre as que atendiam a um mínimo de 360 partos/ano, e com taxas mensais de cesarianas não superiores a 50%, constatou que a atividade

⁴DADOS... *Jornal da APM*, 1997. p. 5.

⁵DURAND. *Cadernos FUNDAP*, 1985. p. 15-16.

⁶CARVALHO. *Folha de São Paulo*, 1997. p. 3.

⁷GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Distribuição da força de trabalho de nível superior*, 1997.

⁸CARVALHO, op. cit.

"acompanhamento do trabalho de parto" era realizada por enfermeiras em apenas 7,5% desses serviços, e por obstetrizes, em 2,2%. Em 67,7%, era o profissional médico quem estava designado para esta atividade.⁹

A presença do médico no acompanhamento do trabalho de parto, além de encarecer a assistência, não a torna mais segura. Tanaka, levantando as circunstâncias que acompanharam as mortes maternas ocorridas em uma região periférica da cidade de São Paulo no ano de 1989, concluiu que a *falta de acompanhamento no pré-parto* pareceu constituir o ponto de maior estrangulamento da assistência materna.¹⁰

Gollop, em análise sobre a formação médica e a assistência à saúde reprodutiva, chama a atenção para a irracionalidade da distribuição do trabalho médico no Brasil: *"um país pobre, com imensos problemas de saúde pública, concentra uma enorme quantidade de funções em um profissional que leva oito a nove anos para ser formado (considerando-se o final da residência como a formação completa). Como se explica isso? Por que concentrar no médico funções que poderiam ser perfeitamente desempenhadas por enfermeiras? Quem disse que eles são os profissionais mais indicados para dar assistência ao parto, por exemplo?"*¹¹

A questão central do presente estudo foi construída a partir de uma pesquisa realizada durante uma reunião da categoria de enfermeiras obstétricas e obstetrizes, o *I Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*, em junho de 1994, na cidade de São Paulo. Tratava-se do primeiro evento nacional produzido pela recém-criada Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras (os) Obstetras (ABENFO), entidade que foi reativada a partir da antiga Associação Brasileira de Obstetrizes. Na ocasião, interessava saber se a atividade *assistência ao parto* era percebida como a parte central do trabalho dessas profissionais. Uma pesquisa de opinião realizada junto aos participantes do evento, mostrou uma grande ambigüidade na definição do objeto de trabalho de enfermeiras obstétricas e obstetrizes.

⁹SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Resultados da primeira avaliação das maternidades*, 1997.

¹⁰TANAKA. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*, 1995.

¹¹GOLLOP. *Boletim Informativo da Fundação MacArthur*, 1996. p. 6-7.

As atividades de acompanhamento do trabalho de parto e assistência ao parto normal, ainda que bastante valorizadas como objeto do trabalho dessas profissionais, não foram colocadas como o "objeto central".¹² O surpreendente é que a maior parte das enfermeiras obstétricas incluídas na pesquisa desenvolvia atividades ligadas ao parto, e por esta especificidade, muitas resolveram se unir e reconstruir a Associação com o objetivo de se ocupar mais com o estudo dessa temática.

O tema da participação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, velada ou explicitamente, vem se impondo para a categoria da enfermagem. Desde a década de 70, foi se tornando mais evidente a exclusão de enfermeiras deste campo de atuação. Ironicamente, ao tempo em que obstetrizes e enfermeiras obstétricas se afastavam do parto, foram elas se aperfeiçoando na arte de economizar o tempo do médico, sincronizando o trabalho de parto com a chegada do obstetra ao hospital. Sua ação foi se adequando mais e mais às necessidades e interesses da medicina, enquanto se desfigurava como profissão autônoma.

Um dos fenômenos mais visíveis que acompanharam a saída dos não-médicos da assistência ao parto, foi o aumento das taxas de partos operatórios, em especial das taxas de cesarianas, fenômeno que se tornou mais pronunciado a partir da década de 80. O aumento das taxas operatórias no parto alterou os perfis de morbimortalidade materna e perinatal, elevou desnecessariamente os gastos públicos com a assistência materna e neonatal, e repercutiu nas finanças das seguradoras de saúde e convênios de medicina de grupo.

As discussões em torno das estratégias para o controle dessas taxas estão se multiplicando em várias instâncias, desde as governamentais, passando pelos conselhos profissionais, convênios médicos e chegando até a mídia. Nesses debates, o retorno da parteira tem sido proposto pelos próprios obstetras.

No ano de 1993, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) reuniu-se em Salvador-BA, para discutir a questão do excesso de cesarianas, e estabeleceu, como uma das recomendações

¹²OSAVA. *O núcleo central do trabalho da enfermeira obstétrica*, 1996.

especiais para reduzir as elevadas taxas, “a reintrodução da obstetriz nas maternidades públicas e privadas, sendo contratada pela Instituição e trabalhando em regime de 12 ou 24 horas”.¹³

No mesmo ano, o tema do excesso de cesarianas levou o Ministério da Saúde a coordenar, junto com a Organização Pan-Americana da Saúde, a Reunião Interinstitucional sobre Assistência ao Parto, em Brasília-DF, ocasião onde se recomendou, “em caráter emergencial, a discussão da legislação do exercício profissional de enfermagem”, e a normatização técnica das atividades das obstetrizes e enfermeiras obstétricas, de modo a se garantir “o direito das enfermeiras obstétricas/ obstetrizes de exercerem plenamente as atribuições para as quais estão habilitadas e respaldadas na legislação vigente”.¹⁴

Para Faúndes e Cecatti, as estratégias para a redução das taxas de cesarianas apresentam como pré-requisito importante, o *resgate da função da parteira (obstetriz), em nosso meio*.¹⁵ Mas como se dará este resgate? Nos vários seminários de nascimento e parto que tiveram lugar em época recente, essa questão vem sendo discutida, acoplada ao tema da *humanização do parto*.

O primeiro destes encontros ocorreu em 1996, na cidade de São Paulo, por iniciativa do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (GENP), do Instituto de Saúde, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. No mesmo ano, a Superintendência de Saúde Coletiva, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro também organizou um seminário sobre o tema, na capital fluminense. E em março de 1997, a agência de cooperação internacional japonesa, JICA, em conjunto com o Programa Viva Mulher, da Secretaria de Saúde do Estado de Ceará, promoveu em Fortaleza o Seminário sobre Assistência ao Parto e Nascimento.

Como participantes nestes três eventos, pudemos testemunhar a ênfase dada na reintrodução do não-médico no parto, como estratégia para a humanização da experiência do nascimento e parto, seja essa assistência

¹³FEBRASGO. *Relatório do I Fórum Nacional de Debates sobre Parto Normal e Cesariano*, 1993. p. 18.

¹⁴BRASIL. Ministério da Saúde. *Reunião Interinstitucional sobre Assistência ao Parto*, 1993.

¹⁵FAÚNDES, CECATTI. *Cad Saúde Pública*, 1991.

institucionalizada, ou não, seja este não-médico, uma parteira ou enfermeira. Qual o nível de formação e o escopo dessa atuação são questões ainda não respondidas. No Fórum da FEBRASGO de 1993, preconizava-se, como uma das estratégias para o resgate da profissão, "a *reabertura das escolas de parteiras de nível médio, ligadas às faculdades de medicina*".¹⁶ Um movimento nesta direção vem ocorrendo com o Projeto de Lei nº 3.175 de 2 de maio de 1997, de autoria do deputado paulista Eduardo Jorge, ora em tramitação, que dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia Humanizada.

A despeito das novas perspectivas que essas iniciativas possam trazer para ampliar o mercado de trabalho dos não-médicos, causa preocupação a justificativa dada pelos médicos para a reintrodução de tais cursos, expressa no documento da FEBRASGO, "*para possibilitar melhor distribuição de tarefas e **diminuir a sobrecarga do médico***"¹⁷ (o grifo é nosso), justificativa que deixa a impressão de que, para além da preocupação com o "trabalho de parto", o foco central das preocupações parece situar-se no "trabalho do médico".

Na edição de agosto de 1997, na esteira da campanha do Conselho Federal de Medicina, de estímulo ao parto normal, o jornal da entidade apresentou as causas que contribuem para a "epidemia de cesáreas". Dos fatores arrolados, desde a percepção errada do público e dos médicos, sobre as vantagens da cesariana até as mazelas de um sistema público de saúde que não dispõe de tecnologia para o parto (entenda-se anestesia peridural e cardiotocografia fetal), nenhum deles diz respeito à contribuição do não-médico nesse campo de assistência.¹⁸ Esta contribuição tende a ser vista como secundária, acessória, controlada pelo médico, admitida apenas para fazer aquilo que não é lucrativo, ou sem interesse para a medicina.

Cabe aqui fazer uma distinção das motivações dos diferentes segmentos sociais, quando propõem o retorno do não-médico no parto. No caso da FEBRASGO, fica clara a noção de um não-médico funcionando como auxiliar do obstetra, trabalhando sob sua supervisão e, preferencialmente,

¹⁶ FEBRASGO. *Relatório do I Fórum Nacional de Debates sobre Parto Normal e Cesariana*, 1993. p. 8.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Jornal do CFM*, 1997. p. 18-19.

treinado por ele. Na proposta do técnico em obstetrícia do deputado paulista, subjaz a noção de “parto humanizado”, e produção de um profissional fora do paradigma médico, inspirado no modelo europeu de formação de parteiras. São estes dois grandes eixos que norteiam as discussões em torno da ampliação da participação de não-médicos no parto: a redução das taxas de cesarianas, e a “desmedicalização” da assistência ao parto.

As relações entre médicos e não-médicos (enfermeiras obstétricas e obstetrizes) sempre tenderam a se pautar por uma espécie de hierarquização, onde os primeiros subordinam as segundas, técnica e economicamente. A dinâmica de construção da identidade profissional dos não-médicos que agem no campo da obstetrícia, e sua relação com o atual modelo de assistência ao parto, tecnológico e centrado no médico, é uma questão complexa. Nas páginas seguintes, foi recolhido um significativo material bibliográfico que parte de diferentes quadros teóricos, e organizados num esforço para expor a percepção a respeito do que deveria ser o papel do não-médico na assistência ao parto.

Partiu-se de uma recuperação histórica da assistência ao parto, seus agentes, as tecnologias desenvolvidas neste campo e suas implicações nos modelos assistenciais que os sucederam; discutiram-se as relações entre parteiras e enfermeiras, enquanto categorias profissionais, as possibilidades e obstáculos presentes nos respectivos modelos de formação profissional; dedicou-se um olhar sobre a questão dos movimentos sociais rumo ao parto humanizado e, finalmente, analisou-se como o não-médico, no caso específico deste estudo, a *enfermeira obstétrica*, poderia contribuir para melhorar as condições de nascimento e parto no Brasil e, paralelamente, ajudar a reduzir as altas taxas de cesarianas verificadas em nosso meio.

1. PARTEIRAS E CIRURGIÕES

“Onde há poder ele se exerce. Ninguém é propriamente seu titular; e no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém, mas se sabe quem não o possui.”

(Michel Foucault, In: *Microfísica do Poder*)

1.1. O parto na história: a emergência de um saber masculino

Na Europa, a participação masculina no parto foi pouco freqüente até o século XVII. O relativo atraso da tocologia médica quando se pensa na medicina como um todo, era em parte imputado a obstáculos de ordem moral, que impediam 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.¹⁹ Os primeiros homens convocados no parto atendiam em situações especialíssimas, quase sempre dramáticas. Pouco conheciam de sua fisiologia e, nessas ocasiões, estavam mais interessados na hemostasia, sutura e drenagens.

A presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal. Antes dos cirurgiões, na maioria das sociedades primitivas eram os médicos sacerdotes que auxiliavam as parteiras nas anomalias do parto, e a eles atribui-se a invenção dos primeiros instrumentos embriotômicos.²⁰

¹⁹ARCAS. *Acta Ginecol Hisp Lusit.*, 1970.

²⁰REZENDE. *Obstetricia*, 1969.

Nas raras ocasiões em que a parteira encontrava-se diante de um parto complicado, em geral, as anomalias de apresentação decorrentes da multiparidade, inicialmente ela procurava entender o que estava acontecendo para sair em busca do auxílio de outra colega mais experiente.²¹ O historiador médico Howard Haggard, citado por Stahl,²² lembra que os partos deveriam ser mais fáceis naquele tempo, porque as mulheres estavam submetidas a pesadas tarefas; as bem nascidas, quando poupadas, costumavam ter bebês maiores.

No Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos de parteiras por todo o século XIX: *"Salvo as naturais exceções, nem físicos e nem cirurgiões-barbeiros partejavam nesses tempos. A parturiente, fosse escrava ou livre, pobre ou rica, não se utilizou dos serviços de profissionais"*.²³ Não existia propriamente um discurso masculino sobre o parto. A propósito, Del Priore diz que, *"...esta 'coisa de mulher' em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos"*. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, *"além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras"*.²⁴

As poucas mulheres das classes elevadas do Rio de Janeiro que procuravam um médico no parto, o faziam, segundo Debret, *"por ostentação e em casos difíceis"*.²⁵ Apenas quando os recursos da parteira se esgotavam, é que decidia-se pela vinda de um cirurgião para as temidas cirurgias mutiladoras, uma prática eminentemente masculina, interdita às parteiras: *"as parteiras deviam encontrar limites em realizar o considerado ponto culminante do*

²¹TAYLOR. *Midw Cronicl & Nurs Notes*, 1970.

²²STAHL. *Can Med Assoc J.*, 1991.

²³SANTOS FILHO. *História Geral da Medicina Brasileira*, 1977.

²⁴DEL PRIORE. *Ao sul do corpo: condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia*, 1993. p. 263.

²⁵Jean Baptiste DEBRET. *Viagem pitoresca e histórica ao Brasil*. São Paulo: Martins Fontes, 1949, citado por SANTOS-FILHO, op. cit., p. 231.

*virtuosismo cirúrgico-obstétrico: a embriotomia. Tais operações mutiladoras e faltosas de diagnóstico preciso eram recorrentemente realizadas por médicos".*²⁶ Na presença de um cirurgião, adotava-se sistematicamente a embriotomia: "era o feticídio a regra, e os mais suscetíveis apenas esperavam a morte do concepto para reduzi-lo pela operação embriotômica".²⁷

A embriotomia foi substituída paulatinamente pelo fórceps obstétrico; este foi inventado no século XVI, popularizado no século seguinte e trouxe mudanças radicais à assistência obstétrica. Para Litoff, a invenção do fórceps foi o evento que, isoladamente, maior influência exerceu na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica.²⁸ O que antes era percebido como "cuidar da parturiente", uma série de procedimentos ao pé-do-leito, pouco tangíveis, foi profundamente alterado com a introdução do fórceps. Estas colheres de ferro que interferiam no curso do nascimento, até então entregue à vontade onipotente, desafiaram a noção de parto como um ato comandado pelo destino. A "luta do homem contra a natureza" se materializava, introduzindo o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana.

O fórceps não teve seu uso popularizado entre as parteiras; as mulheres eram consideradas intelectualmente inferiores aos homens e, portanto, incapazes de acompanhar as mudanças tecnológicas em curso na obstetrícia. Mas o principal obstáculo foi o de ordem econômica: poucas dispunham dos recursos exigidos para a compra do invento. Muitas parteiras, fiéis a seus paradigmas não-intervencionistas, não viam com simpatia as chamadas "mãos de ferro"²⁹. Segundo o historiador médico Rhodes, "os médicos que utilizaram o fórceps foram veementemente atacados de todos os lados e, especialmente, pelas parteiras locais."³⁰

O cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540-1596), inventor do instrumento, e posteriormente seus descendentes mantiveram o fórceps como

²⁶DEL PRIORE. op. cit. p. 267.

²⁷REZENDE. *Obstetrícia*, 1969. p. 965.

²⁸LITOFF. *J Nurs Midw.*, 1982

²⁹Em alusão ao modelo de fórceps inventado por Palfyn, em 1723, chamado *mains de fer* (mãos de ferro)

³⁰RHODES. *Introduccion a la história da Medicina*, 1985. p. 94.

um segredo de família por quase um século, cômicos de seu valor econômico. Tal façanha foi possível porque na época, médicos no parto *palpavam* mas não *viavam* as partes pudendas da mulher. A assistência à parturiente era literalmente prestada "debaixo de panos". 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.³¹

Os descendentes de Chamberlen vendiam o segredo de tempos em tempos, à uns poucos cirurgiões que pudessem por ele pagar. Deve-se ao influente médico francês Francisco Mauriceau (1637-1709), cognominado por Naegele, o "oráculo dos parteiros do século XVII", o atraso com que o fórceps foi divulgado no continente europeu. Um neto de Chamberlen propôs-se, por dez mil libras, a vender o segredo a Mauriceau. Hugh, este era o nome do descendente de Chamberlen, anunciava o instrumento como algo que resolveria qualquer parto em poucos minutos, e quis demonstrá-lo em uma paciente sob os cuidados de Mauriceau há muitos dias. Tratava-se de uma pessoa 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.³²

Ao longo do 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. No caso do Brasil, seu emprego abusivo foi registrado por um médico estrangeiro em visita ao país, no relato de um parto que assistira datado de 1882, e recuperado por Leite: "*Alguns dias atrás, fui chamado para atender Mme. C. para fazer um parto. Pediram-me que levasse o fórceps (...) não se imagina a que ponto aqui se abusa do fórceps. Entre algumas mãos seu uso é regra, e um parto sem fórceps é exceção...*".³³

³¹LITOFF. *J Nurs Midw.*, 1982

³²DUMONT. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*, 1984.

³³LEITE. *A condição feminina no Brasil do século XIX*, 1982. p. 125.

O figurino dessa nova obstetrícia, técnica e científica começou a substituir o modelo de trabalho da parteira, de suporte e encorajamento. Afastada das novas tecnologias em desenvolvimento na obstetrícia, a parteira não percebeu como isso afetaria seu próprio trabalho, abrindo o caminho para sua exclusão da assistência ao parto. As mulheres chamavam os médicos porque acreditavam que poderiam oferecer serviços que as parteiras não dispunham. No século XVIII, isto significava o uso de ópio ou sangria para aliviar os desconfortos do trabalho de parto, e o fórceps em partos demorados. Em meados do século XIX, também significava anestesia para entorpecer a dor do parto.³⁴

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. A ação de Simpson foi violentamente combatida pelos colegas. A Igreja também se opôs, alegando que o parto era o resultado de um *pecado carnal* que devia *ser expiado pela dor*.³⁵ Simpson só foi deixado em paz com o nascimento do príncipe Leopold, em 1853, quando sua mãe, a Rainha Vitória pediu clorofórmio no parto.

É curioso registrar como as concepções a respeito do determinismo do parto orientaram e justificaram condutas em relação à mãe e ao bebê. A idéia de parto como um ato emanado da vontade divina transformava o socorro humano em algo eminentemente caritativo. As anomalias do ciclo grávido-puerperal refletiam a vontade onipotente. Se a mulher se salvava, era porque assim o desejara a vontade divina; caso contrário, *“era o justo castigo pelos pecados que ela havia praticado.”*³⁶

No tempo de Hipócrates (460-377 a.C.), predominava a idéia de parto como um ato comandado pela vontade do feto. Os rituais de oferenda de alimentos ao feto tinham a finalidade de atraí-lo para fora do útero. Kitzinger, ainda recentemente, registrou reminiscências desta concepção no costume de certas culturas da África Oriental, de encher-se a vagina da parturiente com estrume de vaca, quando esta se encontra em trabalho de parto prolongado.

³⁴LEAVITT. *Trans Stud Coll Pshys Phila.*, 1989.

³⁵STAHL. *Can Med Assoc J.*, 1991.

³⁶BRIQUET. Súmula história. In: DELASCIO, GUARIENTO. *Obstetrícia normal Briquet*, 1981.

Esta providência está integrada a um conjunto de valores sociais próprios às sociedades pastoris. O gado é o principal valor econômico, e tenta-se atrair o feto para fora pelo olfato, que lhe indicará quão rico é seu pai.³⁷

Ainda no século XVII, a teoria médica oficial permanecia fiel à idéia de que o nascimento dependia do feto, ou seja, ele comandava o trabalho de parto "*agitando-se em uma matriz-prisão que não conseguia mais suportar*".³⁸ Essa representação do determinismo do parto justificou as embriotomias em fetos vivos ou mortos, proclamando-se a perversidade fetal. Se o parto dependia do feto, "*a criança perversa que fazia sua mãe sofrer merecia castigo e morte*".³⁹ Uma cláusula na Lex Régia, de Numa Pompilius (715-673 a.C.), o primeiro imperador romano, proibia o enterro de mulher que tivesse morrido grávida, sem que antes o feto lhe fosse retirado do útero; a finalidade era cerimonial, de batizar o feto.⁴⁰

Pelas vias legais, permitia-se a operação cesariana somente em casos de gestantes mortas. Esta proibição vigorou por muitos séculos. Em 1609, Guilemeau, citado por Houtzager, ainda se refere a tal proibição, recomendando que o cirurgião agisse com urgência para tentar salvar o bebê, mas ao mesmo tempo advertindo que todo cirurgião deveria, em primeiro lugar, *assegurar-se de que a mulher havia realmente morrido*. Para isso, chamaria todas as pessoas da família, amigos e outros presentes, a fim de obter-lhes o juramento de que "*a alma da mulher havia partido*".⁴¹ Tal exigência retardava irremediavelmente o socorro, e as chances de se extrair um feto vivo eram mínimas.

A operação cesariana foi resgatada na era da obstetrícia científica, e começou a ameaçar a supremacia do fórceps obstétrico somente na segunda metade do século atual. De 1881 a 1904, realizaram-se apenas cinco operações cesarianas no Brasil. A primeira em 1822; o autor, não se sabe ao certo quem foi. A segunda aconteceu em 1855, pelas mãos de Feijó Pai,

³⁷KITZINGER. *Mães; um estudo antropológico da maternidade*, 1978. p. 89.

³⁸GÉLIS. *Entrer dans la vie; naissance et enfances dans la France traditionnelle*, 1978. p. 81.

³⁹BRIQUET. Súmula histórica. In: DELASCIO, GUARIENTO. *Obstetrícia normal Briquet*, 1981. p. 6.

⁴⁰Ibidem.

⁴¹HOUTZAGER. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 1982.

Visconde de Santa Isabel. O feto sobreviveu e a mãe morreu, alguns dias depois, segundo o médico, '*por comoção cerebral ao cair do leito*'.⁴² A segunda cesariana de Feijó aconteceu sete anos depois, em 1862. A elevada mortalidade materna decorrente da operação, não compensava os possíveis benefícios. Poucas mulheres aceitavam a cirurgia, o que chegou a inspirar o médico brasileiro Souza, em 1922 a publicar um artigo na imprensa médica, orientando como proceder junto à mulher para fazê-la aceitar a operação:

*"... animaria a mulher por todos os meios que me fossem possíveis; lhe faria ver que por meio da operação cesareana ela poderia salvar a sua vida e a de seu filho; falar-lhe-ia dos exemplos de mães heróicas que se resignando a sofrer pelo interesse da vida de seus filhos, Deus as tinha recompensado permitindo que ambos se salvassem. Aconselharia a família e particularmente a seu marido, que lhe falassem no mesmo sentido, encorajando-a a praticar aquele grande ato de heroísmo próprio de uma verdadeira mãe. Não esqueceria de chamar em concílio os conselhos de um padre, que devia fazer ver a mulher em confissão, ou em simples conversa, as tristes consequências que sua teima poderia ter a respeito de seu inocente filho, que iria morrer sem a graça do batismo. Com esses meios seria muito difícil que uma mãe digna desse nome não se resignasse a sofrer a operação".*⁴³

Esta mistura de ciência e religião, de livre arbítrio e culpa, remete-nos à análise que Ehrenreich e English fizeram da emergência do saber científico na América do início do século. O processo de consolidação da medicina como uma nova ordem social, em um contexto protestante, assemelhou-se a uma espécie de conversão religiosa, incorporando ao novo, as antigas práticas e valores.

Quando a nova biologia começou a circular entre a classe média norte-americana, difundindo a "teoria dos germes", foi vista com suspeita, porque afirmava coisas que colocavam em risco a ordem social: se a doença era

⁴²REZENDE. *Obstetricia*, 1969. p. 965.

⁴³SOUZA. *Rev. Gynecol e D'Obstetricia*, 1922.

causada por germes, ela não poderia mais ser explicada como a obra de um deus vingativo que castigava o homem por sua falência moral.⁴⁴ O aspecto intolerável da teoria dos germes era o que isentava o homem da “culpa”, base de sustentação daquela ordem social.

Para que a teoria pudesse ser admitida como uma nova ordem, foi necessário remodelá-la, a fim de colocá-la em afinação com os sistemas de acolhimento disponíveis. Se eram os germes os causadores da doença, e não o pecado, ainda assim este poderia ser deixado como a causa última da doença. Para isso, substituía-se o objeto da transgressão, as *leis divinas*, pelas *leis da higiene*, e mantinha-se incólume o que se desejava preservar: o ato da transgressão. A teoria dos germes foi transformada em simples doutrina de guia individual, e a dimensão coletiva da produção das doenças, implícita na teoria original, simplesmente desapareceu nessa engenhosa remodelagem.

⁴⁴ HIRENREICH & ENGLISH. Science and the ascent of the experts. In: *For her own good*, 1979. p. 69-97.

1.2. Parteiras e cirurgiões: superstição versus ciência?

O momento do parto foi durante muito tempo, uma vivência exclusivamente feminina, uma intensa experiência corporal e emocional que levava as mulheres a se subjetivarem a partir desta. De acordo com Del Priore, a vivência de parto, fundador de uma cumplicidade e aliança entre as mulheres, não conseguia ser completamente incorporada pelo discurso médico:

"não era só o leque de movimentos físicos aprendidos e descritos pela ciência médica. A dor e a angústia que envolviam a parturiente eram, sim, interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que de certa forma caminhava paralela ao olhar da medicina. Através dessa cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero".⁴⁵

Para Leavitt, o mundo das mulheres em torno dos aposentos da parturição, revelado em cartas e diários, representou a existência de uma *identidade de grupo* feminina entre as mulheres. Podiam falar de detalhes de suas intimidades, seus mais ocultos pensamentos acerca de tornar-se mãe. E enquanto as convenções do século XIX não permitiam que se comentasse assuntos particulares em público, as mulheres, entre elas, podiam conversar livremente, compartilhando conhecimentos e identificando-se umas com as outras em suas preocupações, certas de que não estavam sozinhas em seus problemas.⁴⁶

À época do surgimento da enfermagem profissional, bastante vinculada à publicidade feita em torno dos trabalhos de Florence Nigthingale na Guerra da Criméia (1854-1856), a profissão de parteira encontrava-se em franco declínio. A profissão de enfermeira, ao contrário, ganhava respeitabilidade no interior das classes médias inglesas, afinada com os valores de feminilidade bem ao gosto da recatada sociedade vitoriana. Em paralelo, a emergente corporação médica norte-americana fundada em bases classistas - *uma*

⁴⁵DEL PRIORE. *Ao sul do corpo; condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia*, 1993. p. 255.

⁴⁶LEAVITT. *Trans Stud Coll Pshys Philla*, 1989.

profissão masculina, branca e de classe média - iniciava uma vigorosa campanha contra os chamados "charlatões" - incluindo-se aí as parteiras. Tratou-se de uma espécie de reedição da caça às bruxas que teve lugar na Europa, entre os séculos XIV e XVII, num dos mais atrozes capítulos da história do obscurantismo, representado pela Inquisição.

A Inquisição teve a astúcia de ligar a transgressão sexual à da fé, e punir as mulheres por isso, acusando-as de pouca fé. No *Maleus Maleficarum*, o manual oficial da Inquisição escrito em 1484 pelos inquisidores alemães Kramer e Sprenger, consagra-se a inferioridade feminina desde a palavra 'feminina': "... tal é a etimologia da palavra que lhe designa o sexo, pois femina vem de fe e minus, por ser a mulher sempre mais fraca em manter e perseverar a sua fé".⁴⁷ Para o *Maleus*, as parteiras deveriam ser condenadas, porque "não há quem mais malefícios causem à Fé Católica do que as parteiras..."⁴⁸ Elas foram acusadas de praticar o aborto, o infanticídio, e atentar contra a potência dos homens fazendo pactos com o demônio.

Nos primórdios do século XX, a reedição dessa caça às parteiras foi marcada por dois fatos de grande repercussão nos modelos de assistência ao parto construídos desde então: na Inglaterra, a aprovação da lei das parteiras, o "Midwives' Act" de 1902, que incorporou esta profissional ao sistema de saúde oficial, dando à profissão o *status* de uma prática reconhecida, e nos Estados Unidos, a acusação como as responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal verificadas no país no início do século, no episódio conhecido como "midwife problem", culminou na marginalização do trabalho das parteiras, e na ocupação do campo da assistência materna exclusivamente por médicos.

É bastante provável que a ação da parteira comportasse riscos reais, tanto para a mãe, como ao bebê, mas esses não eram maiores que os oferecidos pelos médicos. No início do século XIX, as maternidades não constituíam um lugar seguro para a mulher dar à luz; em 1878, estimou-se que a mulher inglesa aumentava em seis vezes as suas chances de morrer, ao dar

⁴⁷KRAMER, SPRENGER. *O martelo das feiticeiras (Malleus Maleficarum)*, 1991. p. 117.

⁴⁸Ibidem. p. 156.

entrada nas maternidades daquele país.⁴⁹ Social e economicamente mais acessível que os médicos, a parteira tradicional ainda se envolvia com as tarefas domésticas, substituindo ou auxiliando a mulher por um mês ou mais após o parto. Defender sua imediata exclusão da assistência era algo impraticável na época; os jovens médicos provinciais que disputavam sua clientela, não aceitariam trabalhar nas mesmas bases de remuneração.

Diversas proposições foram ensaiadas na Inglaterra e Estados Unidos, ao longo do século XIX, visando subjugar a prática da parteira aos domínios da medicina oficial. Na Inglaterra, chegou-se a propor a concentração compulsória de mulheres médicas na obstetrícia, em substituição à parteira, porém foi descartada porque o número de mulheres médicas na Inglaterra e País de Gales não passava de uma centena em 1891, e nem todas desejavam seguir a carreira obstétrica.⁵⁰ Outra proposição foi a fundação de cursos para formação de enfermeiras que atuassem como uma espécie de satélite do médico, prestando cuidados à gestante sob suas ordens. Na época, a idéia não floresceu, mesmo porque não existia um consenso dentro da classe médica, da necessidade dessa profissional.

Curiosamente, os principais defensores das parteiras foram os médicos clínicos. De acordo com Litoff, clínicos e cirurgiões não compartilhavam das mesmas opiniões sobre quem deveria prestar assistência ao parto. Para os cirurgiões, existia um perigo potencial em toda gravidez e parto, razão suficiente para tornar imprescindível a presença de um médico nessas ocasiões; os clínicos, diversamente, consideravam a participação masculina no parto um intolerável atentado ao pudor.⁵¹

O acontecimento que precipitou a aprovação da primeira lei das parteiras na Inglaterra, o “*Midwives’ Act*” de 1901, ocorreu na localidade de Kent e envolveu uma parteira e três médicos provinciais. Na ocasião, a parteira solicitou ao esposo de sua cliente que fosse em busca do auxílio de um dos médicos locais, já que detectara complicações no trabalho de parto da mulher. A

⁴⁹WARD. *Midw Cronicl & Nurs Notes*, 1981 b.

⁵⁰WARD. *Midw Cronicl & Nurs Notes*, 1981 a.

⁵¹LITOFF. *J Nurs Midw.*, 1982.

despeito dos apelos do homem, todos os três médicos recusaram-se a atender a mulher. A mãe e o bebê morreram, a grande imprensa tomou conhecimento e o caso chegou aos tribunais. Perante o juiz, os três médicos reiteraram suas posições, declarando que não davam cobertura a clientes previamente atendidas por parteiras, procedimento, segundo eles, largamente adotado por seus colegas.

A divulgação do fato tornou pública a longa guerra fria travada por médicos provinciais e parteiras tradicionais, e expôs de maneira crua o tratamento desigual recebido por mulheres ricas e mulheres pobres. O projeto de lei que estava parado no Parlamento há mais de uma década, ganhou prioridade, e em 1902 foi aprovado, com a inclusão de uma cláusula que proibia o exercício de parteiras não registradas. O "*Midwives' Act*" criou um órgão regulador, o *Central Midwives Board*, que possuía como uma de suas funções a elaboração de regras relativas ao exercício da parteira. Uma das mais importantes recomendava à parteira que solicitasse um médico em todas as situações consideradas anômalas, cabendo a ele atendê-las.⁵²

Segundo Marques, essa regra criou uma série de dificuldades, pois nenhuma previsão orçamentária havia sido feita em relação ao pagamento dos médicos. A questão foi resolvida somente em 1918, à custa de uma sistemática pressão da corporação médica, para que se tornasse obrigatório o pagamento de seus honorários pelo Estado. A autoridade supervisora local foi encarregada do pagamento, cabendo-lhe também a solicitação de reembolso por parte do cliente, exceto em casos de extrema pobreza.⁵³ 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 crescente e definitiva da prática de atenção ao parto para o controle estatal, e aos domínios da medicina oficial.

No episódio conhecido como "*midwife problem*", ocorrido nos Estados Unidos, a mortalidade materna no país era alarmante no início do século, e a

⁵²WARD. *Midw Cronicl & Nurs Notes*. 1981 b.

