# Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Uma Abordagem Antropológica

SONIA NUSSENZWEIG HOTIMSKY

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração:
Saúde Materno-Infantil

Orientadora:
Prof. Dra. Augusta Thereza de Alvarenga

São Paulo
2001

# ANEXOS

# ANEXOS

# ANEXO I

Algumas reportagens à respeito da Casa de Partos da ACOMA e/ou da 'parteira diplomada' Angela Gehrke da silva e a referência a este serviço no 'Projeto QUALIS'

CÂMARA DOS DEPUTADOS

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

FOLHA DE S.PAULO

São Paulo, domingo, 9 de março de 1997

# Parteiras voltam para humanizar os nascimentos

As parteiras voltam à cena e têm seu trabalho valorizado por entidades e médicos empenhados na humanização do parto. O objetivo é devolver ao nascimento suas origens familiares, cada vez mais distantes da parafernália dos hospitais. No ambulatório da favela Monte Azul (zona sul), 900 partos já foram feitos desde 85. Apenas 3% apresentaram complicações. **Saúde pág. A-6**

**AURELIANO BIANCARELLI**
**da Reportagem Local**

Uma cruzada nacional vem se formando para libertar o parto da parafernália hospitalar e do domínio médico absoluto. O objetivo é devolver ao momento do nascimento suas origens de ato fisiológico, familiar e feliz.

Nem mesmo a hotelaria das maternidades privadas tem evitado que, para muitas mulheres, a hora de dar à luz seja um momento de angústia e medo. Em 80% desses serviços, a insegurança é atenuada num pacto médico-paciente que termina em cesárea.

Nos serviços públicos de saúde, as mulheres passam de mão em mão, sem saber o nome do médico que a atende nem o que está fazendo com ela. O médico desaparece por trás da máscara. Só no Estado de São Paulo, 490 mil mulheres têm filhos na rede pública e 160 mil em hospitais privados por ano.

Para os profissionais de saúde e instituições que estão à frente do movimento, o Brasil precisa levantar com urgência a bandeira da "humanização do parto". Nessa empreitada, a volta da parteira é vista como fundamental.

"A parteira é a melhor alternativa para se humanizar o nascimento", diz a médica Tania Lago, coordenadora de saúde da mulher da Secretaria de Estado da Saúde.

Educados nas faculdades para serem intervencionistas, os médicos não aprenderam a acompanhar durante horas uma mulher em trabalho de parto. Nem ganham o bastante para isso. A solução, quase sempre, é cirúrgica. Com um agravante sério: muitos médicos não informam que a cesárea significa riscos cinco vezes maiores de complicações.

"Enquanto o parto estiver sob domínio do médico, o número de cesáreas não diminuirá", diz Thomaz Rafael Gollop, diretor do Instituto de Medicina Fetal. Formadas em escolas especializadas —como ocorre nos países europeus—, as parteiras acompanhariam o pré-natal e fariam o parto. O médico seria chamado a intervir só em partos de risco.

"Em 70% dos partos feitos no nosso serviço, não haveria necessidade do médico", diz Hugo Sabatino, 55, cinco filhos, professor e obstetra do Grupo de Parto Alternativo da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

### Tecnologia inapropriada

Sabatino é um dos fundadores do Rehuna, Rede para Humanização do Parto e do Nascimento, criado em 1993.

"O objetivo é diminuir a tecnologia inapropriada que está o país utilizando num processo tão natural que é o nascimento", diz.

Sua equipe criou uma cadeira onde a mãe fica numa posição semelhante à de cócoras, aumentando a circulação sanguínea da placenta e facilitando a saída do bebê.

Desde a sua criação, o Rehuna vem prestando assessoria e divulgando informações para maternidades públicas e privadas.

Julio de Azevedo Tedesco, 58, quatro filhos, professor titular de ginecologia e obstetrícia da Santa Casa de São Paulo, lembra que a desumanização do parto é reflexo do descaso da saúde pública.

"Mas não custaria nada ao médico apresentar-se para a paciente, dizer seu nome, perguntar o dela, pedir licença para examiná-la. Quando a paciente é informada, ela se sente respeitada, se acalma."

GER 3.17.23.004-2 - (JUN/95)

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

# *Favela abriga ambulatório modelo*

## *Maternidade na Monte Azul (em SP) apresenta os melhores índices do Brasil, segundo a OMS*

da Reportagem Local

O ambulatório-maternidade que ostenta os melhores indicadores do país— segundo critérios da Organização Mundial da Saúde— fica bem no meio da favela Monte Azul (zona sul de SP).

Ali, as complicações e cesáreas somam 3%, as mulheres não são isoladas, não se usam drogas, e o índice de episiotomia —corte do períneo para ajudar a saída do bebê— é de 17%.

Na rede de hospitais privados o índice de cesáreas chega a 70%, na pública, a 40%. A episiotomia chega a 100% nos hospitais convencionais quando se trata do primeiro filho.

Na favela, o fórceps não é utilizado e em apenas 0,5% dos casos emprega-se o extrator de vácuo, para ajudar na expulsão do bebê.

Em lugar da clássica equipe com obstetra, anestesista e pediatra neonatal, uma parteira assiste o nascimento acompanhada por uma auxiliar de enfermagem e alguém da família da mãe.

O pai senta-se sobre a cama, com as pernas abertas, e apóia a mulher pelas costas, substituindo as camas obstétricas.

Para aquelas mães que preferem outra postura, o ambulatório construiu um banquinho, onde se dá à luz numa posição semelhante à de cócoras.

Desde que foi criado, em 1985, 900 crianças já nasceram ali, a grande maioria pelas mãos da parteira Angela Geherke da Silva. "Em apenas 3% dos partos, as mulheres precisam ser conduzidas a um hospital", diz.

Nesses casos, a paciente é levada na própria Parati de Angela.

Os índices são ainda mais impressionantes quando se considera que 30% dos partos feitos ali são de adolescentes. "Nunca tivemos a morte de uma mãe nem de uma criança."

O ambulatório ocupa um prédio de dois pavimentos onde também são oferecidos atendimento odontológico, consultas ambulatoriais e pré-natal.

A Associação Comunitária Monte Azul, ajudada com doações de famílias da Alemanha, também mantém creche, oficina e um grupo de teatro.

Angela se formou parteira num curso de três anos em Stuttgart, na Alemanha.

Naquele país, a lei obriga que todos os partos normais sejam acompanhados por parteira. Nesses casos, a presença de um médico é opcional.

"Graças ao trabalho das parteiras, o índice de cesarea na Alemanha é 11%", afirma.

Logo que foi aberto, o ambulatório fazia cerca de 20 partos por mês. Agora são mais de 200, com mulheres de toda a região. Todas fazem o pré-natal ali.

Em 70% dos partos, os pais estão presentes. "Nunca nenhum deles desmaiou", diz Angela. (AB)

Jornal "Folha de São Paulo"
Domingo, 9 de março de 1997

COMPORTAMENTO

# Uma força ao natural

## Campanha pelo parto normal dirigida a médicos e mães tenta tirar do Brasil o título de campeão mundial de cesarianas desnecessárias

**CHANTAL BRISSAC E MILTON ABRUCIO JR.**

Protagonizada pela atriz Malu Mader e pela primeira-dama Ruth Cardoso, chega este mês ao rádio e à televisão brasileiros uma campanha para combater uma verdadeira epidemia. Sua causa não é nenhum vírus ou bactéria misteriosa, mas a desinformação e o comodismo de médicos e pais, que transformaram o Brasil no campeão mundial de cesarianas. "Não se trata de uma campanha contra a cesariana em si, pois ela pode ser uma operação salvadora de vidas, quando há risco para a mãe, para o feto, ou para os dois, ou quando a criança está sentada ou atravessada no útero", explica Antônio Henrique Pedrosa, secretário-executivo do Conselho Federal de Medicina (CFM), entidade que lidera a mobilização nacional. "A campanha é contra o seu uso abusivo." Evitar a cesárea inútil é um dos principais conselhos da OMS, que considera que a taxa máxima de cirurgias aceitável para o total de partos é 15%. No ano passado, o número de cesarianas no Sistema Único de Saúde (SUS) e em hospitais conveniados chegou a 36% do total de partos.

As intervenções desnecessárias geram um desperdício de R$ 83,4 milhões por ano e ocupam diariamente 1.663 leitos que poderiam ser úteis para outros pacientes. A estimativa do CFM é que o índice de cesáreas chegue a 60% nos hospitais particulares e entre pacientes dos convênios médicos. Nos países desenvolvidos, a quantidade de cesarianas varia entre 13% (caso da Dinamarca) e 7% (Áustria) dos partos. "Quanto maior a qualidade de vida, menor é o percentual", afirma Pedrosa. A exceção são os EUA, onde ele atinge 24%, e Canadá, com 19%. Nesses dois países, esses indicadores são considerados um problema de saúde pública e combatidos pelos órgãos oficiais, explica o secretário do CFM e coordenador da campanha "Natural é o parto normal", cuja primeira fase foi iniciada em outubro passado apenas entre os profissionais do setor.

**EPIDEMIA DE CESARIANAS**

**Países que mais abusam das cirurgias *(% do total de partos)***

| | | | |
|---|---|---|---|
| BRASIL | 36,4 | Suécia | 11,1 |
| Estados Unidos | 24,7 | França | 10,9 |
| Canadá | 19,5 | Inglaterra | 10,0 |
| Portugal | 15,8 | Japão | 8,0 |
| Dinamarca | 13,1 | Austrália | 7,5 |

Fonte: Conselho Federal de Medicina/1997

FABRIZIA GRANATIERI

A preocupação com o alto índice de cesarianas é explicável. Ao contrário de um dos muitos mitos cultivados em torno do assunto, o índice de mortalidade materna é três vezes menor quando o parto é normal. As complicações para o bebê, sobretudo as respiratórias, também são muito mais frequentes em cesarianas. Diante disso, por que tanta gente prefere uma cirurgia na hora de ter um filho? Trata-se da combinação da desinformação das mães com o comodismo dos médicos. Na rede conveniada ao SUS, o pico das cesarianas acontece às terças, quartas e quintas-feiras. São operações com hora marcada, que garantem o fim de semana tranquilo do obstetra e de sua equipe. Em São Paulo, os partos feitos na sexta-feira para permitir ao médico escapar para o litoral no fim de semana ganharam o apelido de "parto-Guarujá". Em algumas maternidades particulares, como a paulistana Santa Joana, com uma taxa de 80% de cesarianas anuais, este dia da semana é, de longe, o mais concorrido. "Reconhecemos que o profissional tem boa parte de culpa nesse escândalo, por isso a campanha contém um vídeo e um livro dirigidos aos médicos defendendo o parto natural", informa Antônio Pedrosa, do CFM.

Os médicos têm papel importante no esclarecimento das mães, que acreditam que é mais chique e cômodo fazer cesárea ou que o parto normal acaba com o prazer no sexo (*leia quadro nesta página*). A professora Angelina Accetta Rojas, 32 anos, escapou de fazer uma segunda cesárea ao encontrar o médico certo. Com uma filha de sete anos nascida de cesariana, ela mesma acreditava que sua outra gravidez teria o mesmo desfecho. "Achava que não podia dar à luz naturalmente. Estou em estado de graça. Minha vontade é ter logo outro só para passar novamente por essa incrível experiência", comprazia-se na úl-

## MITOS DO PARTO NORMAL

### É mais doloroso

As dores só acontecem nas contrações. Na cesárea, a recuperação é mais prolongada e o incômodo maior

### Danifica a região vaginal

Com a epsiotomia (corte no períneo) para facilitar a saída do bebê evitam-se danos na região

### O bebê sofre mais

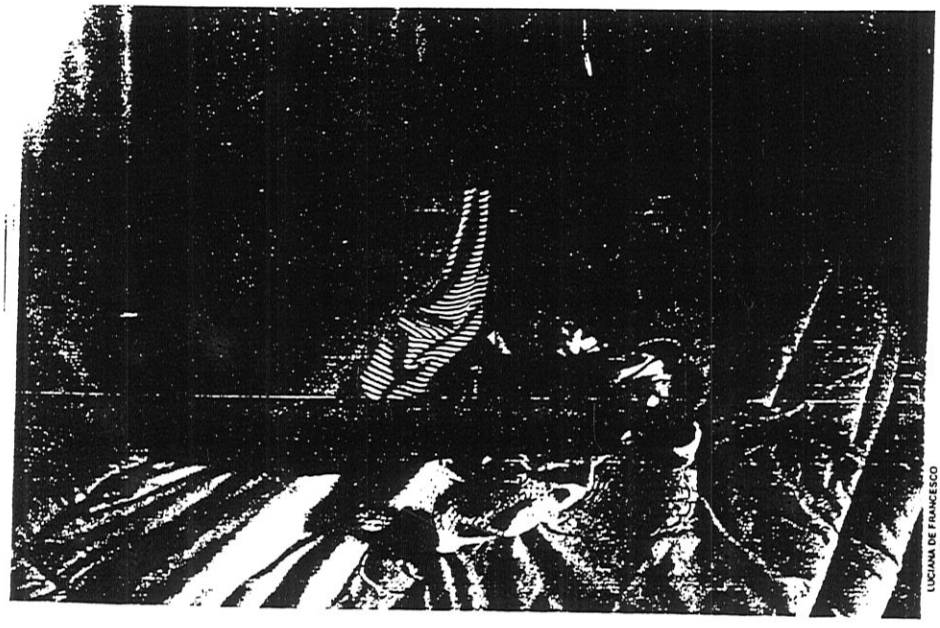
Ele nasce na hora certa. A cesariana pode antecipar demais o nascimento, expondo o bebê a riscos. A ultra-sonografia tem margem de erro de 14%

### Grávida do 1º filho e acima de 35 anos não pode

Não há restrição, a mulher pode fazer parto natural em qualquer idade. O que conta é o preparo físico

### Feita uma cesárea, não se faz mais parto normal

O corte transversal permite a boa cicatrização do útero. Só depois de duas cesáreas não é recomendado, porque há risco de ruptura



LUCIANA DE FRANCESCO

tima semana, com o filho, Lucas, de um mês. Foi o seu atual médico, o obstetra Luís Fernando Aguiar, quem insistiu para que Angelina tentasse o processo natural. "Não há nenhum impedimento. O parto normal é o que a natureza manda, e as vantagens não são apenas físicas, mas emocionais. Por ser um nascimento mais visceral e consciente, a mãe tem menos sentimento de perda e raramente tem depressões pós-parto", diz Aguiar.

Mas a desinformação atinge mesmo os bem-intencionados. A pedido do CFM, o autor Manoel Carlos, conhecido pelo esmero na criação de personagens e temas femininos, tem incluído diversas cenas de proselitismo pró-parto normal na novela *Por amor*, da Rede Globo. Numa delas, porém, o novelista escorregou. Para não estragar uma das principais peças de sustentação de seu roteiro – o nascimento, no mesmo dia, do filho da personagem de Regina Duarte e o de sua filha, que acaba morrendo no parto –, Carlos inseriu uma justificativa falsa na boca do médico da dupla, vivido pelo ator Castro Gonzaga. "Seu bebê continua sentado, por isso vai ter que ser cesariana", iniciou o doutor Moretti, dando uma informação correta a Eduarda. "A Helena, sua mãe, também queria fazer parto natural, mas devido à idade não vai poder", disse o personagem na sequência. "Achar que há idade limite para esta prática é outro equívoco. Até porque só se sabe se vai ser necessário fazer cesariana na hora do parto", afirma Pedrosa, do CFM.

ANDRÉ DUSEK

**"Trabalho de parto é anormal. A cesariana é melhor"**

***Dr. Carlos João Araújo, obstetra***

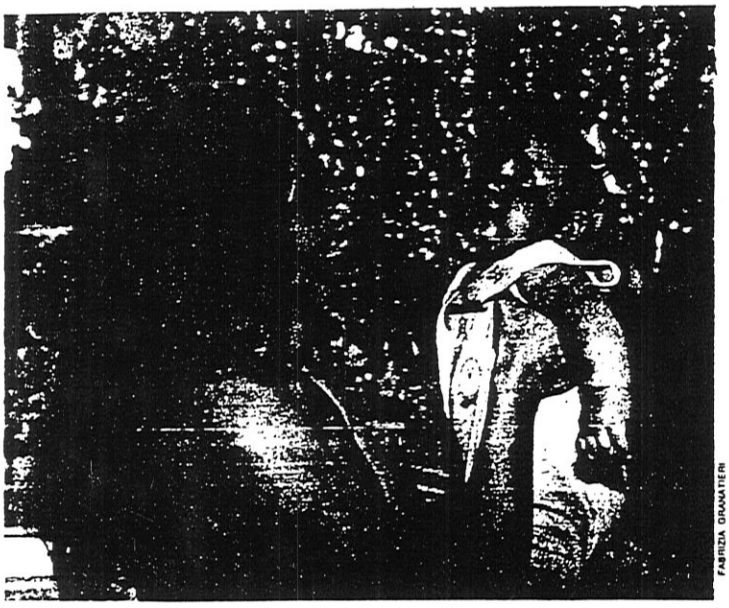
Se tivesse dado bola para conversas desse tipo, a atriz Christiane Tricerri, 36 anos, não teria conseguido ter um parto normal, ao dar à luz sua filha Isadora, com 3.8 kg, no dia 29 de dezembro último. Ela se preparou animadamente. Fez hidroginástica e exercícios de respiração. "Foi lindo, tranquilo. Com a respiração consegui aumentar a dilatação e relaxar o períneo. Valeu ter me preparado para esse grande momento", diz Christiane, enquanto amamenta Isadora.

A opção preferencial pela cesárea, reforçada também nas universidades, tira das mulheres a experiência única de pôr uma criança no mundo por suas próprias forças. A modelo carioca Shirley Miranda, 23 anos, fez um curso de preparação baseado no método do obstetra Frédérick Leboyer, que defende o nascimento com pouquíssima interferência, luz suave e nenhum barulho. "Foi maravilhoso", diz Shirley, mãe de Gabriella, hoje com quatro meses. Um rito de passagem fascinante, que remete o ser humano à sua própria origem, o parto acabou perdendo o melhor de seu significado com o tratamento desumanizado de hospitais e maternidades, que o enxergam como um procedimento exclusivamente médico. A comerciante Vanessa Duarte, 28 anos, se preparou durante toda a gestação para o parto normal, recebeu o apoio de seu médico e viu seu sonho se diluir com a realização de uma cesariana algumas semanas antes da data esperada. "Ele me disse que era necessário, mas não deu nenhum motivo justo. Minha filha nasceu prematura e teve que ficar na UTI alguns dias. Depois eu soube que ele tinha marcado logo depois um congresso no Exterior", lembra Vanessa. Ela demorou a ficar em pé, teve dificuldade para amamentar e quase amargou uma depressão por conta disso. "Fiquei revoltada, porque não tive opção." Nem sempre os cuidados prévios se traduzem no final esperado, e a mulher pode se sentir frustrada. A atriz Isadora Ri-

## Nascer sem medo

Na casa de parto da favela Monte Azul, em São Paulo, o ambiente convida ao relaxamento. Toda de madeira, possui uma cama confortável, um banco para o parto de cócoras e uma banheira Jacuzzi para quem prefere dar à luz na água. As parteiras alemãs Angela Gerke da Silva e Erika Alfrs atendem mulheres da favela e da região. Lá, Carla de Assis, 17 anos, grávida de oito meses, terá seu segundo filho. "Estou tranquila porque confio nas parteiras", diz.

Na Europa a profissão de parteira é reconhecida e são elas as responsáveis



**Angelina Rojas com Lucas (pág. ao lado) e Christiane Tricerri com Isadora (ao centro): alegrias com parto normal. Isadora Ribeiro com Maria Antonia: cirurgia de emergência**

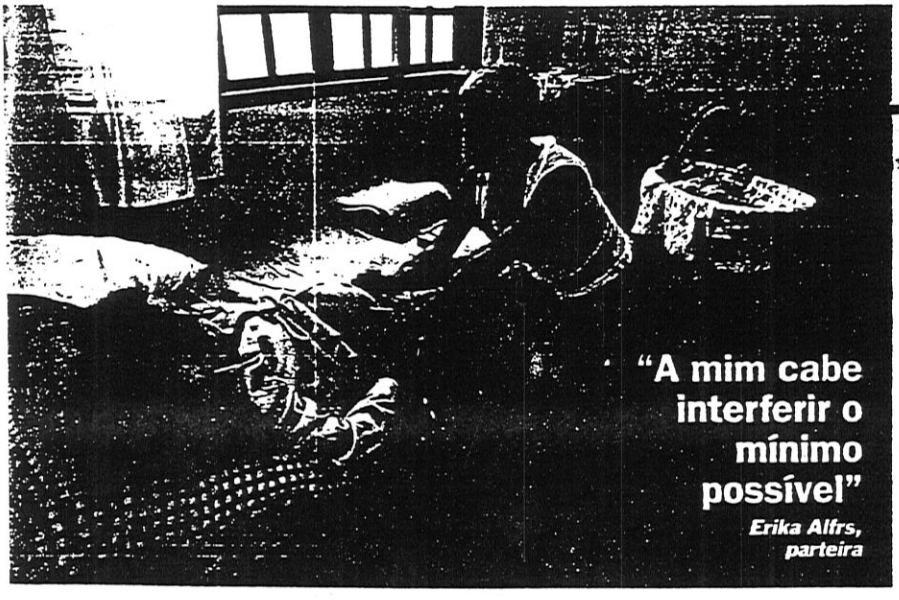
beiro queria muito o parto normal, mas se submeteu a uma cesariana pois sua filha Maria Antonia, nascida há quatro meses, estava com o cordão umbilical enrolado no pescoço. "Foi horrível. Fiquei muito nervosa, pois tenho horror a cortes, e minha pressão baixou demais. O pós-operatório foi muito ruim porque tive infecção na uretra e nos pontos", recorda Isadora. Mas em seu caso a cirurgia era inescapável.

O obstetra Malcolm Montgomery acredita que não se deve passar mensagens idealizadas de maternidade. "Essa campanha do CFM pode colocar a mulher que não consegue ter parto normal em uma situação de inferioridade, como se fosse uma incapaz", diz ele, autor do livro *Mulher: o negro do mundo*, em que pesquisa o universo feminino.

Montgomery não desestimula as pacientes decididas a fazer cesariana. No seu livro ele relata uma pesquisa feita com 200 mulheres, em que a maioria diz ter preferido a cirurgia. "O parto vaginal pode, mais tarde, na menopausa, dar problemas no períneo (musculatura entre a vagina e o ânus)", aponta. Outro médico que se coloca a favor da cesárea é o brasiliense Carlos João Araújo, especialista em reprodução humana. "Mais de 80% das minhas clientes exigem esse tipo de parto. Se eu não fizer, outro faz", justifica. Segundo Araújo, as mulheres não querem saber de contrações, de repetir a dor que suas mães sentiram. Existem até aquelas que preferem escolher o signo da criança.

"Para mim, o trabalho de parto é anormal. A cesariana programada é melhor porque deixa a mulher mais tranquila", diz.

Na contramão dessa tendência vem crescendo um movimento pela humanização do parto. Médicos, parteiras, enfermeiras e mulheres de todas as idades procuram vivê-lo de maneira mais íntegra. Daphne Rattner, médica epidemiologista que faz parte da Rehuna, Rede de Humanização do Nascimento, fundada em 1993, em São Paulo, é uma dessas pessoas. "Lutamos para que o parto seja compreendido e valorizado e que as recomendações da Organização Mundial de Saúde sejam adotadas", explica Daphne. Entre essas recomendações, constam cuidados como a garantia de a mãe ter durante o parto a companhia de alguém de sua confiança e a contra-indicação de procedimentos adotados automaticamente nos hospitais, como episiotomia (corte no períneo para facilitar a saída do bebê e evitar a ruptura da pele), a tricotomia (raspagem de pêlos) e a lavagem intestinal antes do parto. "São práticas desnecessárias, sem nenhum fundamento científico", diz Daphne. No Hospital do Ipiranga, em São Paulo, os procedimentos antes do parto são feitos pela maior parte dos nascimentos. Aluna do obstetra Frédérick Leboyer, Angela, 41 anos, há 15 no Brasil, calcula que já tenha feito 1.700 partos. Desses, 3% foram cesarianas. As gestantes foram encaminhadas a um hospital próximo que lhes presta assistência. Em seu trabalho voluntário, Erika, 51 anos, faz o pré-natal no ambulatório, equipado com aparelho de ultra-sonografia. "O parto acontece da maneira que a mulher se sentir mais confortável. Pode ficar de pé, na banheira ou deitada. A mim cabe interferir o mínimo possível. O parto normal é sem medo, com alegria, um acontecimento normal na vida da família", diz ela.



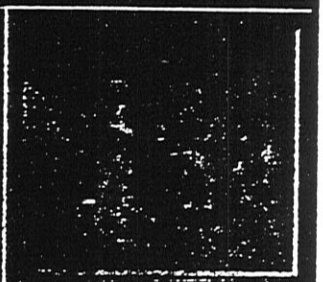
## AS ETAPAS DO NASCIMENTO

**A duração do trabalho de parto varia, oscilando entre 6h e 9h no primeiro filho e entre 4h e 6h nos seguintes**

**DILATAÇÃO – Durante esse período, as paredes do colo uterino se afinam e o canal se alarga. Esses fenômenos se devem às contrações espaçadas e pouco intensas no início e fortes e coordenadas com o passar do tempo**

**POSIÇÃO – O bebê se posiciona melhor, enquanto a dilatação aumenta, chegando a até 10cm, com contrações a cada dois ou três minutos. Se não houver contração ou dilatação, o médico pode induzir o parto aplicando um medicamento específico**

**EXPULSÃO – A cabeça roda em 45 graus, o que permite ao bebê cruzar a curvatura do canal do parto e continuar descendo. A moleira se comprime e reduz o diâmetro da cabeça para facilitar a sua passagem**



**NASCIMENTO – a cabeça se projeta inteira e os ombros saem um de cada vez. Se houver dificuldade, o obstetra pode usar o fórceps de alívio. O fórceps alto está fora de uso, pois pode provocar lesões no feto bem como no canal de parto**

to foram abolidos. "Deixamos a paciente à vontade, andando pela sala de parto, e permitimos a entrada dos maridos ou familiares para acompanhá-las", diz José Jordão Ribeiro Neto, diretor da maternidade.

O Hospital Leila Diniz, na zona oeste do Rio, realiza uma experiência modelo com parto normal e ostenta uma taxa anual de cesáreas de 17%, para uma média de 25% nos demais hospitais públicos do Estado. Lá é enfatizada a possibilidade de o obstetra intervir o mínimo possível no parto. De uma maneira geral, os médicos acham que a não-intervenção é uma forma de omissão. "Abrimos em junho de 1994 com essa proposta", diz o diretor médico, Walter Palis. Uma ficha em que os obstetras esclarecem detalhes sobre cada parto foi uma das medidas implantadas por Palis. Durante o pré-natal, a gestante é apresentada às possibilidades de procedimentos, como o de cócoras, por exemplo. Trata-se do único hospital do Rio que oferece uma cadeira especialmente desenvolvida para esse tipo de nascimento. Há alguns dias, Denise Moura Pereira, no nono mês de gravidez, familiarizava-se com a cadeira a ser usada na hora de dar à luz. Há também uma banheira para as mulheres relaxarem durante as contrações e paredes pintadas de rosa ou lilás, em contraste com a habitual frieza do branco.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de a mãe poder acompanhar seu bebê prematuro na UTI neonatal. A carioca Miriam Bispo Damião, 19 anos, injetava, na última semana, o leite de seu seio em uma sonda, que conduz o conteúdo diretamente para o estômago de seu bebê, nascido no sexto mês de gestação. Iniciativas como a do Hospital Leila Diniz são louváveis, pois reduzem drasticamente a taxa de mortalidade materna e infantil. Mais um desafio é oferecer assistência pré-natal às mulheres de baixa renda. A falta de acompanhamento da saúde da mulher ao longo da gravidez é um dos principais fatores que levam ao parto cirúrgico. Segundo o Unicef, 98% das mortes de mães poderiam ser evitadas com exames pré-natais adequados.

FABRIZIA GRANATIERI

**Denise e o médico Palis: cadeira humaniza parto no Hospital Leila Diniz**

As mulheres que passam pelo pré-natal e são informadas de todos os tipos de parto transformam a experiência no grande marco de suas vidas. Há quem prefira parir de cócoras, na água ou até no mar, como experimentou a escritora americana Chris Griscom que registrou em um livro, *Nascido no mar*, a chegada de seu sexto filho, Bapu, nas águas do Caribe. Entre as opções alternativas, o parto vertical é o mais comum. Em seu livro *Aprenda a nascer e a viver com os índios*, o médico Moysés Paciornik enumera as vantagens desta posição: a força da gravidade ajuda na expulsão do bebê, é um parto mais rápido, menos doloroso e não há necessidade de episiotomia. Segundo ele, quando a mulher se deita o canal do parto estreita 28%. Foi a nobreza francesa que tratou de abolir o parto de cócoras, com os argumentos do obstetra François Mauriceau (1637-1709). Ele dizia que não era digno das grandes damas sujeitar-se a essa posição ridícula.

A primeira-dama Ruth Cardoso, mãe de três filhos, vai contar na campanha sua experiência. "Meus partos foram todos normais. Não foram realmente partos sem dor, mas existia segurança. As mães participavam ajudando a criança a nascer. Era um ato consciente, bonito e é isso que precisamos recuperar." ■

*Colaboraram: Rachel Melo (DF) e Celina Côrtes (RJ)*

PARTO

# Parteiras: *as mensageiras do bom parto*

*Adriana Marmo*

*Esquecidas pelas brasileiras, essas profissionais mudaram e agora buscam o reconhecimento para mostrar aquilo que melhor fazem: trazer crianças ao mundo*

Sorte, experiência e um conhecimento vindo sabe-se lá de onde para ajudar as mulheres na hora do parto eram os únicos recursos usados por esse ser doce e forte: a parteira. Elas não são poucas, nem tão anônimas assim. A violonista Helena Meireles, 73 anos, fez sozinha o parto de seus 11 filhos. Maria Bonita, segundo a lenda, era a encarregada de assistir aos partos que aconteciam no bando de seu amado Lampião. Quando as parteiras surgiram? Não há registros, a história nos diz que elas existem desde o início da civilização. Para se ter uma idéia, Sócrates, o filósofo grego, era filho de uma parteira e observava atentamente o trabalho feito pela mãe para depois passar seus ensinamentos adiante.