⁵³MARQUES. *Saúde em Debate*, 1982.

maior concentração desses eventos era verificada entre as clientes da parteira tradicional. A taxa de mortalidade materna na época era a terceira mais alta do mundo, entre os países que faziam tais registros.⁵⁴ Exclusivamente mulheres, boa parte delas imigrantes e/ou negras, a maioria das parteiras tradicionais norte-americanas dispunha de pouca base educacional e baixo poder de organização. Sua clientela, encontrada entre os grupos mais vulneráveis, comportava fatores de risco de morbidade e mortalidade muito anteriores e muito mais importantes do que a alardeada "nocividade" das parteiras.

Mas o conceito de que o nascimento seguro só era possível mediante a presença e a intervenção de médicos, especialmente treinados, já começava a ganhar larga aceitação entre as mulheres das classes elevadas, nos primórdios do século atual. A despeito disso, a parteira tradicional norte-americana atendia a cerca de 50% de todos os nascimentos que ocorreram naquele país, em 1910.⁵⁵

Para as classes populares, o costume de procurar médicos no parto era tido como 'flagrantemente indecente'.⁵⁶ Na análise de Ehrenreich e English, esta era uma situação intolerável para a emergente especialidade obstétrica, pois na lógica da corporação médica, cada mulher pobre atendida pela parteira, era um caso a menos ao ensino e à pesquisa acadêmica. Os vastos recursos proporcionados pelas classes populares, enquanto 'material de ensino' para a obstetrícia, estavam sendo desperdiçados pelas ignorantes parteiras. Além disso, as mulheres pobres gastavam cerca de 5 milhões de dólares ao ano com parteiras - 5 milhões que poderiam estar indo aos verdadeiros 'profissionais'.⁵⁷

Recorrendo-se a metáforas inspiradas na teoria dos germes, os médicos comparavam as parteiras a uma espécie de *micrococcus* estranha ao tecido

⁵⁴KOBRIN. *Bull Hist Med.*, 1966.

⁵⁵Ibidem.

⁵⁶EHRENREICH, ENGLISH. *Witches, Midwives and Nurses; a history of women healers*, 1973.

⁵⁷Ibidem, p. 33-34.

social - sublinhando sua condição de imigrante - disseminando a doença e a morte com suas unhas sujas.⁵⁸ Paulatinamente, a hegemônica corporação médica transformava-se na intérprete infalível da ciência e da natureza, assim como os Papas do Renascimento o foram da Bíblia e de Deus. A prática da parteira tradicional é associada à idéia de falta de higiene e subdesenvolvimento. Responsabilizadas pela alta prevalência de *sepsis puerperal* (infecção uterina), e *oftalmia neonatal* (infecção ocular do recém-nascido, contraída de mãe portadora de infecção genital), as parteiras viveram uma perseguição, principalmente, classista. Ambas as condições mórbidas seriam facilmente prevenidas por técnicas ao alcance da maioria delas: a lavagem das mãos e a instilação de colírio. Foi o que aconteceu na Inglaterra, Alemanha e na maioria dos países europeus: a parteira foi melhorada através de treinamento, tornando-se uma profissão estabelecida e independente.

Os médicos americanos, entretanto não estavam interessados em melhorar a assistência prestada pelas parteiras. E talvez nem pudessem; a qualidade da assistência médica no período era altamente discutível. Kobrin cita o estudo de Williams, uma enquete entre os médicos, que demonstrou que os clínicos gerais eram tão negligentes quanto as parteiras, e igualmente responsáveis pela má qualidade da assistência obstétrica.⁵⁹ Mas a corporação médica tinha poder e as parteiras, não. Os obstetras estavam, eles mesmos, lutando contra a concepção da insignificância de seu campo de atuação. Defendiam, sobre qualquer evidência em contrário, que a gestação e o parto normais eram exceções, e considerá-los como eventos normais seria uma falácia.⁶⁰

Numerosos folhetos e livros foram publicados nos Estados Unidos e Inglaterra no início deste século, divulgando as vantagens da participação masculina no parto, ao mesmo tempo que ganhavam destaque nos meios de comunicação os relatos de casos de mulheres que morreram devido a demora da parteira em chamar o médico. No mesmo período, as parteiras norte-americanas dispunham apenas de dois jornais, e lidos por um segmento muito

⁵⁸EIHRENRICH, ENGLISH. Science and the ascent of the experts. In: *For her own good*, 1979. p 95-96.

⁵⁹J. Whitridge Williams. Medical education and the midwife problem in the United States. *JAMA*. n.58, p. 1-7, 1912, citado por KOBIRIN. *Bull Hist Med.*, 1966. p. 351.

⁶⁰KOBIRIN. op. cit.

pequeno do total delas. Dependiam, em sua defesa, da simpatia de alguns médicos e enfermeiras de saúde pública.⁶¹

A proibição da prática da parteira começou nos Estados Unidos, no Estado de Massachusetts, e o divisor de águas foi o caso da parteira Hanna Porn. Era uma imigrante finlandesa que atuou como parteira no início deste século, e seu julgamento oferece a oportunidade de examinar como as estratégias de afirmação da prática médica no parto foram fundamentalmente classistas e sexistas. Viúva, ela freqüentou o *Chicago Midwife Institute*, onde, em abril de 1896, formou-se parteira. Voltando para sua cidade, Gardner, registrou-se junto às autoridades sanitárias locais e começou a trabalhar. Nos próximos onze anos, registrou 642 partos, muito mais do que a média dos 20 médicos locais. Seu estilo de trabalhar era parecido com o de outras parteiras locais, com uma exceção. Enquanto a maioria delas trabalhava por chamada, e fora de suas casas, Hanna montou um consultório em um setor comercial da cidade e nele colocou uma placa na porta, com os dizeres "*Hanna Porn, Parteira*".

Hanna atendia basicamente a comunidade finlandesa, e mais de 99% de sua clientela era imigrante. As mulheres faziam contato com ela uma a seis semanas antes do parto. Quando a situação era normal geralmente atuava sozinha, atendendo à mulher no trabalho de parto e parto. Durante uma semana voltava ao puerpério para cozinhar, limpar a casa e checar a mãe e o bebê. Os custos de seus serviços costumavam ser de US\$ 2 a US\$ 5 - cerca de um terço do que os médicos locais cobravam apenas pelo parto.

Ela tinha muito cuidado para não ser referida como médica. Quando enviava a ficha do bebê para o registro de nascimento, riscava a palavra *médico*, na linha destinada a assinatura do mesmo, e escrevia claramente *parteira*. Ao requisitar receitas dos farmacêuticos - das seis fórmulas-padrão fornecidas pelos médicos do *Midwife Institute* - nunca assinava as formas *Dr.* As prescrições destinavam-se à infecções oculares neonatais e duchas vaginais.

⁶¹LITOFF. *J Nurs Midw.*, 1982.

Mesmo atendendo a imigrantes pobres, operárias, sua taxa de mortalidade neonatal era a metade da verificada entre os médicos locais. Isso porque seguia estritamente o treinamento que recebera, encaminhando os partos anômalos aos médicos.

Ao longo de sua carreira, que não foi extensa, Hanna foi várias vezes denunciada de prática ilegal. Sempre voltava a atuar, após o pagamento de multas mais e mais altas, que chegavam a comprometer quase tudo o que ganhava em um ano de trabalho. Finalmente, foi condenada a permanecer na cadeia por três meses. Ao sair, quatro anos antes de sua morte, Hanna ainda voltou a trabalhar.⁶² O que menos prevaleceu em seu julgamento foram os dados objetivos: a boa qualidade dos serviços prestados, o valor social de seu trabalho, a satisfação de sua clientela. Em qualquer época, se o acusado perde, freqüentemente perde a possibilidade de, pelo menos temporariamente, continuar exercendo sua prática. Além da privação de pessoal qualificado para a assistência, a condenação provoca um efeito em cascata sobre os demais praticantes; os médicos simpatizantes que apreciam o trabalho de parteiras, passam a sentir medo de apoiá-las.

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. Nos Estados Unidos, foi durante a I Grande Guerra que se verificou um efetivo envolvimento do Governo na política de assistência ao grupo materno-infantil. As estatísticas oficiais mostravam que cerca de um terço dos homens recrutados encontrava-se fisicamente incapacitado para o trabalho militar, inclusive por seqüelas de parto.⁶³

A enfermeira passou a ser treinada em obstetrícia e a envolver-se diretamente com os propósitos governamentais de elevação da qualidade da assistência ao grupo materno-infantil, atuando nos redutos da parteira tradicional, prestando cuidados às comunidades carentes, difundindo os padrões e conceitos da medicina oficial. O declínio da parteira tradicional norte-americana tornou-se irreversível com a restrição à entrada de imigrantes, a partir de 1920. O parto hospitalar começa a substituir o domiciliar no mesmo

⁶²DECLERQ. *Am J Publ Health.*, 1994.

⁶³TOM. *J Nurs Midw.*, 1982.

período: em 1900, apenas 5% das americanas deram à luz em hospitais; em 1930, a taxa de partos hospitalares saltou para 25%.⁶⁴

Ainda que se falasse da superioridade médica no parto, a melhoria das condições maternas e perinatais foi obtida em boa parte por razões não-médicas, que acabaram trabalhando em favor dos argumentos médicos: a restrição à imigração, e a melhoria nas condições gerais de vida. Tanto assim que, em Washington, a porcentagem de partos registrada pelas parteiras decresceu de 50%, em 1903 para 15% em 1912, e as taxas de mortalidade infantil no primeiro dia, na primeira semana, e no primeiro mês de vida, todas aumentaram nesse período de exclusão das parteiras.⁶⁵ Mas o processo de monopolização médica da assistência ao parto foi impressionante: em 1919, a cidade de Nova York contava com 1.700 parteiras, que assistiram 30% do total de partos; dez anos depois, as 1.200 parteiras que ainda trabalhavam, assistiram apenas 12% dos partos.⁶⁶ Em 1973, restava aos não-médicos uma proporção menor que 1% de todos os nascimentos ocorridos nos Estados Unidos.⁶⁷

No Brasil, as parteiras se mantiveram como as agentes centrais da assistência ao parto até meados do século atual. No início da colonização, eram as caboclas, portuguesas e negras velhas que monopolizaram o exercício dos partos, a maioria oriunda dos extratos mais baixos da sociedade: *"completamente analfabetas, pertenciam a última classe da sociedade; pela maior parte ex-meretrizes..."*⁶⁸ Além de cuidar do parto, das moléstias de mulheres, das espinhelas caídas (gastroenterites), e dos quebrantos, as parteiras eram acusadas de praticar feitiçarias, provocar abortos e cometer infanticídio, *"abandonando nas ruas ou estradas, os recém-nascidos..."*, e por essa razão, *"muitas senhoras, já por economia, já para não darem entrada na*

⁶⁴GRAHAM et al. *Soc Sci Med.* 1990.

⁶⁵KOBRIN. *Bull Hist Med.* 1966. p. 362.

⁶⁶Ibidem, p. 363.

⁶⁷LITOFF. *J Nurs Midw.*, 1982.

⁶⁸DUROCHIER. *Annaes Brasiliensis de Medicina.*, 1870. p. 261-62.

*família de mulheres desconceituadas pela opinião pública, preferiam fazer-se partejar por suas escravas, principalmente, nas fazendas".*⁶⁹

A historiadora Maria Lúcia Mott lança dúvidas a respeito dessa imagem negativa da parteira. Pergunta se alguém que foi chamada de comadre, poderia ser tão nociva à sociedade: *"o próprio sinônimo "comadre" para parteira, demonstra afetividade e o carinho com que era chamada a profissional por suas clientes, contradizendo a imagem até aqui apresentada."*⁷⁰ Vasculhando a literatura médica do século XIX, Mott realmente encontrou perfis altamente negativos da parteira: mulheres sem princípios, ignorantes, supersticiosas, bárbaras. Mas essa má imagem era construída principalmente pela literatura médica; no romantismo, era representada de maneira muito diferente, como na obra *Memórias de um sargento de milícias*, de Manuel Antonio de Almeida, onde se vê uma parteira religiosa relacionando-se bem com pessoas dos mais variados meios sociais, adentrando em suas casas e suas vidas, de aparência antiga, sem espalho a limitar seus movimentos, bonachona, esperta, transpirando liberdade, parecendo não ter domicílio, nem lar.⁷¹

Como em outras partes do mundo, aqui também os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputavam sua clientela nos domínios da parteira. Havia também a questão racial, uma vez que grande parte das parteiras eram negras e mulatas. Mott lembra que 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, daí a maior presença de negras e mulatas no ofício de partejar: *"se o sangue de uma parturiente branca era visto com nojo, como não seria o de uma parturiente negra e escrava, ou mulata e pobre?"*⁷²

⁶⁹DUROCHER. *Annaes Brasiliensis de Medicina.*, 1870. p. 262.

⁷⁰MOTT. Parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: COSTA, BRUSCHINI. *Entre a virtude e o pecado*, 1992. p. 42-43.

⁷¹Ibidem, p. 45.

⁷²Ibidem, p. 46.

No plano formal, o ensino das parteiras começou no Brasil em 1832, ao lado de dois outros cursos, medicina e farmácia. Às mulheres, coube a assistência ao parto e a outros fenômenos reprodutivos, enquanto aos homens, as atividades de farmacêutico e médico. Uma vez que a parturição era percebida como um processo fisiológico, sua assistência permaneceu por longo tempo desvinculada da prática médico-cirúrgico oficial. Com a criação dos três cursos, o ensino teórico dos profissionais que se dedicavam à arte de curar melhorou, mas a parte prática ficou mais deficiente. De acordo com Brenes, o ensino prático no Rio de Janeiro era ministrado em dois locais até 1884: o Hospital Militar e a Santa Casa. A Obstetrícia contou com mais problemas nessa esfera pois a sua instalação na Santa Casa era impedida pelas Irmãs de caridade, *que consideravam o parto uma falta de pudor*.⁷³

A formação de parteiras por escolas de parto não teve um impacto significativo na assistência materna, uma vez que era pequeno o número de profissionais saídas desses cursos e a maioria concentrada nos centros urbanos. No período de 1833 e 1876, não se formaram mais de dez alunas no curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; o da Bahia foi ainda menos freqüentado. Para Mott, a proximidade física com o sexo masculino, incompatível para o período, talvez explique o pequeno número de candidatas ao curso de formação de parteiras.⁷⁴ Pires, ao comparar os requisitos iniciais para o ingresso nos referidos cursos, observou que, além de ser tratada como uma atividade menos letrada que a da medicina, o curso era o único que exigia de suas candidatas o atestado de 'bons costumes'.⁷⁵

As parteiras estrangeiras atenuaram um pouco a situação de escassez em nosso meio. Muitas delas revalidaram seus diplomas estrangeiros na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; de 1856 a 1899, foram legalizados 70 diplomas de parteiras estrangeiras: 33 francesas, 22 italianas, 6 portuguesas, 5 argentinas, 3 alemãs e 1 espanhola. Documentos e relatos da época mostram que elas não atendiam apenas aos partos, mas também tratavam as doenças ginecológicas. Na referência de Vieira Souto a essas

⁷³BRENES. *Cad Saúde Pública*. 1991.

⁷⁴MOTT. Parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: COSTA, BRUSCHINI. *Entre a virtude e o pecado*, 1992. p. 52-53.

⁷⁵PIRES. A institucionalização da enfermagem. In: *Hegemonia médica na saúde e na enfermagem*, 1989. p. 109.

estrangeiras, nota-se que tiveram que enfrentar o desprestígio que acompanhava a profissão de parteira no Brasil:

"Em 1826 apareceu Mme. Pipar, parteira diplomada pela Faculdade de Medicina de Paris, instruída e inteligente, porém que poucos partos teve, por não se dar bem no país, e não ter a paciência e a perseverança para lutar contra os prejuízos arraigados nas famílias daquela época".

*"Em 1830 apareceu Mme. Berthout, parteira diplomada pela Faculdade de Medicina de Paris, bastante inteligente, e que tinha a precisa instrução: escrevia ortograficamente, cousa que hoje poucas fazem: é verdade que nos podem responder que *para receber ou levar à **roda**⁷⁶ uma criança, não é necessário saber escrever com ortografia..."⁷⁷*

Na história da obstetrícia brasileira, destaca-se o nome de Madame Marie Josephine Mathilde Durocher, a primeira parteira diplomada pelo curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Francesa de origem, chegou ao Brasil com sete anos de idade, em companhia de sua mãe, uma florista parisiense. Formou-se em 1834, logo após enviuvar-se, mãe de dois filhos. Chegou a assistir cerca de 6.000 nascimentos, em um período onde o Rio de Janeiro contava com 90.000 habitantes.⁷⁸

Os historiadores costumam apontar a personalidade original de Mme. Durocher, em particular seu aspecto andrógino: *"um misto mal definido de homem e de mulher. Alta, musculosa, falando grosso, trazendo os cabelos cortados curtos, repartidos e penteados como um homem, o lábio superior fartamente piloso bem como todo o mento"*, e seus trajes masculinos *"calçados de botinas de homem; usava camisa, punhos, colarinhos, gravata e colete de*

⁷⁶RODA: o abandono de crianças "ilegítimas", prática que remonta ao primeiro século de nossa colonização, ganhou feição selvagem durante o segundo e terceiro século, quando meninos e meninas com dias ou meses de vida eram deixados nas calçadas, praias e terrenos baldios. Coube às Santas Casas implementar um sistema em seu auxílio: junto à parede lateral ou frontal do imóvel pertencente ao hospital, instalava-se a *Roda dos Expostos*, dispositivo bastante difundido em Portugal, que consistia num cilindro que unia a rua ao interior da Casa de Misericórdia. A respeito, ler Renato P. Venâncio, *Maternidade Negada*, in: Mary Del Priore (org). *História das Mulheres no Brasil*. 1997.

⁷⁷VIEIRA SOUTO, *Rev. Syniátrica*, 1916. p. 123-124.

⁷⁸Ibidem, p. 123-124.

homem".⁷⁹ Mme. Durocher explicava que usava essas excêntricas roupas para inspirar respeito: *"adotei um vestuário que não só me pareceu mais cômodo para os trabalhos da minha profissão, como mais decente e característico para a parteira."*⁸⁰

Mott considera que, *"apesar da justificativa bastante racional para o uso destas roupas, sua escolha parece ter outros significados (...) não estaria ela demonstrando o desejo de se afastar das tão mal faladas comadres (...), ou não estaria demonstrando sua crença na superioridade masculina neste campo do saber?"*⁸¹ E pergunta como isso poderia afetar o reconhecimento da profissão: *"qual o espaço profissional possível, no período, para a parteira diplomada no Brasil, se a primeira a conquistar este título - e mais, aquela que era considerada exemplar - se viu obrigada a usar roupas masculinas para obter reconhecimento profissional?"*⁸²

Ainda que as razões mais aceitas para a pequena procura pelos cursos de parto apontem para a pudicícia, a associação bastante estreita, no imaginário social, entre o ofício da parteira e os conceitos de vocação, missão e caridade, precisava ser desfeita para dar lugar a uma mudança na dimensão ética da assistência ao parto; senão, como admitir que alguém buscasse a profissão por razões pecuniárias, e não humanitárias? Tanto assim que antiga comadre sobreviveu por muito tempo após a criação dos cursos de partos e perdeu seu lugar para os médicos, e não para as parteiras diplomadas.

O fim da feminização do parto, com a entrada em cena dos médicos e seus instrumentos, colocou as parteiras em segundo plano e marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento. No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. A mudança criou as condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático. O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua

⁷⁹VIEIRA SOUTO, Rev. *Syniátrica*, 1916. p. 123-124.

⁸⁰DUROCHER, *Annaes Brasiliensis de Medicina*. 1870. p.299.

⁸¹MOTT. Parteiras no século XIX: Mme. Durocher e sua época. In: COSTA, BRUSCHINI. *Entre a virtude e o pecado*, 1992. p. 50.

⁸²Ibidem, p. 51.

família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado para o treinamento de médicos.

2.

PARTEIRAS E ENFERMEIRAS

“Com a concepção de irmandade, as mulheres puderam, então, perceber que tinham desperdiçado energias e talento nas coisas erradas. Iludidas pela necessidade de agradar aos homens, elas se tinham tornado incapazes de estimar a si mesmas, apreciar suas irmãs, gostar de qualquer coisa.”

Elizabeth Fox-Genovese, In: *Feminism without Illusion; a Critique of Individualism*

2.1. A interface de duas profissões afins, porém distintas

Para Kuhn⁸³, o que explica a unanimidade de julgamentos profissionais de um grupo é um *paradigma*, ou conjunto de paradigmas. Um paradigma governa um grupo de praticantes da ciência, e qualquer estudo de pesquisas orientado por ele, ou que leve à destruição do mesmo, deve começar pela localização do grupo ou grupos de responsáveis que compartilhem dos mesmos paradigmas.

Os paradigmas constituem uma espécie de negociação com outros saberes e podem ajudar um grupo a se expandir, ou ao contrário, precipitar sua extinção. No caso das enfermeiras obstétricas, é possível afirmar que elas façam parte do mesmo paradigma profissional das demais enfermeiras, quando atuam como parteiras? É possível afirmar que ambas pertençam ao mesmo grupo de praticantes?

⁸³KUHN. *A estrutura das revoluções científicas*, 1994.

Colocadas estas questões, é necessário deter-se no estudo das relações entre parteiras e enfermeiras, lançando mão de categorias de análise não usuais na investigação científica: as deusas da mitologia grega como figuras arquetípicas do comportamento feminino, e sua correspondência com as características mais gerais das praticantes dessas duas profissões.

Antes de mais nada, cabe assinalar que o tipo que caracteriza uma deusa é muito mais que um simples estereótipo ou clichê. Há uma dinâmica fundamental por trás das atitudes de uma mulher, que a torna singular enquanto tipo; quando a mesma dinâmica psicológica é encontrada em um grupo de pessoas, temos o que Jung denominou de "arquétipo". O comportamento humano segue padrões que podem ser compreendidos de forma mais ou menos nítida pelos chamados arquétipos; uma deusa é a forma que um arquétipo pode assumir no contexto de uma narrativa ou epopéia mitológica. Esses tipos femininos podem ser encontrados em sua forma mais pura na mitologia, mas estão presentes nos sonhos e nas fantasias de todos.

As relações entre a emergente profissão de enfermagem e a milenar profissão de parteira não foram nada amistosas, em seus primórdios. Ward registrou que parteiras e enfermeiras hostilizavam-se mutuamente: as enfermeiras, vendo as parteiras com desdém, compartilhando a visão que a classe médica tinha delas: '*supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas*'. E as parteiras, considerando as enfermeiras como '*um pouco mais do que servas da profissão médica*'.⁸⁴

De acordo com Keddy e colaboradores, quando Florence Nightingale começou a organizar a enfermagem, precisou convencer os médicos do Exército que enfermeiras poderiam ser úteis para eles, em seus locais de trabalho. As tarefas designadas pelos médicos para "suas" enfermeiras, variavam conforme o profissional. Assim, a enfermeira dependia da aprovação do médico em seu local de trabalho, e ele detinha o poder, tanto para aprovar como desaprovar o desempenho dela.⁸⁵

⁸⁴WARD. *Midw Cronicl & Nurs Notes*, 1981 a.

⁸⁵KEDDY. *J Adv Nursing*, 1986. p. 746.

Pelas características assumidas pela enfermagem profissional em sua fase inicial, entende-se que a enfermeira 'nightingaleana' personificou predominantemente o arquétipo da deusa Atenas. O ingresso de Atenas na companhia dos deuses olímpicos deu-se de forma dramática: saltou como mulher adulta da cabeça do pai, num parto assemelhado a uma cesariana dolorosa. Seu pai, Zeus, engravidara sua primeira esposa Métis. A conselho de Urano e Géia, engoliu-a, temeroso, pois o oráculo decretara ser um menino o fruto da gestação e que no futuro iria destroná-lo. Contudo, a criança continuou a crescer dentro dele. Até que, atormentado por uma dor de cabeça torturante, Zeus pediu a seu irmão Hefesto, o deus da forja, que o ajudasse. Este lhe abriu o crânio com um machado, dando espaço para que Atenas nascesse. Com um grito de batalha selvagem, ela saltou da cabeça do pai inteiramente armada com uma lança e a égide, dançando a pírrica (dança de guerra).

Ao longo da vida, considerou-se filha de um só genitor, Zeus, e com ele esteve associada para sempre. Enquanto arquétipo da "*filha do pai*", Atenas representou a mulher que tende naturalmente aos homens que têm autoridade, responsabilidade e poder, homens que se ajustam ao arquétipo do pai patriarcal, ou do *homem patrão*. Uma vez dado o seu voto de fidelidade, ela se torna a sua mais ardente defensora. A qualidade de filha torna Atenas uma defensora dos direitos e valores patriarcais, que enfatizam a tradição e a legitimidade do poder masculino. Comumente, as mulheres tipo Atenas mantêm o *status quo*, tendem a aceitar as normas estabelecidas como linhas mestras do comportamento e são politicamente conservadoras.⁸⁶

De acordo com McCool e McCool, a enfermagem recebeu acolhimento e prosperou em sua fase inicial porque sua configuração afinava-se com os propósitos do emergente modelo médico, patriarcal e centralizador.⁸⁷ Com a aliança das enfermeiras, os médicos garantiam o controle da prática da enfermagem e recebiam auxílio para eliminar as curandeiras e parteiras. Na mitologia, Atenas era protetora, conselheira, patrona e aliada de homens heróicos e seu mito encontra-se fundamentalmente ligado à guerras. Durante a guerra de Tróia, Atenas foi muito ativa em defesa dos gregos; patrocinou heróis individuais e foi a deusa olímpica mais próxima de Zeus. Florence Nightingale,

⁸⁶BOLEN. *As deusas e a mulher*, 1990.

⁸⁷McCOOL, McCOOL. *J Nurs Midw.*, 1989.

uma moderna Atenas, foi ativada em tempos de guerra, assim como o símbolo da enfermagem nacional, Ana Néri.

As parteiras tiveram como arquétipo principal, Ártemis, a deusa da caça e da lua. Enquanto deusa dos ermos, foi a personificação do espírito feminino independente. Irmã primogênita de Apolo, ambos frutos de uma relação extraconjugal de Zeus, logo que nasceu, ajudou sua mãe Leto durante as prolongadas dores e difícil parto de Apolo. Por nove dias e nove noites, sua mãe sofreu dores intensas, resultado das maldições lançadas por Hera, a vingativa esposa de Zeus.⁸⁸

Ártemis ficou conhecida como a deusa protetora do parto. As mulheres se dirigiam a ela como auxiliar nos momentos de dor, pedindo-lhe que pusesse fim à suas dores, ou que lhes concedesse uma morte amena, causada por suas flechas certeiras. A deusa personificou o arquétipo da *"grande irmã"*. Também simbolizou as qualidades idealizadas pelo movimento feminista: empreendimento, independência dos homens e do mundo masculino, e preocupação pelos atormentados, pelas mulheres fracas e pelas jovens.

Quando Ártemis foi apresentada à Zeus, este ficou encantado com a filha, e providenciou-lhe todos os desejos. Ela lhe solicitou um arco e flechas, uma matilha de cães para com eles caçar, ninfas para acompanhá-la, uma túnica suficientemente curta para com ela correr, montanhas e selvas como seus lugares especiais. Zeus lhe concedeu tudo isso e ainda o privilégio de fazer suas próprias escolhas.

Atenas, a deusa da sabedoria, personificou a cidade, as artes e a tecnologia, Ártemis simbolizou a natureza e os ermos. A enfermeira *nightingaleana* personificou a disciplina, a administração, a estratégia e a racionalidade. A parteira tradicional, a independência, a relação fraternal com as mulheres, a inacessibilidade e certo desprezo pelo que vem da urbe; a resistência às inovações tecnológicas no campo da obstetrícia, é um bom exemplo desta característica.

⁸⁸BRANDÃO. *Mitologia grega*, 1996. p. 58-59.

As atividades racionais, lógicas, como as normativas de uma comissão de infecção hospitalar, ou as de tecnologia de ponta da medicina fetal vinculam-se ao arquétipo de Atenas e não despertam o entusiasmo de Ártemis. A insistência no ecológico parto natural, preferencialmente domiciliar, embala os desejos da deusa da caça, e escandaliza Atenas.

Estas simbolizações distintas das práticas da enfermeira e da parteira são observadas entre as próprias enfermeiras. A respeito, lembro-me que em certa ocasião, apresentando um vídeo sobre exemplo de parto domiciliar na Holanda, para um grupo de enfermeiras obstétricas, notei, após a projeção, que uma parte do grupo confessou-se inteiramente tocado pela atmosfera emocional presente naquela experiência de nascimento. Outra parte, contudo, incomodou-se precipuamente com a questão da assepsia: chamou-lhe a atenção o fato da parteira não ter usado campos esterilizados e utilizado inadequadamente a mão enluvada e roupas comuns em lugar da indumentária profissional. É assim que os paradigmas se manifestam.

A mulher tipo Atenas tem habilidade para intimidar os outros com suas premissas lógicas e afastar a espontaneidade, a vitalidade e a criatividade das pessoas que não são como ela. Este é o seu "efeito medusa", o monstro com serpentes ao invés de cabelos, cuja aparência terrível transformava em pedra qualquer coisa que olhasse para ela. Metaforicamente, representa o poder de desvitalizar a experiência dos outros, de rebaixar a experiência subjetiva de outra pessoa, mesmo inconscientemente, pela sua necessidade de equacionar tudo em termos racionais. Atenas nunca foi criança; nasceu adulta, e esta metáfora aproxima-se da mulher tipo Atenas.

Um dos traços característicos da profissão de enfermeira é o apego à sistematização e à ordem que não deixam espaço para a discordância e a inovação. No clássico estudo do funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade, Menzies assinalou que os expedientes de despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo, reiteradamente adotados pela enfermagem, permitem que *"... uma enfermeira torne-se uma espécie de aglomerado de técnicas de enfermagem, sem individualidade, cada uma é, portanto, perfeitamente intercambiável com outra do mesmo nível de competência"*.⁸⁹

⁸⁹MENZIES. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*, 1970. p. 15.

Ha uma obscuridade intencional na distribuição formal de responsabilidades dentro da enfermagem, uma proteção contra o impacto da responsabilidade. Não existe o "*meu paciente*". A responsabilidade e a autoridade nas enfermarias é de tal forma generalizada, que as tornam não-específicas e afastam o perigo de recaírem firmemente sobre a pessoa. Na mitologia, Atenas era protegida por uma esplêndida couraça, enquanto Ártemis usava apenas uma curta túnica, que a tornava altamente vulnerável aos ataques externos.

No caso das parteiras, foi a própria força de Ártemis - sua independência do mundo masculino e de seus valores - que abriu o caminho para a sua derrocada. Bolen considera que, no mundo competitivo, o arquétipo de Atenas tem indiscutível vantagem sobre o de Ártemis. As deusas da caça são agressivas e competem, mas não são "encouraçadas" como Atenas, e podem ser pessoalmente atingidas por hostilidades, tornando-se emotivas e menos efetivas.⁹⁰ As encouraçadas Atenas podem ser convencidas da importância da humanização da assistência, mas vão preferir operacionalizar esse conceito na segurança de um hospital, junto com os médicos. As mulheres tipo Ártemis preferirão romper com este tipo de solução, que manteria incólume o patriarcado.

A interpretação das relações entre a emergente profissão de enfermeira e da parteira, o significado de suas alianças, de suas rivalidades e de suas afinidades, pelo artifício da aproximação com as deusas da mitologia grega, constituem uma tentativa de ampliar a percepção a respeito de nossos próprios paradigmas profissionais. Os mitos são extremamente simples em sua formulação, e no entanto, possuem uma enorme capacidade explicativa, difícil de ser lograda com outras formas de argumentação. Na psicologia acadêmica, com seu apego pelas abstrações masculinas - a linguagem racional e insensibilizante - as palavras não provocam lampejos de reconhecimento, nem excitam os sentidos, como o fazem as narrativas épicas.

Os paradigmas nos orientam a selecionar as informações de interesse, e uma mudança de paradigma acontece quando os nossos modos de resolver

⁹⁰BOLEN. *As deusas e a mulher*, 1990. p.126.

uma questão não mais conseguem oferecer soluções eficazes. Sentimos necessidade de alterar nossos paradigmas quando ocorre uma transformação drástica em nossa percepção.

No atual modelo de organização da assistência ao parto, o momento do *trabalho de parto* tem sido sistematicamente suprimido ou ignorado como um acontecimento privilegiado para o crescimento psicológico da mulher. Ao médico, repugna-lhe as secreções e os odores femininos no parto, perturba-o os gritos da mulher, aterroriza-o os "caprichos da natureza". Não por acaso, a obstetrícia masculina nasceu sob a tutela cirúrgica e aperfeiçoou um paradigma de atenção ao parto fundamentalmente intervencionista.

Com a exclusão do não-médico do acompanhamento do trabalho de parto, tenha ele a designação que tiver, permaneceu um "nicho" que até o momento não foi ocupado por nenhuma outra categoria. Não é fortuito que nesta era tecnológica, seja o *trabalho do médico* o modelador do *trabalho de parto*, e não o contrário. Por outro lado, o movimento organizado de mulheres não dedicou um olhar mais atento sobre a questão do parto, na época em que perseguia a igualdade política e econômica. O parto, bem como o aleitamento, prerrogativas femininas, eram expressões da própria limitação da mulher, e só mais recentemente começaram a ser resignificados pelas feministas.

A respeito do movimento feminista, distinguem-se dois grandes tipos de mobilização que reivindicam o feminismo: um *movimento feminista* de cunho igualitário e de vocação progressista atuando como grupo de pressão em prol de reformas sociais destinadas à melhoria da situação feminina, e um *movimento de liberação das mulheres*, também denominado *feminismo radical*, de caráter identitário e revolucionário em busca de uma transformação global da sociedade.⁹¹

O movimento que se intitula *feminista* representaria por suas definições básicas, objetivos e forma de atuação, uma continuidade em relação às mobilizações feministas que se afirmaram no passado, dentro de uma tradição liberal ou marxista: o sistema social como uma totalidade não é questionado, e as assimetrias e desigualdades sexuais são vistas como fenômenos anti-

⁹¹GOLDBERG. Tudo começou antes de 1975; idéias inspiradas pelo estudo da gestação de um feminismo "bom para o Brasil. In: NÚCLEO DE ESTUDOS DA MULHER E RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO, 1989. p. 1-15.

naturais e culturais, produzidos por leis obsoletas, educação discriminatória, mentalidades atrasadas. A luta das mulheres, nesta tradição, é pela *igualdade entre os sexos*, pela conquista de direitos civis e eliminação de todas as formas de discriminação sexual presentes nos âmbitos social, econômico e político. A organização ou movimento feminista atua inicialmente como um grupo de pressão para a conquista de direitos civis a todas as mulheres, e de espaços de intervenção para essa minoria política, podendo até se transformar em grupo de representação no seio das estruturas de poder. Este feminismo liberal que estimula a realização pessoal e o sucesso, apoiando-se na imagem de "mulheres exemplares", é a corrente com a qual melhor pode se identificar o individualismo contemporâneo.

O movimento de *libertação das mulheres*, por sua vez, se colocou em ruptura com a tradição igualitária e emancipatória dos feminismos do passado. Contrapôs o discurso igualitário ao da *indivíduoação*. Para essa corrente, as origens das desigualdades sexuais e da opressão feminina se encontram no "patriarcado", tipo de supremacia e dominação masculina presente em todas as sociedades históricas e em todas as relações sociais, responsável pela exclusão sistemática das mulheres nas instâncias de poder e permanente desvalorização de papéis e tarefas a elas atribuídos. As mais recentes teorias feministas seguem essa filosofia; as feministas radicais defendem que a libertação adviria da erradicação do patriarcado e seus efeitos, e a luta das mulheres seria pela abolição das relações autoritárias e práticas opressoras em todas as instâncias da vida privada e pública.

As feministas radicais não estão buscando paridade com o homem e seu mundo, e sim, *uma visão de mundo centrada na mulher*, sem os padrões ideológicos do patriarcado. Os grupos de autoconsciência ajudariam a mudar completamente a percepção daquilo que se considera como importante, legítimo e válido. O objetivo é desnaturalizar e tornar visíveis a dinâmica e os efeitos do patriarcado, imperceptíveis para o grande número de mulheres. Organizar pequenos grupos em cujas reuniões as participantes pudessem falar de suas experiências pessoais e confrontá-las com as das demais, levaria as mulheres a constatação de que seus problemas não são únicos nem particulares, mas fazem parte de toda uma vivência social de opressão compartilhada por todas.

Rompido o sigilo sobre os abortos clandestinos, a violência e as violações no seio das relações familiares, por exemplo, esses fenômenos da

esfera privada se tornar-se-iam públicos e, por conseguinte, passíveis de se converter em bandeiras de luta, e serem percebidos como fatos sociais e políticos. A experiência do parto, muitas vezes marcada por uma carga de violência que a mulher não consegue, individualmente, caracterizar como violência, ganharia nova dimensão, quando compartilhada e reelaborada. As metas de humanização do nascimento e parto, infelizmente, não têm provocado um consistente engajamento por parte das enfermeiras obstétricas, ainda que possam ser, no plano da valorização profissional, uma das grandes beneficiárias de mudanças nesse campo de atuação.

A respeito dos termos *nascimento e parto*, Daphne Rattner explica que se cunhou esta distinção porque, *“embora a mulher e seu conceito sejam indissociáveis, interagindo continuamente, para a mulher o evento parto transforma-la-á em mãe, acrescentando outra qualidade à sua vida. Já para a criança, estará ocorrendo o nascimento, um momento de altíssima vulnerabilidade que marcará toda a sua vida - até encurtando-a, dependendo de como será processada essa assistência..”*⁹²

Não é fortuito que na era do parto tecnológico, a operação cesariana desfrutasse de enorme prestígio entre os profissionais da saúde. É amplamente conhecida a alta prevalência de cesarianas no grupo de médicas e demais profissionais da saúde e o tema foi explorado por nós, no ano de 1990. Na ocasião, preocupamo-nos em estudar a representação dos profissionais da saúde sobre os diferentes tipos de partos, e elegemos as enfermeiras obstétricas que atuavam em centro obstétrico como os profissionais de nosso interesse. O parto cesariano, para elas, apareceu vinculado ao conceito de cultura e civilização, que evocava imagens de “agressão ecológica” e “desarmonia”, e também a idéia de “segurança”. E foi esta última dimensão a que prevaleceu no grupo: a operação cesariana surgiu fortemente estruturada em torno da idéia de “segurança”.

O parto normal apareceu vinculado à idéia de natureza e instinto, com as idéias de “pureza” e “sabedoria”, de um lado, e “imprevisibilidade”, de outro. “O parto normal é mais natural, não agride a natureza”, uma das entrevistadas disse. Ainda que mais natural, o parto normal foi configurado como “sofrimento

⁹²RATTNER. *Boletim do GENP*, 1996.

*desnecessário", uma vez que a natureza, ainda que sábia, é imprevisível, e nesse caso, o melhor é antecipar-se a ela. "Eu sempre digo para as mulheres que o parto normal é mais natural, mas no meu caso, prefiro a cesariana. É mais seguro", disse uma jovem entrevistada, sem experiência pessoal de parto.*⁹³

⁹³OSAVA. *Estudo das representações sociais do parto entre enfermeiras de maternidades do Município de São Paulo*, 1990.

2.2. O ensino formal das parteiras no Brasil

Os primeiros cursos de formação de parteiras anexos às faculdades de medicina foram o da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro e o da Faculdade de Medicina da Bahia, ambos de 1832. No período de 1902 a 1925, havia no Brasil os seguintes cursos de parto anexos às faculdades de medicina, além dos dois já mencionados: da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, desde 1897; da Faculdade de Medicina de São Paulo, desde 1912; da Escola de Medicina e Cirurgia do Hospital Hamnammiano do Rio de Janeiro, desde 1917, e da Faculdade de Medicina do Pará, desde 1922.

Com a criação das maternidades, as parteiras diplomadas foram aproveitadas nestes estabelecimentos, passando a atuar de forma subordinada à autoridade médica. Em 1925, o curso de parteiras é suprimido por decreto, devendo, em seu lugar, ser oferecido o curso de formação de *enfermeiras de maternidades*, acompanhando o processo de institucionalização do parto. Estes cursos permaneceram anexados às faculdades de medicina, que deveriam, por seu turno, reorganizá-los. Como isso não ocorreu, continuaram seguindo a legislação anterior, ou foram simplesmente encerrados, como os cursos de partos da Faculdade Nacional de Medicina e do Hospital Hamnammiano, ambos no Rio de Janeiro, além do curso de partos do Pará.

Pereira-Neto, a partir de uma conjuntura histórica definida, o início do século XX, e o *Congresso Nacional de Práticos*, de 1922, identifica na profissão médica, rumo à profissionalização, estratégias corporativistas para a obtenção do domínio do conhecimento e o controle do mercado de trabalho. Segundo o autor, os médicos achavam-se com autoridade para definir o conteúdo dos cursos de formação e delimitar o espaço para o exercício das diferentes atividades na área da saúde.⁹⁴

Pires assinala que a absorção da prática das parteiras para o âmbito do preparo formal não poderia ser explicada apenas a partir do discurso oficial, de "estratégia para o aprimoramento da assistência à parturiente". Os médicos estavam empenhados em construir sua hegemonia

⁹⁴PEREIRA-NETO. *Cad Saúde Publ*, 1995.

no setor, e o curso de partos foi estrategicamente planejado para manter as parteiras dentro dos limites impostos pela medicina, oferecendo uma formação essencialmente prática, enquanto *"o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas do tipo intelectual estão a cargo dos médicos que mantêm não só o controle da prática, mas também o do ensino"*.⁹⁵

Pereira-Neto cita a posição do Dr. Arnaldo de Moraes, médico obstetra e livre docente da clínica obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina, que no referido Congresso de Práticos defendeu que *"a formação delas [das parteiras] não seja feita em uma faculdade ou curso completo, mas apenas em uma 'cadeira de obstetrícia para alunas', porque era necessário 'que se cuide do preparo profissional [do médico] de modo a pô-lo a resguardo da exploração e da concorrência desleal'"*.⁹⁶

Em 1931, novo decreto realmente anexou os cursos de partos à cadeira de clínica obstétrica dessas faculdades. Com essa manobra, o curso de partos deixava de ser um curso em paralelo aos de medicina e farmácia e reduzir-se a um curso de uma disciplina da medicina. Pela primeira vez, incluiu-se a disciplina de prática de enfermagem nesses cursos, e a grande novidade foi na denominação do título conferido, que passou a ser de *enfermeira obstétrica*.

Nos anos subseqüentes, a concessão de título de *enfermeira* por escolas médicas, gerou acaloradas discussões entre as líderes das duas corporações, a das enfermeiras obstétricas e das enfermeiras. Estas defendiam que o curso de enfermagem deveria ser colocado como pré-requisito para o curso de partos, a fim de se fazer jus ao título de *enfermeira*; as enfermeiras obstétricas formadas pelos cursos médicos entendiam que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém distintas, e que o curso de obstetrícia deveria permanecer independente da enfermagem, mantendo-se na mesma forma.

De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino da enfermeira obstétrica estava contida na legislação da medicina. Com a aprovação da lei que dispunha

⁹⁵PIRES. A institucionalização da enfermagem. In: *Hegemonia médica na saúde e na enfermagem*, 1989. p. 112.

⁹⁶PEREIRA-NETO. *Cad Saúde Publ*, 1995. p. 609.

sobre o ensino de enfermagem (Lei 774/49), os cursos de enfermagem obstétrica das escolas médicas poderiam ser transformados em cursos de enfermagem, de acordo com o seu Artigo 22, que determinava *"aos atuais cursos de enfermagem obstétrica [cursos de parteiras] será facultada a adaptação às exigências da presente lei, de modo que se convertam em cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem"*. Para Jorge, o Artigo 22 era dúbio porque concedia aos cursos de enfermagem obstétrica das escolas médicas, a *permissão* mas não a *obrigação* de se adaptarem.

A maior parte dos cursos encerrou suas atividades, restando apenas dois: o anexo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e o anexo à Faculdade de Medicina do Recife. Algumas escolas de enfermagem criaram seus próprios cursos de especialização em enfermagem obstétrica, ministrados em um ano, terminado o curso de enfermagem. Estes não eram oferecidos com regularidade, e quase todos foram encerrados. Uma exceção foi o Curso de Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, antiga Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo. A Escola formou enfermeiras obstétricas dentro das duas legislações de ensino, expedindo os diplomas de *enfermeira* (Decreto 16300/23, da legislação da enfermagem), e de *enfermeira obstétrica* (Decreto 20385/31, da legislação da medicina).

Na legislação da medicina, a Escola Paulista criou o curso em 1939 e após dois anos e meio de experiência, *"chegou-se à conclusão de que a pouca base das alunas (curso primário) não correspondia ao esforço dispendido"*.⁹⁷ Em 1943, a Escola começou a exigir o diploma de enfermeira, convertendo-se, em 1949, em curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, exclusivamente dentro da legislação da enfermagem, tornando-se paradigma a outros cursos criados com a mesma finalidade.

De 1944 a 1971, a Escola Paulista formou 180 enfermeiras obstétricas, de um total de 605 formadas no período. O número de alunas diplomadas pelos cursos de partos das escolas médicas, nos anos de 1832 a 1971, foi 2.732 parteiras, e só a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo formou 928 delas.⁹⁸

⁹⁷CARVALHO. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976; documentário*, 1976, p. 141.

⁹⁸JORGE. *A evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*, 1975.

O encerramento dos cursos de enfermagem obstétrica anexos às cátedras de clínica obstétrica das faculdades de medicina, gerou um inconformismo entre as profissionais formadas dentro deste modelo. Elas passaram a trabalhar em prol da mudança do Artigo 22 da Lei 775/49. Em 1952, o artigo teve sua redação modificada pelo Projeto de Lei 2640/52, que mantinha os cursos de enfermagem obstétrica anexos às cátedras de clínica obstétrica e ainda criava o curso de *obstetriz*. A duplicidade dos modelos de formação de parteiras profissionais representava, em sua essência, o modelo de formação em obstetrícia *européu*, ligado às escolas médicas, em nível de graduação, e desvinculados da enfermagem, e o *norte-americano*, ligado às escolas de enfermagem, como *habilitação* ou *especialização*.

O Projeto 2640/52, que criava o curso de obstetrícia, foi aprovado na Câmara, mas recebeu um substitutivo no Senado, a Emenda 12, que estabelecia que os *cursos de enfermagem obstétrica ficariam obrigados a transformarem-se em cursos de especialização em enfermagem obstétrica*. Esse substitutivo provocou uma reação indignada por parte das obstetrizes que foram a imprensa denunciar que *“uma emenda pretende conferir às enfermeiras diplomadas por curso de oito meses de especialização em obstetrícia, os mesmos direitos já assegurados às parteiras que fazem um curso de 36 meses, em regime completamente diferente.* (Correio da Manhã, 27 de setembro de 1956).”⁹⁹

As enfermeiras saíram em defesa da emenda, alegando ser necessário um maior número de profissionais *“para contrabalançar os efeitos negativos, em todo o Brasil, de um grande número de “curiosas”, sem um mínimo de formação profissional.”* (Diário Carioca, Rio de Janeiro, 21 de setembro de 1956).¹⁰⁰ As duas categorias radicalizavam suas posições, aumentando as hostilidades entre elas. No dia 12 de agosto de 1957, o jornal paulista *Folha da Manhã*, trazia a seguinte nota: *“AS CEGONHAS QUEREM LUTA ABERTA. “GUERRA FRIA” NOS CORREDORES DOS HOSPITAIS E MATERNIDADES. (...) desenrola-se em todo o país uma ‘guerra fria’ entre enfermeiras e obstetrizes. Trata-se, por enquanto, de uma briga de bastidores, que cresce*

⁹⁹JORGÊ. *A evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*, 1975. p. 74.

¹⁰⁰Ibidem, p. 73.

lentamente nos corredores dos hospitais (...) A qualquer momento, porém, poderá ter início a batalha entre as duas classes de profissionais...".¹⁰¹

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 6 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 a maternidade e à infância."*¹⁰²

A ingerência da Igreja em assuntos dessa natureza devia-se, muito provavelmente, a medievais desconfianças de que as parteiras praticavam aborto, e distribuíam remédios anticoncepcionais. Jorge argumenta que algumas obstetrizes até poderiam se dedicar a tais atividades, mas seguramente não se tratava de uma prática comum à maioria delas.

A intolerância religiosa contra as obstetrizes ficou demonstrada mais uma vez no *I Congresso Nacional da Obstetriz*, ocorrido em maio de 1958, no Rio de Janeiro. Na ocasião, diversas enfermeiras foram ao Congresso, e quatro delas, das quais três freiras foram ao jornal *O Globo* acusar as obstetrizes de fazerem propaganda de anticoncepcionais durante o evento. Na matéria, aproveitam para atacar os cursos de partos das escolas médicas, afirmando que a baixa procura por eles tinha menos a ver com obstáculos na legislação do ensino, e mais com o exercício anti-ético da profissão: *"...as parteiras afirmavam terem fechado onze cursos de parteiras existentes no Brasil em 1949, em virtude da Lei 775/49, mas que as razões reais foram as seguintes: 1- falta de procura, 2- acusação feita às parteiras de provocar abortos."* (*O Globo*, 28 de maio de 1958).¹⁰³

¹⁰¹JORGE. *A evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*, 1975. p. 85

¹⁰²*Ibidem*, p. 78.

¹⁰³*Ibidem*, p. 86.

As obstetrizes defenderam-se alegando que as enfermeiras “interpretaram erroneamente as finalidades do produto”, pois se tratava de um anti-séptico para ser usado antes e depois do parto, e não um produto anticoncepcional; que enfermeiras e obstetrizes desempenham funções nitidamente delimitadas, “não se admitindo, portanto, que uma enfermeira interfira em assuntos ligados às obstetrizes que exercem uma livre profissão.” (O Globo, 29 de maio de 1958)¹⁰⁴

Em 1956, o Ministro da Educação havia composto uma comissão para redigir um projeto de lei reestruturando o ensino da enfermagem e da obstetrícia, da qual fizeram parte, uma obstetriz e quatro enfermeiras. Do lado das enfermeiras, estavam Maria Viegas, Waleska Paixão, Maria Rosa de Sousa Pinheiro e Madre Marie Domineuc. A única obstetriz foi Madeleine Taafe Sebastiany. As obstetrizes protestaram contra essa desequilibrada composição, mas ela assim permaneceu.

A comissão elaborou o Projeto de Lei nº 3082/57, que criava os cursos de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica, em três níveis: elementar, médio e superior. O projeto recebeu vários outros substitutivos, vindos da Associação Brasileira de Enfermagem, da Associação Brasileira de Obstetrizes, e até da Conferência dos Religiosos. As enfermeiras continuavam insistindo numa legislação que abrangesse os dois cursos e reivindicavam o curso de obstetrícia para as escolas de enfermagem. Para as líderes da enfermagem, os cursos médicos de formação de enfermeiras obstétricas era um exemplo de especialização sem base, pois não se poderia especializar sem o fundamento de um curso de formação.

A Reforma Universitária de 1968, que vetava a duplicação de cursos com finalidades semelhantes, ajudou a dar o golpe de misericórdia nessa longa e acirrada discussão. Em 1969 foi encerrado o Curso de Obstetrícia da Universidade do Recife. A Escola de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo passou a ser o último remanescente dos cursos de obstetrícia.

¹⁰⁴JORGIE. *A evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*, 1975. p. 87.

Em 1970, as disciplinas da Escola de Obstetrícia não foram colocadas entre as do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina, e em vista disso, a diretora da Escola de Enfermagem, Maria Rosa de Sousa Pinheiro, solicitou à coordenadora do Curso de Obstetrícia, Dilce Rizzo Jorge, a relação nominal dos docentes responsáveis por essas disciplinas. Este foi o início de uma série de gestões entre os diretores das duas escolas, de Enfermagem e de Medicina, para se decidir em qual delas o curso seria integrado. Em reuniões subseqüentes, tratou-se de definir as linhas para esta integração, e no início de 1971, o Curso de Obstetrícia foi integrado à Escola de Enfermagem, bem como suas onze instrutoras.

A Escola de Enfermagem passou a ministrar três cursos de graduação: 1) Enfermagem, com opções para especialização em Enfermagem Obstétrica ou Enfermagem de Saúde Pública, oferecidas no quarto ano da graduação, 2) de Complementação em Enfermagem para obstetrizes, e 3) de Obstetrícia. No ano seguinte, a Resolução 4/72, do Conselho Federal de Educação, extinguiu o Curso de Obstetrícia. A Escola passou a dar o curso geral de enfermagem em quatro anos e criou imediatamente os cursos para habilitação em Enfermagem Obstétrica e de Saúde Pública. Para não prender o aluno pelo período de cinco anos letivos, foram diminuídos os períodos de férias, o que possibilitou o preparo de enfermeiro habilitado em quatro anos calendários, que correspondiam a cinco anos acadêmicos. Esta modalidade de currículo perdurou até 1978, quando as habilitações passaram a ser opcionais. Nos anos seguintes, a modalidade habilitação deu lugar à “especialização”, em nível de pós-graduação, seguindo a tendência da maioria das escolas de enfermagem.¹⁰⁵

De acordo com Carvalho, o Curso de Obstetrícia passou para a enfermagem *“por não haver interesse por parte do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina em continuar com esse curso”*.¹⁰⁶ O aparecimento de fronteiras mal definidas entre obstetrizes e médicos obstetras, determinados pela confluência de atividades, e pela definição de novas áreas, conseqüente a transformações na divisão técnica

¹⁰⁵CARVALHO. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Resumo Histórico, 1942-1980*, 1980. p.107-109

¹⁰⁶CARVALHO. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976; documentário*, 1976. p. 174.

do trabalho e a evolução dos conhecimentos técnico-científicos levaram a uma luta pela hegemonia no campo da assistência ao parto.

Sobre a questão, Spink cita o parecer médico emitido por ocasião da regulamentação das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, onde a relatora, a doutora Célia Monteiro de Castro, apontava a relutância do grupo hegemônico (a medicina, no caso), em admitir o exercício independente de profissões emergentes. No caso das profissões tradicionais, a relatora declarava que a disputa pela hegemonia tinha outra estratégia, a do estabelecimento de relações de subordinação e dominação. E exemplificou com o caso das obstetrizes: *"as obstetrizes, existentes no país no século XIX como profissionais liberais autônomos (em uma época em que o médico não atendia a partos) e depois inseridas em uma especialidade de enfermagem, e, portanto, transformadas em auxiliaadoras do médico..."*¹⁰⁷

Nos anos de 1972/1973, um relatório da Comissão de Documentação e Estudos da Associação Brasileira de Enfermagem informava que, das 33 escolas de enfermagem existentes, apenas nove ofereciam o curso de enfermagem obstétrica naquele biênio.¹⁰⁸ A partir de 1975, com o incentivo do Ministério da Educação e Cultura, o número de escolas de enfermagem aumentou, e essa medida possibilitou a criação de novos cursos de habilitação em enfermagem obstétrica. No período de 1972 a 1983, aproximadamente 2.000 profissionais foram formadas¹⁰⁹. Na década anterior, esses números eram de 622, 251 pelas escolas de obstetrícia, e 371 pelas de enfermagem.¹¹⁰

Mesmo com o aumento numérico, a ocupação do mercado de trabalho foi discreta. Em levantamento da força de trabalho da enfermagem nas instituições de saúde, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem nos anos de 1982-1983, a enfermeira obstétrica ou obstetriz ocupava apenas 5% dos cargos de enfermeiros, no Estado de São Paulo. Esta foi a maior taxa de ocupação encontrada em todo o país. Nos Estados do Paraná, Santa Catarina,

¹⁰⁷SPINK. *Cadernos FUNDAP*, 1985. p. 24-43.

¹⁰⁸JORGE. *A evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*, 1975. p. 67.

¹⁰⁹TSUNECHIRO. *A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo, SP*, 1987, 1988.

¹¹⁰JORGE. op. cit.

Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Espírito Santo, as taxas foram iguais a zero. Nos Estados da Região Nordeste e Norte, 1,6%, e 0,2%, respectivamente, e no Estado do Rio de Janeiro, 0,3%.¹¹¹

Hoje, qualquer tentativa de resgate da profissão iniciar-se-á com atraso, ainda que o fosse imediatamente. Estima-se que nos últimos vinte anos, apenas 1.756 enfermeiras obstétricas tenham sido formadas no Brasil, segundo os cálculos da ABENFO-seção São Paulo.¹¹² Como nem todas elas atuam em área específica, estes números dão uma idéia da enorme carência dessas profissionais no campo da assistência ao parto. Para efeito comparativo, basta examinar a situação do Chile: a relação *enfermeira/matrona* é de 1,45 enfermeira para 1 matrona, no setor público; por mil habitantes, a razão é de 0,7 médicos, 0,27 enfermeiras, e 0,19 matronas.¹¹³

A matrona chilena é uma obstetriz de nível superior, formada em curso de obstetrícia com duração de quatro a cinco anos. Matronas e enfermeiras constituem duas profissões em separado. A atual situação chinela de oferta de recursos humanos qualificados para o parto foi lograda após mais de quatro décadas de calculado investimento na formação desses profissionais. No caso brasileiro, em todo o país são enormes as diferenças na oferta e distribuição de recursos humanos para a assistência à maternidade. Aqui, coexistem situações onde a participação da parteira tradicional, ou TBA (*traditional birth attendant*) é ainda expressiva, polarizando a assistência em dois níveis absolutamente desiguais, qual seja, aquela organizada, institucionalizada, centralizada nas mãos de médicos, e a possível, humanitária, espontânea, nascida das condições miseráveis de populações cronicamente desprovidas de assistência profissional. E situações onde o campo da assistência ao parto foi amplamente ocupado por médicos, e a permanência de assistencialismo leigo em seu interior se dá mais por conta dos interesses da própria corporação médica em manter este tipo de instituição. Este último, é o caso do Estado de São Paulo.

¹¹¹CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil, 1982-9183: Força de Trabalho em Enfermagem*, 1985. p.107-108.

¹¹²ABENFO-SP. *Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas Escolas de Enfermagem do Brasil*, 1997 (Dados preliminares).

¹¹³HERRERA, CASTRO. *Rev Chil Ginecol Obstet.*, 1996.

Estas situações díspares nos mostram que proposições que tenham a pretensão de servir para todo o Brasil, estarão fadadas ao fracasso. No caso chileno, não se deu propriamente uma extinção de categorias profissionais, mas a gradativa substituição de uma ordem de profissionais por outros, acompanhando as condições de desenvolvimento social e educacional do país.

Em 1925, a assistência ao parto no Chile tinha a seguinte distribuição, segundo o agente que a prestava: 75%, pela parteira tradicional, ou TBA, 20% pelas matronas, e 5%, por médicos. Nos anos subseqüentes, houve um investimento na formação de pessoal de nível médio para o parto, e disso resultou que, em 1955, 43% da assistência era prestada por auxiliares de enfermagem, 18%, pelas TBA, 36%, pelas matronas, e 9%, por médicos. Nos últimos quarenta anos, as auxiliares de enfermagem e as TBA foram sendo substituídas pelas matronas, e no ano de 1995, 70% da assistência ao parto era prestada por matronas, e 30%, por médicos.¹¹⁴

No Brasil, a estratégia chilena de qualificação de pessoal para a assistência materna pode ser bastante interessante para as regiões onde há ainda uma forte participação das TBA. Nestes locais, tem-se como meta a elevação do *background* educacional dos agentes prestadores de assistência, a melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde, e sua organização em sistemas de referência eficientes.

Na pesquisa da ABENFO, a maior parte das escolas que referiram estar formando ou já haver formado enfermeiras obstétricas situava-se na Região Sudeste, com destaque para o Estado de São Paulo. Para o Estado, o núcleo da questão parece se situar em outro patamar. É certo que as questões relativas a escassez e/ou má distribuição de leitos de maternidade também atormentam os gestores de plantão, mas o que vem suscitando desconforto, nos diferentes segmentos sociais, é a questão de como atenuar os efeitos indesejáveis da maciça presença de médicos na assistência institucionalizada ao parto.

¹¹⁴SEGOVIA. *Level of care by midwives*, 1997. Dados coletados junto ao Ministério da Saúde do Chile.

2.3. A formação de não-médicos para o parto na agenda atual

Em razão da diversidade das categorias de pessoal não-médico que prestam assistência ao parto, o Conselho Internacional de Enfermeiras convencionou aceitar quatro grandes categorias: 1) as parteiras, 2) as enfermeiras obstétricas ou enfermeiras obstetrizes, 3) as auxiliares de parto, e 4) as parteiras tradicionais.

A *parteira* (midwife) é a pessoa regularmente admitida em um programa educacional reconhecido em seu país, completou com êxito o referido curso, adquiriu a qualificação necessária para ser registrada e está legalmente licenciada para a prática da obstetrícia. A *enfermeira obstétrica* é pessoa legalmente licenciada e/ou registrada para a prática tanto da enfermagem, quanto da obstetrícia. Sua qualificação pode ser adquirida antes ou depois da enfermagem. A *auxiliar de parto* é a que recebe alguma espécie de treinamento em obstetrícia, em um programa formal e trabalha dentro de determinados padrões, sob a supervisão direta ou indireta da parteira. O período de estudo pode variar de um a dois anos. Esta pessoa também poderia ser uma auxiliar de enfermagem com treinamento em obstetrícia. A *parteira tradicional* é pessoa que adquire suas habilidades de maneira informal, da experiência pessoal ou de outra parteira tradicional, e depois pode até receber um curto treinamento. Este em geral não ultrapassa um mês e pode se prolongar por um período maior.¹¹⁵

Estudos da Organização Mundial da Saúde indicam um impressionante progresso na utilização de parteiras tradicionais para ampliar a cobertura dos serviços de saúde. Em 1972, apenas 37% dos países apresentavam programas de formação de parteiras; menos de dez anos depois, essa taxa saltou para 82%; as parteiras tradicionais assistem, nos países em desenvolvimento, aproximadamente 60% e até 80% dos partos.¹¹⁶ Causa estranheza, portanto, notar a pouca disposição das autoridades governamentais destes países em

¹¹⁵INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *A Discussion Document; The Nurses and Midwifery relationship; towards a position*, 1996.

¹¹⁶OWEN. *Foro Mundial de la Salud*, 1981.

aclarar os aspectos jurídicos da participação dessas praticantes em programas de atenção primária.

A questão é saber se as parteiras tradicionais devem ser consideradas como um recurso provisório, a quem se permite a prestação de serviços, até que se disponha de enfermeiras e parteiras diplomadas em número suficiente para substituí-las, ou devem ser vistas como importantes e permanentes trabalhadoras da saúde na comunidade?

Sabe-se que, mesmo sendo “reconhecidas” pelos governos dos países onde atuam, as parteiras tradicionais não desfrutam de amparo legal. Owen, uma advogada inglesa especialista no assunto, enumera as seguintes razões para a omissão oficial: 1) a ambivalência dos governos com respeito ao programa de parteiras tradicionais, e sua recusa em comprometer-se totalmente com esta matéria, 2) a oposição de médicos, enfermeiras e parteiras profissionais às propostas em favor do reconhecimento de um estatuto jurídico para as parteiras tradicionais e, 3) a apreensão ante a complexidade do assunto, já que a decisão de legalizar as atividades delas parteiras é fundamentalmente mais de caráter político que jurídico, pois se relaciona com o problema da distribuição dos recursos na sociedade e com as atitudes ante os modelos ocidentais de assistência médica.¹¹⁷

O Canadá tem produzido uma bibliografia muito interessante sobre a formação de profissional não-médico para a assistência ao parto. Em 1991, foi legalizada a profissão de parteira em Ontário, desencadeando uma luta entre os diversos provedores de cuidados obstétricos, com importante ramificação na fronteira entre as *nurse-midwives* e a profissão de enfermagem. As parteiras canadenses possuem uma formação heterogênea, que inclui *nurse-midwives* com treinamento no Exterior, parteiras licenciadas sem formação em enfermagem, e parteiras aprendizes ou “autodidatas”, sem treinamento formal.

O modelo de formação mais aceito pelos profissionais da saúde canadenses é o da *nurse-midwife*, com bacharelado em enfermagem como pré-requisito.¹¹⁸ As principais organizações de enfermagem de Ontário consideram a

¹¹⁷OWEN. *Foro Mundial de la Salud*, 1981. p. 334-35.

¹¹⁸BLAIS. *Can Med Assoc J.*, 1994

enfermagem como base para a profissão da parteira, e enxergam a profissão como uma especialidade da enfermagem. Entretanto, o modelo da *nurse-midwife* é rejeitado pelo movimento canadense de parteiras. Estas percebem-se inteiramente separadas da enfermagem. A Associação de Parteiras de Ontário demonstrou isto, conduzindo um bem sucedido *lobby* para mudar o termo "*nurse-midwife*", para "*midwife*", em toda literatura publicada pelo *Riverside Hospital Birthing Centre*, de Ontário, a despeito do fato das "*midwives*" serem enfermeiras.¹¹⁹

Klein lembra que o "modelo direto" é o preferido pelas parteiras. Os médicos não entendem essa escolha, porque entre as líderes do movimento canadense estão parteiras que também são enfermeiras. Na análise de Klein, há duas boas razões para a escolha do modelo direto: 1) este representa uma rejeição ao "modelo médico", tido como o responsável pela "medicalização" do nascimento, e 2) o modelo direto significa autonomia e auto-regulação, começando com o estabelecimento de um colegiado (ou conselho) de parteiras.¹²⁰

A legalização da prática da parteira em Ontário vem mobilizando a categoria médica a reagir contra elas. O médico Ted Boadway, diretor de política de saúde da Associação Médica de Ontário, assim se manifestou por ocasião da legalização em seu Estado: "*Nós estamos vivendo a introdução das parteiras em Ontário, e isto não é uma estória de horror*".¹²¹

Os médicos locais encontram-se empenhados em denunciar que o modelo das parteiras não é economicamente viável. As novas profissionais recebem aproximadamente US\$ 52.580 ao ano, pelo trabalho de acompanhamento do parto de baixo risco. Dobkin, um médico canadense, revolta-se com isso, argumentando que em Ontário, médicos de família e obstetras recebem US\$ 360 por parto normal (US\$ 600, menos 40% que vai para o escritório central), e as parteiras, US\$ 1.314 por parto (considerando-se

¹¹⁹VANWYCK. *Can Nurs.*, 1992.

¹²⁰KLEIN. *Can Med Assoc J.*, 1994.