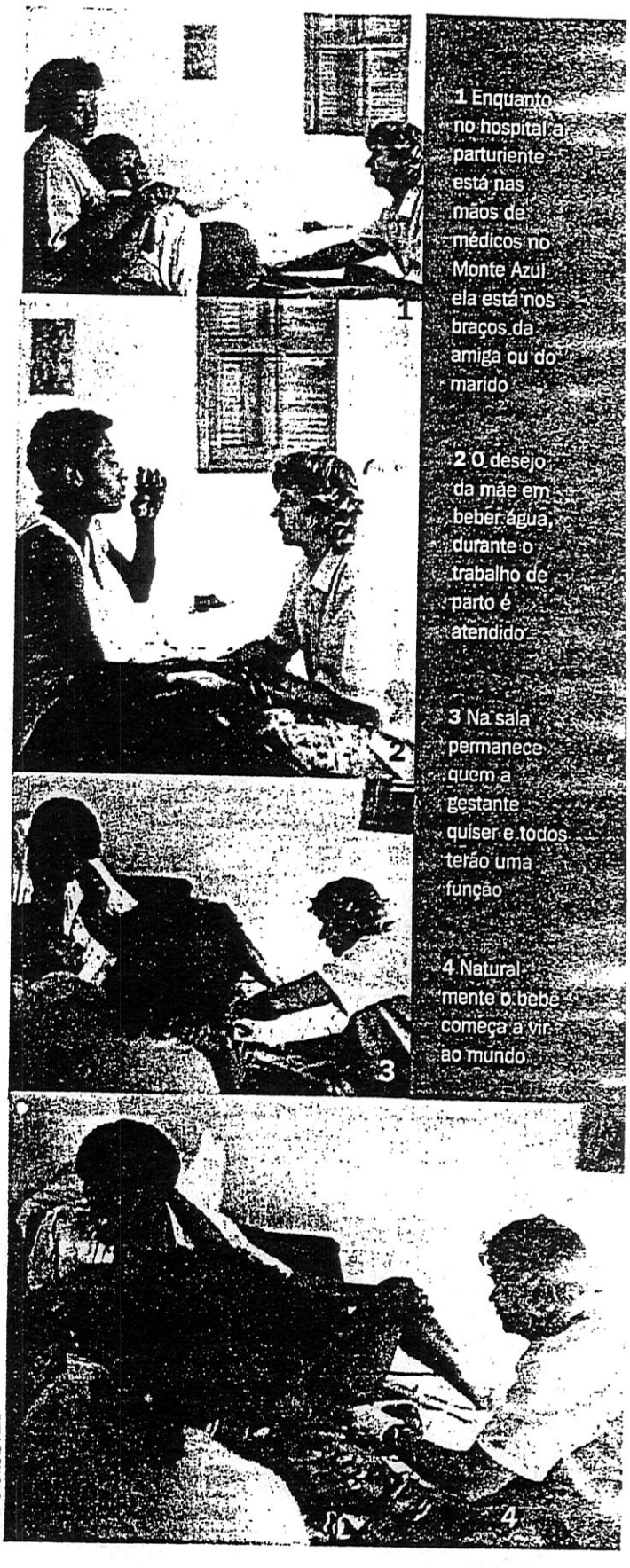
Mas, felizmente, desde então, esse antigo ofício evoluiu - e muito. Parteira hoje em dia é profissional letrada. Na Holanda e na Alemanha, por exemplo, elas freqüentam um curso técnico de três ou quatro anos de duração direcionado para a saúde da mulher e do bebê. O diploma só é conferido depois de acompanharem pelo menos 40 partos. Essa formação as habilita a seguir pré e pós-natal e também o trabalho de parto. Cesarianas e gravidez de risco continuam nas mãos dos médicos, mas também podem ser acompanhadas por elas.

## Dados importantes

E sabe o que as pesquisas indicam? Que o principal trunfo das parteiras é trazer mais aconchego a todo o processo do nascimento de um bebê. Pode até parecer pouco - e extremamente subjetivo. Mas, se a gente começar a olhar porcentagens e a fazer relações entre taxas de cesáreas e mortalidade, esse "singelo" aconchego acaba virando uma salvação, especialmente no Brasil, onde parto virou sinônimo de cesariana e as mulheres morrem nas salas de parto. Com essa afirmação concordam médicos, enfermeiras obstetras, parteiras, profissionais ligados à saúde e mães. Só em 95 o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos registrou que 41% dos partos realizados foram cesáreas. Isso significa que o Brasil está muito além do limite aceitável. A Organização Mundial de Saúde garante que, do total de partos realizados, no máximo 15% necessitam de intervenções, ou seja, quando mãe e filho correm riscos de saúde. Na Europa, a taxa de cesáreas varia de 10% a 12%.

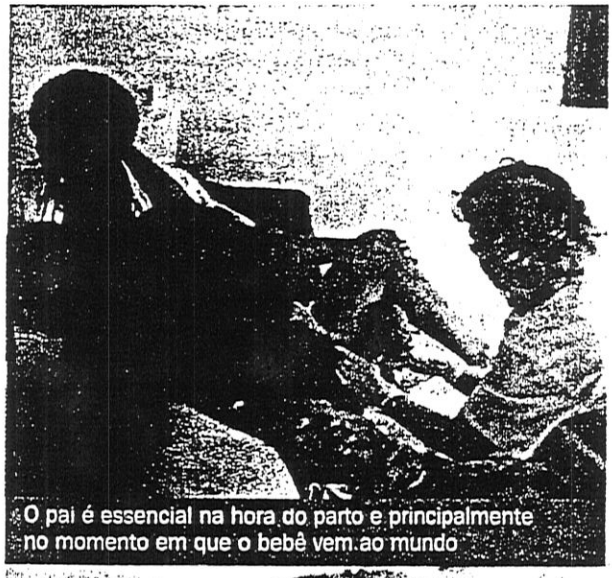
O que talvez poucas pacientes saibam é que em oposição a toda essa aparente facilidade de uma cesárea, existe uma exposição cinco vezes maior a reações à anestesia, hemorragias pós-operatórias, infecções hospitalares e complicações respiratórias para o recém-nascido.

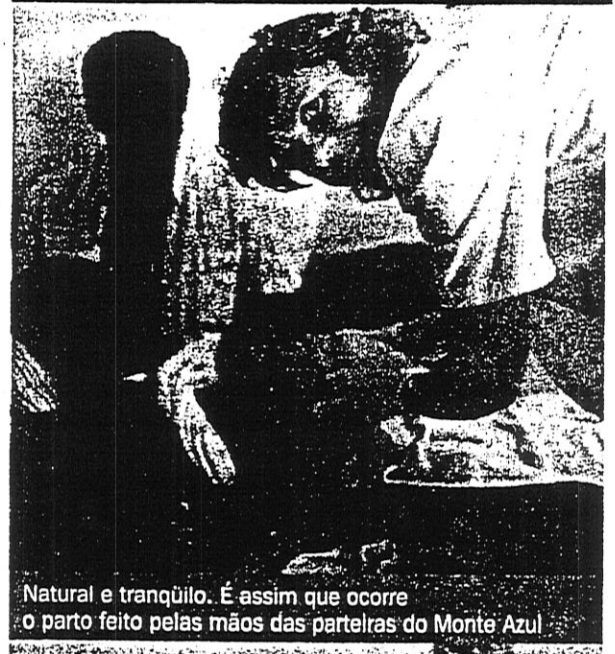
Alguns grupos ligados à saúde pública entendem que só existe uma solução para mudar isso: o retorno das parteiras. No Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Instituto de Saúde, ligado à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, as discussões já estão bem avançadas. Segundo Sonia Nussenzweig Hotimsky,




GEMMA NACCACHE / KEYSTONE

FOTOS: MÔNICA VENDRAMINI


O pai é essencial na hora do parto e principalmente no momento em que o bebê vem ao mundo


Natural e tranqüilo. É assim que ocorre o parto feito pelas mãos das parteiras do Monte Azul

Ainda sem ter o cordão umbilical cortado, o bebê já está em contato com a mãe, amparada pelo pai

FOTOS MÔNICA VENDRAMINI

antropóloga que prepara uma tese acadêmica sobre o trabalho de Angela Gerke da Silva, parteira da Comunidade Monte Azul (*veja box*), a principal melhoria com a volta dessas profissionais é que o número de cesarianas diminuiria e em conseqüência cairia também a taxa de **morbi-mortalidade*** materna e de bebês. "Em parte, isso se deve ao fato de que elas não fazem cesarianas, pois são profissionais treinadas para detectar riscos na gravidez e encaminhar esses casos, se necessário, para obstetras."

E por falar em mortalidade materna, olha o Brasil outra vez com altos índices. O último dado disponível do Sistema Único de Saúde é do ano de 1994, quando morreram 134 gestantes para cada 100 mil nascidos. Nos Estados Unidos, por exemplo, esse número cai para 7 e no Canadá morrem 4 mulheres para cada 100 mil nascidos. Claro que esses valores variam de região para região, ou seja, em estados mais ricos morre-se menos. Mesmo assim, os números são altos. Especialmente se a gente pensar que eles poderiam ser bem menores. "Mulher grávida não é doente. Ao contrário, a gravidez informa que o corpo dela está muito saudável. Existem muitas atitudes médicas desnecessárias, como remédios e cortes. Algo entre 20% e 30% dos partos realizados pelo meu grupo precisariam de um médico presente", explica Hugo Sabatino, professor e obstetra do Grupo de Parto Alternativo da Unicamp.

Mas por que então faz-se tantas cesáreas? Em primeiro lugar está a "facilidade" para ambas as partes. A mãe tem a garantia de um parto sem dor e o médico pode marcar a hora sem esperar o trabalho de parto. O chefe do departamento de ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e um dos diretores da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Roberto Benzecry, aponta a tecnologia como uma das responsáveis. "Hoje temos exames muito específicos que detectam riscos no início da gravidez e ninguém quer arriscar. Com todos estes avanços não se pode esperar que o número de cesáreas seja igual ao do passado", diz ele, que é um defensor da anestesia no parto. "Sentir dor não é nenhum mérito." Benzecry também aponta falhas na formação dos médicos, que graças a especializações precoces, acabam saindo das faculdades sem saber acompanhar uma mulher durante horas em seu trabalho de parto. A baixa remuneração dos profissionais e o mercado de trabalho saturado são também apontados por ele como responsáveis pela medicalização do parto.

Mas que ventos novos as parteiras poderiam trazer para a situação? A médica sanitarista Daphne Rattner, do Instituto de Saúde de São Paulo e autora de um trabalho acadêmico sobre cesarianas no Brasil, acredita que essas profissionais poderiam trazer benefícios não só para a mãe e para o bebê, mas também à família, já que o nascimento de uma criança afetará todo o grupo. "Além disso, elas poderiam até mesmo mudar a concepção dos partos, que

## Helena Meirelles: viola, bordéis e muitos partos

Ela toca viola desde os nove anos de idade. Na época, no Pantanal do Mato Grosso, chegou a brigar com a família, que não aceitava seu dom artístico porque era mulher. Morou em bordéis, animou bailes e só subiu em um palco aos 68 anos. Suas composições encantaram a "inteligência" e lhe rendeu, em 93, o prêmio Spotlight Artist da revista Guitar Player, uma das mais respeitadas no mundo.

Helena Meirelles, 73 anos, fez muito mais nessa vida. Foi benzedeira e parteira. Não sabe quantas crianças ajudou a trazer ao mundo. E, sozinha, fez o parto de seus 11 filhos. Em um deles, segundo a violeira, não deu tempo de correr para casa. O bebê nasceu no pasto mesmo, no meio das vacas. Para ajudar a cicatrizar o umbigo, Helena sempre usou fumo de corda amassado com óleo. "É tiro e queda!". Detalhe: Helena Meirelles nunca foi à escola. Não sabe ler, nem escrever.

hoje virou sinônimo de uma confortável cesariana, com hora marcada e tudo mais."

### Bom exemplo

O trabalho desenvolvido pelas parteiras holandesas é considerado como modelo para o resto do mundo. Lá elas trabalham com total autonomia. São as primeiras a receber a gestante e depois de um exame definem quem deve ou não ser encaminhada ao médico nos casos de gravidez de risco. Se tudo for normal, todo o processo correrá sob os cuidados delas. Nos casos que ocorrem as cesarianas, o médico só realiza o parto na presença dessa profissional.

O ginecologista e obstetra Cristião Fernando Rosas, membro do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, vê com bons olhos esse movimento de resgate ao parto com qualidade. "Não posso opinar sobre a formação destas parteiras, porque ainda não conheço o projeto, mas de qualquer maneira sei que as experiências mundiais são positivas." O doutor Cristião Rosas acredita que o vínculo humano é fundamental, pois o parto é o clímax na vida de uma mulher e se existe um apoio especial neste momento, com certeza os resultados são bastante favoráveis.

# Parteiras de luxo

Apesar de raros, os partos naturais também acontecem em grandes maternidades. Para serem realizados dependem exclusivamente da vontade da paciente e da filosofia do obstetra. Este é o caso do ginecologista, obstetra e membro do setor de Reprodução Humana, do Hospital Israelita Albert Einstein, dr. Carlos Eduardo Czeresnia. O trabalho com suas pacientes segue a seguinte ordem: primeiro a gestante faz o pré-natal com o acompanhamento das enfermeiras obstétricas ou obstetrizes em seu consultório. Depois, quando a mulher entrar em trabalho de parto, Czeresnia encaminha ao hospital uma das obstetrizes de sua equipe, para acompanhar a evolução do parto e dar a assistência necessária à grávida.

Cerca de 70% dos partos feitos pelo obstetra são normais com anestesia. Os partos naturais (sem anestesia) são raros. Segundo Wanda Morcelli, uma das obstetrizes da equipe do dr. Czeresnia, essa escolha geralmente é feita por grávidas estrangeiras, residentes no Brasil. "Já atendemos casos de holandesas,

Lisiane Hoyos, Wanda Morcelli e Rosell Montelro são obstetrizes da equipe do dr. Carlos Eduardo Czeresnia

alemãs e francesas. A mulher brasileira parece ser mais sensível à dor - e não abre mão da anestesia", revela. Para essa equipe, a parteira é fundamental, tanto que, se a grávida quiser só a presença da obstetriz durante o trabalho de parto, ela será atendida. "O médico se responsabiliza ficando em alerta caso ocorra algum problema", conta Wanda. De vinte anos para cá, por causa dos avanços da medicina e principalmente pela comodidade da anestesia e da cesárea, a parteira foi colocada de lado. No Hospital Albert Einstein, por exemplo, as enfermeiras obstetrizes estão voltadas a dar uma assistência individual à parturiente, revalorizando suas funções, muitas vezes direcionadas para a parte burocrática do centro obstétrico. A finalidade do trabalho é aumentar a incidência de partos normais no hospital.

## O que diz a Organização Mundial da Saúde

A definição de parteiras, pela Organização Mundial de Saúde, de 1996 é a seguinte: "Dar a necessária supervisão, assistência e aconselhamento às mulheres durante o período de gravidez, parto e puerpério, conduzir parto sobre sua própria responsabilidade, cuidar e acompanhar o recém-nascido. Essa assistência inclui medidas preventivas, identificação precoce de anormalidades da mãe e da criança e encaminhamento à assistência médica e execução de medidas de emergência na ausência de assistência médica. A parteira tem uma importante tarefa em aconselhamento e educação — não apenas das pacientes, mas também da família e na comunidade. O seu trabalho deve envolver a educação e a preparação para a maternidade e a paternidade e se estender para certas áreas da ginecologia, planejamento familiar e assistência à saúde da criança."

# A alemã que ajuda no nascimento dos brasileiros

Luca mais parecia um atleta que acabara de vencer a maratona dos cem quilômetros. Sereno e orgulhoso, sugava o mamilo da mãe, Ana Paula, como se fosse a sua medalha de ouro. Era a primeira mamada de sua vida e para chegar até ela precisou de muito esforço. Contraiu-se junto com a mãe, se espremeu todo, passou pelo aperto e ... conseguiu. Chegou vitorioso. A mesma expressão tinha a mãe e a avó, dona Marina, que pela primeira vez na vida viu um nascimento de perto. E mais, também ajudou. Foi ela quem cortou o cordão umbilical. Uma honra! Duas horas depois do parto, os três voltavam para casa. Angela os acompanhou até a porta, saudou e avisou que no dia seguinte faria uma visita.

De volta ao ambulatório, lá estava Cleven, que nasceu meia hora depois de Luca, esperando uma carona para ir para casa. Mais que despachada, Angela disse à repórter: "Vamos levá-los no seu carro, pois o meu está no mecânico e no caminho a gente já vai conversando".

E lá fomos nós pelas subidas do Monte Azul, na zona sul de São Paulo. A cada esquina alguém gritava seu nome e acenava. Na volta, uma parada na construção da primeira Casa de Parto do bairro, que deve ser inaugurada ainda neste semestre. Angela me apresenta ao mestre de obras: "Este é o meu engenheiro". E ele retruca: "Muito prazer! E esta é a minha arquiteta, encarregada de compras, amiga, parteira e mãezona deste bairro." E ele não exagerou!