¹²¹STAILL. *Can Med Assoc.*, 1991.

uma média de 40 partos anuais). Como duas profissionais devem estar presentes no parto, o custo sobe para US\$ 2.629 por parto.¹²²

Rachel Edney, uma médica de família consultada por Williams, considera que o modelo de assistência de parteiras desenvolvido em Ontário forneceu um *"Cadillac Service"*, quando todos os outros setores da saúde estão economizando. Denuncia que, *"ainda que se diga que a assistência dos obstetras é mais cara, ela não é mais barata nas mãos da parteira"*. E recorrendo-se aos surrados argumentos que associam parteiras a subdesenvolvimento e pobreza, defende que o Canadá não precisa delas: *"as mulheres no Canadá são inclinadas a ter bebês normais e saudáveis, e não acho que o parto seja um problema, porque a nutrição é boa, a higiene é boa, e porque nós temos um bom nível de auto-cuidado."*¹²³

As parteiras se defendem; Jane Kiltnei, presidente da Associação de Parteiras de Ontário, em resposta à carta de Dobkin, informa o médico que ele comete um erro muito comum quando pretende comparar o trabalho da parteira ao seu, como quem compara *"maças com laranjas"*. Lembra que a parteira trabalha 24 horas por dia, sete dias por semana, deslocando-se para a casa da mulher a fim de oferecer cuidados domiciliares durante e após o parto. Cada mulher recebe em média, 40 a 50 horas de cuidados, incluindo o cuidado da segunda parteira, que a atendeu no parto. A jornada de trabalho da parteira é de 44 horas semanais, embora na realidade, seja superior a 50-60 horas, segundo Kiltnei. Outros dados devem ser considerados: o uso de procedimentos como analgesia, anestesia, fórceps, bem como as taxas de episiotomia e cesarianas - procedimentos que aumentam os custos da assistência - são bastante baixos entre as mulheres atendidas pelas parteiras, assim como a solicitação de ultra-sonografias. As parteiras levam as mulheres aos hospitais em estágio mais avançado do trabalho de parto, e estas ficam menos tempo no hospital, porque a parteira vai prestar seguimento no domicílio. As parteiras também são associadas a maiores taxas de aleitamento materno.¹²⁴

¹²²DOBKIN. *Can Med Assoc J.*, 1994.

¹²³In: WILLIAMS. *Can Med Assoc J.*, 1994. p 730.

¹²⁴KILTNEI. *Can Med Assoc J.*, 1994.

Nos Estados Unidos, mobilizações parecidas vêm acontecendo. As *nurse-midwives* denunciaram aos congressistas a oposição que enfrentam dos médicos, como resultado da competição econômica que se estabeleceu entre os diversos provedores de cuidados maternos. Muitas *nurse-midwives* vêm obtendo reembolso das companhias seguradoras, pelos serviços prestados nos centros de nascimento. Ruth Lubic, uma *nurse-midwife* que fundou um serviço pioneiro em Nova York, conseguiu persuadir a Blue Cross e a Medicaid a reembolsá-la, “a despeito da extraordinária pressão para que isso não ocorresse”. Lubic informou que o custo de um ciclo completo de cuidados, do pré-natal ao pós-parto, era de U\$1.000. Em contraste, o Medicaid pagava algo entre U\$1.649,53 a U\$2.230,04, apenas pelos cuidados de maternidade com internação de três dias.¹²⁵

Scoggin, analisando a relação que a *nurse-midwifery* desenvolveu com a medicina naquele país, considera que ela aliou-se à enfermagem para ganhar a aceitação dos médicos, pois uma das barreiras para sua aceitação pela profissão médica, era o título ocupacional - *midwife* (parteira). Para os médicos, a palavra ‘parteira’, mesmo quando qualificada por ‘enfermeira’, sugeria um retrocesso a uma prática desacreditada. Eles preferiam um título mais cômodo, como *nurse-obstetrician* (enfermeira obstetra), ou *obstetrical assistant* (assistente obstétrica).¹²⁶ Nos dias atuais, Scoggin avalia que as *nurse-midwives* caminham no sentido da independência, pressionadas pelo ressurgimento das parteiras independentes que têm servido a pequenos grupos de consumidores que desejam parto domiciliar sem intervenção médica. Estas vem desafiando as *nurse-midwives* a examinar os próprios modelos assistenciais.

Em Ontário, com o treinamento de parteiras ocorrendo de forma até rápida, espera-se uma repercussão sobre o trabalho das *nurse-midwives* canadenses sediadas em hospitais. Calcula-se que, ao final da década, seis ou sete turmas com cerca de 30 estudantes em cada uma, serão formadas dentro de um programa de três anos de estudo.¹²⁷

¹²⁵MIDWIVES tell... *Am J Nurs.*, 1981.

¹²⁶SCOGGIN. *J Nurs Midw.*, 1997.

¹²⁷VANWYCK. *Can Nurs.*, 1992.

Nesse clima, Blais e colaboradores trataram de saber o que os profissionais de saúde do Canadá definiam como sendo *a prática da parteira*. Para isso, enviaram questionários a 844 médicos, 808 enfermeiras, e 92 parteiras, com retorno de 80% dos mesmos. Especularam sobre o *nível de treinamento* que as parteiras deveriam ter, as *tarefas* que desempenhariam, o *local de trabalho* onde atuariam, o escopo de sua *autonomia profissional*, e o *conselho profissional* a qual estariam subordinadas.

As enfermeiras foram separadas entre as que atuavam em comunidade e em hospitais. Os médicos, entre médicos de família e gineco-obstetras. Para o nível de treinamento, predominou a formação de *nível superior*, com variações no item da *formação direta* (sem o curso de enfermagem), preferido pelas parteiras, ou *indireta* (após o curso de enfermagem), escolhido pelos demais. As maiores discrepâncias apareceram no item *local de atuação e autonomia profissional*. Os *centros de nascimento, clínicas privadas e casa da cliente* foram os locais preferidos pelas parteiras e os mais rejeitados pelos demais. Estes últimos mostraram preferência pelo *hospital*, com exceção das enfermeiras comunitárias, com opiniões muito próximas às das parteiras.

Segundo a grande maioria dos gineco-obstetras (78%), a parteira deveria trabalhar *sob sua autoridade*; também responderam da mesma forma: 62% dos médicos de família, 38% das enfermeiras de hospital e 11% das enfermeiras comunitárias. Para a maioria das parteiras (99%), deveriam trabalhar com autonomia, requerendo o médico apenas em caso de problemas.¹²⁸

Vários modelos de formação de parteira são admitidos em países desenvolvidos. No Japão, a parteira é uma enfermeira qualificada. Após a formação em enfermagem, que é obtida em curso de três anos, a parteira recebe de seis meses a um ano de educação especializada em obstetrícia. No sistema japonês, existem três tipos de enfermeiras: enfermeiras parteiras (chamadas *josanfu*, que significa *mulher que assiste o parto*), enfermeiras hospitalares, e enfermeiras de saúde pública. Pessoas do sexo masculino podem seguir as duas últimas carreiras; a lei japonesa não permite que homens tornem-se *josanfu*. Cada um destes tipos de enfermeiras (ou enfermeiros) tem

¹²⁸BLAIS. *Can Med Assoc J.*, 1994.

sua esfera de atuação claramente delimitada, de tal modo que parteiras não funcionam como enfermeiras, e vice-versa.¹²⁹

O número total de parteiras em atividade no Japão era de 24.402 ao final de 1988. Cerca de 1 milhão de nascimentos ocorrem anualmente naquele país, e 99% dos partos são institucionalizados; aproximadamente a metade deles acontece em hospitais, outros 40%, em clínicas, e o restante, em casas de parto mantidas por parteiras, de forma independente ou em parceria com médicos obstetras.

Para a parteira japonesa manter uma casa de parto, esta deve ter cinco leitos ou mais, adequado equipamento médico, e pelo menos três partos ao mês. Ela precisa ser jovem e forte, tanto física como mentalmente, para realizar suas tarefas.¹³⁰ Como o número de partos hospitalares aumentou, a quantidade de usuárias dessas casas decresceu. Mas as questões colocadas contra o parto hospitalar, a desumanização e o estresse provocados pelas técnicas e métodos médicos têm levado muitas mulheres japonesas a se insurgir contra o modelo institucionalizado de assistência. Este fenômeno é mais visível entre as mulheres urbanas, especialmente as independentes. De acordo com Ito, o movimento de libertação das mulheres e o movimento dos consumidores vem expressando o desejo de revitalização das casas de parto dirigidas por parteiras, e esta deverá ser a agenda das parteiras japonesas para os próximos anos.¹³¹

De acordo com informações trazidas pelo Conselho Internacional de Enfermeiras¹³², na maioria dos países europeus predomina o modelo de formação direta da parteira, através de cursos profissionalizantes, com duração entre três e quatro anos. É o caso da Alemanha, Áustria, Holanda, Bélgica, Dinamarca, Reino Unido, Espanha, Suíça e França. Na França, a educação da parteira identifica-se mais com a da medicina. A tendência em alguns desses países, é pela formação de parteiras em nível universitário.

¹²⁹FUJIWARA. *Japanese midwives; their past and present*, 1997.

¹³⁰ITO. *Activities of practicing midwives in Japan: yesterday and tomorrow towards the 21st century*, 1990.

¹³¹Ibidem.

¹³²INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *A Discussion Document; The Nurses and Midwifery relationship: towards a position*, 1996.

No Oriente Médio, predomina a formação direta, exceto em Israel, onde a parteira é uma *nurse midwife*. Na Austrália, a parteira é uma *nurse midwife*, mas se observa uma movimentação no sentido de valorização da carreira de *midwife*.

Em algumas regiões da África e da Ásia, as condições gerais de vida são dramáticas, com coeficientes de mortalidade materna entre 400 a 600 por 100.000 nascidos vivos. Nesses locais, calcula-se que exista uma parteira para cada 15.000 nascimentos, e o escopo da prática dessas praticantes avança para o campo da medicina. É o caso de Moçambique e Congo (ex-Zaire). Em outros países africanos, como a África do Sul, Gambia, Quênia, Etiópia, Botswana, a parteira é uma *nurse midwife*. Em Camarões, Egito, Gana e Nigéria, existe apenas a formação direta de parteiras.

Nas Américas, a formação direta coexiste com a indireta em vários países. É o caso do Chile, que recentemente passou a formar enfermeiras obstétricas, em paralelo com a matrona, do Paraguai, Peru, Estados Unidos e Canadá. No Canadá, a prática da parteira não é legalizada, exceto nos Estados de Alberta e Ontário. No Uruguai, existe apenas a formação direta. No Brasil, reconhece-se a formação indireta e tolera-se a direta, esta última, através de programas de treinamento de parteiras leigas. Os aspectos jurídicos da participação destas praticantes em programas oficiais não estão bem esclarecidos.

Nos Estados Unidos, há dois tipos de parteiras: a parteira com ingresso direto (*direct-entry midwife*, DEM), e a *Certified Nurse Midwife* (CNM), ou enfermeira obstetriz. E há duas vias de acesso à profissão: a *nurse-midwifery route* e a *direct entry route*. Na primeira, as candidatas devem cumprir um bacharelado em enfermagem, passar por uma banca examinadora para receber o registro e tornar-se uma *Registered Nurse* (RN). É requerido de um a dois anos de experiência trabalhando na enfermagem obstétrica em hospitais, para que a RN seja considerada uma candidata ao programa para *Nurse Midwifery*, completado em cerca de um ano. As candidatas podem adquirir o grau de Mestre ou Especialista.

Na rota direta, a DEM não passa pela enfermagem, mas pelo auto-aprendizado e experiência, ou aprendizado com uma DEM senior, um médico, ou em Programa de Treinamento para DEM. Muitas das DEM senior de hoje iniciaram sua carreira nos anos 70, tendo seus próprios bebês em casa e atendendo suas amigas. As DEM subseqüentes entraram na profissão através de um Programa de Treinamento para DEM.¹³³

A Confederação Internacional das Parteiras (International Confederation of Midwives- ICM), como seria de se esperar, entende que sua entidade representa uma profissão com seus próprios direitos, e requer um programa educacional dirigido especificamente para este papel autônomo; desse modo, reconhece e ampara programas de formação direta de parteiras.¹³⁴

Em relação à formação da enfermeira obstétrica brasileira, há uma série de questionamentos sobre a adequação do modelo de formação para a capacitação para a assistência ao parto. Cremos que a curto e médio prazo, será retomada uma inacabada discussão sobre a pertinência de se resgatar um curso parecido com o extinto *Curso de Obstetrícia*, que formava obstetrizes. Esta proposta costuma ser defendida quando são discutidas as estratégias para redução das taxas de cesarianas, e nessa linha estão direcionados os principais argumentos em defesa do retorno dos não-médicos ao parto.

A pesquisadora Lynn Silver, do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz, entende que a ampliação da formação de "obstetrizes de nível superior" constitui uma estratégia necessária para a redução das taxas de cesarianas, mas defende que a formação delas deveria ser mais direcionada à assistência obstétrica, "seja através do modelo francês, de formação de um profissional de nível superior, seja através de uma habilitação em obstetrícia mais aprofundada para enfermeiras semelhante ao *Certified Nurse Midwife* americano."¹³⁵

¹³³LIANNA. *The two Roads into Midwifery*, 1997.

¹³⁴INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *A Discussion Document; The Nurses and Midwifery relationship: towards a position*, 1996.

¹³⁵SILVER. *Monitoramento e Avaliação Rotineira da Qualidade e Distribuição da Assistência Obstétrica Hospitalar*, 1996. p. 151.

A formação profissional da enfermeira obstétrica, em nível de pós-graduação, tem gerado críticas de setores interessados na reintrodução desse profissional na assistência ao parto. Uma das desvantagens do modelo é o tempo dedicado ao ensino específico em obstetrícia, entre seis a dez meses, considerado insuficiente para habilitar o aluno para a prática de atenção ao parto. Leva-se muito tempo para formar uma parteira de nível universitário, pela via da especialização, porque exige-se um curso de enfermagem de quatro anos como pré-requisito, e ao final desse longo tempo de formação a profissional não se encontra capacitada, ou não se sente estimulada a permanecer no campo da assistência ao parto.

Os cursos de especialização em enfermagem obstétrica, por sua vez, apresentam uma tendência a caminhar para a generalização, ampliando suas áreas temáticas e tornando-se menos direcionados para a assistência ao parto. A antiga "habilitação em obstetrícia", que formava enfermeiras obstétricas em nível de graduação, até ceder seu espaço para a modalidade 'especialização', investia mais na formação específica para o parto. Mesmo esta modalidade mostrou-se insuficiente para a capacitação das alunas, conforme constatou Tsunechiro em 1987, por meio de entrevistas com alunos e docentes destes cursos, no Estado de São Paulo.¹³⁶

No plano da formação de profissional não-médico de nível superior para a assistência obstétrica, acreditamos que uma formação específica, comportando elementos da prática da enfermagem e da obstetrícia, distribuídos em curso de graduação com duração de quatro anos, parece-nos uma proposta interessante. Tratar-se-ia de retomar o antigo Curso de Obstetrícia, não mais integrado às escolas médicas, mas às escolas de enfermagem. O aluno teria uma formação em enfermagem fundamental e médico-cirúrgica, e após, cumpriria um programa intensivo em obstetrícia, de no mínimo, dois anos de duração. Um intercâmbio com parteiras européias seria extremamente bem-vindo, visando a reciclagem das docentes de enfermagem obstétrica em atuação no Brasil. Poder-se-ia também pensar em retomar a denominação "obstetriz", já consagrada em São Paulo, uma vez que esta nova profissional não seria uma enfermeira, apenas teria uma base de enfermagem. São sugestões passíveis de críticas, e abertas a contribuições, mas urge colocar na pauta do dia, a discussão sobre a formação de obstetrizes no Brasil.

¹³⁶TSUNECHIRO. *A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo, SP, 1987, 1988.*

3.

O PARTO TECNOLÓGICO REVISITADO

"Ao contrário da maioria das especialidades médicas, a obstetria trata de acompanhar a fisiologia. Intervenções médicas pretendem prevenir ou corrigir processos patológicos, e não aperfeiçoar a fisiologia."

(Pieter E. Treffers, Professor de Ginecologia e Obstetria do Academisch Medisch Centrum, Amsterdã, Holanda)

3.1. O parto hospitalar e a despersonalização da assistência

O tradicional evento centrado na mulher, dentro do espaço doméstico, chamado pelos historiadores de "*social childbirth*", começa a ser substituído pelo parto hospitalar no século XX. Os historiadores tendem a assumir que a rede de solidariedade das mulheres no parto desapareceu no momento em que homens começaram a atender aos partos normais. Leavitt, em sua análise do processo de medicalização do parto, discorda dessa interpretação. Para a autora, as mulheres continuaram a ajudar umas as outras e a controlar os eventos do nascimento, enquanto o parto era assistido *fora do hospital*. É no ingresso ao hospital que se esgarçam essas redes de solidariedade femininas.¹³⁷

Para se obter o controle total do parto, foi preciso retirar as mulheres de seus lares, separá-las dos outros membros da família, das suas relações sociais normais, despersonalizando inclusive aqueles que assistiriam a elas no parto. Ao final do século XIX, os médicos começaram a explicitar, de maneira crescente e de modo cada vez mais claro, as frustrações pelo fato de não poderem controlar, do quarto da parturiente, os eventos do nascimento tão bem como desejariam. Queixavam-se da interferência das parteiras, que os interrompiam quando estavam fazendo algo que julgavam ser útil naquela

¹³⁷LEAVITT. *Trans Stud Coll Pshys Phila.*, 1989.

situação: *"parteiras insistem em interferir... parteiras... e irmãs, opõem-se a nossa assistência. A versão podálica¹³⁸ foi novamente tentada, mas sofreu a intervenção energica dos amigos..."*¹³⁹

No espaço doméstico, as relações entre médicos e parturientes se estabeleciam no mesmo nível. O médico Samuel Radbill, que assistiu a diversos partos domiciliares na Filadélfia, nos anos 30, antes de limitar sua prática à pediatria, relatou à Leavitt que era costume trabalhar sob a estreita vigilância dos parentes e amigos da mulher. Em um parto que ele atendeu, a parturiente, após dois dias de trabalho de parto, extremamente exausta e ansiosa com o bem-estar do bebê, *"precipitou-se com fúria, brandindo uma faca [de cozinha], e berrando: "Doutor, se meu filho morrer, eu mato você!"*¹⁴⁰ Felizmente, o bebê nasceu em segurança para grande alívio do médico.

Entrar na maternidade significou aceitar uma série de regras e regulamentos uniformes e crescentemente adotados por estes serviços em nome da segurança da mulher, do bebê, e do atendimento médico. No hospital, simbolicamente a mulher é despida de sua individualidade, sua autonomia e sua sexualidade. Não foi fortuito que os cursos de preparação para o parto caminhassem em paralelo com a institucionalização do parto. Nakano, analisando as finalidades dos chamados "métodos de preparação para o parto", aponta a década de 50 como um período marcado pela euforia do movimento do parto natural ou fisiológico, e pela busca da humanização do parto hospitalar. Este período coincide com o período em que se consolida a transferência da assistência ao parto da casa para o hospital.¹⁴¹ É o tempo dos cursos psicoprofiláticos, com seus métodos tentando tornar a paciente calma, obediente, conformada, controlada, a fim de não perturbar as outras, nem o andamento dos serviços.

¹³⁸versão podálica: tenta-se a mudança de apresentação, nos casos de apresentação pélvica, aplicando-se pressão à parede abdominal materna, para voltar o feto, como numa cambalhota. O índice de êxito é maior quando realizada no início do terceiro trimestre. Após 37 semanas traz limites ao procedimento, aumentando o risco da mãe e do feto.

¹³⁹James A. Harrar (1938), in *The Story of the Lying-In Hospital of the City of New York*, p 34, citado por LEAVITT. *Trans Stud Coll Pshys Phila.*, 1989.

¹⁴⁰LEAVITT. op. cit. p. 307.

¹⁴¹NAKANO. *Os métodos psicossomáticos de preparação para o parto; análise de seus objetivos e finalidades*, 1990. p 150.

O cerimonial de internação começa com a separação da família, a remoção das roupas e a substituição pelas roupas do hospital, a raspagem dos pêlos pubianos e o ritual de limpeza com o enema. Assim ela é marcada como uma "propriedade institucional", como define Davis-Floyd. Seu acesso à alimentação é limitado, e um soro endovenoso é instalado, representando simbolicamente seu cordão umbilical com o hospital.¹⁴²

Sobre a questão de se envergar um vestuário especial, Kitzinger lembra que vários estudos tem demonstrado que, quanto mais elevado é o lugar que um indivíduo ocupa na hierarquia hospitalar, menos importante é o seu vestuário especial, e mais freqüentemente ele é dispensável. O obstetra pode se aproximar de sua paciente com uma roupa comum, só usando roupa especial para a intervenção obstétrica. Ao contrário, quanto mais baixo é o lugar do indivíduo, mais vestuário especial terá de usar, e mais constante é seu uso. O marido ocupa a base dessa hierarquia e freqüentemente exigem-lhe que use vestuário especial o tempo todo, incluindo gorro e máscara durante o parto, ainda que se saiba que uma máscara usada por mais de quinze minutos deixe de ter qualquer função protetora. A parturiente é coberta com panos da cintura aos pés, tornando o campo do obstetra, seu campo esterilizado. *"É evidente que este campo não é seu, nem é esterilizado, devido a justaposição da vagina e ânus. Todavia, trata-se de uma ficção conveniente, por meio do qual ele (o obstetra) assegura os seus direitos e insiste em que a mulher não toque em seu próprio corpo... Está é outra forma de despersonalização da área genital".*¹⁴³

Para Kitzinger, esta despersonalização garante proteção ao ginecologista, contra sua própria emoção, e contra sentimentos de ternura, compaixão e simpatia, na relação médico-usuária. Trata-se de uma domesticação da emoção, na qual todos devem impedir as manifestações da subjetividade e ocultar quaisquer indícios que achem uma fuga à "normalidade". Não é um homem diante do corpo nu de uma mulher, mas um médico perante um "caso". O preço da melhoria das condições de parto foi a sua desumanização. As mulheres passaram a ser submetidas ao controle médico através de sondas, lavagens, toques, comandos, constrangimentos. Concordamos com Arruda, quando diz que o que é prejudicial não é o

¹⁴²DAVIS-FLOYD. *Soc Sci Med.*, 1990. p. 180.

¹⁴³KITZINGER. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*, 1978, p.118-119.

hospital, nem os avanços técnicos em si, mas o controle perverso que eles favorecem,

*"a intervenção médica pode trazer, e traz benefícios, mas ela seria vista mais positivamente se não expressasse, debaixo das suas normas, atitudes que repetem a visão estereotipada da mulher como ser inferior, expressa, por exemplo, na infantilização dela, que passa a ser tratada como uma ignorante, incômoda e incapaz de emitir uma opinião válida sobre o que lhe está sucedendo, que deve curvar-se sem questionar o saber inatacável que trará ao mundo seu bebê são e salvo..."*¹⁴⁴

No hospital, o aparelho reprodutivo da mulher é tratado como uma máquina de nascimento, conduzida por habilidosos técnicos, dentro de parâmetros de tempo inflexíveis. A cérvix uterina é avaliada em intervalos regulares, pelo menos a cada duas horas, e algumas vezes, mais amiúde. Se a dilatação não progride em conformidade com determinados parâmetros de tempos, um soro com ocitocina é instalado porque a máquina está defeituosa. Em consonância com a metáfora do corpo humano como uma máquina, e as concepções tayloristas de organização do trabalho, os obstetras tem adotado um modelo de *"linha de montagem"* no parto hospitalar. A respeito, vale destacar alguns depoimentos recolhidos por Davis-Floyd, de médicos norte-americanos,

"...raspamos, preparamos, conectamos à um soro, tiramos o bebê, que vai para a enfermeira, e a mãe vai para o quarto" [de um médico residente]

..somos treinados para produzir o 'bebê perfeito'. A qualidade da experiência da mulher, nós raramente pensamos sobre isso. Tudo o que nós fazemos, é para ter o bebê perfeito" [obstetra, masculino, 38 anos]

É o dilema colocado por Davis-Floyd, da realidade natural *versus* realidade tecnológica; o real passa a ser o modelo tecnológico. O processo

¹⁴⁴KITZINGER. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*, 1978, p. 39.

natural do nascimento surge para confirmar o modelo tecnológico.¹⁴⁵ A tecnologia fascina os médicos em treinamento, e a valorização das máquinas é mais estimulada que a das pessoas. Um jovem residente comenta esta situação, lamentando que *"qualquer pessoa que mostra um interesse humano pelo paciente, não é respeitada. O que é respeitado, é o interesse por máquinas"*.¹⁴⁶

No Brasil, esta situação de despersonalização se agrava, pois os médicos reproduzem a clássica postura de seu poder inquestionável e do atendimento medicalizado no parto. Os baixos salários tendem a estimular e a dissimular o descompromisso e o comércio com a saúde. Não se oferecem serviços obstétricos de boa qualidade, e as mulheres começam a se dar conta que precisam mais do que uma simples vaga na maternidade para se considerarem satisfeitas com a assistência recebida durante o parto.

Arruda chama a atenção para a responsabilidade dos órgãos formadores, quando imprimem uma visão fragmentada do ser humano, visão esta que não dá oportunidade aos estudantes das áreas da saúde, de perceber a mulher como um ser integral. Ao se oferecer a eles a chance de assistirem partos, nunca são os espontâneos, naturais. Conforme resume Arruda, citando o depoimento produzido pelo Coletivo Feminino de Boston, mas que poderia ter sido produzido entre nós, sem nenhum retoque:

*"...o parto para eles [estudantes de medicina] identifica-se com a mulher deitada de costas, pés nos estribos, anestesia, indução, episiotomia ou cesárea (...) Não aprendem coisas importantes, como massagem, apoio físico, habilidades de parteiras: acham bobagem e não têm tempo a perder. Por outro lado, aprendem a fazer intervenções mecânicas para apressar o parto, sem consciência de suas repercussões físicas e psíquicas sobre a mulher. Eles têm que praticar, e impõem manipulações 'para o nosso bem' ou para o 'bem do bebê'..."*¹⁴⁷

¹⁴⁵DAVIS-FLOYD. *Soc Sci Med.*, 1990. p. 179.

¹⁴⁶Ibidem, p. 291.

¹⁴⁷ARRUDA. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: ENCONTRO NACIONAL. SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, 1989. p. 40.

A mecanicidade do parto é mais uma vez demonstrada para a mulher com a administração da analgesia e/ou anestesia, e a conseqüente separação psicológica de seu corpo, de sua mente, mostrando-lhe que o corpo-máquina que produz o bebê é uma entidade inteiramente diferente de seu *self* individual.¹⁴⁸ O parto normal não é mais que uma extração vaginal, que nas situações de treinamento acadêmico, é designada ao menos experiente. E este neófito, tão logo tenha acompanhado alguns partos, se desinteressa, pretensiosamente afirmando que já sabe "fazer parto normal", entendido como uma ação que se resume à retirada do bebê e da placenta, à episiotomia e à episiorrafia. E volta seu foco de interesse para a experiência do parto operatório, as cesarianas, começando pelas "*barrigas limpas*"¹⁴⁹, para o parto a fórceps, e outros virtuosismos do treinamento obstétrico.

A experiência de nascimento é hoje um conjunto de imagens visuais e cinestésicas: a mulher deitada na maca, conduzida pelos corredores do hospital, conectada a um soro intravenoso, cabos de um lado, máquinas de outro, uma grossa cinta circundando sua cintura, fios em sua vagina. Médicos com tal treinamento não conseguem entender que possa existir qualquer outra maneira de dar à luz, conforme notou Davis-Floyd, quando tocou na questão do parto domiciliar para uma jovem obstetra com um ano de prática profissional: "*Por que eu não faço parto domiciliar? Você está brincando! No tempo em que eu deixei a residência, você não poderia nem chegar perto do parto, sem cinco monitores fetais como estes daqui, e três anestesistas de plantão*".¹⁵⁰ Estes procedimentos de rotina em obstetrícia apresentam uma coerente simetria com o sistema de crenças da sociedade contemporânea. Uma mãe norte-americana relatou assim, sua experiência de parto:

*"Tão logo me ligaram o monitor, todos passaram o olhar para ele. A enfermeira nem sequer me olhava quando vinha ao quarto - ela ia direto ao monitor. Eu tive a estranha sensação que ele é que estava tendo o bebê, não eu".*¹⁵¹

¹⁴⁸DAVIS-FLOYD. *Soc Sci Med.*, 1990. p. 180.

¹⁴⁹No jargão dos residentes, *operar barriga limpa* é fazer cesárea em mulher sem cesárea anterior.

¹⁵⁰DAVIS-FLOYD. *Med Anthropol.*, 1987. p. 294.

¹⁵¹*Ibidem*.

A visão tecnológica do corpo feminino como uma máquina defeituosa, é internalizada pela mulher, conforme se percebe no relato abaixo:

"Parecia que meu útero, de repente, ficou cansado. Quando as enfermeiras percebiam uma contração no monitor, me pediam para começar a fazer força, não esperando a minha vontade de fazer força, assim, quando o tempo de fazer força chegava, eu não tinha mais forças, estava arfando, tonta e suada. Eu, de repente, fiquei deprimida com o parto, que tinha evoluído tão bem até este ponto, e tinha ficado agora improdutivo".¹⁵²

Davis-Floyd destaca que a mulher não disse "as enfermeiras me mandaram fazer força muito cedo", e sim, "meu útero, de repente, ficou cansado", e "o parto, desde então, ficou improdutivo". Para a autora, estas respostas refletem um princípio básico do modelo tecnológico de nascimento: quando alguma coisa vai mal, é por causa de uma falha da mãe. Outro exemplo deste princípio vem da experiência da residência médica de Michelle Harrison, citada por Davis-Floyd:

"Ontem em minha visita, eu vi um bebê com um corte em sua face, e a mãe disse: 'Meu útero era tão fino, que quando eles o cortaram para abri-lo, o rosto do bebê foi cortado'".

A mulher não acusou os médicos. Eles não tinham cometido um erro: "seu útero é que era muito fino" e não "os médicos cortaram muito fundo". Ou "nós tínhamos que tirar o bebê [por fórceps ou cesariana]", ao invés de "a medicina que nós lhe demos, interferiu na sua capacidade de dar à luz".¹⁵³

Em nosso meio, a estratégia de se acusar a mulher quando algo vai mal é muito comum. Quando o bebê demora a nascer, ninguém questiona se a posição que a mulher foi obrigada a adotar no parto a prejudicou. Apenas acusa-se a ela, porque "não soube fazer a força direito".

¹⁵²DAVIS-FLOYD. *Med Anthropol.*, 1987. p. 294.

¹⁵³Michel HARRISON. *A woman in Residence*, citada por DAVIS-FLOYD. *Med Anthropol.*, 1987. p. 295.

A preocupação com o instante de se transferir a parturiente para a mesa de parto provoca um excesso de avaliações vaginais no final do trabalho de parto, traumatizando os tecidos moles. Mas existem evidências suficientes demonstrando que esta não é a melhor estratégia para o segundo período do parto. As mulheres não deveriam ser transferidas para a mesa de parto. Necessitariam ter o direito de escolher onde dar à luz, se na própria cama, cadeira de parto, ou mesa de parto. E os profissionais da saúde precisariam se preparar para isso.

Nota-se, ao contrário, uma disfuncionalidade no manejo do parto que ultrapassa os limites do aceitável. Há obstetras que decidem o que vão fazer de acordo com as necessidades ocasionais, suas ou as da instituição onde atuam. E sem que haja qualquer controle externo sobre isso. Certa vez, um obstetra com uma visão crítica a respeito da despersonalização da assistência ao parto, relatou-me que, perguntando a uma mulher o por quê de seu parto anterior ter sido por cesariana, esta lhe respondeu que não tinha certeza, mas achava que foi porque *"havia risco de infecção"*, uma vez que ouviu o plantonista dizer que iria operar todas elas, para *"limpar a área"*.¹⁵⁴

Obstetras com quem conversamos informalmente a respeito da humanização da assistência ao parto, confessam que acham muito interessante e correto tudo o que se preconiza a respeito, especialmente, no tocante a não se fazer intervenções desnecessárias, nem acelerar artificialmente o parto. Entretanto, ironizam que se fossem colocar em prática tais medidas, deixando o parto evoluir naturalmente, conseguiriam resolver apenas dois ou três casos por dia. E se perguntam: quem pode se dar ao luxo de adotar tais métodos *soft*, quando a pressão dos serviços é toda no sentido de se acelerar essa verdadeira linha de montagem em que se transformou a assistência ao parto?

¹⁵⁴No jargão dos plantonistas, *"limpar a área"* significa operar todas as parturientes (*"na dúvida, opere"*, é o lema) quando se aproxima o final do plantão, para esvaziar o pré-parto.