Esta é Angela Gehrke da Silva, 41 anos, uma alemã que um dia leu um livro sobre a comunidade do Jardim Monte Azul e se apaixonou. Não pensou duas vezes, arrumou as malas e trocou Kassel, perto de Frankfurt, na Alemanha, pelo bairro paulistano. Isso foi há 14 anos. E nesse tempo ela já fez de tudo um pouco pelos cerca de 250 mil habitantes da comunidade. Claro que nas horas vagas, pois Angela tem uma profissão que lhe ocupa quase as 24 horas de um dia. Ela é parteira e estudou muito para isso. "Fiz o curso de três anos e só consegui o certificado depois de participar de 40 partos", conta ela. Hoje eles já somam 1.600. Isso mesmo, 1.600 crianças já nasceram sob seu olhar. O mais velho tem 20 anos e vive na Alemanha. A taxa de cesariana no bairro? Irrisórios 3%. A taxa de mortalidade de mãe e filho? Zero.

Há alguns anos bem que tentaram impedir o trabalho desta mulher,

> ***"A taxa de cesariana na Comunidade do Jardim Monte Azul é de 3%"***

que recebe mensalmente R$ 700,00 para viver. Mas o seu jeito tranqüilo e decidido, somado aos resultados de 14 anos de trabalho, acabam provando a competência. "Médicos e enfermeiros existem para cuidar de doente. Gravidez e parto são natureza", explica ela, uma das maiores defensoras da volta das parteiras.

E, de fato, por lá tudo acontece naturalmente. A mãe chega com contrações e Angela encaminha para o quarto. Nada de branco, nem sinal de éter. Pode entrar quem a mãe quiser: avó, filho, amiga e principalmente o pai. "Faço questão da presença do pai. Se ele não vier, mando buscar. É fundamental participar deste momento. Ele precisa entender o que a mulher passa. Isso muda a relação do casal, aumenta o respeito e também o amor", garante. Entrar na sala é o mesmo que receber uma função, seja ela segurar a cabeça da mãe, cortar o cordão ou simplesmente conversar para descontrair.

Muito paciente, Angela é capaz de esperar até 20 horas por um parto. Mas no Monte Azul, segundo ela, a média não passa de três horas. E a pressa fica do lado de fora. Nada de ir cortando o cordão logo de cara. Deixa o rebento se encostar no peito da mãe, acalmar e só então alguém da família faz o trabalho. É hora do banho. Primeiro o bebê, depois a mamãe. Uma horinha de descanso, mamar e a nova família já está pronta para voltar para casa.

Angela também defende o parto normal. Ela acredita que é fundamental para a formação da personalidade da criança. "Ela já nasce gloriosa e isso vai ficar para sempre marcado na existência dessa pessoa, que com certeza será mais corajosa e decidida. A natureza é muito sábia. Nunca mais vai existir um contato físico tão intenso com outra pessoa como é a passagem do bebê pelo canal da vagina", diz ela, convidando para um café na padaria da comunidade.

O Monte Azul é a vida de Angela. O desejo de ter um filho ficou para trás quando ela tinha 35 anos. "Só agora consegui uma amiga alemã para me substituir nos finais de semana. Com quem eu deixaria meu filho? Aqui tem muito trabalho, não posso faltar um dia. Além disso, já tenho muitos!"

Mas é claro que existem os momentos de folga. Neles, Angela toca viola em um quarteto de cordas e adora fazer trabalhos com madeira, costura e jardinagem.

Dona de mãos muito habilidosas, essa Angela! ❖

# SABER PENSAR

## CASAS DE PARTO

Paulo Negreiros

**"INFELIZMENTE, É ESSA A SAÚDE BRASILEIRA. ELA ESTÁ SENDO CONSTITUÍDA DE PENDURICALHOS PIROTÉCNICOS, COMO A CAMPANHA DO PAPANICOLAOU, COLECISTECTOMIA OU O SORTEIO DE CASOS PARA CIRURGIAS DE HÉRNIAS E, AGORA, AS CASAS DE PARTO. DESSA FORMA, VAI SE COMPONDO, COMO UMA VERDADEIRA COLCHA DE RETALHOS, INEFICIENTE E CARA, UM ANTI-SISTEMA DE SAÚDE IMPRODUTIVO, INEFICIENTE E DESUMANO"**

Tive, há trinta anos atrás, a oportunidade de apresentar Roberto Caldeyro-Barcia a José Galba de Araújo. Caldeyro, em um pequeno laboratório de Montevidéu, revolucionou o conhecimento dos mecanismos de parto e do bem-estar fetal *in vitro*, modernizando a obstetrícia. Há uma obstetrícia antes e outra depois de Caldeyro.

Galba de Araújo, cearense, que fez especialização nos Estados Unidos e casou-se com Lorena, enfermeira americana, veio para Fortaleza dirigir a Maternidade Assis Chateubriand e redescobriu as parteiras práticas do interior do Ceará. Rapidamente, integrou-as à maternidade e criou um modelo de hierarquização de ações e de delegação de funções que deu a seu estado a primazia na organização dos sistemas de saúde.

Através de procedimentos de pesquisas diferentes, Caldeyro (pela fisiologia) e Galba (pela análise de práticas antropológicas) chegaram à mesma conclusão: o parto natural é uma passagem necessária para a obtenção de recém-nascidos sadios; e práticas tradicionais, como a posição vertical para parturir, amamentação imediata e a participação da família são preciosas para obter-se os melhores resultados no atendimento obstétrico.

Ambos pesquisadores, inseridos no mundo da ciência, sabiam, entretanto, que apesar das vantagens do parto natural em 15 a 20% dos casos há necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, cirúrgicas ou clínicas, muitas de emergência, porque as intervenções durante o processo de parturição são quase imprevisíveis e demandam, quando ocorrem, tecnologia instalada em bons hospitais, com especialistas treinados que atuem, com rapidez e eficiência, para salvar a vida da mãe e da criança através de práticas como transfusões, cesáreas, monitorizações, UTIs, medicações e equipamentos especiais, apenas disponíveis em hospitais e, algumas vezes, somente em centros de referência de maior porte – avanços esses que diminuíram drasticamente a mortalidade no parto.

Com essas descobertas e com o bom-senso para interpretá-las, sem ceder à tentação de modismos fáceis, nasceu a obstetrícia moderna da segunda metade deste século, que pressupõe a integração das duas necessidades: parto natural ao lado da família, acompanhado todo o tempo por enfermeira obstétrica treinada, porém dentro do hospital. É uma solução de compromisso que une respeito à filosofia, à cultura e à antropologia, com acesso à tecnologia de ponta, quando necessário. É dessa forma, inteligente e informada, que se constrói a modernidade.

Esta combinação já existe em muitas maternidades americanas e européias, pois sabemos que um descolamento prematuro de placenta, uma placenta prévia central, um sofrimento fetal agudo, um prolapso do cordão ou um recém-nascido gravemente deprimido, se não forem atendidos imediatamente, com a tecnologia e profissionais especializados, podem levar à perda da vida da mãe e da criança.

Foi nesse contexto que fiquei perplexo ao ver a enorme relevância que vem sendo dada à experiência das "Casas de Parto" na cidade de São Paulo. Não posso me colocar – pois minha história de vida não permite – contra uma livre opção das mulheres que desejarem esse tipo de assistência, porém também não posso furtar-me à obrigação de sugerir que esses fatos sejam informados, pois essa proposta, a meu ver, além de desnecessária é perigosa.

> ***"Casas de Parto têm sentido no interior do Ceará, para atender gestantes de baixo risco, onde não existem leitos hospitalares"***

Desnecessária porque nesta cidade não faltam leitos hospitalares para obstetrícia, o que falta é organização da assistência ao pré-natal e ao parto, hospitais de referência para casos complexos, berçários de alto risco, parteiras e preparação de ambientes apropriados e familiares dentro das maternidades. Perigosa, porque uma emergência ocorrida nesse local pode significar um maior risco de morte tanto para a criança quanto para a parturiente. O pré-natal deve estar na periferia, próximo à casa da gestante, com trabalhadores de saúde não-médicos, treinados e supervisionados por médicos, atendendo o pré-natal de baixo risco, aumentando o número e a qualidade das consultas. Às obstetrizes, deve-se dar a incumbência de acompanhar partos em hospitais.

Isso tudo não só é aceitável como desejável, pois melhora a atenção e os resultados e já deveria ter sido feito, há muito. Sempre fui favorável e pratiquei a descentralização e a delegação de funções como soluções para o problema da qualidade, abrangência e universalidade dos atos médicos. Entretanto, existe todo um conjunto de conhecimentos, práticas e riscos que precisam ser avaliados quando se toma uma decisão, pois a generalização, o exagero, o amadorismo e o modismo podem ser nefastos.

Casas de Parto têm sentido no interior do Ceara, para atender gestantes de baixo risco, onde não existem leitos hospitalares; e assim mesmo Galba de Araújo tinha veículos velozes para levar os casos complicados para a maternidade, e não eram poucos os que, antes de Galba, ficavam nas dunas, esvaindo-se em sangue ou febre. Um dos importantes avanços introduzidos foi trazê-los antes para a maternidade, onde as parteiras, junto com suas parturientes, eram recebidas e integradas na assistência ao parto intra-hospitalar. A Casa de Parto na cidade de São Paulo, onde há leitos ociosos, onde as maternidades são próximas, é uma prática desvinculada do bom-senso. A meu ver, está sendo utilizada para economizar recursos e atrair a imprensa usando o legítimo direito de escolha das mulheres, para enganá-las.

Infelizmente, é essa a saúde brasileira. Ela está sendo constituída de penduricalhos pirotécnicos, como a campanha do Papanicolaou, colecistectomia ou o sorteio de casos para cirurgias de hérnias e, agora, as Casas de Parto. Dessa forma, vai se compondo, como uma verdadeira colcha de retalhos, ineficiente e cara, um anti-sistema de saúde improdutivo, ineficiente e desumano. Não será assim que se obterá o controle da mortalidade materna em São Paulo, que não só apresenta taxas altíssimas como teve um aumento vergonhoso – de 24% – nestes últimos 5 anos.

É justo e ético dar às mulheres o direito de decidir, mas é preciso informá-las e oferecer-lhes, sempre, as melhores opções.

**JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI É PROFESSOR TITULAR E CHEFE DO DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP; EX-REITOR DA UNICAMP; EX-SECRETÁRIO DA EDUCAÇÃO; EX-SECRETÁRIO DA SAÚDE DE SÃO PAULO E EX-DEPUTADO FEDERAL**

3 DEBATE

# A Casa de Parto sem a presença do médico

## "Uma real possibilidade de escolha da mulher"

**Ruth Hitomi Osava***

O ingresso da mulher ao hospital para dar à luz é recente na história humana. Até o início desta década, a maioria das mulheres no mundo ocidental dava à luz em seus domicílios, acompanhada de familiares e da parteira.

Admite-se que a rede de solidariedade feminina em torno do parto foi esgarçada com a retirada das mulheres de seus lares, e a transferência do parto para os hospitais. No hospital, foram criados regulamentos que visam, prioritariamente, adaptar a mulher ao novo ambiente. A imobilidade no leito, a posição litotômica no parto e outras condições anti-fisiológicas produziram distócias novas, que justificaram a introdução de intervenções visando corrigi-las, como a episiotomia, o fórcipe, as analgesias farmacológicas. As mulheres foram convencidas a se entregarem aos cuidados médicos, deixando que eles resolvessem tudo infantilizadas, tratada como seres incapazes de emitir uma opinião válida sobre o que ocorre com seus corpos, elas perderam a capacidade de dar à luz naturalmente. Os médicos são treinados para tratar toda a gestação e parto como eventos de risco, e apenas retrospectivamente, os consideram normais.

Não médicos, ao contrário, defendem a dimensão fisiológica do parto e nascimento, e procuram resolver as ansiedades das mulheres por meio de uma postura otimista, encorajadora e solidária. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), parteiras e enfermeiras, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, são as profissionais mais indicadas para o acompanhamento das gestações e partos normais. Não significam uma opção barata e provisória na ausência de médicos, e sim a mais apropriada em qualquer contexto.

A Casa do Parto de Sapopemba, região sudeste de São Paulo, nasceu com a vocação de dar reais possibilidades de escolha às mulheres que desejam um parto em ambiente aconchegante, seguro e humanizado.

Foi inaugurada em setembro de 1998, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e Fundação Zerbini. A seleção das mulheres para a Casa do Parto é feita segundo rígidos critérios de risco. Cerca de 20% das mulheres precisa ser removida para hospitais, antes da admissão na Casa.

As remoções ante-parto responderam por 91% do total de remoções, e a principal causa foi a presença de mecônio.

A taxa de remoção no intra-parto foi de 9%, sendo a parada de progressão a causa mais freqüente. Todos os casos de remoção no intra-parto e pós-parto foram bem sucedidos, para a mãe e seu bebê. A Casa do Parto de Sapopemba atingiu a marca de mais de 430 partos e nascimentos assistidos desde sua inauguração.

Este número parece modesto, considerando o volume de partos hospitalares, mas impressiona quando se leva em conta que as mulheres que procuraram a Casa dispunham de serviços de maternidade na região, e sabiam que o serviço não contava com a presença de médicos no local. O parto não é seguro até demonstrar ser perigoso, nem é perigoso até demonstrar ser seguro. O que se exige é uma correta avaliação da situação, com a suficiente vigilância e flexibilidade para se transferir pessoas, dentro e entre os melhores sistemas designados para cada nível de atendimento.

A disputa por clientes no campo da obstetrícia não pode se transformar em uma mesquinha escaramuça, onde os diferentes provedores de cuidados encontram-se mais empenhados em distribuir a falta de segurança entre os competidores do que em perseguir as soluções mais apropriadas. A cooperação em saúde não é um conceito familiar para a maioria de nós: cuidados primários integrados a cuidados especializados, equipes de médicos de família, enfermeiros de saúde pública e trabalhadores sociais, atuando em parceria com especialistas, são ainda um fenômeno que se situa mais no campo das idéias.

Mas é tempo de mudança. E de espíritos desarmados.

**Ruth Hitomi Osava é doutora em enfermagem e diretora da Casa do Parto de Sapopemba*

## "A preciosidade de ser mãe sem riscos"

**Cezar Luiz Galhardo***

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 985, estabeleceu a criação do Centro de Parto Normal, definindo que a equipe necessária para seu funcionamento fosse constituída por um enfermeiro com especialidade obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. Estabeleceu-se ainda que estes centros poderão contar com equipe complementar composta por um médico pediatra ou neonatologista e um médico obstetra. Outra exigência é que os centros só poderão funcionar em locais cujo tempo de remoção de uma gestante ou de um recém-nato para um serviço de referência seja de no máximo uma hora.

Esclarece ainda que estas medidas objetivam a humanização e a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, visando a redução da mortalidade materna e perinatal.

Com esta portaria, o governo federal reforça a idéia equivocada de que a hospitalização para o parto e seu atendimento pelo médico são os fatores responsáveis pela falta de humanização e pelos elevados índices de mortalidade materno-fetal.

Desconsidera a necessidade de melhorar a qualidade de assistência pré-natal, parto e puerpério. A criação de equipes multidisciplinares, a remuneração do acompanhamento do trabalho de parto e o estímulo à redução do índice de cesarianas, associados à melhoria das condições físicas dos hospitais e até mesmo a criação de unidades com as características das Casas de Parto Normal dentro destes viriam reforçar de forma efetiva o Projeto Maternidade Segura.

Além disso, a forma como os Centros de Parto Normal foram enunciados suscita alguns questionamentos. Nas Casas de Parto, quem fará o atendimento pré-natal e pós-parto?. Como saber de antemão se o parto será eutócico ou distócico?

O transporte de gestantes de baixo risco, que de maneira imprevisível e ou intempestiva tornaram-se de alto risco, não iria aumentar a morbiletalidade do binômio materno fetal? Como ficarão os recém-natos que porventura necessitarem de atendimento especializado? Como serão conduzidas as gestantes portadoras de patologias passíveis de transmissão vertical? Quando houver óbito, quem assinará o atestado?

Certamente alguns destes questionamentos já devem estar solucionados, mas mesmo assim é difícil entender os reais motivos para a criação das Casas de Parto, sem a participação do médico obstetra, em locais próximos de maternidades. Porém, não podemos acreditar que sob o manto da humanização e melhor atendimento se encontrem razões puramente econômicas ou políticas.

As Casas de Parto, se fossem criadas para o atendimento em locais onde não há assistência hospitalar, estariam cumprindo o seu papel. Nestas, na ausência de médicos, os partos deveriam ser realizados pela enfermeira obstétrica, técnico em obstetrícia ou pessoa capacitada para prestar assistência ao parto.

A Febrasgo não se opõe à participação de enfermeiras obstétricas na equipe coordenada pelo médico obstetra. Tem nesta profissional auxiliar de primeira grandeza. Entende ainda que as taxas de mortalidade materna e perinatal continuarão a decrescer se continuarmos aprimorando nossos hospitais e equipes multidisciplinares de atendimento obstétrico, já que o ambiente hospitalar é o local ideal para o atendimento ao parto tanto de baixo como de alto risco.

A preciosidade de ser mãe nos impede de colocá-la em risco, por menor que seja.

**Cezar Luiz Galhardo é ginecologista e assessor da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo*

# CORREIO MÉDICO

## PLANOS DE SAÚDE NA INTERNET

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA LANÇOU UM NOVO SITE NA INTERNET – HTTP://WWW.PLANOSDESAUDE.ORG.BR – COM TODAS AS INFORMAÇÕES SOBRE O TEMA. A INICIATIVA VISA OFERECER AO MÉDICO UM ESPAÇO DE ATUALIZAÇÃO E DEBATE SOBRE ESTE ASSUNTO DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA A ROTINA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL. O SITE APRESENTA AINDA UM ESPAÇO PARA QUE O MÉDICO POSSA TIRAR SUAS DÚVIDAS EM RELAÇÃO AOS PLANOS E SEGUROS-SAÚDE. ALÉM DESSE SITE, O CFM MANTÉM MAIS UM – HTTP://WWW.CFM.ORG.BR – COM MATÉRIAS IMPORTANTES PARA O DIA-A-DIA DO MÉDICO. DIARIAMENTE, A *HOME PAGE* APRESENTA UM *CLIPPING* COM AS NOTÍCIAS SOBRE A ÁREA DA SAÚDE PUBLICADAS NOS PRINCIPAIS JORNAIS E REVISTAS DO PAÍS. ALÉM DISSO, PODEM SER ENCONTRADOS OS PARECERES E AS RESOLUÇÕES DO CFM, O JORNAL **MEDICINA** E UMA PÁGINA ESPECIAL COM OFERTAS DE EMPREGOS PARA MÉDICOS EM TODO O PAÍS

### Receituário médico

Os profissionais que se dispõem a dar o melhor de si em benefício de alguém – principalmente na doença – passam por grandes dificuldades. Um problema sério no setor da saúde é a dificuldade em entender o nome dos remédios receitados pelos profissionais da área médica, bem como as dosagens e freqüência. O problema se agrava com a entrada dos medicamentos genéricos no mercado, em virtude da complexidade de seus nomes. É necessária uma comunicação ampla, clara e inteligível entre a classe médica, balconistas, farmacêuticos e consumidores. A principal ferramenta de comunicação utilizada em um tratamento de saúde é o receituário médico, que, no entanto, tem induzido às maiores dificuldades de interpretação, acarretando imensos riscos. Seria extremamente oportuno que essa discussão em âmbito nacional com a classe médica fosse divulgada por todos os meios.

**Paulo Augusto Coelho de Souza**

### Casas de Parto

Está na hora de pensarmos mais profundamente sobre as Casas de Parto. Quais seus reais objetivos? Sob a ótica da frase "as pessoas apenas vêem o que estão preparadas para ver" haveria boa intenção nas propostas. Concordamos com a Organização Mundial da Saúde quando diz que as enfermeiras obstétricas (as antigas parteiras) são competentes para assistir ao parto natural sem distócia. E quando se torna urgente e necessária a intervenção de um médico? Existem locais sem assistência onde poderiam ser criadas Casas de Parto, mas para lá, onde não há médicos, nem enfermeiras querem ir. A maioria das enfermeiras obstétricas não aceita trabalhar em conjunto contra as mazelas da saúde, do atendimento e da segurança das nossas gestantes. Sou levado a pensar que não existe preocupação séria com o bem-estar da gestante e de seu filho, mas sim uma briga por poder, dinheiro e autonomia. Senhoras enfermeiras: não queiram brincar de médicos em casas de brinquedo. Afinal, a evolução não deve ser um caminho para retroceder às épocas onde parteiras assistiam aos partos, mas avançar a uma época onde todos seremos responsáveis e adequadamente remunerados pelo resultado: a segurança e felicidade da mãe, da criança e da nossa própria família.

**José Jacyr Leal Júnior**
**CRM/PR 9.908**

### ATRASO

Estou recebendo o jornal **MEDICINA** com um mês de atraso, com a programação do TecSat já vencida. Dessa forma, infelizmente não consigo acompanhar o programa de Educação Médica Continuada do Canal 80. A categoria tem direito e necessidade de informações atualizadas sobre a questão.

**Gyorgy Janos Gyricza**
**CRM/SP - 91588**

**NOTA DA REDAÇÃO:** Problemas técnicos provocaram o atraso. Estamos envidando todos os esforços para que a questão seja superada. A programação do Canal 80 pode ser encontrada atualizada na *home page* do CFM, no *site* http://www.cfm.org.br

### Varíola erradicada

Recebo o jornal do CFM, de muito boa qualidade, contendo artigos muito bons. Parabéns a todos vocês que realizam este trabalho de grande utilidade para a classe médica e a opinião pública. Em relação ao jornal de janeiro último (nº 114), observamos um pequeno erro na página 20 que nos deixou grande preocupação. O engano partiu do deputado doutor Hélio, do PDT de São Paulo, ao afirmar: "ameaças de epidemia de dengue hemorrágica, de febre amarela, surtos de meningite no Rio e mortes causadas pela varíola em Santos fazem parte de um quadro surrealista". O último caso de varíola notificado e confirmado no mundo aconteceu em 1977 em um país da África. Em 1980, a 33ª Assembléia Mundial da Saúde considerou a varíola oficialmente erradicada em todo o mundo. Se hoje aparecer um único caso da doença em qualquer parte do mundo, está declarada uma epidemia de proporções e danos imprevisíveis.

**Jorge Martins Cardoso**
**CRM/SE 573**

**NOTA DA REDAÇÃO:** Um lamentável erro de digitação provocou o engano. As mortes em Santos foram provocadas por complicações causadas por varicela, não por varíola que, como o leitor frisa, está felizmente erradicada em todo o mundo.

Na edição do **MEDICINA**, nº 114, de fevereiro/2000, na página 28, devem ser feitas as seguintes correções:

No 5º parágrafo, onde se lê

***Não àquele que em sua cara formação profissional recebeu os ensinamentos do respeito ao semelhante, à ética, o emprego de...***

Leia-se:

***Não àquele que, em sua cara formação profissional, foram-lhe ensinados o respeito ao semelhante, a ética, o emprego de...***

No último parágrafo, onde se lê:

***Tu, que tarefas tortura,***
***Tentando tirar teimosias travessas,***
***Tombadas, tifãs...***

Leia-se:

***Tu, que triste tarefa a tortura,***
***Tentando tirar teimosias travessas,***
***Tombadas, titãs...***

## MEDNET

As notícias sobre a Internet estão voltadas para a segurança e os ataques dos haekers a alguns sites famosos. Nada, porém, aconteceu de sério. O que está por trás, na verdade, é um dos cernes da rede mundial: liberdade de expressão e regulamentação. Os sites que se sentiram prejudicados com a invasão dos hackers foram os comerciais. Toda grande publicidade sobre invasões leva a uma correspondente diminuição de consumidores via Internet. O governo americano sendo estimulado, ou pressionado (sabe-se lá de que jeito), pelas grandes corporações que têm na rede mundial um mercado gigantesco e crescente. Aquele governo quer garantir segurança, mas, pelo menos até o momento, a única maneira é invadindo a privacidade, uma das estacas fundamentais da sociedade moderna e da Internet. Ou seja, você poderá ser identificado em tudo o que acessar na rede. Os grandes opositores desta intervenção são, sem dúvida, os hackers. Este grupo, associado a banditismo, na verdade serviu muito, e serve, para o desenvolvimento da tecnologia da Internet. São contratados a peso de ouro pelas empresas de segurança. Estão demonstrando que os mecanismos atuais ainda não são ideais, mas também que, para conseguir invadir um site de forma contundente, é necessário um esforço muito grande. A medicina, humanística por natureza, preserva, de forma intransigente, a privacidade – exemplo que deveria ser seguido. Há informações individuais, não públicas. O seu uso é imprevisível, pode prejudicar alguém. Por exemplo, recentemente, um grande banco americano revelou que vendia o cadastro de todos os seus clientes, com endereço, informações sobre renda, preferências, entre outras. O mesmo acontece aqui, na Internet, com alguns sites que vendem o seu e-mail para listas de propaganda indesejável. Os hackers apóiam os softwares gratuitos, os sites comerciais querem cobrar por tudo; os hackers apóiam a liberdade de expressão, as grandes corporações querem identificar a todos. Dois lados de uma moeda. Tomadas as devidas proporções, hoje estou mais para os hackers do que para os regulamentos excessivos.

Prepare-se para "coisas que você deve saber sobre e-mail", um texto que saiu divulgado na rede e que repasso, resumidamente, por instrutivo e engraçado:

- @ Bill Gates não está te oferecendo US$1.000 e a Disney não está te dando férias grátis;
- @ a Procter and Gamble não faz parte de cultos satânicos e o seu logotipo também não é satânico; fique tranqüilo, não há necessidade de mandar em frente estes casos "que são verdadeiros";
- @ além disso, só porque alguém disse em uma mensagem, quatro degraus anteriores da pirâmide, que "nós checamos e isto é verdadeiro", não quer dizer que seja verdade;
- @ ninguém está acordando numa banheira cheia de gelo para que seus órgãos sejam retirados, mesmo se um amigo de um amigo jurar que isto aconteceu ao primo dele;
- @ se você é daqueles que acredita em histórias de organizações que seqüestram crianças, por favor veja: **http://urbanlegends.tqn.com/library/weekly/aa062997.html** (*"Urban Legends and Folklore"*);
- @ a "National Kidney Foundation" tem repetidamente divulgado pedidos para que as vítimas de ladrões de órgãos venham a público e contem suas histórias. Ninguém fez isto. Não existe nada, nem mesmo o primo do seu amigo;
- @ não existe o vírus "Good Times". Na verdade, você nunca, mas nunca mesmo, deve reenviar qualquer e-mail alertando sobre vírus antes de primeiro confirmar a informação em um site confiável de uma companhia real. Tente em: **http://www.norton.com.** E mesmo assim, não passe adiante. Ninguém ficará chateado por isso (ao contrário!). Para pegar-se vírus por e-mail é necessário executar arquivos anexados que contenham o código viral;
- @ Craig Shergold (ou Sherwood, ou Sherman, ou qualquer coisa assim), na Inglaterra (ou em qualquer outro lugar), não está morrendo de câncer ou de qualquer outra coisa neste momento e ficaria eternamente agradecido se parassem de lhe enviar cartões de visitas;
- @ se você é um daqueles tontos insensíveis que reenviam tudo o que "promete" que alguma coisa de ruim vai acontecer se você "quebrar a corrente", te garanto que isto vai acontecer sim, caso te encontre em uma rua mal iluminada.

Brincadeira, para aliviar a coluna sem links médicos. Para compensar, visite o site **www.cremesc.org.br**, reformulado e "fácil de usar". Até mais.

**Anderson Roman**
roman@gw.cfm.org.br

# Você pode ajudar

«Maternidade», de Maria Aparecida Vuleta d'Andretta

O jornal «Folha de S.Paulo» em 16 de março desse ano tornou pública a gravidade da mortalidade materna:

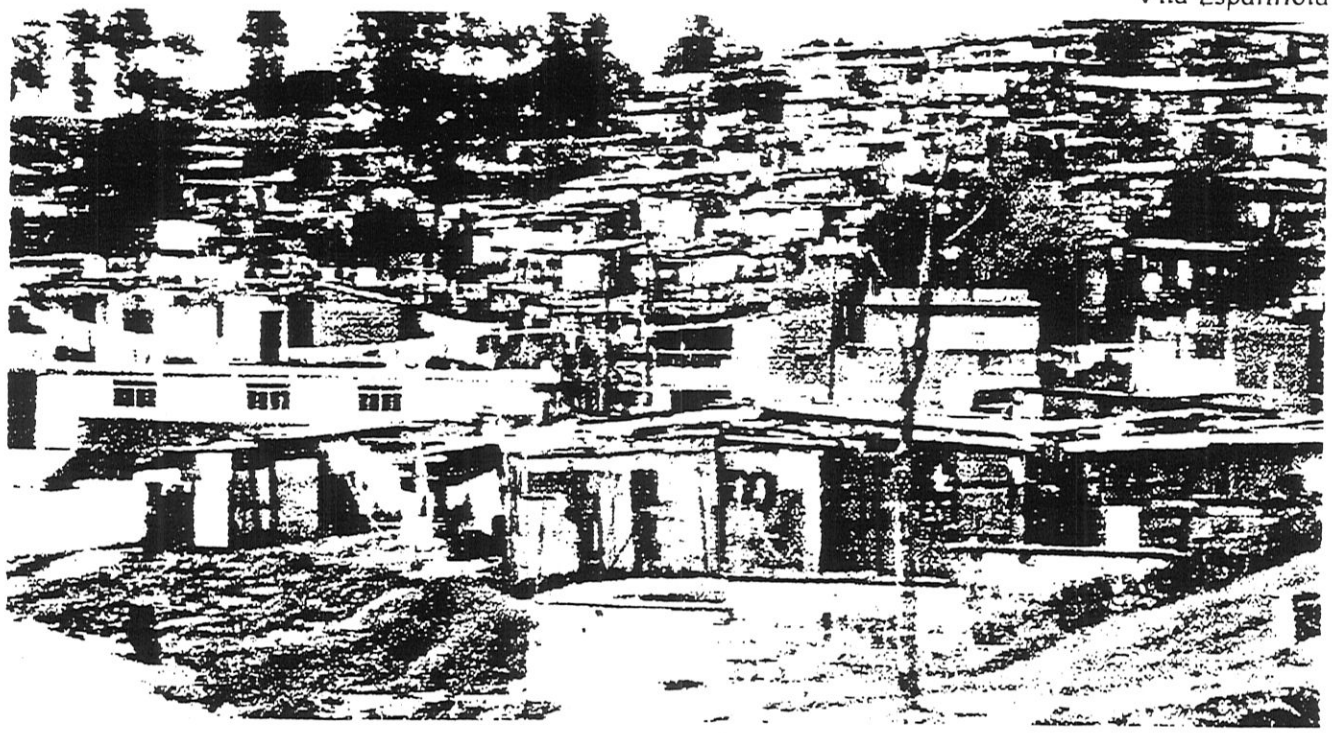
Nos Estados Unidos morrem **quatro mulheres** por ano no processo de parto. No estado de São Paulo, **uma mãe por dia.**

Também em São Paulo, cerca de **oito mil crianças** recém-nascidas não sobrevivem por má assistência ao parto.

Vila Reunidas

As condições de atendimento ao parto na cidade de São Paulo são sabidamente precárias. Muitas mulheres precisam percorrer até cinco hospitais para conseguir vaga para realizar um parto.