3.2. O parto tecnológico e o parto naturalizado: da crítica à ação

A conferência de 1985 em Fortaleza-CE sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, constituiu um marco na revisão das tecnologias adotadas e legitimadas pelo *establishment* médico, no nascimento e parto. Uma cuidadosa revisão dos conhecimentos atuais acerca dessas tecnologias levou à adoção unânime de um conjunto de recomendações consideradas relevantes. Nelas, reconhece-se o valor emocional do acompanhante, criticam-se os procedimentos e regras que levam à despersonalização da mulher e prejudicam o estabelecimento do vínculo entre a mãe e seu filho, condenam-se as cesarianas desnecessárias, e incentiva-se o parto ativo. Este deve ser percebido como um evento fisiológico, e as intervenções que interferem em seu curso normal, devem ser abolidas. Eis a íntegra das recomendações:¹⁵⁵

1. *O bem-estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um acompanhante, por ela escolhido, ao parto e puerpério. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional.*
2. *As mulheres que parirem em instituições têm assegurado o direito de decidir sobre a roupa dela e do bebê, a alimentação, o destino da placenta e outras práticas culturalmente significativas.*
3. *O recém-nascido sadio deve permanecer com a mãe sempre que possível. A necessidade de manter o recém-nascido sob observação não justifica a sua separação da mãe.*
4. *A amamentação imediatamente após o nascimento, antes até da mãe deixar a sala de parto, deve ser encorajada.*
5. *Países com as menores taxas de mortalidade perinatal têm índices de cesáreas abaixo de 10%. Não há justificativa para taxas maiores que 10 a 15% em qualquer região.*
6. *Não há evidências da necessidade de uma cesárea quando um dos partos anteriores foi uma cesárea. Partos vaginais após uma cesárea anterior devem ser encorajados sempre que seja possível uma intervenção cirúrgica de emergência.*

¹⁵⁵ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Lancet*, 1985.

7. *Ligadura de trompas não constitui indicação de cesárea. Há métodos mais simples e menos arriscados de esterilização tubária.*

8. *Não há evidências de que a monitorização fetal eletrônica de rotina beneficie o resultado do parto. O monitoramento fetal deve ser realizado apenas em casos cuidadosamente selecionados, associados a altas taxas de mortalidade perinatal, e partos induzidos. Recomenda-se que se realizem pesquisas para identificar grupos de parturientes que se beneficiariam da monitorização. Neste ínterim, os serviços de saúde nacionais devem abster-se de adquirir novos equipamentos.*

9. *Os batimentos cardíacos fetais devem ser monitorados através de ausculta durante a primeira fase do trabalho de parto e, mais freqüentemente, no período expulsivo.*

10. *Não há indicação para raspagem de pêlos pubianos ou para enema antes do parto.*

11. *Não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto. Deve-se encorajar a mulher a andar durante o trabalho de parto, e cada mulher deve ter liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo.*

12. *Proteger o períneo sempre que possível. O uso sistemático de episiotomia não se justifica.*

13. *A indução do trabalho de parto deve-se restringir aos casos em que haja indicações médicas específicas. Nenhuma região deve ter taxas maiores que 10% de induções de parto.*

Em 1993 é lançada em Campinas-SP, a *Carta de Campinas*, elaborada por participantes da reunião organizada de maneira autônoma e independente, para debater a situação atual do nascer. Um dos principais artífices dessa reunião foi o professor e obstetra Hugo Sabatino, da Universidade Estadual de Campinas. Sobre o evento, Esther Vilela e Livia Carneiro, médicas obstetras do Hospital Pio X, de Ceres-GO, um serviço pioneiro no campo da humanização da assistência ao parto, assim descreveram o clima que antecedeu a instalação da reunião:

"Havia no ar uma predisposição, uma vontade de encontrar, trocar idéias, estar mais juntos e falar do que estávamos fazendo. Começaram a circular cartas, telefonemas e até mesmo visitas. Visitas a Recife (Curumin e Cais do Parto) e ao

Rio (Casa de Parto Nove Luas Lua Nova). O Professor Hugo Sabatino resolveu vir ao Planalto Central para ver a ebulição que acontecia em um pequeno hospital da Cidade de Ceres, que estava estruturando a sua casa de parto e despertando para novas modalidades de assistência ao parto (...) A rede estava tecendo a sua primeira malha. Mas onde reunir? Hugo ofereceu seu sítio em Campinas e a infra-estrutura da Unicamp..."¹⁵⁶

Na ocasião, criou-se a *Rede de Humanização do Nascimento* (REHUNA), que agregava inúmeros grupos, ONG's, profissionais da saúde de instituições públicas. A REHUNA foi criada com a pretensão de dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde, para:

- 1) mostrar os riscos à saúde de mães e bebês pelas práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;*
- 2) resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;*
- 3) revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento; e*
- 4) aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.¹⁵⁷*

Entre as várias estratégias para a implementação das recomendações, propôs-se o *"apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupo de parteiras tradicionais, doulas e ONGs"*. A REHUNA também declarou sua adesão à implementação das recomendações da Conferência de Fortaleza.

A despeito dessa movimentação em torno da humanização do nascimento e parto, o impacto sobre o ensino foi praticamente nulo. Escolas

¹⁵⁶VILELA, CARNEIRO. *Saúde em Foco*, 1996. p. 50-51.

¹⁵⁷REHUNA. *Carta de Campinas*, 1993.

medicas e de enfermagem não se mobilizaram em relação ao que estava ocorrendo, a maioria sequer tomou conhecimento. Eu venho atuando há mais de uma década no ensino e na prática da enfermagem obstétrica, e percebi-me modificando radicalmente minhas concepções do que seria um adequado acompanhamento ao parto normal. Ainda que tivesse como ponto de partida uma prática menos intervencionista que a médica, aprendida durante minha formação como aluna da habilitação em Enfermagem Obstétrica, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e concluída em curso de Especialização do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, passei rapidamente a uma prática agressiva e intervencionista, mimetizada do modelo médico, e estimulada pelo contexto onde este modelo se inseria - os hospitais públicos e filantrópicos, e posteriormente, os hospitais de ensino.

Nesses anos de atuação, acompanhei a crescente desumanização da assistência ao parto, e comecei a sentir um difuso e permanente sentimento de desconforto, indignação e impotência. O treinamento obstétrico de médicos e de enfermeiras estava muito deformado, mas o que fazer? Paulatinamente, e mais como resultado de uma busca pessoal, fui percebendo que o que antes era uma condição de desconforto, foi se configurando como uma circunstância de clara violação dos direitos humanos.

Quando ocorre uma mudança drástica de percepção, como a que aconteceu comigo, não existe mais nenhuma situação de conforto possível dentro do contexto anterior. Comecei a tentar encontrar aliados em meu ambiente de trabalho em Vitória-ES, médicos e não-médicos que estivessem preocupados em oferecer uma assistência ao parto mais humanizada. Para surpresa minha, muitas pessoas militavam nesse campo há muito tempo, pelo menos há uma década, produzindo pesquisas e serviços voltados ao parto humanizado.

Um dos grandes obstáculos à mudanças na formação profissional está na própria organização dos campos de ensino prático da medicina e da enfermagem, e de como os poderes aí se distribuem. O médico costuma se sentir o *dono* da parturiente, e freqüentemente ele deixa isso muito claro aos não-médicos, mormente quando as relações entre ambos é ainda incipiente. Na fase inicial de reconhecimento, ele ainda não sabe *até onde a enfermeira pode, ou quer ir*, e ela, por seu turno, ainda não sabe *até onde o médico permite, ou*

espera que ela vá. Inúmeros conflitos surgem nessa fase. Quando os espaços e os limites são negociados, as relações entre obstetras e enfermeiras obstétricas tendem a se tornar mais cordiais, menos conflitivas e mais produtivas. Mas serão sempre relações desiguais, com a concentração de poder nas mãos dos médicos.

Em determinada ocasião, há alguns anos, um docente médico recém-contratado pela universidade começou a acompanhar seus alunos do internato, no mesmo espaço onde os alunos do curso de graduação em enfermagem, por mim supervisionados, faziam seu treinamento prático. Acompanhávamos uma primípara com evolução fisiológica do trabalho de parto, e no momento em que constatamos que a dilatação cervical havia se completado, restando apenas um rebordo anterior, o novo docente deliberou que ela iria para a mesa de parto, para que *seus* residentes fizessem o parto. Protestei, não apenas pela usurpação do que, por direito, era nosso [afinal, não éramos nós que a vínhamos acompanhando até esse momento?] mas também pela precocidade da transferência para a mesa de parto.

Argumentei que se tratava de uma primípara, a apresentação estava alta, a expulsão demoraria muito. Por que enviá-la tão cedo à mesa de parto? Ele mostrava-se inseguro, mas resolveu dar prosseguimento a sua decisão. Percebi que era isso que seus internos esperavam que fizesse. Alguns já vinham se queixando da presença dos acadêmicos de enfermagem no setor, alegando que *nós* [do curso de enfermagem] estávamos *tirando todos os partos* dos alunos de medicina, reduzindo suas oportunidades de aprendizado. Deixavam subentendido que consideravam um *desperdício* ensinar enfermeiras a fazer partos, *já que elas não os iriam fazer depois de formadas.*

A mulher foi colocada em posição litotômica. Impotente, resolvi que meus alunos e eu não acompanháramos a ação médica da sala de parto, principalmente, para não alimentar o clima de confronto; não era esse o objetivo de nossa contribuição ali. O expulsivo foi realmente prolongado para grande apreensão de todos, com um entra-e-sai na sala de parto, e comandos nervosos ouvidos do lado de fora. O professor não sabia aplicar o fórceps.

Depois de muita manobra de Kristeller,¹⁵⁸ o bebê nasceu, quase uma hora depois, com o pediatra pedindo o ambu, o laringoscópio e a cânula de entubação.

Não vou me deter nas condições do bebê ao nascer; obviamente não eram boas. Informo apenas que mãe e bebê sobreviveram. Do ocorrido, queria chamar a atenção, principalmente, para o *contexto que produz a iatrogenia*, contexto que incluiu minha equipe de alunas e eu mesma, como elementos que influíram para que o parto tivesse esse desfecho. Os internos estavam testando o novo professor, a capacidade dele em mostrar “quem mandava ali”. Acuado, ele partiu para a desastrosa ação. A mulher em trabalho de parto, coitada, foi o instrumento que encontrou para nos dizer qual era o nosso lugar. É desolador, sob qualquer perspectiva de análise.

Um extenso edema de vulva se formou logo após o parto, resultado das prolongadas e agressivas manipulações do períneo durante o expulsivo prolongado. O edema não cedeu, mesmo com a colocação de bolsa de gelo. No dia seguinte, minha colega de disciplina, supervisora dos alunos no setor de alojamento conjunto, veio preocupada me avistar no pré-parto, querendo saber se não havido sido eu, nem meus alunos os responsáveis pelo parto da mulher em questão. Assegurei-lhe que não, e perguntei o porquê de tanta preocupação, ao que ela informou-me de seu mal-estar, quando durante a visita médica ao puerpério, o preceptor [que quase nunca é o mesmo médico que fez o parto] escandalizou-se com o que viu [o edema ainda impressionava] e precipitada e preconceituosamente, assim se pronunciou a seus alunos residentes: “*Isto só pode ser parto de enfermeira*”.

De um modo geral, o médico brasileiro não tem respeito profissional, nem desenvolve um senso de parceria com a profissão da enfermagem. Ele é treinado a pensar que a enfermeira deveria fazer aquelas ações que ele não gosta de praticar, aquilo que não é lucrativo ou valorizado. Um bom número de competentes obstetrias e enfermeiras obstétricas deixaram o campo da assistência ao parto, justamente por não mais suportarem este tipo de provocação.

¹⁵⁸manobra de Kristeller: trata-se de usar ambas as mãos espalmadas sobre o fundo uterino, durante as contrações uterinas, com a finalidade de potencializar a ação motora do útero. Ainda que na teoria, esta manobra devesse ser realizada nos limites dessas determinações, na prática, a manobra é realizada como o peso do braço e antebraço do operador sobre o ventre materno, aumentando grandemente o risco de anoxia perinatal pela compressão direta da placenta.

Numa situação inversa, fui apresentada como o novo elemento da equipe de docentes que atuaria naquele local de estágio. Foi durante uma visita de reconhecimento do campo. A manhã estava em sua metade, quando muita coisa já havia acontecido; literalmente, eu estava *pegando o plantão andando*. Tratava-se de um pré-parto com seis ou sete leitos, todos ocupados, a maioria por mulheres em início de trabalho de parto e com história de rotura precoce das membranas ovulares. Concentrei minha atenção em uma parturiente adolescente de 15 anos, branca, rosto de menina. Chamava-se Rosenir. Ela estava com os lábios secos, cansada e desanimada. Pelo prontuário, havia sido admitida na noite anterior em início de trabalho de parto.

No momento em que cheguei, havia uma anotação recente de seu exame vaginal, constando um dilatação cervical de 7 centímetros. Ainda que minha visita não incluísse a prestação de assistência, pelo menos naquele dia, como resistir ao apelo de um setor de pré-parto, para quem é parteira? Como não se envolver? Perguntei como ela estava se sentindo, se gostaria de ir ao banheiro. Um soro estava conectado a seu braço, e nestas condições, muitas parturientes se sentem limitadas em atender necessidades elementares, como urinar, mesmo com a bexiga cheia. Ela assentiu, e auxiliiei-a em sua ida ao banheiro. Perguntei se gostaria de tomar um banho de chuveiro; tentei animá-la, dizendo que o banho costuma ter um efeito muito agradável em sua situação.

Ela ficou em dúvida e não aceitou. Preferia caminhar, ficar em pé. Perguntou se podia. Confirmei que sim, seria bastante oportuno, auxiliaria no trabalho de parto. Resolveu ficar em pé, ao lado da cama. Falou de seu namorado, era músico, tocava violão, gostaria que ele estivesse com ela. Nesse momento entrou uma médica residente [soube-o depois], que não estava presente quando cheguei. A residente chegou e mandou a parturiente deitar. Ela quis resistir. Apresentei-me e argumentei polidamente que ficar em pé era bastante apropriado para encurtar o trabalho de parto, além de ajudar Rosenir a suportar melhor as dores. Ela [a residente] ignorou-me. Dirigiu-se à parturiente, escandindo as palavras: "*Entendeu, mãezinha, eu quero que você fique deitada! Entendeu? Dei-ta-da!*" Eu sabia que ela falava para mim. E partiu para o exame vaginal, ainda que este tivesse sido realizado há pouco tempo. Terminado o exame, reafirmou o comando: "*entendeu, mãezinha, permanecer dei-ta-da, entendeu?*" E recomendou que a mulher fizesse *força para baixo*, para ajudar o bebê a nascer mais depressa. E saiu.

O objetivo dessa minha visita era estabelecer o primeiro contato com o campo, o que me facultava sair a qualquer hora do local. Assim, meu impulso foi, de fato, ir embora, porque sabia que tipo de confusão isto costuma dar, principalmente quando começa desta maneira. Mas a adolescente segurava meu braço. Pediu-me para ficar ao lado dela. Queria ficar em pé, avaliava que era menos doloroso que ficar deitada. Apoiei-a em sua decisão; *vamos, então, ficar em pé*. Nesse momento, chegou uma auxiliar de enfermagem e perguntou pelo nome da parturiente. A própria adolescente respondeu-lhe, e ato contínuo, a auxiliar informou-a de que *ela iria para cesárea*. Estranhei. Será que a indicação era a idade? A auxiliar também não sabia. Disse apenas que o médico *mandou subir com ela*.

E lá foi ela para a cesárea, sem saber por quê. E enquanto caminhava em direção ao centro obstétrico, seguida pela funcionária que carregava seu prontuário, chega um residente [outro], e pergunta por ela: *"Cadê a mulher que estava nessa cama?"*. Respondi-lhe que ela acabara de seguir para a cesárea. *"Nossa, levaram a mulher errada! Era essa [e aponta um leito] que eu mandei subir. Pede para trazer aquela de volta"*. E do mesmo jeito que ela foi para a cesárea, voltou, sem nenhuma explicação.

Nesse ambiente surrealista, retomamos o que fazíamos, como se nada houvesse acontecido. Não era assim que todos se comportavam? E lá estava ela em pé, ao lado do leito, quando retorna a residente [a primeira], visivelmente contrariada com o descumprimento de suas ordens. Chega e manda a adolescente deitar, que irá examiná-la. *De novo?* pergunta a jovem. *Sim, porque é preciso!* responde-lhe a residente. E inicia um toque demorado, tentando fazer uma redução do colo [temi que provocasse um edema de colo, com tantos toques e tanta manipulação], diz à adolescente que estava *baixinho*, e que *só depende de você, mãezinha! Se fizer força como eu te mandei, o bebê nasce logo, logo*. E com os dedos na vagina da mulher, ordena que ela faça força para baixo. Ela implora: *tire a mão daí, está doendo muito!* Ao que a residente responde, energicamente: *O que está doendo é a contração, que você não está aproveitando, porque fica gritando! Fecha a boca e faz força, se quiser ter seu bebê!*

Há um grave equívoco na solicitação tão precoce de esforços expulsivos, tão comum no ensino da obstetrícia. Por que esta perniciosa prática não é desencorajada? Em recente seminário sobre nascimento e parto ocorrido em

Fortaleza, fui informada por uma parteira japonesa que em seu país, desaconselha-se radicalmente a realização de esforços expulsivos, inclusive na expulsão. Nesse momento, a mulher é encorajada a *não fazer força*. Médicos obstetras japoneses confirmaram a informação. Esta medida favorece a distensão gradual do períneo e um desprendimento suave da cabeça fetal, que reduz a incidência de lacerações perineais e a necessidade de episiotomias. Mas voltando à história e apenas para dar uma satisfação sobre seu desfecho, que na realidade não tem fim, pela desoladora frequência com que acontece e assombrosa semelhança com outros relatos, registro que, a despeito do velado apelo da adolescente para que eu ficasse, resolvi ir embora do setor, porque temia que, se fizesse o contrário, a agressividade da residente aumentaria, provocando mais intervenções desnecessárias. Conheço esses desfechos, e na atual organização dos serviços de ensino obstétrico, muito pouco se pode fazer, isoladamente.

Os programas de treinamento médico em obstetrícia são desumanos também para os residentes. Estes são pressionados por uma estrutura que quase sempre lhes exige muita mão-de-obra e nenhum momento para reflexão sobre o significado da atividade humana de prestar ajuda. No momento, as mudanças visando à humanização e naturalização do parto vêm ocorrendo mais pelo eixo da assistência do que pelo ensino e pesquisa.

Há quase duas décadas, a situação era diferente. Os médicos Moisés e Cláudio Paciornick, em Curitiba-PR defendiam o parto de cócoras, o contato precoce pele-a-pele da mãe e seu recém-nascido, a mamada imediatamente após o parto, o retardo no clampeamento do cordão. A experiência de ambos era vista como uma experiência interessante, mas *underground*, e nunca como um paradigma.

Outra experiência pioneira foi a do Ceará, com as *casas de parto*. Nos anos de 1975 a 1985, expandiu-se a modalidade de assistência para as populações miseráveis residentes em áreas litorâneas adjacentes a Fortaleza, representada pelas casas de parto conduzidas por parteiras tradicionais, apoiadas tecnicamente pela Universidade Federal do Ceará. Estas foram melhoradas, mas a essência de seu trabalho foi preservada: o parto com pouca intervenção na cadeira de parto, de cócoras ou na rede. A experiência foi possível graças ao empenho do obstetra José Galba Araújo, já falecido. As parteiras foram educadas e educaram os médicos. A Maternidade-Escola

idealizou modelos de mesas de parto inspirados nas posições adotadas pelas mulheres atendidas por parteiras tradicionais.¹⁵⁹

Em anos mais próximos, a vanguarda da humanização do parto deixou o espaço acadêmico e passou para os serviços. Das Casas de Parto de Ceres-GO e de Niterói-RJ, foi até a *Maternidade Leila Diniz*,¹⁶⁰ da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ex-Maternidade de Curicica. A reconstrução do serviço foi apoiada pelo movimento organizado de mulheres cariocas; a maternidade foi inaugurada em junho de 1994, após uma reforma de sua área física, garantindo-se um ambiente agradável e menos ameaçador que o das maternidades convencionais. As concepções que nortearam seu funcionamento foram a recuperação das práticas fisiológicas e humanizadas, capazes de acompanhar os ritmos da mãe e do bebê, incentivando as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e partos.

As rotineiras intervenções, algumas apenas desnecessárias, outras, comprovadamente perniciosas vão sendo sucessivamente suprimidas: a aceleração rotineira do trabalho de parto com ocitocina, a amniotomia precoce para acelerar o parto, a episiotomia de rotina são algumas "prática de hábito" que estão sendo eliminadas. A experiência pioneira do Leila Diniz vem chamando a atenção da mídia.¹⁶¹ As enfermeiras obstétricas do serviço têm conseguido desenvolver um modelo assistencial menos intervencionista, apoiadas pela direção clínica. É claro, nem tudo é tão idílico e desentendimentos surgem nesse espaço de trabalho onde as relações de poder estão sendo revistas, e o modelo de assistência está em construção.

Para populações urbanas carentes, inaugurou-se em junho de 1997 a Casa de Parto da Comunidade Monte Azul, na cidade de São Paulo. A proposta da Casa é dar prosseguimento a experiência de dez anos no Ambulatório da mesma comunidade, produzida pelas mãos da parteira com formação alemã, Ângela Gehrke da Silva. No Ambulatório pratica-se o parto humanizado, principalmente para mulheres de baixa renda, em ambiente com uma atmosfera aconchegante, parecida com o que se vê nos partos domiciliares

¹⁵⁹ARAÚJO. *Bol Oficina Panamericana*, 1984

¹⁶⁰RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal, 1993.

¹⁶¹LOPES. *Crescer*, 1997. p. 16-18.

na Holanda. O marido é presença bem-vinda no parto, quase obrigatória. Na nova casa, Ângela pretende oferecer mais conforto, mantendo as finalidades do parto humanizado.

Os ótimos resultados obtidos por Ângela, ao longo desses anos de atividades na favela, obrigou-nos a rever nossos próprios modelos assistenciais. Seus índices perinatais equiparam-se aos melhores encontrados em países desenvolvidos da Europa; a taxa de episiotomias em seu serviço é 17%, e de cesarianas, 3%.¹⁶² Ângela, uma Ártemis de nossos dias, lembra que foi várias vezes denunciada e hostilizada, por suas atividades profissionais. Os argumentos são os de sempre: *prática ilegal* (seu diploma não foi ainda reconhecido no país), e *prática fora de hábito* (parto fora do hospital). Foi a partir do acompanhamento do trabalho de Ângela, que tivemos a clara percepção do equívoco que a enfermagem obstétrica brasileira cometia quando reforçava um modelo medicalizado no parto.

Em 1995, um grupo de gineco-obstetras, em reunião de cúpula junto à Comissão Materno-Infantil (COMIN), do Ministério da Saúde, e apoiados por um *pool* de organizações que incluíam a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), lançou o denominado *Projeto Maternidade Segura*, cujas estratégias de implementação foram sintetizadas em um Guia. A FEBRASGO foi colocada como a base institucional para o programa.¹⁶³

Apresentou-se como justificativa para o projeto o elevado risco reprodutivo, expresso nas altas taxas de mortalidade materna e perinatal. Os fatores assinalados como os responsáveis por tais mortes foram: a baixa cobertura e qualidade dos serviços de assistência obstétrica e neonatal; a precariedade dos sistemas de informação, e de vigilância epidemiológica; a falta de informação das mulheres a respeito da gestação, parto e puerpério. Face a isso, propuseram oito passos para se alcançar os objetivos de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de maternidade, e também de fornecer orientação às mulheres:

¹⁶²FAVELA ... *Folha de São Paulo*, mar. 1997.

¹⁶³FEBRASGO. *Oito Passos para a Maternidade Segura*, 1995.

1. *Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.*
2. *Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como de planejamento familiar.*
3. *Incentivar o parto normal e humanizado.*
4. *Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.*
5. *Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.*
6. *Possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal.*
7. *Possuir arquivo e sistema de informação.*
8. *Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.*

Observa-se que o projeto mostra, principalmente, uma preocupação com a organização burocrática dos serviços, e equipar as maternidades para a assistência. Em momento algum, toca nas questões germinais da desumanização da assistência, e em boa medida, do aumento iatrogênico do "risco reprodutivo": o modelo médico de assistência ao parto, sua perpetuação pelos órgãos formadores, a desnaturalização do ato de dar à luz, a exclusão dos não-médicos da assistência.

No passo três, por exemplo, quando fala sobre o incentivo ao parto normal e humanizado, o *Guia* preconiza que o hospital ou maternidade deve propiciar assistência com as seguintes características: *na assistência pré-natal, desenvolver atividades que propiciem informação e discussões sobre o parto normal, esclarecimentos das vantagens do parto normal e visita da paciente à maternidade.*

É bem conhecida a dificuldade dos profissionais da saúde, em aceitar como "*normal*" e "*vantajoso*" o parto normal. Médicos e profissionais da saúde, em particular obstetras e enfermeiras obstétricas, ambos treinados no contexto dos hospitais de ensino, costumam desenvolver uma aversão traumática ao parto normal. A experiência de ensino, tão desagradável e anti-natural, marca-os indelevelmente; quando pessoalmente envolvidos na experiência de dar à luz, escolhem a cesariana. Como pessoas que não estão pessoalmente "*convencidas*" de tão propaladas vantagens, engajar-se-ão na tarefa em prol da motivação e encorajamento de outros?

Mais adiante, no que diz respeito à assistência ao parto e puerpério, recomenda-se no *Guia*, *permitir a presença de familiares na sala de parto e/ou pré-parto (quando possível); manter recepção do recém-nascido junto à mãe; manter anestesista disponível*. A ambigüidade do texto garante, por parte dos serviços, que tudo fique como está. *Permitir a presença, quando possível*, não deixa claro se o "possível" é à mulher, ou ao serviço. Além disso, "permitir" denota favor, concessão, diferente de "incentivar", ou "promover". A presença de familiares junto à parturiente é reclamada por razões psicológicas e humanitárias, e não algo que deva tão somente ser tolerado.

Outra questão é o *anestesista disponível*, colocado de modo tão destacado, evidenciando que, entre aperfeiçoar estratégias não-medicamentosas para o alívio da dor, prevalece o modelo medicalizado de assistência. Para muitos obstetras, o conceito de *parto humanizado* é tomado de forma pontual, como sinônimo de *parto sem dor*. Em recente campanha do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, intitulado "*Parto Normal pede passagem*", a entidade defende como estratégia para melhorar a qualidade da assistência obstétrica, o pagamento pelo SUS, da anestesia peridural no parto normal, porque "*facilita a assistência obstétrica e **humaniza o parto***" (grifo nosso).¹⁶⁴

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, o *Care in Normal Birth: a Practical Guide*, com uma cuidadosa revisão das práticas correntemente adotadas no parto. O guia dividiu-as em quatro grandes categorias: a) as que demonstraram ser úteis e deveriam ser encorajadas, b) as claramente nocivas ou ineficazes que deveriam ser eliminadas, c) as desprovidas de evidências suficientes capazes de justificar sua recomendação e que deveriam ser adotadas com cautela até novas pesquisas esclarecerem a questão, e d) as freqüentemente adotadas de modo inapropriado.

As práticas que demonstraram ser úteis e devem ser encorajadas são: a *inclusão da família* no planejamento e controle da experiência de parto, o *suporte emocional* ao longo do trabalho de parto, o *respeito à escolha* da mulher do *local onde quer dar à luz*, assim como de seu *acompanhante no parto*, o respeito ao *direito de privacidade da mulher* no local de nascimento, a

¹⁶⁴CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. *Jornal da CREMESP*, jul. 1997.

parto, o respeito ao direito de privacidade da mulher no local de nascimento, a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto, a adoção de métodos não-medicamentosos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, a monitoração do feto com ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais, a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, o encorajamento de posição que não seja a supina, no parto, o contato precoce pele-a-pele da mãe e do recém-nascido, e início precoce da amamentação dentro da primeira hora pós-parto.

As práticas assinaladas como claramente nocivas ou ineficazes que devem ser eliminadas são as seguintes, quando adotadas em *caráter rotineiro*: enema, tricotomia e infusão intravenosa, posição supina durante o trabalho de parto, administração de ocitócicos em qualquer tempo antes do parto, posição litotômica durante o parto, massagem e tensionamento do períneo durante o segundo período do parto, revisão manual do útero após o parto.

Na categoria das práticas para as quais não existe ainda evidência suficiente para sua clara recomendação, e que deverão ser adotadas com cautela até que novas pesquisas possam clarificar a questão, estão o *uso de métodos não-medicamentosos* para o alívio das dores, *como ervas, imersão na banheira; amniotomia precoce* no primeiro período do parto; *pressão do fundo uterino* durante o parto; manobras relacionadas à *proteção do períneo*; *manipulação ativa do feto* no momento do parto; *clampeamento precoce* do cordão umbilical; *estimulação do mamilo* para aumentar as contrações uterinas.

E finalmente, as práticas freqüentemente usadas de modo inapropriado, que incluem a *restrição de alimentos e líquidos* durante o trabalho de parto; *controle da dor com agentes sistêmicos*; controle da dor com analgesia peridural; *monitoração eletrônica* do feto; *uso de máscaras e capotes estéreis* durante o atendimento no trabalho de parto; *exames vaginais repetidos e freqüentes*, especialmente, quando feitos por mais de um cuidador; *aceleração do parto com ocitocina*; *transferência rotineira da mulher para a mesa de parto*; *recomendar esforços expulsivos quando a dilatação se completa, antes mesmo da mulher sentir urgência em fazer força ela mesma*; *uso liberal da episiotomia*; parto operatório.¹⁶⁵

¹⁶⁵WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Motherhood; Care in Normal Birth: a practical guide*, 1996.

A Organização Mundial da Saúde considera parto normal, *aquele com início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice, entre 37 e 42 semanas de gestação, e após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.* De acordo como esta definição, quantos partos podem ser considerados normais? Cerca de 70 a 80% de todas as mulheres grávidas podem ser consideradas de baixo risco no início do parto. No parto normal, deve existir uma razão válida para se intervir em um processo natural, e a responsabilidade do profissional que acompanha estas mulheres é basicamente, de facilitar esse processo natural. As tarefas do cuidador incluem o apoio à mulher e seu companheiro e família, durante o trabalho de parto, o nascimento e logo após; a observação da parturiente durante todo o processo de nascimento, monitorando as condições fetais, e as condições do bebê logo após o parto; a realização de intervenções menores, se necessário (amniotomia e episiotomia, cuidados imediatos ao recém-nascido); a avaliação dos fatores de risco e detecção precoce dos problemas, com encaminhamento da mulher à níveis mais complexos de assistência, se complicações justificarem esta referência.

4.

ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO: ASSUNTO DE INTERESSE DE MÉDICOS... E DE NÃO-MÉDICOS

“Sem a presença e a aprovação da parteira, os obstetras tornaram-se agressivos, tecnológicos e desumanos.”

(G.D. Kloosterman, MD, citado por Sheila Kitzinger, In: The Midwife Challenge)

4.1. Como os não-médicos ajudam a reduzir as intervenções no parto

Nas primeiras décadas deste século, o modelo intervencionista no parto começava a preocupar até mesmo seus principais defensores. Exemplo disso é DeLee, o famoso proponente do fórceps profilático e da episiotomia de rotina. Há mais de setenta anos, ele e outros críticos manifestavam o temor de que as intervenções obstétricas se tornassem *“tão fáceis de serem usadas que poderiam servir para os médicos as empregarem em seus próprios interesses, encurtando o parto e ganhando tempo”* (Ansbach, 1921; Holmes, 1921).¹⁶⁶ Nada poderia ser mais premonitório; ou alguém pode negar que a obstetrícia foi transformada em um grande negócio?

Em anos recentes, a profissão dos gineco-obstetras tem estado sob o ataque de muitas mulheres que dela se serviram. As mesmas que no século XIX e início do século XX, apressavam o ingresso da medicina aos aposentos da parturiente para tornar o parto mais seguro, agora resistem à medicalização da experiência de dar à luz. Elas acusam o modelo médico, de

¹⁶⁶citados por SUMMEY, HURST. *Women & Health*, 1986. p. 139.

doença e intervenção, de ter pervertido o modelo da parteira, de suporte e assistência. Janet Balaskas, uma das líderes do movimento de "parto ativo", lamenta que em alguns hospitais, *"o parto se tornou uma extração vaginal ou abdominal dentro de uma linha de produção. Como consequência muitas mulheres são colocadas totalmente à distância de sua própria capacidade inata de dar à luz, e as obstetritzas estão perdendo suas habilidades à medida que passam a depender mais da tecnologia..."*¹⁶⁷

O movimento do parto ativo liderado por Balaskas teve lugar nos fins da década de 70, ao norte de Londres, Inglaterra. Mulheres conscientes das vantagens do parto ativo, começaram a dar à luz no plano vertical, nos hospitais da região. Algumas conseguiram e foram encorajadas pelos obstetras, outras encontraram forte oposição. Como resultado do conflito, o parto ativo foi proibido nos hospitais. Em 1982, o Movimento pelo Parto Ativo foi fundado, e um comício, denominado "Comício pelo direito de parir" reuniu 6.000 pessoas que protestavam contra os hospitais que negavam às mulheres o direito e a liberdade de se movimentar durante o trabalho de parto, e dar à luz na posição vertical, de cócoras ou de joelhos, apesar das evidências sobre suas vantagens. Um manifesto foi redigido na ocasião, o *Manifesto do Parto Ativo*, e o movimento não precisou de outras demonstrações, pois os hospitais da cidade de Londres e imediações, gradualmente, ajustaram-se ao clima de mudanças.

As parteiras inglesas têm se empenhado na produção de um saber que contribua para a reavaliação das tecnologias adotadas no parto. Kitzinger lembra que uma parteira inglesa, Mona Romney (1981) analisou a prática rotineira da tricotomia perineal, descobrindo que, além de não contribuir para manter o períneo mais asséptico, causava abrasões pelas quais os microrganismos poderiam ser inoculados.¹⁶⁸ Outra parteira inglesa, Jenny Sleep (1984), conduziu um ensaio clínico da episiotomia, estudo que revelou que não havia vantagens da episiotomia sobre a laceração de II grau, e ocorria menos trauma perineal quando a episiotomia era adotada de modo restrito.¹⁶⁹

¹⁶⁷BALASKAS. *Parto ativo; guia prático para o parto natural*, 1993. p.12.