Vila Espanhola



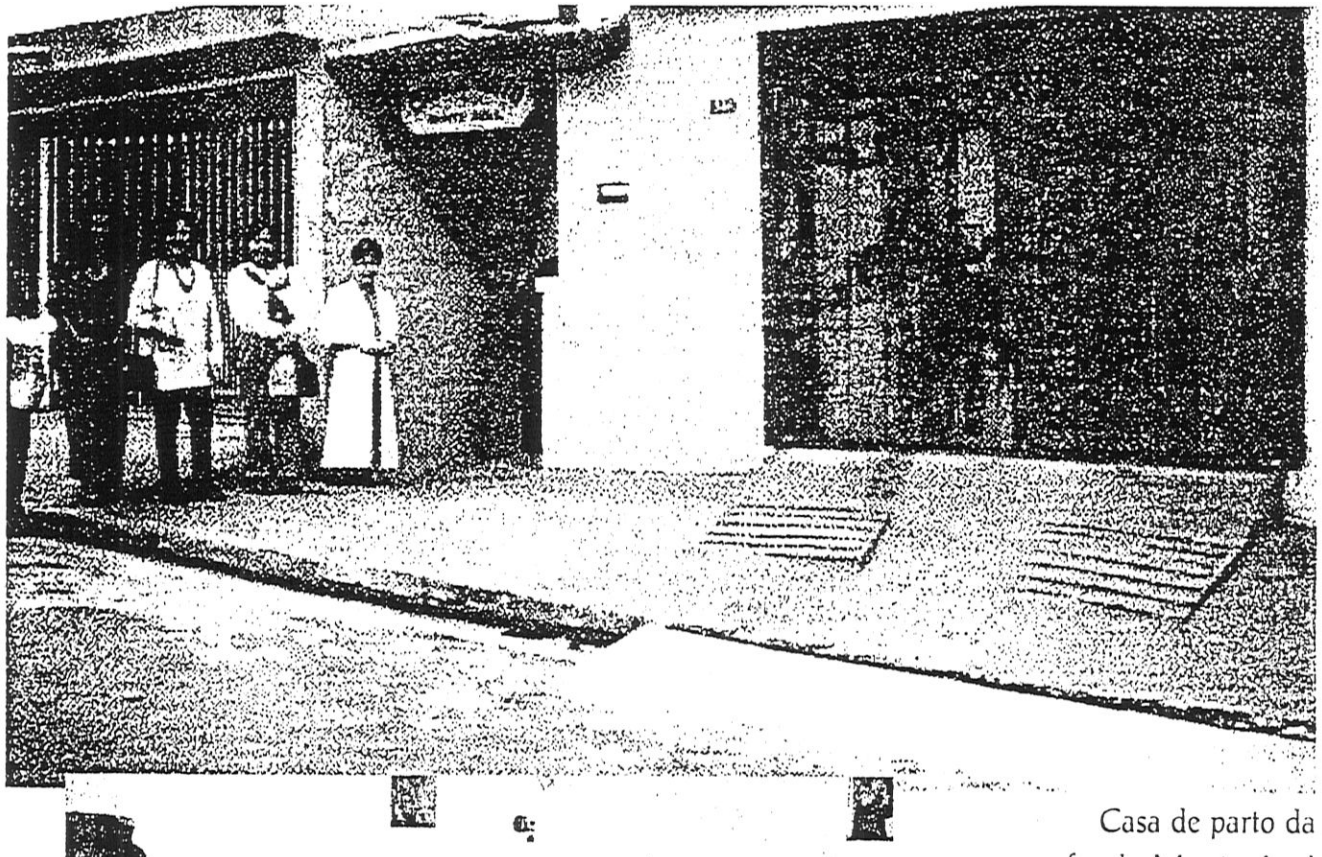
Nas áreas carentes do município, a situação é ainda mais grave. No Parque São Lucas e em Sapopemba, onde residem cerca de meio milhão de habitantes, não há sequer um leito público ou conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), para assistência ao parto.

Pesquisa recente, realizada em Sapopemba pela Pastoral da Criança, indicou que 96% das mães tiveram seus filhos fora do distrito. Deram à luz em Sapopemba apenas aquelas mães cujos partos ocorreram no domicílio ou em viatura policial.

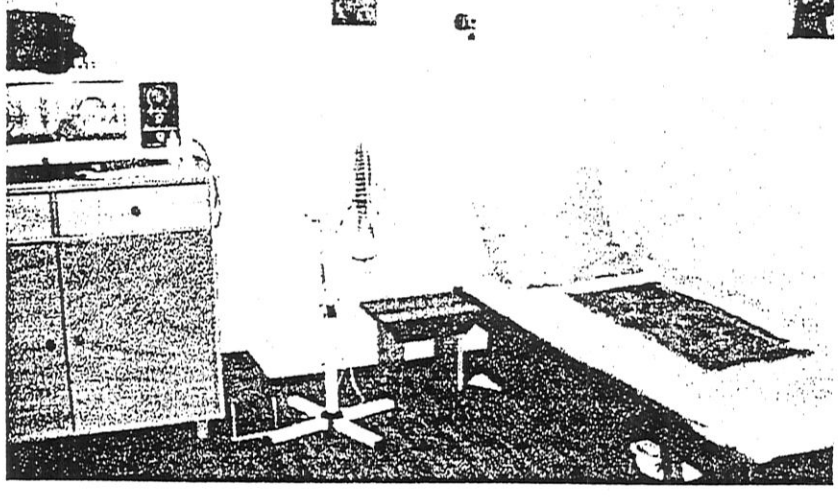
O que se observa é a peregrinação de gestantes em busca de uma vaga hospitalar. As gestantes de alto risco encontram muito mais dificuldades em conseguir um local adequado para a assistência necessária.

Existe uma solução simples, segura e eficiente para equacionar esse problema.

Na favela Monte Azul, zona sul da cidade de São Paulo, funciona uma casa de parto onde já nasceram cerca de novecentas crianças, sem nenhuma complicação.

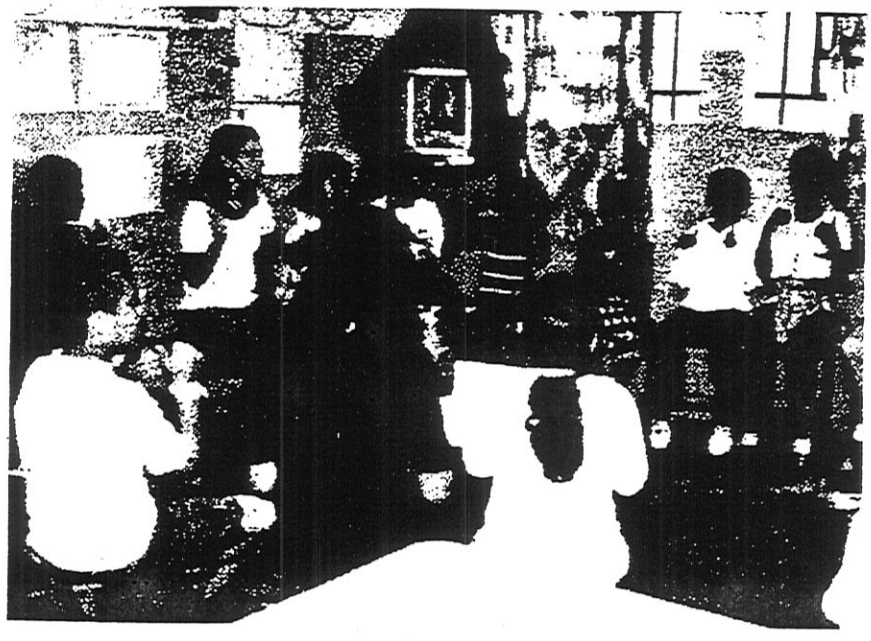


Casa de parto da favela Monte Azul



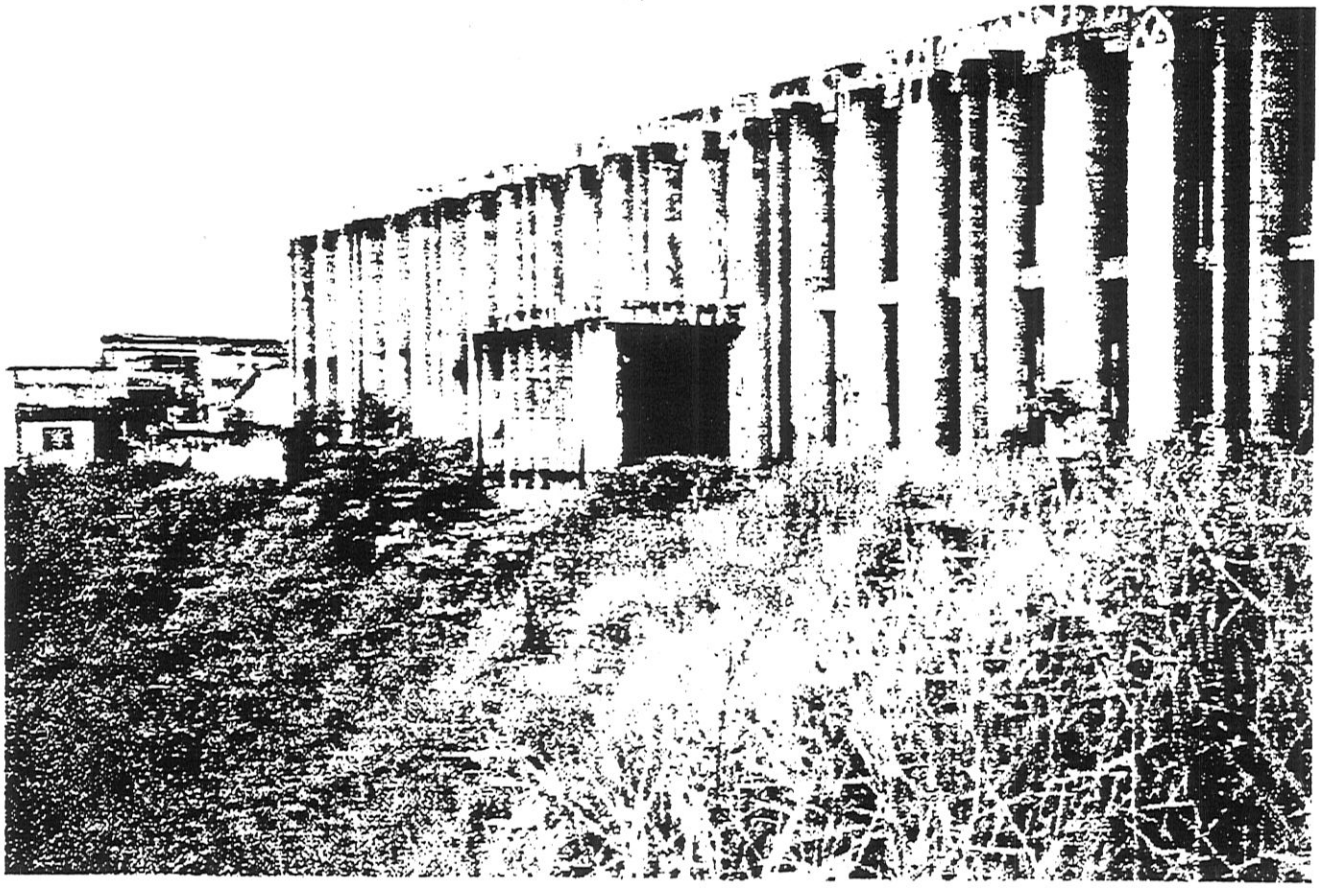
Quarto equipado com estufa

Essa casa é gerenciada pela associação dos moradores da própria favela e conta com o apoio de organizações não-governamentais nacionais e internacionais, além da iniciativa privada.



A Associação Comunitária Monte Azul desenvolve atividades de marcenaria, teatro, música, padaria, teatro, gráfica, entre outras. E mantem equipamentos como creches, berçários e escolas.

O **Programa de Saúde da Família /Projeto Qualis** está empenhado em implantar uma casa de parto na Vila Reunidas, com trinta leitos e alojamento conjunto. Para isso, já dispõe de um prédio de 1.150 m², com mais de 30% das obras civis já concluídas.

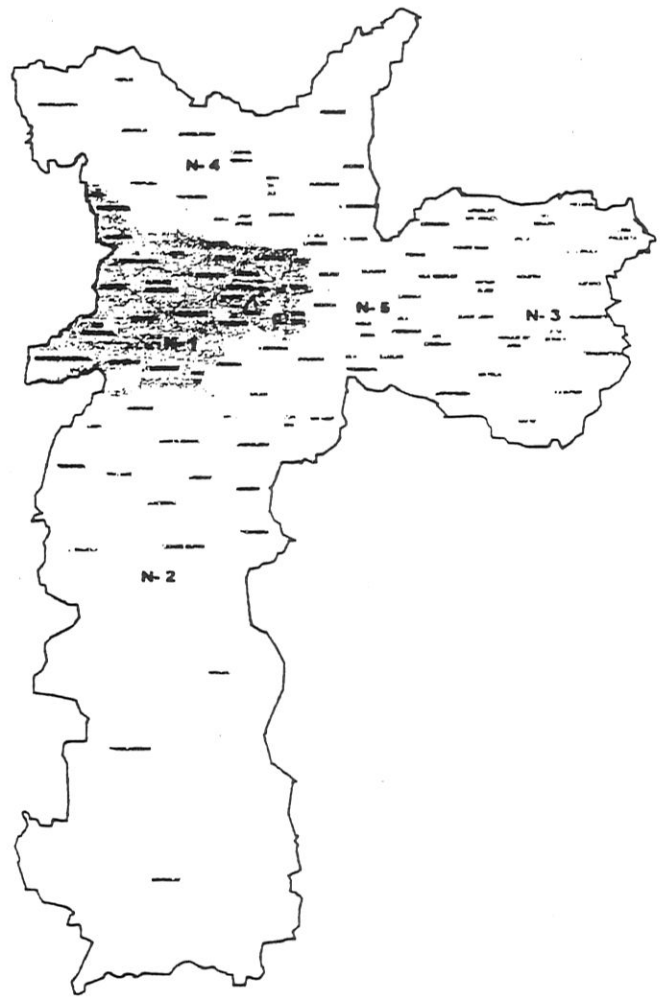


Nossa proposta da casa de parto não é um projeto isolado: integra o **Programa de Saúde da Família/Projeto Qualis**, aprovado por mais de 90% da população atendida.

No **Projeto Qualis**, o centro de atenção é a família em seu contexto social. As equipes de saúde atuam na comunidade e em unidades básicas de saúde, articulando-se com ambulatórios de especialidades e hospitais.

O gerenciamento desse programa é de responsabilidade da **Fundação E. J. Zerbini**, entidade de direito privado. A Fundação está disposta a partilhar essa tarefa com organizações não-governamentais e empresas que tenham interesse em contribuir com a proposta.

ÁREA DE IMPLANTAÇÃO DO PSF/QUALIS

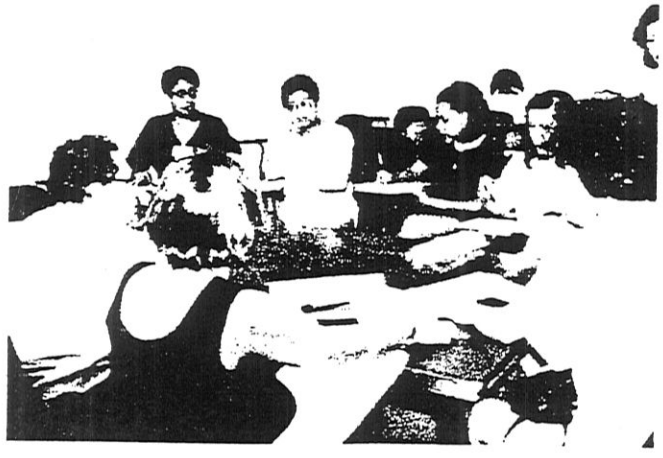


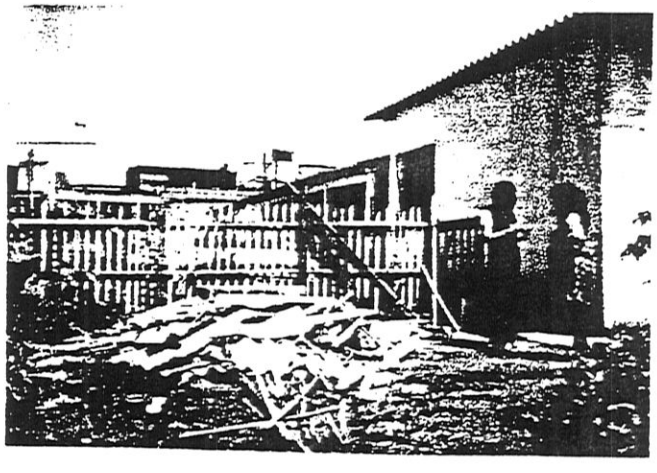
# Implantação do Programa de Saúde da Família

Desenvolvido com a participação de profissionais
da área da saúde e da comunidade.

Favela do Boi Molhado, no Morro da Vila Espanhola, Vila Nova Cachoeirinha.

Reunião da equipe responsável pelo projeto com a comunidade.

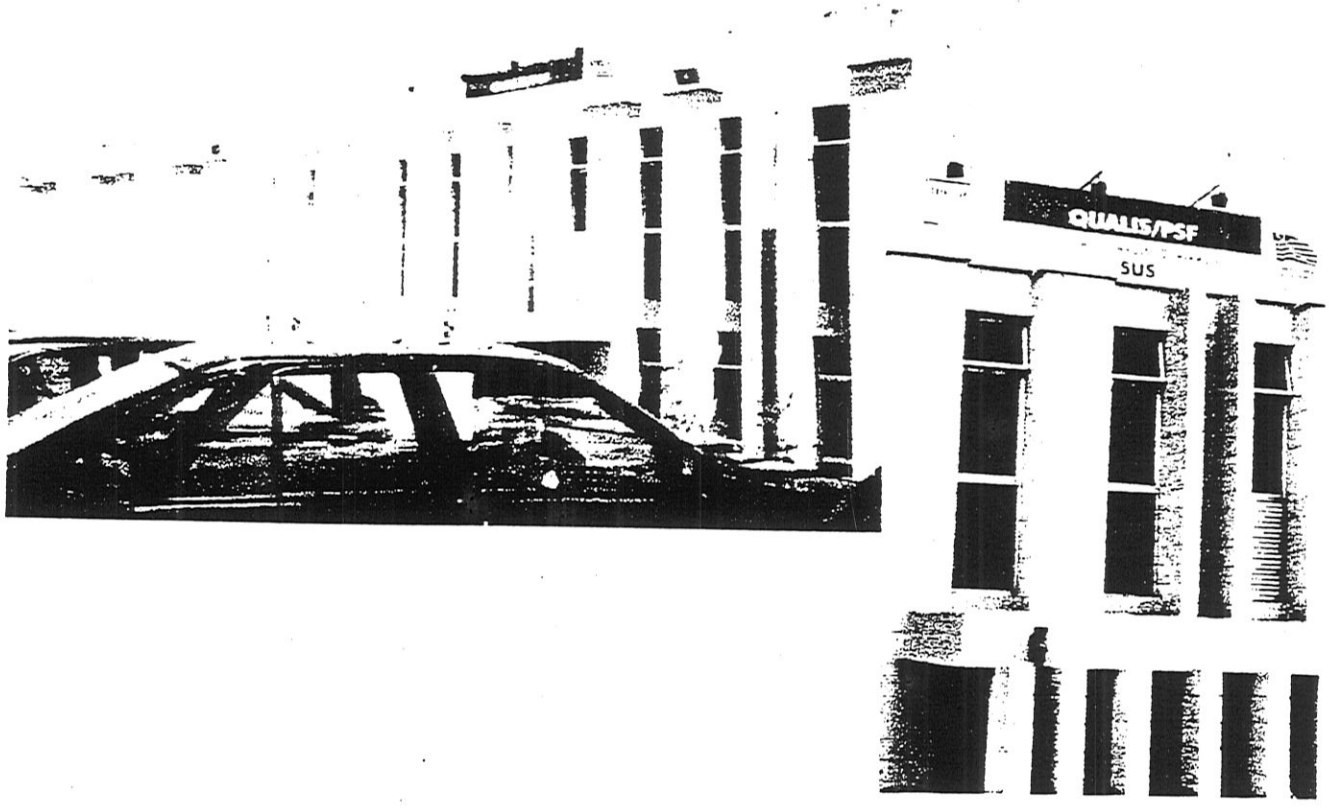




Visitas às áreas abrangidas

# Implantação do PSF no Parque São Lucas, Unidade Jardim Guairacá

Unidade Ambulatorial



Inauguração da Unidade pelo governador Mário Covas e pelo professor doutor Adib Jatene.

Unidade Vila Espanhola

Inserida no projeto **PSF/Qualis**, a viabilização da casa de parto vai permitir:

- Humanização do parto.
- Diminuição do sofrimento da parturiente e de sua família.
- Diminuição do número de partos cesáreos.
- Diminuição da infecção hospitalar.
- Diminuição da hospitalização.
- Redução dos custos.
- Aumento do intervalo entre as gestações.

Para a execução de projeto de enorme alcance solidário, é preciso o apoio da iniciativa privada, do empresário paulista sensível às questões sociais.

**Pense nisso.**

# Orçamento

| | Executado | A executar |
|---|---|---|
| Terreno (6.288 m²) | R$ 315.000,00 | — |
| Construção | R$ 402.800,00 | R$ 657.200,00 |
| Muro de arrimo | — | R$ 110.000,00 |
| Projeto das instalações | — | R$ 20.000,00 |
| Equipamentos | — | R$ 250.000,00 |
| **Total** | R$ 717.800,00 | R$ 1.037.200,00 |

# ANEXO II

Documentação referente à participação em Mesas Redondas e Palestras ministradas por Angela Gehrke da Silva evisita ao ambulatório da ACOMA sob sua supervisão

1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo

# DOCUMENTO FINAL

Tendo em vista a precária situação da assistência ao nascimento e parto em nosso meio, o GENP - Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, e a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo realizaram, entre os dias 12 e 14 de junho de 1996, o **1º Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo**, uma promoção da Secretaria de Estado da Saúde que teve o apoio da FAPESP e do UNICEF.

Este Seminário, cujo tema foi **"O resgate da qualidade na assistência ao Nascimento e Parto"**, teve por objetivos discutir a realidade atual da assistência ao ciclo gravídico-puerperal e buscar alternativas que façam diminuir as altas taxas de mortalidade materna e perinatal, que possibilitem a queda das taxas de cesária (que estão entre as mais altas do mundo), e que resgatem a humanização da assistência às mulheres e recém-nascidos, entre outros.

A discussão dos grupos de trabalho (compostos por profissionais de saúde e representantes de movimentos populares e de mulheres) resultou em algumas recomendações, as quais estão sendo encaminhadas e que, esperamos, sejam consideradas, assim como que possam contribuir para o debate sobre Atenção Integral à Saúde da Mulher e o SUS, que se realiza durante a 2ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo.

Acreditamos que para o **resgate da qualidade na assistência ao nascimento e parto** é necessário:

## QUANTO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE:

- Que sejam efetivamente cumpridas as propostas do Sistema Único de Saúde.

- Que a assistência primária seja priorizada, e não negligenciada, na formulação das políticas municipais e estaduais, e que os gestores condicionem a remuneração dos serviços prestados à organização de um sistema local de assistência integrada.

- Que sejam elaborados critérios para o pagamento dos municípios com base em indicadores epidemiológicos de qualidade, de tal forma que o pagamento para os municípios seja diferenciado, de acordo com a qualidade da assistência prestada.

- Que os Conselhos Municipais e Locais de Saúde tenham seus poderes deliberativos efetivamente respeitados e cumpridos.

## QUANTO AOS RECURSOS HUMANOS:

- Que os recursos humanos envolvidos na assistência sejam valorizados, através da realização de concursos públicos para provimento das necessidades, remuneração digna e cumprimento de planos de carreira, cargos e salários.

## QUANTO À ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO:

- Que as recomendações que constam do documento "Tecnologias apropriadas para o nascimento", aprovadas na reunião internacional promovida pela OPAS/OMS em abril de 1985 - "Recomendações de Fortaleza", sejam consideradas quando do delineamento de políticas públicas e programas específicos voltados à saúde reprodutiva.

- Que as propostas do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) sejam resgatadas e implementadas.

- Que sejam garantidas as atribuições dos profissionais de saúde que atuam no PAISM, em especial na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, de tal forma que o pré-natal de gestações de baixo risco possa ser realizado por profissionais não médicos capacitados.

- Que sejam criadas condições para que partos de baixo risco sejam realizados fora do ambiente hospitalar, por profissionais capacitados, em unidades de saúde, casas de parto, etc.

- Que o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência seja efetivado, garantindo leito hospitalar para todas as gestantes, quando houver indicação de parto hospitalar, e o retorno para o seguimento na Unidade Básica de Saúde. Que o sistema de referência e contra-referência garanta às mulheres e crianças com patologias o acesso a leitos em Unidades de Terapia Intensiva. E no caso da organização do sistema demandar uma central de vagas, recomenda-se que os dados de taxa de ocupação dos hospitais do SUS sejam rotineiramente avaliados, vinculando o pagamento das AIHs a estas avaliações.

- Que seja revista a norma que regulamenta o tempo de permanência hospitalar no período pós-parto, possibilitando as altas precoces da mulher e da criança, desde que vinculadas a um seguimento do puerpério através de visitas domiciliares e consultas nas Unidades Básicas de Saúde.

- Que aos bebês normais seja garantido o alojamento conjunto imediatamente após o nascimento, e que os estabelecimentos de assistência ao parto cumpram os "Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno", preconizados pela OMS/UNICEF.

## QUANTO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA:

- Que os profissionais de saúde sejam capacitados e sensibilizados para a questão da humanização do atendimento ao nascimento e parto, através da otimização das relações humanas, seja nos currículos dos cursos de graduação, seja através de educação continuada.

São Paulo, 14 de junho de 1996.

Nós, participantes e organizadores do 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Ângela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulátorio da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente...
Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido.

Saudações acadêmicas

| Nome | Assinatura | R.G. |
|---|---|---|
| Maria Amélia de Almeida Tels | MAATels | 4.976428-SP |
| Dulce MR Gualda | | 3.285036 |
| [illegible] | [illegible] | 12.686.914 |
| [illegible] | [illegible] | 7594070 SSP/SP |
| Reich Hitomi Osaa | [illegible] | 6.164.[illegible] |
| [illegible] | | 5.883.269 |
| Rosa E. R. Carvalho | [illegible] | 3.389.181 |
| Maria Christina Lelo Bello | MLBello | 6.620295 |
| Maria da Luz | MSOZ | 2199602 |
| Mary Lúcia Galvão | [illegible] | 17.817.945-0 |
| Suzana Affonso Fernandez | SAFernandez | 19148354-C |
| Ana Lúcia de Souza | [illegible] | 24536929-6 |
| Silvana Pringler | [illegible] | W143981-6 |
| Ingrid de Lourdes E.C. Vidotti | Ingrid Vidotti | 2503286-9 |
| JOSE HUGO SABATINO | [illegible] | |

Nós, participantes e organizadores do 1° Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Ângela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulátorio da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente...
Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido.

Saudações acadêmicas

| Nome | Assinatura | R.G. |
|---|---|---|
| Edinilce Alves Moraes | [illegible] | 2R 2.193.508 |
| Claudia A.C. Oliveira | [illegible] | 3507823 |
| [illegible] | [illegible] | 2R 84866 |
| [illegible] | [illegible] | 4804.629 |
| Maria Z.L. S. Neves | [illegible] | 05323518-0 IFP-R. |
| Maria Solange Guarnieri Tavares | (EERP USP) | 4400922 SP. |
| Maria Luiza Gonzalez Rusio | [illegible] | 5009629 |
| [illegible] | [illegible] | 15562871 |
| MARTA DARAKJIAN TAVARES | [illegible] | 9256558 |
| Isabel Cristina Bonadio | [illegible] | 6811636 |
| Ivete Ollitta | [illegible] | 4803698 |
| Rosa Silvina G. Gonçalves | [illegible] | 6150834 |
| Cecília Aparecida Rodrigues | [illegible] | 13984277 |
| Amara de Oliveira Lopes | [illegible] | 408613 |
| [illegible] | [illegible] | 3961287 |
| Emília Saito | [illegible] | 13050512 |
| [illegible] | [illegible] | 17.272.143 |
| [illegible] | [illegible] | 16.314.918-5 |

Nós, participantes e organizadores do 1° Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Ângela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulátorio da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente...
Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido.

Saudações acadêmicas

| Nome | Assinatura | R.G. |
|---|---|---|
| NILVA TEIXEIRA | [illegible] | 11293507 |
| [illegible] Cabral | [illegible] | 9.866.167-X. |
| MARY RYAN | Mary Ryan | 0545791 |
| ELEUSA PRGeiro | [illegible] | 13.579.254 x |
| Eliza M. Bernardes | [illegible] | 4.183.108-1 |
| Amália Ap. dos Santos | [illegible] | 9.749.929 |
| Luca R. K. Santiago | [illegible] | 14179410 |
| Honorina Almeida | [illegible] | 5064943 |
| Cindaura Felix Sucupira | Sucupira | 5.150.909 |
| ROSIANE MATTAR | [illegible] | 5.283979. |

Nós, participantes e organizadores do 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Ângela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulátorio da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente...
Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido.

Saudações acadêmicas

| Nome | Assinatura | R.G. |
|---|---|---|
| Gerard Breart | [signature] | |
| Fabio L. Mello | [signature] | 21.583627-3 |
| Livia Penna Firme Rodrigues | [signature] | 496.704 SSP/RN |
| Carmen Suely Gcarezini | [signature] | 3/R 758.551 - SC |
| Regina Célia L. Bernardino | [signature] | 15289595. |
| Roseine Fortes Patella | [signature] | 10413722 |
| Veronique Cahuzac | [signature] | V159445 - |
| Rosali C Amaro | [signature] | 641842.8 |
| Elaine Zanoni | [signature] | 17.989.022.0. |
| Isabel Cristina Pagliarini | [signature] | 15723344-3. |
| Euride Q. M. Vzaesi | [signature] | 7.140.6797 |
| Ruth Hitomi Osor | [signature] | 7594070 SSP/SP. |
| Inacia J. Nogueira | [signature] | 1097849 |
| Jeronimo Silva | [signature] | 12713150 |
| Dorcelina H. Rocha | [signature] | 7.143.260 |
| Maria de Lourdes Ribeiro | [signature] | 6.583.025 |

Nós, participantes e organizadores do 1° Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Ângela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulátorio da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente...
Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido.

Saudações acadêmicas

| Nome | Assinatura | R.G. |
|---|---|---|
| Adriana Nogueira de Novaes | [illegible] | 13614284 (SSP) |
| Eduardo Antonini | [illegible] | 3809216 |
| Veralucia Reis Pampuri | [illegible] | 13.856.728 (SSP |
| Sandra Regina Antonieta Neves | [illegible] | 14684863 |
| Jesuina Ap. de Castro Angelo | [illegible] | 1.331.962 |
| Milton A. Mendiano Jr | [illegible] | 5.118.930 |
| Rute Barreto Ramos | Rute Ramos | 9417661. (SSP.SP) |
| Daisy Bianco | [illegible] | 4659114 |
| Elisabeth P.L. Alves | [illegible] | 5.383841 |
| Maria Luisa Marchi | [illegible] | 3032683 |
| Maria de Lourdes D. Fat | [illegible] | 3364750 |
| Anna Volochko | [illegible] | 3.390.690 |
| Sara R. Serentino | [illegible] | 5.426.750-SP |
| Deise Serafim | [illegible] | 1.871.134-PR |
| Simone G. O. Reis | [illegible] | 1.166.358 - D.F. |
| Mario Sérgio M. Cardoso | [illegible] | 5.865.692 |

Nós, participantes e organizadores do 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, gostaríamos de demonstrar apoio à parteira Ângela Gehrke da Silva, reconhecendo a relevância do trabalho por ela realizado no Ambulátorio da Associação Comunitária Monte Azul.