¹⁶⁸ROMNEY, Mona L. Pre-delivery shaving: an unjustified assault? *J Obst Gynecol* . v.1, p 33-5, 1981, citada por KITZINGER. *The Midwife Challenge*, 1988. p. 17.

¹⁶⁹SLEEP, Jenny et al. West Berkshire perineal management trial. *Br Med J*. v.289, p 507-9, 1984, citada por KITZINGER, op. cit. p. 17.

A episiotomia, incisão realizada no períneo para ampliar o espaço de saída do feto, é procedimento dos mais comuns em obstetrícia, superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical.¹⁷⁰ A técnica foi mencionada inicialmente no século XVIII, e os primeiros escritos sobre a realização da episiotomia pelo inglês Sir Fielding Ould, datam de 1741. Em 1799, Michaelis fez a descrição da incisão média. E em 1810 encontra-se a primeira publicação da técnica em um jornal médico.¹⁷¹

O uso da episiotomia cresceu em paralelo ao do hospital como local para a mulher dar à luz. Em 1920, DeLee publicou seu famoso trabalho sobre o uso profilático do fórceps, onde advogou a realização rotineira de episiotomia. Graham e Catanzarite consideram que o trabalho de DeLee exerceu uma profunda influência no modo como os obstetras passaram a ser treinados desde então. As discussões científicas que se seguiram tinham como foco de preocupação *qual o melhor tipo* de episiotomia, se mediana ou médio-lateral, e não se a episiotomia de rotina seria necessária.¹⁷² No Brasil, a episiotomia é realizada em praticamente todas as primíparas que têm parto hospitalar.

Em estudos comparativos, a maior ou menor taxa de episiotomia em primíparas é associada a duas variáveis consideradas as mais importantes: 1) *a posição da mulher no parto*, e 2) *o tipo de profissional que assistiu a ela*. As posições horizontais no parto são usadas para tornar mais fácil ao médico fazer seu trabalho. Admite-se que foi o obstetra francês Mauriceau, o primeiro a encorajar as mulheres a adotarem a postura em decúbito dorsal no parto. Esta posição ficou conhecida como *posição francesa*, em contraste com a postura deitada em decúbito lateral, utilizada na Inglaterra e conhecida como *posição inglesa*.

De acordo com Kitzinger, a posição inglesa tradicional para dar à luz derivou da reserva feminina em deixar um homem ver-lhe o corpo, dado que nesta posição, a mulher estava de costas para o médico, e ele não precisava

¹⁷⁰GRAHAM. *Soc Sci Med.*, 1990.

¹⁷¹THACKER, BANTA. *Obst Gynec Surv.*, 1983.

¹⁷²GRAHAM. *op. cit.*

ver-lhe o rosto.¹⁷³ No caso da posição deitada ou reclinada, quando esta foi proposta no século XVII, era apenas para o momento do parto. Susanne Arms, citada por Kitzinger, registra que esta posição começou a ser adotada no reinado de Luís XIV, quando os obstetras convenceram as amantes do rei a dar à luz deitadas em mesas, de modo a que aquele, escondido atrás de uma cortina, pudesse ver tudo.¹⁷⁴ Nos séculos subseqüentes, a posição foi adotada também no trabalho de parto, principalmente quando a assistência à parturiente se deslocou para o hospital. Com a introdução de muitas intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, como o monitoramento fetal, a infusão endovenosa de fluidos e medicamentos, e a anestesia peridural, aumentaram as vantagens de se manter as mulheres deitadas e estáticas ao longo desta fase.¹⁷⁵

No Brasil, Paciornick foi o pioneiro na experiência do parto de cócoras em mulheres urbanas, e nas que assistiu, a episiotomia foi realizada em 50% das nulíparas que adotaram a posição deitada na hora do parto, contra apenas 9% nas que ficaram de cócoras. O estudo envolveu 11.100 partos ocorridos em sua clínica de Curitiba- PR, ao longo de um período de 12 anos. O períneo se manteve íntegro em 27% das nulíparas do grupo de cócoras, e em 15% das nulíparas deitadas. Nas nulíparas de cócoras, foi maior a incidência de roturas perineais de pouca significância (I grau).¹⁷⁶ Nos Estados Unidos, Olson e colaboradores conduziram um estudo retrospectivo que envolveu 335 partos, 222 deles (66%) de múltiparas, acompanhadas por médicos de família de uma comunidade rural no Noroeste de Wisconsin, nos anos de 1980 a 1988. Os autores constataram que a posição semi-sentada foi a preferida pelas mulheres (44%); em 30% delas, o períneo se manteve íntegro, e a episiotomia foi realizada em 44% das mulheres. Nas múltiparas, houve uma relação estatisticamente significativa entre posição no parto e preservação do períneo,

¹⁷³KITZINGER. *Mães; um estudo antropológico da maternidade*, 1978, p. 97.

¹⁷⁴ARMS. *The Immaculate Deception*, Boston: Houghton Mifflin, 1975, citada por KITZINGER. op. cit.

¹⁷⁵DUNN. Posição materna durante o parto; aspectos históricos e antropológicos. In: SABATINO et al. *Parto Humanizado: formas alternativas*, 1992. p. 27-30

¹⁷⁶PACIORNICK. Análise perinatal de 11.100 casos de partos de cócoras. In: SABATINO et. al. , op. cit. p. 149-59

com resultados superiores para a posição semi-sentada, sobre a deitada na mesa de parto.¹⁷⁷

Na Suécia, Rockner e Olund estudaram as variações no emprego de episiotomias em diferentes serviços de obstetrícia. Enviaram questionários a todos os serviços do país, abrangendo informações referentes a um mês de atendimento, no ano de 1989. As seguintes informações foram solicitadas: frequência e tipo de episiotomia, material de sutura e técnicas, política do hospital para as episiotomias e posição mais comum no parto. Das 3.941 primíparas que deram à luz no período, 1.180 (29,9%) foram episiotomizadas; a utilização do procedimento variou de hospital para hospital; a política de uso rotineiro da episiotomia foi encontrada em 23 dos 65 hospitais investigados e a prevalência de episiotomias foi maior naqueles que adotavam a posição litotômica, e menor nos que admitiam as posições alternativas.¹⁷⁸ Lyndon-Rochelle e colaboradores em estudo de coorte realizado no Novo México, também encontraram uma associação significativa entre a adoção de outras posições que não a litotômica, e menores taxas de episiotomias.¹⁷⁹

A respeito da posição litotômica, na interpretação antropológica de Davis-Floyd, por ela se completa o processo de inversão simbólica da mulher, que passa de um estado de autonomia e privacidade, para o de dependência e completa exposição. Com tal ritual expressa-se e reforça-se sobre a mulher o poder masculino e o da sociedade, no próprio momento de sua transformação individual. Os campos estéreis com os quais ela é coberta do joelho às pernas delimitam, simbolicamente, as fronteiras do individual e do social, e seu bebê, *produto da sociedade*, puro e limpo, deve ser protegido da sujeira de seu corpo e de sua sexualidade. Realizando a episiotomia na maioria das pacientes, reforça-se nos médicos residentes a noção de que o parto é *um procedimento cirúrgico*.¹⁸⁰

¹⁷⁷OLSON et al. *J Fam Pract.*, 1990.

¹⁷⁸LYDON-ROCHELLE et al. *J Nurs Midw.*, 1995.

¹⁷⁹ROCKNER, OLUND. *Acta Obst Gynecol Scand.*, 1991.

¹⁸⁰DAVIS-FLOYD. *Med Anthropol.*, 1987. p. 294.

As taxas de episiotomias variam de acordo com o tipo de profissional presente no parto. Em estudo retrospectivo, Hueston e Rudy, nos anos de 1990 e 1991, no Kentucky, EUA verificaram que as *nurse-midwives* eram mais receptivas ao parto normal em primíparas, e faziam menos episiotomias quando comparadas a médicos de família.¹⁸¹ Graham e colaboradores no Novo México, EUA verificaram que os mais favoráveis à episiotomia de rotina eram os obstetras e clínicos, e as menos favoráveis, as *nurse-midwives* e parteiras.¹⁸² Para muitas parteiras, saber evitar as episiotomias é motivo de orgulho profissional. No Japão, segundo fui informada, a boa parteira é avaliada, entre outras coisas, pela perícia em manter os períneos íntegros. No Brasil, as enfermeiras obstétricas são treinadas dentro da política da episiotomia de rotina, o que não as conduz a aperfeiçoar tecnologias que mantenham o períneo íntegro. Ao contrário, a execução das técnicas de episiotomia e episiorrafia tendem a ser colocadas como o ponto culminante do treinamento de nossas enfermeiras obstétricas.

Mesmo sendo de pouca significância, as roturas espontâneas que acontecem na ausência de episiotomias costumam suscitar especulações sobre se não teria sido melhor ter feito a episiotomia. Durante muito tempo, a laceração do períneo foi vista como o símbolo da má assistência das parteiras. Muitos obstetras chegavam a propalar que, *quanto maior a episiotomia, melhor o obstetra*. Mais recentemente, trabalhos comparando as vantagens e desvantagens da episiotomia e da laceração espontânea do períneo vêm revolucionando esta noção.

Até onde se tem conhecimento as seqüelas a longo prazo, como a incontinência urinária e a dispareunia pós-parto, independem do uso restrito ou liberal da episiotomia.¹⁸³ Larsson e colaboradores, na Suécia, encontraram um aumento significativo na taxa de infecção no grupo de episiotomizadas (10,2%), quando comparadas às que tiveram laceração espontânea (2,4%). Em *follow-up* realizado 8 a 12 semanas após o parto, verificaram, entre as

¹⁸¹HUESTON, RUDY. *J Fam Practice*, 1993.

¹⁸²GRAHAM et al. *Soc Sci Med.*, 1990.

¹⁸³THIRANOV et al. *Acta Obst Gynecol Scand.*, 1990.

episiotomizadas, uma maior incidência de transtornos na recuperação do períneo: cicatrizes, assimetrias e dor perineal à palpação.¹⁸⁴

Rockner e colaboradores, usando cones vaginais de diferentes pesos, avaliaram os efeitos da episiotomia médio-lateral sobre o grau de relaxamento do assoalho pélvico. As mulheres foram divididas em três subgrupos: as que foram submetidas à episiotomia médio-lateral, as que tiveram laceração espontânea, e as que mantiveram o períneo íntegro. Maior relaxamento do assoalho pélvico foi observado entre as episiotomizadas. Nos subgrupos de laceração espontânea e períneo íntegro não houve diferenças significantes. Os autores lembram que as episiotomias foram realizadas a partir de uma indicação médica, para facilitar o segundo estágio do parto; tratavam-se, portanto, de partos mais traumáticos que os que compunham os demais subgrupos.¹⁸⁵

Admite-se que a episiotomia, além de provocar maior perda sanguínea, não previne ulteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo, em alguns casos, aumentá-los. No Canadá, Klein e colaboradores compararam as conseqüências em mulheres que receberam e nas que não receberam episiotomia mediana, no pós-parto e três meses depois, para as variáveis *dor perineal*, *função do assoalho pélvico*, *função urinária* e *sexual*. Tratou-se de uma coorte de parturientes de três hospitais, 356 primíparas e 341 múltiparas. Os autores concluíram que a morbidade perineal e do assoalho pélvico foi maior entre as mulheres submetidas a episiotomia mediana, em relação às que mantiveram o períneo intacto ou que tiveram laceração espontânea do períneo. A episiotomia mediana foi mais frequentemente relacionada a lacerações de terceiro e quarto graus. Os profissionais que realizavam mais episiotomias, também faziam com maior freqüência outros tipos de intervenções. Os autores concluíram que a episiotomia deveria ser adotada com restrição, apenas nos casos onde houvesse específicas indicações materna e ou fetais.¹⁸⁶

¹⁸⁴LARSSON et al. *Gynecol Obst Invest.*, 1991.

¹⁸⁵ROCKNER et al. *Acta Obst Gynecol Scand.*, 1991.

¹⁸⁶KLEIN et al. *Am J Obstet Gynecol.* 1994.

Na experiência argentina, taxas de episiotomias acima de 30% não mais se justificariam.¹⁸⁷ Para Henriksen e colaboradores na Dinamarca, a episiotomia deveria ser realizada em apenas 20% dos partos espontâneos. Esses autores desenvolveram, nos anos de 1989 e 1990, um estudo observacional de base populacional. As parteiras foram classificadas em três grupos, de acordo com suas taxas de episiotomias: 1) *parteiras com baixas taxas* (média de 22%), 2) *parteiras com taxas médias* (40%), e 3) *parteiras com altas taxas* (55%). Foram estudados os resultados em 2.188 mulheres com gestação única e apresentação de vértice, com parto espontâneo. As parteiras ignoravam ser objeto de investigação. A distribuição por paridade, idade materna, peso ao nascer, idade gestacional ao parto, e duração da primeira e segunda fase do trabalho de parto não diferiram entre elas. Aproximadamente 45% das parturientes eram primíparas. A taxa global de episiotomias foi 37,3%. As mulheres assistidas por parteiras com baixas taxas conservaram, com maior frequência, o períneo íntegro (37,5%, contra 25,5% dos demais grupos). Lesões do esfíncter anal foram três vezes mais frequentes em parturientes com episiotomia.¹⁸⁸

Na Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, de 122 partos de cócoras assistidos entre junho de 1995 a junho de 1996, 46% deles por enfermeiras obstétricas, a episiotomia foi realizada em 38,5% das parturientes. A duração do período expulsivo foi inferior a 60 minutos em 100% dos casos. Em 77%, foi inferior a 15 minutos. Não houve nenhuma complicação infecciosa. Cabe destacar que 50% das mulheres eram nulíparas. A rotura perineal de I grau ocorreu em 49% das parturientes sem episiotomia, de II grau, em 9%, e de III grau, em 1%. Permaneceram com o períneo íntegro, 35% das mulheres. Os resultados perinatais foram comparáveis aos recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde.¹⁸⁹

A lógica de se fazer uma episiotomia seria idêntica a de cortar um pano esticado: quando o corte é feito no meio, abre-se mais facilmente o caminho para que o tecido se rasgue totalmente. Sob esta ótica, a episiotomia aumentaria as chances de lesões do esfíncter anal, em relação à rotura

¹⁸⁷ROUTINE... *Lancet*, 1993.

¹⁸⁸HENRIKSEN et al. *Br J Obst Gynaecol*. 1992.

¹⁸⁹DIAS, DOMINGUES. *Parto de cócoras; resultados da assistência prestada na Maternidade Leila Diniz*, 1996.

espontânea do períneo. Borgatta e colaboradores analisando os partos assistidos em um hospital-escola no período de 1983-1985, no Bronx, Nova Iorque constataram que lacerações profundas de períneo ocorreram em maior número em mulheres episiotomizadas, e também nas que foram restringidas nas pernas (estribos).¹⁹⁰ E uma das conclusões a que Oakley e colaboradores, da Universidade de Michigan, EUA chegaram comparando os resultados dos cuidados prestados por *nurse-midwives* e por obstetras, em um centro hospitalar, foi a maior taxa de lacerações perineais de terceiro e quarto graus nas mulheres atendidas por obstetras (23% para os obstetras, e 7% para as *nurse-midwives*), bem como de abrasões no recém-nascido (7 versus 4%).¹⁹¹

Nos Estados Unidos, Formato, uma *nurse-midwife*, descreve os resultados pessoais de acompanhamento de 100 partos domiciliares onde a episiotomia profilática não foi realizada. Os nascimentos ocorreram na cidade de Nova York durante os anos de 1978 a 1982. Dos 100 casos estudados, 56 eram primíparas. Nenhuma mulher apresentou laceração de terceiro ou quarto grau; 67 mantiveram o períneo intacto, e em 83% dos casos de laceração não houve necessidade de reparo (laceração de I grau).¹⁹²

Cochrane, na Inglaterra, sugere algumas medidas para evitar ou minimizar o trauma perineal e as episiotomias desnecessárias. Quando a mulher é ajudada a familiarizar-se com sua própria anatomia e com o processo de nascimento, torna-se mais apta a explorar seus medos em um ambiente não ameaçador. O preparo para o parto deveria incluir o ensino de massagens perineais, a aplicação generosa de óleos, a realização de exercícios que solicitem a musculatura do assoalho pélvico. Durante o parto, a redução da ansiedade ajuda a mulher a manter o domínio da situação. Exames vaginais freqüentes são traumáticos e inoportunos, e devem ser evitados. Na fase ativa do trabalho de parto, a mulher precisa ser encorajada a deambular, aproveitando adequadamente as contrações uterinas. No segundo período do parto, a liberação brusca da cabeça fetal aumenta o risco de trauma perineal. É momento de orientar a mulher a liberar lentamente a cabeça fetal,

¹⁹⁰BORGATTA et al. *Am J Obstet Gynecol.*, 1989.

¹⁹¹OAKLEY et al. *Obst Gynecol.*, 1996.

¹⁹²FORMATO. *J Nurs Midw.*, 1985.

por meio de respiração apropriada. É útil que se adote a posição mais confortável e que melhor proteja o períneo, a posição lateral, ou de cócoras.¹⁹³

Não há evidências capazes de sustentar que massagens perineais possam ter algum efeito na preservação dessa região. Estudos nessa linha estão sendo conduzidos por enfermeiras, como Melissa Avery e Barbara Burkett, duas *nurse-midwives* norte-americanas que compararam dez gestantes, nulíparas e multíparas, que realizaram massagens perineais nas seis últimas semanas da gestação, e dez do grupo controle. A massagem foi realizada com azeite de oliva ou creme com vitamina E; com movimentos em "U", o períneo foi distendido até se criar uma sensação levemente aquecida. Nas dez mulheres do grupo da massagem, o períneo permaneceu intacto em nove. No grupo controle, apenas duas mantiveram o períneo íntegro. Episiotomia ou laceração ocorreu em uma mulher do grupo da massagem, e em oito do grupo controle.¹⁹⁴ Um grande número de variáveis não foram controladas, como a posição da mulher no parto, o uso de técnicas de "pushing" e as habilidades de quem assistiu as mulheres. Mesmo assim, os resultados foram provocadores e outros estudos nessa linha deveriam ser encorajados.

Na Inglaterra, com em várias outras partes do mundo, as taxas de episiotomias vêm caindo.¹⁹⁵ Além do decréscimo das episiotomias, outros procedimentos, como a rotura artificial das membranas ovulares, os enemas e as tricotomias estão diminuindo.¹⁹⁶ O medo do trauma perineal, presente no imaginário de médicos, parteiras e parturientes, contribuiu para a realização de um considerável número de episiotomias desnecessárias, e é tempo de se lançar um novo olhar sobre a questão.

Outra intervenção adotada como prática "de hábito" é a operação cesariana. O fenômeno da elevação das taxas de cesarianas foi bastante explorado na literatura internacional, e a motivação econômica que subjaz a isto é indiscutível. Tussing e colaboradores, em estudo retrospectivo de base

¹⁹³COCHRANE. *Nurs Times*, 1992.

¹⁹⁴AVERY, BURKETT. *J Nurs Midw.*, 1986.

¹⁹⁵EAST & WEBSTER. *Midwifery*, 1995.

¹⁹⁶FLEISSIG. *Br Med J.*, 1993.

hospitalar realizado em 1986, no Estado de Nova York confirmaram a hipótese de que os obstetras tendem a deliberar pela cesariana como estratégia para administrar melhor seu próprio tempo, ou seja, atendendo mais um interesse econômico pessoal.¹⁹⁷ Gould e colaboradores, nos anos de 1982-1983, em uma coorte de recém-nascidos na Califórnia, estratificados socialmente segundo o local do domicílio, confirmaram a relação direta entre renda familiar mais elevada e maiores taxas de cesarianas.¹⁹⁸

No Brasil, Rattner fez uma elaborada análise da associação entre a prática de cesarianas e o desenvolvimento social e econômico das regiões investigadas. A autora apontou uma estabilização das taxas de cesarianas em hospitais públicos, filantrópicos e universitários estando a tendência crescente concentrada em hospitais privados. O limite proposto pela Organização Mundial da Saúde é 10 a 15%, aceitando-se variações entre 10 e 18%, mas não ultrapassando 20%. Em nenhuma das regiões de saúde estudadas, as taxas foram menores que 20%, mas os hospitais privados ultrapassaram em muito esse limite. Rattner encontrou uma associação significativa entre taxas de cesarianas e desenvolvimento econômico regional, e especula se a cesariana não teria perdido seu caráter de procedimento médico, assumindo o de atividade lucrativa, transformada em um *bem de consumo*.¹⁹⁹

Silver, em estudo de âmbito nacional, usando o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), registrou a concentração de cesarianas nos dias de segunda a sexta-feira, confirmando a prática de cirurgias marcadas, financiadas pelo SUS. A taxa média nacional de cesarianas encontrada foi de 32,1%, em um universo de 693.482 partos, referente a três meses de atendimento. O Estado de Mato Grosso do Sul apareceu no limite superior, com 50,19% de cesarianas e o do Amapá, no inferior, com 9,11% (Tabela 1). Relativamente, o Brasil gasta muito com a saúde materna. No levantamento de 1996, do Ministério da Saúde, das doenças responsáveis pelos maiores gastos globais com internação, as

¹⁹⁷TUSSING et al. *Medical Care*, 1992.

¹⁹⁸GOULD et al. *N Eng J Med.*, 1989.

¹⁹⁹RATTNER. *Rev Saúde Publ.*, 1996.

"complicações do trabalho de parto" (incluindo os abortamentos) apareceram em terceiro lugar, perdendo apenas para doenças psiquiátricas e cardíacas.²⁰⁰

Tabela 1. Taxas de cesarianas em partos financiados pelo SUS, por Unidade da Federação, dezembro 1994 - fevereiro de 1995.²⁰¹

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	TAXA DE CESARIANAS (%)	NÚMERO DE PARTOS
Mato Grosso do Sul (MS)	50,19	10.238
Mato Grosso (MT)	49,43	10.519
Goiás (GO)	47,61	18.949
São Paulo (SP)	41,30	116.976
Paraná (PR)	39,62	43.664
Minas Gerais (MG)	38,41	75.728
Rio de Janeiro (RJ)	36,88	51.275
Espírito Santo (ES)	35,82	12.733
Paraíba (PB)	35,78	17.010
Santa Catarina (SC)	34,99	21.013
Rio Grande do Sul (RS)	33,30	39.118
Rondônia (RO)	29,43	6.229
Piauí (PI)	28,43	15.693
Tocantins (TO)	28,10	5.512
Pará (PA)	24,10	26.439
Amazonas (AM)	22,64	11.148
Distrito Federal (DF)	22,44	10.083
Ceará (CE)	22,26	39.998
Rio Grande do Norte (RN)	21,64	13.782
Pernambuco (PE)	21,60	35.169
Maranhão (MA)	20,63	27.961
Roraima (RR)	19,49	1.601
Sergipe (SE)	17,50	8.839
Bahia (BA)	17,37	56.060
Acre (AC)	17,14	2.165
Alagoas (AL)	16,73	14.219
Amapá (AP)	9,11	1.361

²⁰⁰BRASIL. Ministério da Saúde. *A saúde no Brasil*, 1997, p. 18-19.

²⁰¹SILVER. *Monitoramento e Avaliação Rotineira da Qualidade e Distribuição da Assistência Obstétrica Hospitalar*, 1996. p. 24-25.

Pelos cálculos efetuados por Faúndes e Cecatti, o custo de um parto cesariano é 50% maior que o de um normal (US\$ 48,00 para o parto normal, e US\$ 96,00 para a cesariana). Para uma taxa de cesarianas de 15%, o excedente de operações desnecessárias oneraria os cofres públicos em cerca de 100 milhões de dólares ao ano (80% do pagamento dessa assistência é financiada pelo SUS). Cada 1% a mais de cesarianas desnecessárias produz 5,2% de prematuros iatrogênicos, que irão requerer uma assistência neonatal intensiva por algum tempo, e um cuidado semi-intensivo ainda mais longo. Sem contar a taxa e duração reduzida do aleitamento materno.²⁰² Silver chegou a estimativas parecidas, calculando que o SUS gastou desnecessariamente, em 1995, um valor entre R\$ 17,8 milhões a R\$ 83,4 milhões, equivalente a algo em torno de 120.000 a 558.000 cirurgias desnecessárias, dependendo da taxa de cesarianas usadas como referência, os 12% recomendado pela OMS, ou os 32%, da média nacional.

Mesmo existindo uma clara distribuição diferencial das taxas de cesarianas nas classes sociais, o fenômeno aqui é de tal forma generalizado e descontrolado e não mais se restringe às mulheres das classes elevadas. Entre as das classes populares, igualmente verifica-se uma tendência ascendente, em boa parte pela mais freqüente associação de cesariana e ligadura tubária. Berquó vem incisivamente denunciando esta associação, pelo impacto demográfico que a adoção em massa de métodos irreversíveis de regulação da fertilidade possa provocar. Dados de esterilizações femininas no Nordeste mostram que 19% das mulheres já estavam esterilizadas antes dos 25 anos, em 1991. Cinco anos antes, essa taxa era de apenas 5%. Assim, 54% das mulheres esterilizadas do Nordeste o foram nos últimos cinco anos. Em São Paulo, essas taxas ascenderam em proporções mais modestas, de 3%, em 1986, para 10%, em 1992.²⁰³

A ligadura tubária, cujas repercussões remotas sobre a saúde da mulher é desconhecido, reflete os precários programas de regulação da fertilidade nacionais. Intervalos interpartais muito curtos, gestações não planejadas e muitas vezes não desejadas, cesarianas de repetição abrem caminho para a esterilização cirúrgica de mulheres extremamente jovens. A cesariana nas

²⁰²FAÚNDES, CECATTI. *Cad Saúde Pública*. 1991.

²⁰³BERQUÓ. *Estudos Feministas*, 1993.

parturientes adolescentes, antes de ser uma imposição biológica, resulta de um modelo de acompanhamento ao parto extremamente distóxico e mal suportado mesmo por mulheres mais maduras e melhor preparadas. Globalmente, as taxas operatórias não apresentam tendência de queda. No Brasil, enquanto a questão das elevadas taxas se concentrava nas classes mais elevadas, o impacto sobre a mortalidade materna era menos dramático. Com a difusão da tendência operatória nas classes populares, uma das primeiras consequências foi o aumento da morbimortalidade infecciosa, reconhecidamente maior nesses grupos, por uma interação de fatores que não cabe aqui discutir.

A comparação entre os coeficientes de mortalidade materna nas operações cesarianas e nos partos vaginais é bastante dificultada em nosso meio pela baixa fidedignidade dos registros oficiais. Tanaka lembra que a baixa qualidade do registro das causas de óbito constitui um obstáculo, e não apenas no Brasil, para uma avaliação precisa da magnitude do problema da mortalidade materna. A autora lembra que em pesquisas realizadas em algumas cidades brasileiras desde a década de 60, não apenas se desconhecia se a mulher morreu em consequência de problemas com a gestação, parto e puerpério, como nem a *real* causa de falecimento era devidamente declarada.²⁰⁴

Procurando atualizar a questão do risco isolado da operação cesariana sobre a morbimortalidade materna, Petitti não encontrou diferenças significantes nos coeficientes de mortalidade materna nos partos vaginais e cesarianas, em comparações internacionais. Entretanto, a morbidade infecciosa foi mais frequente entre as mulheres cesariadas.²⁰⁵ No Brasil, a morbidade infecciosa que se segue à operação cesariana é expressiva, e sua magnitude pode, virtualmente, alterar a ordem das principais causas de morte materna. No estudo de Silver, sem considerar o risco isolado da operação, a mortalidade materna foi três vezes superior nas cesarianas.²⁰⁶

²⁰⁴TANAKA. *Situação da Mortalidade Materna no Brasil*, 1993.

²⁰⁵PETITTI. *Clin Obstet Gynecol.*, 1985.

²⁰⁶SILVER. *Monitoramento e Avaliação Rotineira da Qualidade e Distribuição da Assistência Obstétrica Hospitalar*, 1996. p. 148.

E qual é a influência da variável *prestador de cuidados*, nas diferenças de taxas operatórias? Nessa linha, procedemos a uma revisão bibliográfica do assunto, em artigos disponíveis na literatura de língua inglesa. Hueston e colaboradores, em estudo já mencionado, encontraram diferenças não apenas em relação à maior frequência de episiotomias entre as mulheres atendidas por médicos, mas também de operações cesarianas.²⁰⁷ A comparação de taxas de cesarianas de médicos e não-médicos é sempre polêmica; Chambliss e colaboradores, na Califórnia, defendem que nestes tipos de comparações, os médicos acabam tendo maiores taxas porque recebem parturientes com maiores riscos.²⁰⁸ A comparação deve ser de grupos idênticos de parturientes, isto é, com chances iguais de evoluir para o parto normal ou cesariana.

Turan e Kutlay, na Turquia analisaram os resultados das taxas operatórias em 1.668 partos de gestantes de baixo risco, atendidas por parteiras e médicos residentes. Embora as características das pacientes assistidas não apresentassem diferenças significantes nos dois grupos, em relação às variáveis de risco, as taxas de cesarianas foram três vezes maiores no de residentes. Os resultados perinatais não diferiram nos dois grupos.²⁰⁹

Entre as variáveis que influem nas taxas operatórias em mulheres de baixo risco, está a participação ativa da mulher no trabalho de parto. A posição vertical durante o trabalho de parto é associada a um encurtamento do primeiro período clínico do parto, e pode ser indicada como alternativa ao uso do hormônio sintético (ocitocina), na promoção de um padrão de contração uterina adequado. Read e colaboradores, em Los Angeles, Califórnia conduziram um ensaio clínico envolvendo 14 parturientes na fase ativa do trabalho de parto, que mostraram parada de progressão de uma ou mais horas, e nas quais as contrações uterinas foram avaliadas como inadequadas, ou insuficientes. As mulheres foram designadas aleatoriamente para um ou outro grupo, das que receberiam ocitocina, e das que deambulariam. Todas estavam com as

²⁰⁷HUESTON, RUDY. *J Fam Practice*, 1993.

²⁰⁸CHAMBLISS et al. *Obst Gynecol.*, 1992.

²⁰⁹TURAN, KUTLAY. *Eur J Obstet Gynecol & Reprod Biol.*, 1995.

membranas ovulares rotas. Os autores concluíram que a *deambulação* é tão efetiva quanto o uso de ocitocina, nesses casos.²¹⁰

Díaz e colaboradores, em estudo multicêntrico retrospectivo realizado em 11 maternidades da América Latina, e envolvendo 369 partos normais, concluíram que se a parturiente permanecer em posição vertical durante o primeiro estágio do trabalho de parto - fase de dilatação cervical - a duração deste estágio era encurtada em cerca de 25%, podendo chegar a 34% em nulíparas; além disso, a incidência de fórceps diminuiu. Os resultados perinatais não apresentaram diferenças significantes entre as que permanecem deitadas e as que ficaram em pé.²¹¹

Albers e colaboradores também encontraram menores taxas de partos operatórios em mulheres que deambularam durante o trabalho de parto.²¹² Nos centros de nascimento conduzidos por *nurse-midwives* pratica-se o uso liberal da deambulação no intraparto, e a enfermeira permanece em tempo integral ao lado da mulher. Isto explica por quê as taxas de cesarianas nesses centros são tão baixas, ao redor de 2%.²¹³ Mesmo em outros ambientes, a taxa de cesarianas em mulheres acompanhadas pelas *nurse-midwives* é mais baixa que a dos médicos. Butler e colaboradores, confirmaram essa associação, em um hospital-escola sediado na Califórnia. Novamente a liberalidade na deambulação no intraparto e a presença do prestador de cuidado em tempo integral ao lado da mulher, explicaram as diferenças nas taxas operatórias.²¹⁴

Lorna G. Davis e colaboradores no período de 1987 a 1990, em Chicago, EUA compararam todos os partos classificados como de baixo-risco assistidos por *nurse-midwives* e por obstetras, em um serviço hospitalar privado. As variáveis investigadas foram: taxa de cesarianas, uso de ocitocina, analgesia e anestesia, e resultados perinatais. De um total de 573 pacientes assistidas por *nurse-midwives*, e de 12.077 assistidas por médicos, foram

²¹⁰READ et al. *Am J Obst Gynecol.*, 1981.

²¹¹DÍAZ et al. *Eur J Obstet Gynecol & Reprod Biol.*, 1980.

²¹²ALBERS et al. *J Nurs Midw.*, 1997.

²¹³CHAMBLISS et al. *Obst Gynecol*, 1992.

²¹⁴BUTLER et al. *Am J Obstet Gynecol.*, 1993.

excluídas aquelas portadoras de complicações reconhecidas como capazes de aumentar o risco de cesariana. Ao final, foram comparadas 529 pacientes das *nurse-midwives* (8% de exclusão), e 8.266 pacientes dos médicos obstetras (32% de exclusão). Os autores concluíram que as pacientes das *nurse-midwives* apresentaram taxas significativamente menores de cesarianas (8,5%, contra 12,9% dos médicos), e de partos vaginais operatórios (5,3%, contra 17%). Também a anestesia peridural e analgesia foram usadas com menor frequência entre as pacientes das *nurse-midwives*. Os resultados perinatais nos dois grupos foram estatisticamente iguais.²¹⁵

Em geral, as mulheres não apreciam permanecer estáticas, deitadas no leito. Um dos fatores que restringem a livre movimentação delas é a postura da equipe frente a isso. No trabalho de investigação que Kitzinger realizou em uma grande maternidade jamaicana, a autora observou que havia uma luta constante entre as parturientes e as parteiras, querendo as primeiras levantar-se, para se agacharem ou balançarem a pélvis para a frente e para trás, e as segundas, querendo mantê-las na cama, onde deveriam deitar-se, sossegadas e quietas. Uma freira da classe média que estava de serviço na sala de parto, embarçada por ela, Kitzinger, uma pessoa de fora, estar assistindo a isto, disse-lhe: *'Não sei como aguenta ver isso. Elas são como animais'...*” Kitzinger notou que os movimentos executados pelas parturientes eram percebidos pelos membros da equipe como não adequados a um código de comportamento de classe média branca, e sentiam-se envergonhados.²¹⁶

A presença de uma pessoa que ofereça suporte emocional e encoraje a parturiente, a *doula*, também ajuda a reduzir as taxas de cesarianas. A palavra grega *doula* se refere à mulher experimentada, que guia e ajuda a nova mãe nas tarefas com seu recém-nascido. Kennel e Klaus realizaram uma série de estudos comprovando que a presença da *doula* encurtava a duração do trabalho de parto, e reduzia a necessidade de cesarianas e outras intervenções. No estudo realizado nos Estados Unidos, os autores analisaram os efeitos da doula sobre o trabalho de parto e parto de 212 nulíparas saudáveis, atendidas em hospital de Houston, Texas que foram comparadas com 200 nulíparas de um grupo dos observadores. O objetivo deste foi o de se avaliar o efeito da simples presença de um observador, como potencial fonte

²¹⁵DAVIS. J. *Nurs Midw.*, 1994.

²¹⁶KITZINGER. *Mães; um estudo antropológico da maternidade*, 1978. p. 93.

de apoio para a mulher em trabalho de parto. A doula dos autores era uma mulher com experiência bem sucedida de parto, designada para acompanhar a parturiente durante todo o trabalho de parto e parto. A taxa de cesariana no grupo das doulas foi de 8%, contra 13% do grupo de observadores; de anestesia peridural no parto normal, 7,8% para o grupo das doulas, e 22,6% para o grupo de observadores. O uso de ocitocina, a duração do trabalho de parto e o tempo de hospitalização mostraram um padrão similar nos dois grupos. Um terceiro grupo, o de controle, foi montado e neste, a taxa de cesarianas foi de 18%, e de anestesia peridural, 55,3%. Para os autores, a parturiente pode se sentir sozinha e necessitada, mesmo em um ambiente cheio de pessoas e com pessoal qualificado, e talvez isto explique os efeitos benéficos de uma doula que interage, ou de observador que, mesmo não interagindo, se mostra atento. Além disso, a presença de um observador lembrando o tempo todo que a parturiente está fazendo parte de uma pesquisa, pode influenciar a equipe a seguir com mais rigor os protocolos hospitalares relativos às intervenções obstétricas, como uso da ocitocina e anestesia.²¹⁷

Muito se especula sobre o excesso de intervenções no parto, posto que se trata de um processo fisiológico. Por que os médicos apresentam tanta aderência ao modelo do parto tecnológico? LoCicero encontra explicações para o excesso de intervenções no parto, nas contemporâneas contribuições das teorias de gênero. A autora aproxima o hegemônico estilo médico de assistência ao *estilo masculino*, com lógica distinta da feminina. É importante salientar que quando nos referimos ao “estilo masculino”, não estamos nos referindo à categorias sexuais. Homens e mulheres podem comportar estilos masculinos ou femininos; parteiras, médicas obstetras ou enfermeiras podem atuar de modo masculino, assim como médicos obstetras, de modo feminino.

O estilo masculino traz uma lógica que favorece a desconexão e uma relação altamente estruturada e hierarquizada que, antes de inspirar segurança, gera medo, desconfiança e dependência. O estilo cognitivo dos obstetras (e das obstetras) apresenta inúmeros paralelos com os padrões de pensamento masculino, derivados do modelo científico. Isto valoriza a observação objetiva, distanciada e impessoal. No acompanhamento do trabalho de parto, expressa-se pelo apego a regras, a padronização da assistência, a necessidade de

²¹⁷KENNEL, KLAUS. *JAMA*, 1991.

prever tudo, e tomar condutas com base em protocolos, partogramas e similares. As mulheres interpretam essa postura distanciada e impessoal como desinteresse e descaso, exprimindo-se com medo, raiva, insegurança ou ansiedade. Estas emoções interferem negativamente na evolução fisiológica do parto. No desenvolvimento da empatia, o modo masculino de demonstrá-lo é pela postura ativa, de intervenção. O feminino baseia-se mais no envolvimento afetivo e no suporte social; disso resulta que o modelo feminino é menos intervencionista, resolvendo as ansiedades e medos do parto por meio de uma postura solidária e otimista.

Outra dimensão analisada por LoCícero foi a perspectiva moral. O modelo ético masculino de julgamento moral baseia-se predominantemente na justiça e nos direitos. Os direitos do feto são apreciados em oposição aos da mãe. A separação e o distanciamento presentes nesse modelo de julgamento moral, podem conduzir à situações mútuas de mal-entendidos, uma vez que no modelo ético feminino, o julgamento moral baseia-se na solidariedade e na responsabilidade; as necessidades de todos os envolvidos são *simultaneamente* consideradas. Ao modelo feminino são inaceitáveis soluções que impliquem em colocar as necessidades de uma pessoa *sobre* as de outra.

Diferenças no desenvolvimento do *self* também foram analisadas. As mulheres derivam o senso de si mesmas de sua rede de relações, ou do contexto de relações que desenvolvem com os outros. A mulher percebe a si mesma dentro de uma relação com o outro. Enquanto ela se desenvolve no sentido da vinculação, o homem, diversamente, matura o conceito de si com sentimentos de autonomia e independência. Assim, ao médico que não compreende tais processos de desenvolvimento psicossocial, o nascimento é percebido tão somente como um bebê vindo ao mundo. Para a mãe, encerra uma profunda separação biológica, acompanhada de uma dramática reestruturação de seu *self*.²¹⁸

Sabe-se que o excesso de cesarianas também está relacionado ao temor dos obstetras de se envolverem em processos por erro médico. Nos Estados Unidos e Inglaterra, mais de 70% dos obstetras já foram, pelo menos uma vez, processados pelas famílias, de acordo com Wagner, um médico e cientista perinatal especializado em avaliação de serviços maternos. Estudando vinte

²¹⁸LoCICERO. *Soc Sci Med.*, 1993.

casos denunciados de tratamento inadequado de paciente, vindos de várias partes do mundo, ele observou que todos os acusados tinham uma coisa em comum: pelo menos parte de sua prática não era “*de hábito*”. Em outras palavras, o que eles faziam não era o que as autoridades médicas locais mais comumente praticavam. Dos vinte casos estudados, 15 faziam parto domiciliar, três, partos alternativos em centros de nascimento, e apenas dois eram médicos com prática hospitalar.

Wagner lembra que quando se trata de prestador de cuidados não-ortodoxo, excepcionalmente a acusação de erro médico parte da mulher ou de sua família. Nestes casos, a denúncia costuma vir de colegas de profissão com prática ortodoxa.²¹⁹ É possível que praticantes não-ortodoxos negociem mais com as mulheres acerca dos limites de sua ação, compartilhando com elas a responsabilidade pelas decisões que tomarem. Ao contrário, médicos ortodoxos tendem a monopolizar as decisões, informando mal e solicitando pouco a participação da mulher, esquivando-se na autoritária afirmação “eu sei o que é melhor para você”, ou na peremptória “quando menos as mães souberem, melhor”. Nesses casos, o que se estabelece é uma relação meramente comercial.

Em nosso meio, a cultura médica hegemônica defende que “*médico não se arrepende de ter feito uma cesárea, mas muitos se arrependem de terem feito um parto normal*”. O excesso de cesarianas reflete essa concepção. A operação passou a ser a prática “*de hábito*”, e o parto normal fica cada vez menos defensável, na presença de complicações maternas e/ou neonatais. Por outro lado, médicos não são processados quando praticam cesarianas desnecessárias.

Recentemente, estava fazendo compras em uma drogaria, às vésperas de uma viagem a Fortaleza, onde falaria sobre a participação dos não-médicos na humanização da assistência ao parto. Logo às minhas costas, uma mulher em final de gestação, com uma voz queixosa, falava da consulta pré-natal que, aparentemente, acabara de acontecer. Dizia à alguém que suponho seu marido, e que não devia tê-la acompanhado na consulta: “- *não estou sentindo*

²¹⁹WAGNER. *Lancet*, 1995.

confiança em meu médico... Ele disse que se eu 'inventasse' de entrar em trabalho de parto de madrugada, ele não iria, que eu ia passar a noite inteira com dor... Ele acha que é melhor marcar logo a cesárea...", disse ela, perscrutando-o com o olhar. Senti-me tentada a entrar na conversa, mas desisti. O que poderia falar? Encaminhei-me ao caixa, com sentimentos contraditórios. O atendimento estava lento, e o casal postou-se novamente atrás de mim; o assunto continuava: " - o que você acha? *Eu não quero meu parto com ele! Perdi totalmente a confiança nele...*", ao que o suposto marido respondeu, com voz quase exaltada: " - *Pelo amor de Deus, não comece a mudar as coisas agora... Não dá mais tempo de trocar! Você é que anda muito nervosa, se impressionando com tudo! Vai dar tudo certo, você vai ver!*" Notei que ele a abraçava, e beijava-lhe a testa, enquanto ela se calava.

É inegável que está se tornando muito difícil para o médico obstetra acompanhar o trabalho de parto e realizar o parto normal de suas clientes, em maternidades que estão fora do esquema filantrópico ou de ensino. A organização burocrática e a planta física das maternidades privadas comumente são altamente desfavoráveis ao parto normal. O ineditismo do parto normal, em alguns serviços desses serviços, provoca situações cômicas. Recordo-me do relato de uma médica obstetra de Vitória, a respeito do transtorno que causou em uma grande e frequentada maternidade particular da cidade, quando levou sua cliente em fase adiantada do trabalho de parto. Entre outras coisas, a maternidade não dispunha de bandejas para o parto normal, o que obrigou as funcionárias a improvisarem uma, do instrumental da caixa de cesariana.

Nas maternidades privadas, a mulher considera-se paciente do obstetra, nunca da obstetriz. A obstetriz não pode decidir nada sem uma prévia consulta ao médico. A atividade de acompanhamento do trabalho de parto acaba se transformando em uma situação de desprazer para obstetrizes e enfermeiras obstétricas, que vivem "espremidas" entre o obstetra, de um lado, e a mulher e sua família, de outro. Isto talvez explique o teor das entrevistas realizadas junto à algumas dessas profissionais com atuação em maternidades privadas instaladas no município de São Paulo. O assunto parto normal em mulheres diferenciadas foi tratado com certo descaso por uma parte delas, uma coisa de gente esquisita, de "*tigronas*", ou de naturalistas, de "*cabelo debaixo do*

braço". Ou coisa de "*professor de faculdade*".²²⁰ Nessas maternidades, o que estava "fora de hábito", era o parto normal.

²²⁰OSAVA. *Estudo das representações sociais do parto entre enfermeiras de maternidades do Município de São Paulo*, 1990.

4.2. A influência do “ambiente” na evolução fisiológica do parto

No espaço hospitalar, existe uma série de obstáculos para se implantar uma metodologia de assistência que promova o parto normal. A equipe de saúde não aceita com tranquilidade a mobilidade da mulher, e ela própria sente-se pouco à vontade para decidir qualquer coisa a respeito de seu parto. Os médicos encontram-se limitados para vencer as resistências da burocracia hospitalar contra tudo o que é “diferente”, ou “fora de hábito”. É possível imaginar, em maternidades “gigantes” com cerca de mil partos por mês, que não disponham de mais que cinco ou seis leitos de pré-parto, que o parto normal seja uma ocorrência prevista por seus administradores? Será que o médico plenamente convicto das vantagens de um ambiente familiar para a evolução harmônica do parto, é capaz de conseguir que sua cliente dê à luz em seu próprio quarto de hospital, em lugar da sala de parto, sem que sofra terríveis constrangimentos de ordem administrativa, e até de seus colegas neonatologistas?

Esta é a vantagem de ambientes no estilo dos centros de nascimento, que além de tornarem menos hierarquizadas as relações entre as parturientes e os prestadores de cuidados, ofereçam um ambiente onde a mulher sintase mais à vontade para seu controle e dos eventos que a circundem.

Na história mais recente da obstetrícia, médicos e parteiras trataram de se definir por seus respectivos “territórios” de atuação: casa *versus* hospital. A parteira permaneceu na casa, mas isto não impediu que ela perdesse a sua autonomia, isto é, o controle sobre seu trabalho; mesmo aí, os médicos acabaram exercendo seu controle por meio dos serviços de apoio.

Por causa desses serviços, as parteiras foram pressionadas a trabalhar nos limites impostos pelos médicos, porque o parto, mesmo o reconhecidamente normal, passou a ser designado como de *baixo risco*. Para ela, atuar no hospital significou agir em um espaço inteiramente controlado pelo modelo médico de assistência. Nele, nem parteiras, nem enfermeiras obstétricas são livres para desenvolver seu corpo de conhecimento, e treinar outras parteiras e enfermeiras dentro de um modelo próprio. As parteiras de parto domiciliar sabem que pouco podem influir na assistência, quando

deixam suas clientes no hospital: "... eu sei que se deixar a mulher no hospital, ela vai sofrer mais do que está sofrendo. Ela mesma me implora para não deixá-la, porque sabe que vai ficar lá, sozinha..."²²¹

Uma forma de violência do *establisment* contra os não-médicos independentes, é assinalar claramente que eles *não fazem parte do sistema oficial*. Na França em 1994, foram encetadas tentativas de proibir a entrada de parteiras independentes nos hospitais, quando sua paciente de parto domiciliar precisasse ser internada. Na Suécia, tentativas semelhantes também foram registradas.²²² Em muitos Estados norte-americanos, não se permite que a parteira de parto domiciliar acompanhe sua cliente, quando ela precisa ser transferida para o hospital, e em lugares onde a oposição ao parto domiciliar é grande, as parteiras confessam ter medo de acompanhar suas clientes. Uma *nurse-midwife* que faz partos domiciliares em uma grande cidade norte-americana, assim se referiu ao seu relacionamento com os "serviços de apoio": "*Está se tornando um trauma emocional enviar alguém para o hospital...*"²²³

Muitos obstetras norte-americanos relutam em fornecer os "serviços de apoio" para as *nurse-midwives* independentes, uma exigência legal de alguns Estados para que elas possam acompanhar o parto em instituições hospitalares, como ocorre no Distrito de Colúmbia. Por meio de entrevistas em profundidade com alguns deles, Phyllis Langton analisou os conflitos percebidos por eles, face à atuação das *nurse-midwives*. Os obstetras acreditavam receber um treinamento mais qualificado para lidar com as dificuldades na gestação, e achavam que no fundo, elas desejavam fazer o que o médico fazia: "*elas são bem treinadas, mas não tão bem como os obstetras. Noventa por cento dos partos podem ser realizados por elas, mas sempre pode haver problemas, e elas não sabem lidar com problemas (...) o nível de treinamento delas não é o mesmo que o do médico.... Como podem elas, fazendo apenas vinte partos, começar a atuar? Fazer vinte partos é ridículo (...) se ela pode fazer tudo o que eu faço, e fazer os julgamentos que eu posso fazer, então eu desperdicei meu tempo num treinamento de pelo*

²²¹SILVA. Como as parteiras leigas ajudam as mulheres e a comunidade. In: ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, 1989. p. 47

²²²WAGNER. *Lancet*, 1995.

²²³ROTHMAN. *J Nurs Midw.*, 1983.

menos quatro ou cinco anos (...) se elas querem ser médicos, leve-as para uma escola de medicina”.

Os médicos obstetras alegavam temer que as *nurse-midwives* pudessem não chamá-los quando isto fosse necessário, porque julgavam que eram muito apegadas ao parto vaginal: *“elas sentem-se muito infelizes quando encaminham a paciente ao médico, porque sentem que fracassaram (...) há muita relutância dos obstetras em dar retaguarda para elas porque não envolvem os médicos em tempo hábil (...) frequentemente informam o obstetra muito tarde, quando a situação deveria ser controlada mais cedo...”* Para eles, a ampliação da participação das *nurse-midwives* levaria à uma competição pelas clientes saudáveis e pagantes, aumentando o risco de exposição ao erro médico dos obstetras que forneciam serviços de apoio, e dificuldades de reembolso dos serviços médicos, pelas *nurse-midwives*.²²⁴

Diferentes abordagens do processo gestacional explicam as posições dos obstetras. Ratcliff lembra que a abordagem predominante na obstetrícia médica norte-americana é a que vê a gestação e o parto como um problema médico que requer supervisão técnica. De acordo com a visão da “gestação como doença”, a gravidez e o parto representam um sério perigo para a saúde da mulher e do feto. O parto é “o dia mais arriscado” da vida do feto, e uma hora de dor e sofrimento para a mãe. Os problemas com o bebê, e a dor da mãe são apresentados como sendo substancialmente diminuídos pela ativa supervisão e intervenção médica. Os defensores dessa visão propõem que a monitoração fetal eletrônica de todos os casos, aliados a uma prontidão para intervir quando tais exames indicarem possíveis problemas, é a via apropriada para reduzir o número de problemas no nascimento. Levando todas as gestantes para dentro de um contexto médico com avançada tecnologia, e fornecendo altos níveis de monitoração e intervenção, maximizam-se os benefícios para as mães, os bebês e a sociedade em geral. Esta visão corresponde ao padrão típico de tratamento das gestantes na experiência norte-americana, e constituiu o ideal a ser alcançado pelas escolas obstétricas brasileiras.

²²⁴LANGTON. *Women Health*, 1994.

De acordo com a segunda abordagem, que vê a gestação como um processo natural, esta alta tecnologia e alta intervenção distorcem a experiência humana da gestação e parto, expõem a mulher a muitos procedimentos médicos desnecessários, invasivos e, potencialmente, perigosos. Os que defendem a gestação como um processo natural consideram que o cuidado em saúde poderia ser melhorado se o sistema considerasse a gestação e parto como processos naturais, e separasse-os da orientação à doença que domina o sistema médico norte-americano.²²⁵

Na Holanda, mulheres que não possuem história obstétrica ou médica desfavorável, e não apresentem complicações na gestação, podem escolher entre ter um parto domiciliar, em policlínica, ou hospitalar. O pré-natal, o parto e o pós-parto são realizados por sua parteira, ou clínicos gerais. As parteiras encontram-se plenamente qualificadas e legalizadas para atuar de forma independente, durante a gestação e parto normais; o obstetra é referenciado, pela parteira ou clínico geral, em casos de patologias médicas ou obstétricas. Atualmente, cerca de 43% dos partos na Holanda são atendidos por parteiras. O governo holandês apoia as organizações que promovem e supervisionam o treinamento de parteiras, e que as protegem economicamente. Cuidados especializados durante a gestação e parto são remunerados somente se razões médicas ou patologias obstétricas justificarem tais solicitações.

No clássico estudo de Van Alten e colaboradores, realizado em Wormerveer, nos anos de 1969 a 1983, os resultados maternos e perinatais de 7.980 gestantes assistidas por parteiras independentes foram analisados. As mulheres deram à luz a 8.055 bebês, com um coeficiente de mortalidade perinatal de 11,1/ 1.000 nascimentos (a média nacional foi de 14,5/ 1.000 nascimentos). Entre os recém-nascidos que nasceram sob a supervisão apenas da parteira (5.985 bebês), 3,8% necessitaram de admissão em hospital; admissão de emergência, por asfixia no parto, ocorreram em 0,4% dos casos. Convulsões dentro das 48 primeiras horas de vida, em bebês a termo, aconteceram em cinco bebês (0,8/ 1000 nascimentos). Foi possível concluir que a tarefa da seleção de mulheres em grupos de alto e baixo risco é

²²⁵RATCLIFF. *Women Health*, 1994.

possível, com as medidas relativamente modestas que as parteiras encontram à sua disposição.²²⁶

A radical polarização hospital *versus* domicílio, enquanto locais possíveis de prestação de assistência ao parto normal, vem sendo atenuada com opções intermediárias, como as casas de parto e os centros de nascimento. Como condições necessárias para se garantir a fisiologia do nascimento e a humanização da assistência, estes locais devem prever a inclusão de um acompanhante no parto, da escolha da mulher, e um provedor de cuidados não-médicos como agente central da assistência ao parto normal. Estudos nesse sentido são cada vez mais freqüentes na literatura internacional.

Hundley e colaboradores, em Aberdeen, Inglaterra, compararam dois estilos de assistência, um representado por uma unidade de parto conduzida por parteiras, e outro, por uma maternidade convencional. A unidade de parto de Aberdeen foi criada em 1990, ao lado de uma maternidade. A filosofia do serviço é oferecer cuidado seguro, em um ambiente familiar onde a mulher sinta-se a vontade para fazer escolhas, e tenha controle sobre seu próprio parto. As parteiras têm total responsabilidade pela assistência ao parto, sem a presença de médicos na unidade. O trabalho de parto é acompanhado no esquema tradicional - os batimentos cardíofetais são monitorados pelo estetoscópio de Pinard, ou sonar doppler, a deambulação é encorajada, e um mínimo de intervenção é realizada. A unidade só recebe mulheres caracterizadas como de baixo risco, pelos critérios antenatais atualmente disponíveis. Uma elevada taxa de mulheres foi transferida, da unidade de parto para a maternidade, na gestação (34%), ou durante o trabalho de parto (16%). As primíparas foram as mais frequentemente transferidas. Diferenças significantes encontram-se nas taxas de monitoração fetal, de analgesia, de mobilidade no trabalho de parto, e de uso de episiotomia. Parteiras no acompanhamento do trabalho de parto de mulheres de baixo risco resultaram em mais mobilidade e menos intervenção, sem aumento na morbidade neonatal. Não foram observadas diferenças significantes no tipo de parto, ou no resultado neonatal nos dois grupos. O que precisa ser aperfeiçoado, para os autores, são os critérios que determinam quem permanecerá sendo de baixo risco, na gestação e parto.²²⁷

²²⁶VanALTEN et al. *Br.J Obst Gynaecol.*, 1989.

²²⁷HUNDLEY et al. *Br Med J.*, 1994.

Na Universidade de Newcastle, Austrália, Rowley e colaboradores compararam dois modelos assistenciais, um representado pelo cuidado ininterrupto oferecido por uma equipe de parteiras, e outro, por cuidados de rotina prestados por uma variedade de médicos e parteiras. Participaram da investigação, 814 mulheres atendidas em um serviço pré-natal de um hospital universitário. Elas foram aleatoriamente designadas para um ou outro tipo de atendimento, e os resultados avaliados em termos de ocorrências pré-natais, intraparto e neonatais, de satisfação materna e custo do tratamento. Designaram-se 450 mulheres para a equipe de parteiras, e 409 para os cuidados de rotina. Os resultados mostraram que as mulheres alocadas para a equipe de parteiras compareceram mais às aulas de pré-natal, usaram menos petidina durante o trabalho de parto, e estiveram mais propensas a ter um trabalho de parto e um parto sem intervenções. Os bebês desse grupo receberam menos ressuscitação neonatal, ainda que não se verificassem diferenças significantes no Apgar de 5º minuto. A taxa de natimortos e neomortos foi a mesma nos dois grupos, entre as mulheres com gestação única. Ocorreram três mortes em gêmeos (de 660g, 660g e 1340g), no grupo de mulheres que recebeu cuidados da equipe de parteiras. As mulheres atendidas pela equipe de parteiras manifestaram maior satisfação com o cuidado recebido; os maiores escores de satisfação foram encontrados em três elementos: a *informação recebida*, a *participação na tomada de decisões*, e o *relacionamento com os prestadores de cuidados*. Quanto aos custos, verificou-se uma redução de cerca de 4,5% para a equipe de parteiras (média de custo de US\$ 3.324, e US\$ 3.475 para a equipe de cuidados de rotina).²²⁸

Na Inglaterra, Vicar e colaboradores compararam os resultados de dois métodos de assistência obstétrica, prestados no pré-natal e parto. Um era um representado por uma assistência pré-natal e ao parto conduzida pela mesma parteira; o parto foi realizado em ambiente que simulava o quarto de uma casa; 2.304 mulheres participaram desse grupo. O outro, por uma assistência prestada em esquema tradicional, o parto atendido dentro de uma sala de parto convencional, com os equipamentos hospitalares usuais; 1.206 mulheres foram designadas para este esquema. Os autores não registraram diferenças significantes nos eventos do anteparto, intraparto e pós-parto nos dois grupos. O que ficou evidente no estudo, foi o nível mais elevado de satisfação das

²²⁸ROWLEY et al. *J Med Austral.*, 1995.

mulheres que receberam assistência dentro do primeiro esquema, mostrando a influência de um ambiente menos ameaçador sobre a qualidade da experiência de parto.²²⁹

Em outro estudo realizado em Glasgow, Reino Unido por Turnbull e colaboradores, compararam a eficácia clínica e a satisfação de mulheres atendidas em um dos dois esquemas, um representado pela assistência exclusiva de parteiras, e outro, por um esquema misto, com parteiras, obstetras e médicos de família. Tratou-se de um ensaio clínico, envolvendo 1.299 parturientes, 648 para o grupo das parteiras e 651 para o esquema misto. Como no estudo anterior, não se verificaram diferenças significantes nos resultados clínicos dos dois grupos. Anote-se, entretanto, que as parteiras tiveram menores taxas de indução do parto, e também de episiotomias. O diferencial maior ficou por conta da satisfação das mulheres, significativamente maior entre as que participaram do grupo das parteiras.²³⁰

Pel e colaboradores na Holanda, em análise dos fatores associados ao prestador de cuidado que interferem no escore de intervenções obstétricas observaram que o emprego de parteiras foi universalmente associado a um efeito decrescente no uso das referidas intervenções. Para os autores, a principal razão à redução no número de intervenções com o emprego de parteiras é porque elas defendem o parto natural e acabam cobrando dos obstetras todas as intervenções que eles pretendam fazer. Elas também mostram-se pacientes e estimulam a confiança das mulheres, enquanto os obstetras parecem apressados e ansiosos em antecipar os eventos patológicos.²³¹

Centros de nascimento como os verificados nos Estados Unidos são serviços não hospitalares organizados para oferecer assistência materna com base na filosofia do cuidado centrado na família, à mulheres avaliadas como de baixo risco para complicações obstétricas. Constituem uma opção intermediária entre a casa e o hospital. O primeiro destes centros foi instalado com a finalidade de atender a uma comunidade rural. Em 1975, foi criado o

²²⁹MacVIGAR. *B J Obst Gynecol.*, 1993.

²³⁰TURNBULL et al. *Lancet*, 1996.

²³¹PEL et al. *Eur J Obstet Gynecol.*, 1995.

primeiro centro urbano, na cidade de Nova York. Até 1987, pelo menos 240 outros centros foram abertos, ainda que muitos, na seqüência, tenham fechado, principalmente por causa da crise no setor de seguro-saúde. Muitos Estados norte-americanos regularizam os centros de nascimento por meio de licenças e programas de crédito, e os serviços destes conseguem a cobertura da maioria dos planos de saúde.

As *nurse-midwives* contemporâneas são ainda treinadas exclusivamente em hospitais, com grandes desvantagens para as parturientes, porque estão em situação onde são limitadas pelas regulações médicas. É difícil desenvolver-se como profissão com tal corpo de conhecimentos. As próprias *nurse-midwives* reconhecem tratar-se de uma séria questão, e perguntam se é possível obter-se um conceito de parto como um evento normal e saudável no interior de uma prática controlada pelos médicos. Para Rothman, é nesse contexto que os centros de nascimento podem ser percebidos como uma estratégia que permita a convergência de interesses da clientela e da profissão da *nurse-midwife*, tanto como um meio para elas ganharem maior autonomia profissional, como para se construir um caminho a fim de que trabalhem fora do sistema médico.

A segurança nos centros de nascimento constitui a maior preocupação dos que estudam a questão. As taxas de transferência são um importante indicador clínico para se mensurar a qualidade dos serviços dos centros de nascimento. Fullerton e colaboradores, estudando dois centros de nascimento independentes situados ao sul da Califórnia, EUA, registraram taxas gerais de transferência de 28,3%, e 19,1%. As taxas de transferência no período anteparto foram 18,1%, e 10,5%; no intraparto, 25,1%, e 20,0%; no pós-parto, 1,1%, e 0,97%. Para as autoras, as taxas de transferência no intraparto variam consideravelmente de um centro para outro, e muitos fatores causam as diferenças: o perfil de risco da clientela assistida, a distância dos centros de apoio, os critérios diagnósticos usados para identificar as condições de transferência, os critérios clínicos empregados em cada centro para se definir risco, entre outros. Nos centros investigados, as principais razões para a transferência no intraparto foram: parada de progressão, mecônio, sofrimento fetal, rotura prolongada das membranas ovulares (tempo maior que 12 horas),

pico hipertensivo ou doença hipertensiva específica da gestação, dificuldade no manejo da dor, apresentação anômala, e febre materna.²³²

Rooks e colaboradores recolheram os resultados de 11.814 mulheres admitidas em centros de nascimento independentes de novembro de 1986 a julho de 1987; nesse período, em todo o território norte-americano eram conhecidos 140 centros de nascimento. Destes, incluíram-se 84 centros, 60 conduzidos por *nurse-midwives*, 11 por médicos gineco-obstetras, seis por médicos de família ou outros médicos, três por parteiras licenciadas ou parteiras tradicionais, três por gineco-obstetras em conjunto com *nurse-midwives*, e um, por equipe de *nurse-midwives* e parteiras tradicionais. *Nurse-midwives* e estudantes de graduação em enfermagem acompanharam 78,6% dos trabalhos de parto, e assistiram 80,6% dos partos nos centros. Médicos, principalmente obstetras, acompanharam a 9,9% dos trabalhos de parto e 16,0% dos partos. Enfermeiras, a 7,7% dos trabalhos de parto e 0,4% dos partos.

Alguns tratamentos para aumentar as contrações uterinas foram fornecidos a 42% das mulheres: em 32,4%, por meio da rotura artificial das membranas ovulares antes dos 5 cm de dilatação cervical; em 7,7%, por estimulação dos mamilos e em 1,4%, por ocitocina. A parada de progressão foi diagnosticada em 10,5% dos casos, e em 83,3% destes já diagnosticados, a parturiente foi transferida ao hospital. Em 52% das mulheres, os exames vaginais realizados foram em número menor que quatro; 14,7% receberam infusão endovenosa de líquidos; 9,3% foram submetidas a enemas. Os batimentos cardíacos foram monitorados com o sonar doppler em 87,2% dos casos; 7,5% dos fetos receberam monitoração eletrônica.

Para o alívio das dores, banhos de chuveiro ou de banheira, ou ambos, ocorreram em 43,4% dos trabalhos de parto; 34,6% das mulheres receberam massagens corporais; 97% estavam acompanhadas por amigos, membros da família, incluindo com frequência as crianças. Entre as nulíparas, 44% receberam analgésico, tranquilizante ou sedativo durante o trabalho de parto. Entre as múltiparas esta taxa foi de 6,2%. Em 3% dos casos foi necessário outro anestésico além da infiltração local, para o reparo da episiotomia ou da

²³²FULLERTON et al. *J Nurs Midw.* 1997.

laceração. O alívio da dor mostrou-se inadequado em 2.3% das mulheres e estas, em sua maioria, foram transferidas para o hospital.²³³

Em relação à variável dor de parto, cujo manejo intriga médicos e não-médicos, é conhecida a dificuldade de se estudá-la cientificamente, por causa de sua natureza inteiramente subjetiva. Um grande número de pesquisas sugerem que a resposta à dor é modulada por variáveis afetivas, étnicas e culturais, e muito do que se sabe sobre as diferenças culturais na dor de parto baseiam-se em comparações entre culturas primitivas e sociedades industrializadas. Tais comparações, ainda que interessantes, são de difícil interpretação, por causa das vastas diferenças em todos os outros aspectos da vida.

Senden e colaboradores conduziram um estudo comparativo com parturientes holandesas e norte-americanas atendidas em hospitais de ensino, em seus respectivos países. Uma entrevista aplicada no período de 48 horas pós-parto, em mulheres que tiveram parto vaginal, explorou as expectativas delas em relação à dor do parto, a disponibilidade de medicação para seu alívio, as percepções do caráter doloroso do trabalho de parto, e o uso de analgesia e anestesia. Em relação às holandesas, as mulheres norte-americanas tiveram expectativas maiores quanto à experiência dolorosa no parto, bem como anteciparam com maior frequência que receberiam medicação para a dor, e em proporção muito maior. E de fato, as norte-americanas foram medicadas em uma proporção maior no trabalho de parto e parto.²³⁴

Em nossa experiência, temos observado que as mulheres suportam as dores com melhor ânimo quando não estão recebendo infusão endovenosa de ocitocina. Desde que passem a recebê-la, usualmente começam a se queixar com maior contundência. Em conversas com as que receberam ocitocina durante o trabalho de parto, ouvimos com frequência que a qualidade das contrações com e sem a droga é diferente: *"parece que a dor vira uma 'facada', depois que ligam o soro na gente"*, é a fala que resume o depoimento da maioria delas. Seria interessante analisar em profundidade a influência dessa variável, uma vez que a aceleração do trabalho de parto com ocitocina é

²³³ROOKS et al. *N Engl J Med.*, 1989.

²³⁴SENDEN et al. *Obstet Gynecol.*, 1988.

“prática de hábito”. Provocamos a rotura artificial das membranas ovulares, pedimos que as mulheres permaneçam passivas durante todo o trabalho de parto, ligamos um soro com ocitocina, e quando detectamos a formação de bossa ou a presença de desacelerações dos batimentos cardíofetais, julgamos que a máquina de parto falhou. Esta é a “prática de hábito” na maioria das maternidades privadas do país. A tarefa do cuidador se resume a detectar o momento em que essa máquina falha.

Em conjunto, os estudos apresentados reforçam a posição da Organização Mundial da Saúde, de que a parteira qualificada ou outra profissional com treinamento equivalente, é a profissional mais indicada para prestar assistência às mulheres com gestação e parto normais. Segundo Klein, o parto *“nem é seguro até demonstrar ser perigoso, nem é perigoso até demonstrar ser seguro”*²³⁵. O que se exige é a correta avaliação da situação, com a suficiente vigilância e flexibilidade para se transferir pessoas, dentro e entre os melhores sistemas designados para as particulares e mutantes necessidades. A conquista da hegemonia no campo da obstetrícia deve deixar de ser uma mesquinha escaramuça onde os diferentes provedores de cuidados estão preocupados apenas em *“distribuir a falta de segurança entre os competidores”*, como bem definiu Wagner.²³⁶

A cooperação em saúde não é um conceito familiar para nós. Cuidados primários integrados a tratamentos especializados, equipes de médicos generalistas, enfermeiros de saúde pública e trabalhadores sociais atuando em parceria com especialistas constituem um fenômeno situado mais no campo das idéias. Mas deixará de sê-lo ou por força da pressão dos consumidores, ou pela pressão econômica das fontes financiadoras da saúde. Face ao incremento limitado dos recursos financeiros, governos e companhias de seguro estão mais e mais preocupados com a larga associação de elevada tecnologia e alta intervenção obstétrica, que tornará inviável o modelo médico de assistência ao parto. Está ficando cada vez mais difícil para os obstetras defender este tipo de prática cara, quando parteiras e uns poucos médicos estão mostrando que cuidados de maternidade muito mais baratos, são igualmente seguros.

²³⁵KLEIN. *Can Med Assoc J.*, 1994.

²³⁶WAGNER. *Lancet*, 1995.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nos países onde vi um verdadeiro progresso na assistência à maternidade, foi o grupo de mulheres, trabalhando junto com parteiras, que fizeram a diferença.”
(Warsden Wagner, MD)

O Brasil apresenta um perfil singular em matéria de atendimento ao parto, com elevados índices de partos operatórios, ao lado de desfavoráveis índices de morbimortalidade materna e perinatal, a denunciar a falácia da associação maiores taxas de cesarianas e menores coeficientes de mortalidade perinatal. As altas taxas operatórias brasileiras, as maiores verificadas em todo o mundo, vêm há anos impondo um elevado custo econômico e sanitário, e é preciso uma reversão urgente desta situação. Lamentavelmente, todas as estratégias propostas para a redução das cesarianas, desde a década de 80, originaram-se e se voltaram para o interior da profissão médica, com resultados improdutivos. Apenas recentemente o discurso médico está se abrindo para propostas que incluam a ampliação da participação de outros profissionais não-médicos no parto, como medida para a redução das taxas operatórias no parto.

Enquanto componentes de um destes segmentos de “não-médicos”, o das enfermeiras obstétricas, nos propusemos a analisar como se daria a participação dessas profissionais, a médio e a longo prazo, visando à redução das taxas de cesarianas. Ficou claro na análise que, ao lado da redução das intervenções no parto, os não-médicos na assistência ao parto geram um subproduto importante, talvez mais importante que a própria redução das cesarianas, qual seja, a naturalização da experiência de dar à luz, e a humanização da assistência. Contudo estas vantagens não estarão ao alcance das mulheres brasileiras, pelo menos a curtíssimo prazo.

Pensando na assistência institucionalizada prestada pelas enfermeiras obstétricas ou outra profissional com formação equivalente, seria necessário, para que os efeitos desejados de humanização do parto se cumprissem plenamente, uma reorganização do ensino e da prática dessas profissionais. Os cursos de especialização em enfermagem obstétrica caminham em consonância com o modelo medicalizado de assistência, responsabilizado pelo excesso de intervenções no parto. É preciso atualizar a discussão sobre a adequação do modelo de formação de enfermeiras obstétricas, face às necessidades que ora se impõem no campo da saúde materna.

Mantendo-se o atual modelo de formação, pela via indireta, ou criando-se um novo curso, o Curso de Obstetrícia, em ambos os casos faz-se necessário um intercâmbio desses cursos com outros centros formadores de parteiras, como os europeus, para a incorporação de um paradigma mais voltado para o aperfeiçoamento da fisiologia do parto. Insistimos que o resgate do trabalho da 'obstetriz', denominação que preferimos em lugar de enfermeira obstétrica, deva ser feito desde a sua formação profissional. Demonstrou-se como o "ambiente" interfere na evolução fisiológica do parto. Atualmente, não se dispõem de espaços de treinamento capazes de desenvolver nos futuros médicos e obstetristas, a noção de parto como um evento natural.

Na reformulação dos programas educacionais da enfermagem obstétrica, é preciso se prever locais de treinamento onde os alunos possam colocar em prática esse modelo fisiológico de acompanhamento no parto. Uma opção seria em casas de parto, construídas preferencialmente em espaço anexo a maternidades ou hospitais gerais. Cada hospital-maternidade receberia incentivos para a criação deste espaço, destinado ao atendimento do parto de baixo risco. Na maternidades convencionais seria preciso rever os padrões preconizados pelo Ministério da Saúde para a construção e instalação desses serviços, em especial, o que é proposto para a área de pré-parto, na maioria das vezes áreas exíguas que mal permitem a movimentação da equipe de atendimento.

Outra questão refere-se à autonomia do não-médico no parto de baixo risco. Sabe-se que um dos fatores que determinam a diferença entre uma profissão e uma ocupação é o domínio sobre determinada área de conhecimento. Uma profissão deve ter o poder de criar, transmitir e organizar

seu próprio conhecimento. Garantindo sua autonomia, o profissional passa a ter autoridade e liberdade para se auto-regular e atuar em sua esfera de competência. Sabemos que o desafio de sobrevivência dos não-médicos no parto está muito ligado ao aumento de situações de crise econômica e social, que produzem pré-natais ruins, baixa remuneração médica, baixo repasse aos hospitais e inadequada cobertura dos seguros-saúde. Nesses momentos, comumente há uma abertura do mercado de trabalho para os não-médicos.

Entendemos que a obstetriz deva ser considerada um elemento permanente na equipe obstétrica, designada para a tarefa de preservar o espaço da fisiologia na assistência. Essa consideração começa com o reconhecimento de seu trabalho pelo SUS, e isto significa, entre outras medidas, incentivos financeiros, na forma de pagamento apropriado de partos realizados por ela - hoje o SUS remunera apenas os partos assistidos por médicos - além da aprovação de normatização técnica que regule sua atuação na equipe obstétrica. O respeito ao trabalho das obstetrizes é um conceito que os médicos devem desenvolver na convivência diária. É um trabalho de parceria, não de subordinação. A obstetriz não é uma ajudante do médico e isto deve ficar bem estabelecido. Os convênios médicos também poderiam dar um passo nessa direção, reconhecendo o trabalho das obstetrizes no acompanhamento do trabalho de parto, à semelhança do que vem ocorrendo nos Estados Unidos com as *nurse-midwives* sediadas em centros de nascimento.

Quanto à formação de outros não-médicos para a assistência ao parto, seja ele um técnico em obstetrícia, ou auxiliar de parto, não defendemos, por princípio, a adoção de um modelo único de formação de não-médicos para todo o Brasil. Há que se considerar as experiências em curso, e as especificidades regionais nas propostas de formação de pessoal para a assistência ao parto. Em comum, é necessária uma prática baseada na concepção de gestação e parto como eventos fisiológicos e sócio-espirituais que devam ser facilitados. Sabe-se que a atenção à saúde materna não pode ser melhorada apenas com a elevação do nível educacional dos agentes cuidadores. Uma parteira bem treinada não pode fazer muita coisa, se não contar com sistemas hierarquizados e integrados de referência que permitam a transferência da parturiente aos melhores níveis designados para aquela emergência.

Pelo exposto, acredita-se ser possível um estreitamento de relações entre não-médicos e médicos. Neste estudo, houve a oportunidade de mostrar o que as enfermeiras obstétricas/obstetrizes poderiam fazer pela assistência materna, e como isso afetaria os médicos. Para a medicina, a gestação e o parto nunca deixarão de ser percebidos como tempos de grande risco, e apenas retrospectivamente serão considerados normais. O papel a ser desempenhado pelo obstetra, em parceria com o não-médico, será justamente o de cultivar e manter as habilidades em usar o fórceps e o vácuo-extrator, realizar a obstetrícia operatória e manejar com precisão as anomalias, sendo sempre referido nessas circunstâncias. A rigor, não há nenhuma novidade nessa proposição.

Médicos devem considerar que há sempre um perigo potencial em toda a gestação e parto, que requer medidas intervencionistas. Obstetrizes devem considerar que toda a gestação e parto são fenômenos naturais que requerem medidas facilitadoras. Não se trata da perigosa oposição tecnologia *versus* humanização, onde uma dimensão exclui a outra. Obstetrizes precisam estar bastante familiarizadas com as tecnologias em desenvolvimento na obstetrícia, e os médicos esforçarem-se para deixar de lado suas crenças, ou “práticas de hábito” e orientarem-se por uma medicina baseada em evidências.

O movimento rumo ao parto humanizado e naturalizado não será bem sucedido sem a participação e o controle do movimento de mulheres, e sem a criação de políticas públicas que assegurem e protejam o trabalho dos não-médicos no parto. A assistência ao parto pode e deve equilibrar os conceitos de segurança e humanização. Médicos e não-médicos são necessários à assistência, funcionando dentro de um processo de mútua regulação e interpenetração, como o yin e o yang na filosofia taoísta, frio e calor, dia e noite, céu e terra. Não-médicos são necessários quando defendem a evolução fisiológica do parto, e médicos, quando defendem o parto intervencionista.

O direito da mulher à equidade, à condição de pessoa e à integridade corporal nos serviços de saúde, não pode mais ser percebido como um privilégio garantido apenas àquelas que vivem em sociedades mais prósperas. É, acima de tudo, um direito humano fundamental. Quem sabe possamos transpor o milênio com um novo patamar de humanidade nesse delicado, fundamental e tão pouco compreendido campo de ação e reflexão, do nascimento e parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERS, L.L. et al. The relationship of ambulation in labor to operative labor. *J Nurs Midw.* 42(1): 4-8, 1997.
- ARAUJO, G., ARAUJO, L., JANOWITZ, B., WALLACE, S., POTTS, M. Parteras tradicionais en la atencion obstetrica del Noreste de Brasil. *Bol Of Sanit Panam.* 96(2):147-57, 1984
- ARCAS, R.S. La sustitución de las matronas por los cirujanos en Europa y España (siglo XVII y sucesivos). *Acta Ginecol Hisp Lusit.* 18(4):235-48, jun. 1970.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Relatório da Oficina sobre Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher.* Curitiba-PR, 17-18 jun.1996, 5p. (Mimeogr.).
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. *Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas Escolas de Enfermagem do Brasil.* São Paulo: ABENFO, 1997 (Dados preliminares).
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Dados revelam que não há lugar para novas escolas. *Jornal da APM,* São Paulo, fev. 1997. Geral, p. 5
- AVERY, Melissa D., BURKETT, Barbara A. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration in a Nurse-Midwifery Service. *J Nurs Midw.* 31(3): 128-34, 1986.
- BALASKAS, J. *Parto ativo; guia prático para o parto natural.* São Paulo:Ground, 1993.
- BAKER, Teresa Jones. Image of nurse-midwifery: a barrier to practice. *Clin Nurs Specialist.* 8(1):2-5, 1994.
- BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e partos cirúrgicos) à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas.* Rio de Janeiro, v.1,n.2:366-81, 1993.
- BLAIS, R. et al. Midwifery defined by physicians, nurses and midwives: The birth of a consensus? *Can Med Assoc J.* 150(5): 691-697, 1994
- BOLEN, Jean S. *As deusas e a mulher; nova psicologia das mulheres.* São Paulo:Paulinas, 1990, p 78-157.
- BORGATTA, L., PIENING, S.L., COHEN, W.R. Association of Episiotomy and Delivery Position with Deep Laceration during Spontaneous Delivery in Nulliparous Women. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160:294-97
- BRANDÃO, J.de S. *Mitologia Grega.* vol II. 7 ed, Petrópolis,RJ: Vozes, 1996 p23-81
- BRASIL. Lei nº 7.498 - 25 jun. 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: 1987
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Coordenação Materno-Infantil. *Reunião Interinstitucional sobre Assistência ao Parto; Relatório Final.* Brasília: out 1993, 8p (Mimeogr.).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A saúde no Brasil.* Brasília, 1997.

- BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad Saúde Públ.* Rio de Janeiro. 7(2):135-49, 1991.
- BUTLER, J., et al. Supportive Nurse-Midwife Care is Associated with a Reduced Incidence of Cesarean Section. *Am J Obstet Gynecol.* 168(5):1407-13, 1993.
- CARVALHO, Amália Corrêa de. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Resumo Histórico, 1942-1980.* São Paulo: Escola de Enfermagem USP, 1980, 271 p.
- CARVALHO, Anayde Corrêa de. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976; documentário.* Brasília: ABEn, 1976, p. 141.
- CARVALHO, Regina R.P. Formação precária nas faculdades de medicina. *Folha de São Paulo*, 31 mar. 1997. Caderno São Paulo, Opinião, p. 3.
- CHAMBLISS, L.R., DALY, C., MEDEARIS, A.L., AMES, M., KAYNE, M., PAUL, R. The Role of Selection Bias in Comparing Cesarean Birth Rates Between Physician and Midwifery Management. *Obstet Gynecol.* 80(2):161-65, 1992.
- COCHRANE, S. Perineal trauma. *Nurs Times.* 1992; 20(88): 64.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil, 1982-9183: Força de Trabalho em Enfermagem.* Rio de Janeiro: COFEN/ABEn, 1985. v.1.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Cesarianas: uma epidemia invisível. *Jornal do CFM.* Ano 10, n. 84. ag. 1997. p. 18-19
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Parto normal pede passagem; Reduzir cesáreas e melhorar a qualidade da assistência obstétrica. *Jornal da CREMESP.* São Paulo, nº Especial, jul. 1997. p 7-9
- COSTA, Albertina, BRUSCHINI, Cristina (org). *Entre a virtude e o pecado.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, 1992, p 37-56.
- DAVIS, Lorna G. Cesarean section rates in low-risk patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurs Midw.* 39(2):91-97, 1994
- DAVIS-FLOYD, R.E. Obstetric Training As a Rite of Passage. *Med Anthropol.* 1:288-318, 1987
- DAVIS-FLOYD, R.E. The role of obstetrical rituals in the resolution of cultural anomaly. *Soc Sci Med.* 31(2):175-189, 1990.
- DECLERQ, E. The trials of Hanna Porn: the campaign to abolish midwifery in Massachusetts. *Am J Publ Health.* 84(6):1022-1028, 1994.
- DEL PRIORE, M. Mentalidades e Práticas em torno do Parto. In: *Ao sul do corpo; condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia.* 2 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993 p254-9
- DELASCIO, D., GUARIENTO, H. *Obstetrícia normal Briquet.* São Paulo: Sarvier, 1981.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos, DOMINGUES, Rosa M.M.S. *Parto de cócoras; resultados da assistência prestada na Maternidade Leila Diniz.* Rio de Janeiro: Serviço de Epidemiologia da Maternidade Leila Diniz, 1996. (Mimeogr.).

- DIAZ,A.G,FESCINA,R.,CALDEYRO-BARCIA,R. Vertical Position during the First Stage of Course of Labor, and Neonatal Outcome. *europ J Obstet Gynec Reprod Biol.* 11:1-7, 1980
- DOBKIN, E. Cost of Midwifery (letter). *Canad Med Assoc.* 151(5):516-17, 1994
- DUMONT,D. Historie et petit historie du forceps. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* (Paris), 13(70):743-57, 1984.
- DURAND, José Carlos. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. *Cadernos FUNDAP.* São Paulo, ano 5, n.10: 4-23, 1985.
- DUROCHER, Marie Josephine M. Deve ou não haver parteiras? *Annaes Brasiliensis de Medicina.* Rio de Janeiro, 22(5): 256-271, out 1870.
- EAST,C.,WEBSTER,J. Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a Comparison of practices in 1986 and 1992. *Midwifery.* 1995; 11:195-200
- EHRENREICH,B.,ENGLISH,D. *Witches, Midwives, and Nurses; a history of women healers.* Nova York: Feminist Press, 1973, 45p.
- EHRENREICH,B.,ENGLISH,D. *For her own good; 150 years of the expert's advice to women.* London:Pluto Press, 1979.
- ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO. Quando a paciente é mulher. *Relatório.* Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1989. (Mimeogr.).
- FAÚNDES, A., CECATTI, J.G. A operação cesariana no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. *Cad Saúde Públ.* Rio de Janeiro, 7(2):150-173, abr-jun. 1991.
- FAVELA abriga ambulatório modelo; Maternidade na Monte Azul (em SP) apresenta os melhores índices do Brasil, segundo a OMS. *Folha de São Paulo.* Seção São Paulo, 9 de março de 1997, p 2
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Relatório do I Forum Nacional de Debates sobre Parto Normal e Parto Cesariano.* Salvador: maio 1993. 19 p. (Mimeogr.).
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. *Oito Passos para a Maternidade Segura; guia básico para serviços de saúde.* Brasília: FEBRASGO/ COMIN/ OPAS/UNICEF/FNUAP, maio 1995, 16 p.
- FLEISSIG,A . Prevalence of procedures in childbirth. *British Med J.* 306(6876):494-95, 1993.
- FORMATO,L.S. Routine Prophylactic Episiotomy; Is It Always Necessary? *J Nurs Midw.* 1985; 30 (3): 144-148.
- FUJIWARA, Miyuki. *Japanese midwives: their past and present.* In: SEMINÁRIO DE NASCIMENTO E PARTO DO ESTADO DO CEARÁ, Fortaleza, mar. 1997. 10p. (Mimeogr.).
- FULLERTON,Judith. et. al. Transfer rates from freestanding birth centers; a comparison with the National Birth Center Study. *J Nurs Midw.* 42(1): 9-16, 1997.

- GÉLIS, J. et al. Accoucher. In: *Entrer dans la vie; naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris: Gallimard/Julliard, 1978.
- GOLLOP, T. R. Saúde reprodutiva e formação médica. *Linha Direta*. Boletim Informativo do Programa de População no Brasil da Fundação MacArthur. São Paulo, p. 6-7, ag. 1996.
- GOULD, J.B., DAVEY, B., STAFFORD, R.S. Socioeconomic Differences in Rates of Cesarean Section. *New Engl J Med*. 27(4):233-39, 1989.
- GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Saúde/Fundap. *Distribuição da força de trabalho de nível superior na área da saúde no Estado de São Paulo em 1992; análise preliminar dos dados da pesquisa assistência médico-sanitária/FIBGE 1992*. São Paulo, jan. 1997.
- GRAHAM, B.S., CATANZARITE, V., BERNSTEIN, J., VALERA-GITTINGS, F. A comparison of attitudes and practices of episiotomy among obstetrical practitioners in New México. *Soc Sci Med*. 31(2):191-201. 1990
- HANNA, Cordelia S. *Pathways into Midwifery: the two roads into Midwifery*. [Http://www.socalbirth.org/pathways/tworoads.htm](http://www.socalbirth.org/pathways/tworoads.htm) p.1-4
- HENRIKSEN, T.B., BEK, K.M., HEDEGAARD, M., SECHER, N. Episiotomy and perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. *Brit J Obstet Gynaecol*. 1992; 99: 950-54.
- HERRERA, Mario, CASTRO, René. Indices biodemográficos en atención materno-infantil. Realidade de Chile actual. *Rev Chil Ginecol Obstet.*, 61(5):304-315, 1996.
- HOUTZAGER, H.L. Cesarean section till the end of the 16th century. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 13(1):57-8, 1982.
- HUESTON, W.J., RUDY, M. A comparison of labor and delivery management between nurse-midwives and family physicians. *J Family Practice*. 1993; 37(5): 449-454.
- HUNDLEY, V.A., et al. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *Br Med J*. 309:1400-4, 1994
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *A Discussion Document; The Nurses and Midwifery relationship: towards a position*. Genebra, 1996. 20 p. (Mimeogr.).
- ITO, Takako. *Activities of practicing midwives in Japan: yesterday and tomorrow towards the 21st century*. In: INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES/22nd INTERNATIONAL CONGRESS. *Proceedings...* Kobe, Japan, 1990.
- JORGE, D.R. *Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Neri- UFRJ, 1975. (Tese, Livre Docência em Enfermagem).
- KEDDY, Barbara, GILLIS, Margaret J., JACOBS, Pat, BURTON, Heather, ROGERS, Maureen. The doctor-nurse relationship: an historical perspective. *J Adv Nurs*. 11:745-753, 1986
- KENNEL, J., KLAUS, M. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA*. 265(17): 2197-2201, 1991.
- KILTHER, J. Cost of Midwifery (reponse). *Canad Med Assoc*. 151(5):516-17, 1994

- KITZINGER, Sheila. *Mães; um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença/Martins Fontes, 1978.
- KITZINGER, Sheila. Why Women Need Midwives. In: *The Midwife Challenge*. London: Pandora, 1988, p 1-13
- KLEIN, Michael C. The midwife dossier: Cooperation or Competition? *Can Med Assoc J.* 150(5): 657-660, 1994
- KLEIN, Michael C. et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obst Gynecol.* 171(3):591-598, 1994
- KOBRIN, Francis E. The American Midwife Controversy: a Crisis of Professionalization. *Bull Hist Med.* v.40:350-63, 1966
- KRAMER,H.,SPRENGER,J. *O martelo das feiticeiras (Malleus Maleficarum)*. 8ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.
- KUHN,T. *A estrutura das revoluções científicas*. 3ed. São Paulo: Perspectiva, 1994
- LAGTON,P.A Obstetrician's Resistance to Independent, Private Practice by Nurse-Midwives in Washington, DC. Hospitals. *Women & Health.* 22(1):27-48, 1994.
- LARSSON, P.G., PLATZ-CHRISTENSEN, J.J., BERGMAN,B.,WALLSTERSSON,G. Advantage and disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Gynecol Obst Invest.* 31: 213-16, 1991.
- LEAVITT,J.W. the Medicalization of the Childbirth in the Twentieth Century. *Trans Stud College Pshys Philadelphia.* 11(4): 299-319, 1989
- LEITE,C.B. Parteira. In: *A condição feminina no Rio de Janeiro do século XIX*. São Paulo: HUCITEC/EDUSP, p.125-6, 1982.
- LITOFF,J.B. The midwife throughout history. *J Nurs Midw.* 27(6):3-11, 1982.
- LoCICERO,A.K. Explaining Excessive Rates of Cesareans and other Childbirth Interventions:Contributions from Contemporary Theories of Gender and Psychosocial Development. *Soc Sci Med.* 37(10):1261-69, 1993.
- LYDON-ROCHELLE,M.T.,ALBERS,L.,TEAF,D. Perineal Outcomes and Nurse-midwifery Management. *J Nurs Midw.* 40(1):13-18, 1995.
- MARQUES, Marília B. Breve história das disputas de comadres, parteiras e médicos. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro:CEBES, 16:16-20, 1982.
- McCOOL, W.,McCOOL,S. Feminism and Nurse Midwifery; Historical Overview and Current Issues. *J Nurs Midw.* 34(6):323-334, 1989.
- McVIGAR,J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *B J Obstet Gynecol.* 100:316-323, 1993.
- MENZIES,Izabel. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*. Trad. Aracky Martins Rodrigues. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. 1970, 54p (Mimeogr.).

- MIDWIVES tell Congressional hearing of widespread opposition by doctors. *Am J Nurs.* Feb. 1981, p. 263-266-282-291.
- NAKANO, Ana Marcia Spanó. *Os métodos psicossomáticos de preparação para o parto: análise de seus objetivos e finalidades.* Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem USP, 1990. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem Fundamental)
- NÚCLEO DE ESTUDOS DA MULHER E RELAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO. *Relações Sociais de Gênero x Relações de Sexo.* São Paulo: Departamento de Sociologia USP, 1989, (Mimeogr.).
- OAKLEY, Deborah et al. Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obst Gynecol.* 88(5):823-829, 1996
- OLSON, R. et al. Maternal birthing positions and perineal injury. *J Fam Pract.* 30(5): 553-557, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tecnologia apropriada para o nascimento e parto. Trad. Sonia N. Hotimsky. *Lancet.* n. 24: 436-37, 1985.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1995, 155p.
- OSAVA, R.H. *Estudo das representações sociais do parto de enfermeiras de maternidades do Município de São Paulo.* Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem USP, 1990. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem Fundamental)
- OSAVA, R.H. *O núcleo central da representação social do trabalho da enfermeira obstétrica.* Vitória, ES: Departamento de Enfermagem UFES, 1966. 34 p. (Mimeogr.).
- OWEN, M. Las parteras tradicionales y su situación ante la ley. *Foro Mundial de la Salud.* OMS: Ginebra, 4:333-347, 1981.
- PEL, M. et al. Provider-associated factors in obstetric interventions. *Eur J Obstet Gynecol.* 61: 129-34, 1995.
- PEREIRA-NETO, A. de. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cad Saúde Publ.* Rio de Janeiro, 11(4):600-615, 1995.
- PETITTI, D.B. Maternal Mortality and Morbidity in Cesarean Section. *Clin Obstet Gynecol.* 28(4):763-69, 1985.
- PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e na enfermagem.* São Paulo: Cortez, 1989.
- RATCLIFF, K.S. Midwifery in East London: Responding to the Challenges. *Women & Health.* 22(1):49-78, 1994.
- RATTNER, D. Nascimento ou parto? Em São Paulo, nascimento e parto! (Editorial) *Notas sobre nascimento e parto.* São Paulo, Genp/Instituto da Saúde, ano I, n.2, jun. 1996.
- RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 30(1):19-33, 1996.
- READ, J.A., COLONEL, L., MILLER, F.C., PAUL, R.H. Randomized Trial of Ambulation versus Oxytocin for Labor Enhancement: A Preliminary Report. *Am J Obstet Gynecol.* 15: 669-672, 1981.

- REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. *Carta de Campinas*. Campinas: REHUNA, 1993. 4p. (Mimeogr.).
- REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969.
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. *Projeto Curicica; uma maternidade amiga da mulher e da criança*. Rio de Janeiro, 1993. (Mimeogr.).
- ROCKNER, G., JONASSON, A., OLUND, A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1991; 70: 51-54.
- ROCKNER, G., OLUND, A. The use of episiotomy in primiparas in Sweden; a descriptive study with particular focus on two hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 70: 325-330, 1991.
- RHODES, P. El siglo da ilustracion. In: *Introduccion a la história da Medicina*. Zaragoza: Editorial Acibria, 1985.
- ROOKS, J. et al. Outcomes of care in birth centers; the National Birth Center Study. *N Engl J Med*. v.321,n.26:1804-1811, 1989.
- ROTHMAN, B.K. Anatomy of a Compromise: Nurse-Midwifery and the Rise of the Birth Center. *J Nurs Midw*. 28(4):3-7, 1983.
- ROUTINE versus selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. *Lancet*. 342(8886-8887:1517-18, 1993.
- ROWLEY, M.J. et al. Continuity of Care by Midwife Team versus Routine Care during pregnancy and birth: a randomised trial. *J Med Austral*. 163(18): 289293, 1995
- SABATINO, H., DUNN, P., CALDEYRO-BARCIA, R. *Parto humanizado; formas alternativas*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1992.
- SANTOS FILHO, L. Cirurgia e Obstetrícia. In: *História Geral da Medicina Brasileira*. v.1, 1977
- SCOGGIN, Janet. The historical relationship of nurse-midwifery with medicine. *J Nurs Midw*. 42(1):4951, 1997.
- SENDEN, I.P.M et al. Labor Pain: a Comparison of Parturients in a Dutch and a American Teaching Hospital. *Obstet Ginecol*. 71(4):541-544, 1988.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Coordenação de Planejamento em Saúde. Grupo de Avaliação Técnica em Saúde. Área de Saúde da Mulher. *Resultados da Primeira Avaliação das Maternidades do Estado de São Paulo*. Projeto Melhoria da Qualidade da Assistência Obstétrica no Estado de São Paulo. São Paulo: ag. 1997. 19p. (Mimeogr.).
- SEGOVIA, Ivelise. *Level of care by midwives*. In: VI INTERNATIONAL CONFERENCE ON MATERNAL AND NEONATAL HEALTH, 1997, Campinas. *Session II - The role of midwives*. Comunicação oral.
- SILVER, Lynn D. *Monitoramento e Avaliação Rotineira da Qualidade e Distribuição da Assistência Obstétrica Hospitalar: Estudo do Potencial do Sistema de Informação Existente e Estimativa de Custo ao Sistema Único de Saúde da Epidemia de Partos Cesáreas*

- SILVER, Lynn D. *Monitoramento e Avaliação Rotineira da Qualidade e Distribuição da Assistência Obstétrica Hospitalar: Estudo do Potencial do Sistema de Informação Existente e Estimativa de Custo ao Sistema Único de Saúde da Epidemia de Partos Cesáreos Desnecessários*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fundação Osvaldo Cruz, 1996. 155 p. (Mimeogr.).
- SOUZA, J.S. Da operação cesariana debaixo do ponto de vista religioso e médico (cont.). *Rev de Gynecol e D'Obstetrícia*. 16(6):186-203, 1922.
- STAHL, Elvira. Midwifery's march trough the ages. *Can Med Assoc J*. 144(3):339-40, 1991
- SUMMEY, P.S., HURST, M. Ob/Gyn on the Rise: The Evolution of Professional Ideology in the Twentieth Century -Part I. *Women & Health*. 11(1):133-145, 1986
- TANAKA, A.C.d'A. *Situação da mortalidade materna no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP: 1993. (Mimeogr.).
- TANAKA, A.C.d' A. *Maternidade; dilema entre nascimento e morte*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- TAYLOR, R.W. Difficult labor; yesterday and today. *Midw Cronicl & Nurs Notes*. 83(988): 142-47, 1970.
- THACKER, S.B., BANTA, H.D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature: 1860-1980. *Obstet Gynec Surv*. 38(6):322-38, 1983
- THRANOV, I. et al. Postpartum symptoms. Episiotomy or tear at vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 69: 11-15, 1990
- TOM, S.A. The evolution of nurse midwifery: 1900-1960. *J Nurs Midw*. 27(4):4-13, 1982.
- TSUNECHIRO, M.A. *A formação da enfermeira obstétrica no Estado de São Paulo, SP, 1987*. São Paulo: Escola de Enfermagem USP, 1988. (Tese, Doutorado em Enfermagem)
- TURAN, C., KUTLAY, B. Cesarean Section Rates and Perinatal Outcomes in Resident and Midwife Attended Low Risk Deliveries. *Eur J Obstet Gynecol & Reprod Biol*. 62:3-5, 1995.
- TURNBULL, D. et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*. 348:213-18, 1996.
- TUSSING, A.D., WOJTOWYCZ, M.A. The Cesarean Decision in New York State, 1986; Economic and Noneconomic Aspects. *Medical Care*. 30(6):529-40, 1992.
- VAN ALTEN, D., ESKES, M., TREFFERS, P.E. Midwifery in the Netherlands. The Wormerveer study; selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant mortality. *Br J Obst Gynaecol*. 96:656-662, 1989.
- VANWYCK, D.M. The "new" profession. *Can Nurs* p. 15-18, feb 1992.
- VICAR, J.M., et al. Simulated Home Delivey in Hospital: a Randomized Controlled Trial. *British J Obstet Gynaecol*. 100:316-323, 1993.
- VIEIRA SOUTO, Luiz H. Madame Durocher e a obstetrícia de seu tempo. *Revista Syniátrica*. 9(8):113-132, ag. 1916.

- VILELA, E.,CARNEIRO,L. E assim nasceu a REHUNA... In: *Saúde em Foco*. Informe Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ano V, n. 14, nov. 1996, p. 50-51
- WAGNER, M. A Global Witch-Hunt. *Lancet*. 346(14): 1020-1022, 1995.
- WARD, A.R. The passing of the Midwives'Act, 1902. Part I. *Midw Cronicl & Nurs Notes*. 94(1121):190-94, 1981 a.
- WARD, A.R. The passing of the Midwives'Act, 1902. Part II. *Midw Cronicl & Nurs Notes*. 94(1121):237-42, 1981 b.
- WILLIAMS, Lynne S. Doctor's reactions mixed as midwives enter health care mainstream in Ontario. *Can Med Assoc J*. v.150, n. 5: 730-34, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Safe Motherhood; Care in Normal Birth: a practical guide*. Report of a Technical Working Group. Genebra: 1996, 54p.