Seu trabalho é um exemplo de excelência e nos mostra que é possível um atendimento eficiente e humano à mulher, criança, adolescente...
Estamos empenhados no reconhecimento do seu diploma de parteira no Brasil e esta legalização é feita pela Universidade de São Paulo.

Nós, abaixo assinados reforçamos a grande importância neste reconhecimento e aproveitamos este momento para ressaltar este pedido.

Saudações acadêmicas

| Nome | Assinatura | R.G. |
|---|---|---|
| Daphne Rattner | [signature] | 4265912 |
| Sonia Sroyama Tenancio | [signature] | 17.878.363-8 |
| SONIA NUSSENZWEIG HOTINSKY | [signature] | 11.334.365 |
| GILBERTO MOREIRA MELLO (Mídia abrasiva) | [signature] | 11.536.362 |
| KATIA RATTO | [signature] | 52.17304.8 CRM RJ |
| Mario Augusto Rastro Cruz | [signature] | 04061846-4 IFP |
| Rosa Maria S. M. Domingues | Rosa Domingues | 06353582-7 IFP |
| Cecília Op. Góes de Ol. Costa | [signature] | 11.614.546-8 SSP |
| Maria Rosa O. Araujo | [signature] | 3030710 |
| Maria dos Reis | [signature] | 630385 |
| Marta Porrani | [signature] | 14026869 |
| Gilson H. Strobel | [signature] | 1115441 |
| Dóris Daize B. dos Santos | [signature] | 8.620504 |
| Hilda J. F. Cabrera | [signature] | 11.200.744-2 |
| Lindiana Izabel Ferreira | [signature] | 24.410.899-7 |
| Ivana Kelly P. Sampaio | [signature] | 1064617 |
| Goélia FAGUNDES | [signature] | 7.745588-5 |
| Zelma Schulze | [signature] | 647.134 |

- D.O.E; Poder Exec. Seç.I, São Paulo, 109 (72), sábado, 17 abril de 1999.

# SAÚDE

**Secretário: JOSÉ DA SILVA GUEDES**
**Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 188 - Cerqueira César**
**CEP 05403-000 - Fone: 3061-5833**

## GABINETE DO SECRETÁRIO

**Resolução SS - 57, de 16-4-99**

*Institui e constitui Comissão Julgadora dos hospitais candidatos ao Prêmio Galba de Araújo no Estado de São Paulo*

O Secretário da Saúde,

considerando a necessidade de instituir processo de avaliação de hospitais com critérios homogêneos, uniformes, democráticos e transparentes; e

considerando a determinação anterior da Secretaria de Saúde de que este processo seja conduzido pelo Instituto da Saúde; **resolve:**

Artigo 1º - Fica instituída, junto ao Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, a Comissão Julgadora dos hospitais candidatos ao Prêmio Galba de Araújo deste Estado.

Artigo 2º - A Comissão Julgadora a que se refere o Artigo anterior será constituída pelos seguintes profissionais, sob a coordenação da primeira:

I - Daphne Rattner, R.G. 4.265.912, Instituto de Saúde

II - Sara Romera Sorrentino, R.G. 5.426.750, CPS

III - Maria de Lourdes D'Amico Falcão, R.G. 3.364.750, CSRM Grande São Paulo

IV - Hitomi Hayashida, R.G. 2.396.948, C.S.Interior

V - Anibal Faundes, R.G. 11.038.305, CEMICAMP / UNICAMP

VI - Angela Gehrke da Silva, R.N.E. VO 53.546-X, Associação Comunitária Monte Azul

VII - Maria Luiza Gonzalez Riesco, R.G. 5.009.629, Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO)

VIII - Simone Grilo Diniz, R.G. 305.829/SSP-RN, Rede Feminista de Direitos Reprodutivos

IX - Maria Cecília Santa Cruz Brem, R.G. 7.444.994, Grupo de Apoio à Maternidade e Paternidade (GAMP)

Artigo 3º - A Comissão Julgadora terá até 30 de abril de 1999 para realizar os procedimentos de avaliação e escolher o indicado pelo Estado de São Paulo para concorrer ao Prêmio, de acordo com a regulamentação federal.

Artigo 4º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à 01 de março de 1.999.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11)3066-7602 - Fax: (11)3066-7615
São Paulo - SP - Brasil

# INSCRIÇÃO INDIVIDUAL AO PRÊMIO USP DE DIREITOS HUMANOS

## CANDIDATA: *ANGELA GEHRKE DA SILVA (in memoriam)*

## JUSTIFICATIVA

### 1. UMA BREVE BIOGRAFIA DE ANGELA

A parteira Angela Gehrke nasceu em Erlangen, Alemanha, em 8 de fevereiro de 1956, estudou na Escola Livre de Kassel desde o primeiro ano primário até o final do colegial, que concluiu em junho de 1976. Trata-se de uma escola antroposófica situada em Kassel, cidade próxima ao distrito rural onde Angela morava com seus pais e seus irmãos mais velhos. No segundo semestre de 1976 ingressou na Escola de Parteiras da Clínica Estadual Feminina de Stuttgart, concluindo o curso em setembro de 1979. Após a conclusão do Curso fez um estágio na Clínica de Frédérick Leboyer, na França. Em seguida trabalhou durante alguns anos na Alemanha fazendo partos domiciliares. Em 1981, Angela veio pela primeira vez ao Brasil, influenciada pela leitura do livro "Crianças entre Luz e Sombra", de autoria de Ute Cremer, publicado na Alemanha, para conhecer o trabalho social que essa pedagoga realizava em São Paulo, na favela Monte Azul. A Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA) é uma organização não governamental que presta serviços nas áreas de educação, saúde e cultura entre outras a moradores das favelas Monte Azul e Peinha e do bairro Jardim Monte Azul, na zona sul de São Paulo. Assim, chegou à cidade, sozinha e sem falar o idioma, procurando por Ute. Angela apaixonou-se ainda mais, quando chegou ao Brasil e percebeu a necessidade de atendimento na gestação e parto da população de mulheres daquela comunidade. Assim, em 1983, Angela Gehrke inicia seu trabalho no Ambulatório da ACOMA atendendo as mulheres durante a gravidez, no parto e no puerpério.

Talvez a melhor maneira de conhecer a motivação e trajetória de Angela seja por meio dos diversos depoimentos que fez ao longo da vida, além da edição de fitas onde são mostrados alguns partos atendidos por ela. Cada vez que era convidada a falar de seu trabalho na Monte Azul, Angela iniciava contando como chegou a São Paulo.

Em 5 de março de 2000, Angela faleceu, vítima de câncer pulmonar, na cidade de Kassel, Alemanha, junto à sua mãe, deixando um legado de amor, dedicação e garra exemplares, na defesa da saúde de mulheres, crianças e suas famílias.

### 2. AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

#### 2.1 O reconhecimento acadêmico e institucional

Com seu trabalho, competência e dedicação, Angela tornou-se referência junto à academia e às mais diversas entidades e organização sociais que se dedicam à causa da assistência humanizada no parto. Nesse sentido, seu trabalho tornou-se modelo para as propostas de transformação do atual quadro assistencial, por meio de estratégias que vêm sendo adotadas em políticas públicas do setor saúde, veiculadas pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais e organizações não governamentais, nos mais variados pontos do país. Essas propostas incluem a discussão e revisão das práticas obstétricas com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal e de intervenções desnecessárias, bem como

concepção do parto e nascimento como eventos que implicam no profundo respeito ao ser humano.

A parteira Angela contribuiu significativamente ministrando aulas, palestras e conferências, atendendo a convites para participar em cursos e eventos em todo o país e recebendo alunos e profissionais, enfermeiras e médicos, para conhecerem seu trabalho. Em 1999, integrou a Comissão Julgadora dos hospitais candidatos ao Prêmio Galba de Araújo, no Estado de São Paulo, por indicação do Senhor Secretário de Estado da Saúde. Na USP, colaborou em diversas ocasiões, recebendo inclusive as alunas para conhecer o serviço que desenvolvia na Monte Azul. Além disso, seu nome aparece citado, como referência, no trabalho de diversos pesquisadores e profissionais da área.

Finalmente, em 1999, foi aprovada revalidação do diploma de Angela, como obstetriz, pela Congregação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

### 2.2 A divulgação pela mídia

Devido ao impacto que Angela produziu com seu trabalho, a imprensa escrita, o rádio e a televisão interessaram-se por sua divulgação. São incontáveis as entrevistas que Angela concedeu e torna-se especialmente difícil recuperar esse material em tão pouco tempo após sua morte. Algumas das matérias jornalísticas que se referem a ela foram incorporadas a esta justificativa.

### 2.3 A aprovação da comunidade

A comunidade à qual Angela esteve direta e intensamente vinculada é representada pela ACOMA, conforme a carta de apresentação que acompanha o presente material. Estão também incluídos neste material, os depoimentos escritos de mulheres atendidas por Angela.

## 3. DOCUMENTAÇÃO ANEXADA

Devido ao falecimento precoce, abrupto e recente de Angela, houve dificuldade em reunir e sistematizar o material que documenta sua contribuição na difusão, disseminação e divulgação dos Direitos Humanos no Brasil. Ainda assim, consideramos que a parteira continuará viva entre nós, na medida em que sua memória for sendo resgatada por cada cidadão e instituição que se julgar responsável pela defesa da dignidade humana e do direito de nascer respeitosamente.

- Carta de apresentação de Leda Maria Aschermann, Presidente da Associação Comunitária Monte Azul (doc. I)
- Tradução juramentada do título de Parteira (doc. II)
- Relato de Angela "A tarde de uma parteira no ambulatório" (doc. III)
- Prospecto de Angela "Parto Domiciliar" (doc. IV)
- Relato de Angela "Um neném claro demais" (doc. V)
- Relato de Angela "Pacientes adolescentes" (doc. VI)
- Certificado de participação como palestrante do tema "Modelos de atenção ao parto e nascimento", no 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro (doc. VII)
- Depoimento de Angela:
  SILVA, A.G. da Depoimento. In: SEMINÁRIO SOBRE PARTO E NASCIMENTO NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2, Rio de Janeiro, 1996. Anais. Rio de Janeiro, SMS-RJ, 1996. p.17-20. (doc. VIII)
- SILVA, A.G. da Dar à luz normalmente. /Editorial/ Notas sobre Nascimento e Parto, v.2, n.3, p.1, 1997. (doc. IX)
- SILVA, A.G. da Nascimento humanizado na favela Monte Azul. /Apresentado ao Seminário Estadual sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, São Paulo, 1996/ (doc. X)

- Certificado de participação como palestrante do VIII Encontro Internacional Mulher e Saúde (doc. XI)
- Certificado de participação como palestrante do tema "Experiência com adolescentes gestantes", no Simpósio sobre Planejamento Familiar Ele-Ela (doc. XII)
- Certificado de participação na mesa redonda com o tema "Humanização da assistência obstétrica", no I Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (doc. XIII)
- Certificado de participação na mesa redonda com o tema "A família nos processos do ciclo gravídico-puerperal: comunidade de baixa renda", no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da USP (doc. XIV)
- Carta de agradecimento pela recepção e atendimento de alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da USP (doc. XV)
- Declaração de participação em evento sobre humanização do parto, organizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Ceará e JICA-Agência Japonesa de Cooperação Internacional (doc. XVI)
- Carta de agradecimento pela recepção e atendimento de alunas do 2º . Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da USP (doc. XVII)
- Certificado de participação como palestrante do tema "Prestando assistência no ciclo gravídico numa perspectiva holística", no Ciclo de Palestras "As práticas alternativas de assistência à gestante, parturiente e recém-nascido" (doc. XVIII)
- Programa do Seminário sobre Assistência ao Parto e Nascimento no Município de Beberibe (doc. XIX)
- Carta de agradecimento pela participação como palestrante do tema "Atuação da enfermeira obstétrica no Centro Comunitário Monte Azul", no Curso *Lato Sensu* Enfermagem Obstétrica do Instituto Adventista de Ensino (doc. XX)
- Certificado de participação como palestrante no tema "Assistência ao parto domiciliar: uma experiência da Associação Comunitária Monte Azul", na XI Semana de Enfermagem do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros (doc. XXI)
- Certificado de participação na mesa redonda com o tema "Parto domiciliar", no Departamento de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (doc. XXII)
- Convite para participar como palestrante do tema "Humanização da assistência ao parto", na Semana de Enfermagem 1997, da Faculdade Adventista de Enfermagem (doc. XXIII)
- Certificado de participação como palestrante na Semana de Enfermagem da Faculdade Adventista de Enfermagem (doc. XXIV)
- Convite para participar como integrante da mesa redonda com o tema "A humanização do parto", na Semana de Enfermagem/98, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba da PUC-SP (doc. XXV)
- Convite para ministrar aula sobre o tema "Educação, família e humanização do parto", na Semana de Enfermagem/98, no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da USP (doc. XXVI)
- Resolução da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que institui e constitui a Comissão Julgadora dos hospitais candidatos ao Prêmio Galba de Araújo no Estado de São Paulo (doc. XXVII)
- Fragmentos de projeto de pesquisa de Sonia Nussenzweig Hotimsky:
  HOTIMSKY, S.N. Parto e nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica. /Projeto apresentado à Faculdade de Saúde Pública da USP para Exame de Qualificação no Programa de Mestrado em Saúde Materno-Infantil, São Paulo, 1998/ (doc. XXVIII)

- ASCHERMAN, L. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para assistência ao nascimento e parto. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 1, Ribeirão Preto, 1998. Anais. Ribeirão Preto, EERP-USP, 1998. p.19-24. (doc. XXIX)
- Fragmentos da tese de doutorado de Ruth Hitomi Osava, com dedicatória a Angela: OSAVA, R.H. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. São Paulo, 1997. 129p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. (doc. XXX)
- Fragmentos da tese de doutorado de Maria Luiza Gonzalez Riesco: RIESCO, M.L.G. Que parteira é essa? São Paulo, 1999. 193p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. (doc. XXXI)
- Homenagem póstuma prestada pela Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras – Seção São Paulo (doc. XXXII)
- Reportagem "Parteiras: as mensageiras do bom parto", da Revista Mãe (doc. XXXIII)
- Reportagem "Parto cesariana multiplica risco em gestante", do jornal Tribuna do Ceará (doc. XXXIV)
- Reportagem "Brasil é campeão mundial de partos cesarianos e tem carência de cursos de formação de parteiras", do jornal O Povo (doc. XXXV)
- Reportagem "Parteiras voltam à cena para pôr fim à angústia hospitalar", do jornal Folha da Tarde (doc. XXXVI)
- Reportagem "Parteiras voltam para humanizar os nascimentos", do jornal Folha de São Paulo (doc. XXXVII)
- Reportagem "Favela abriga ambulatório modelo", do jornal Folha de São Paulo (doc. XXXVIII)
- Reportagem "Uma força ao natural", da Revista Isto É (doc. XXXIX)
- Reportagem "Primeira filha já completou 16 anos", do jornal Folha de São Paulo (doc. XL)
- Reportagem "País terá 40 casas de parto até julho", do jornal Folha de São Paulo (doc. XLI)
- Abaixo-assinado em apoio ao trabalho de Angela Gehrke da Silva pelo reconhecimento de seu diploma de parteira (doc. XLII)
- Cartas de mulheres e familiares que tiveram o parto assistido por Angela Gehrke da Silva (doc. XLIII)
- Fita VHS "Partos humanizados (1)" (doc.XLIV)
- Fita VHS "Partos humanizados (2)" (doc.XLV)
- Fita VHS "Movimento GNT Mãe & Cia", com participação de Angela Gehrke da Silva tocando violino na Orquestra de Câmara de Monte Azul e no debate "Gravidez na adolescência", mediado pela jornalista Marília Gabriela Fita cassete "Partos humanizados (2)" (doc.XLVI)

São Paulo, 29 de setembro de 2000.

CIENP Notas sobre Nascimento e Parto

Ano II - Nº 3 - Março\97

IS Instituto de Saúde

# EDITORIAL

## Dar à luz normalmente

*Angela Gehrke da Silva*

Para uma mulher, um parto normal é o momento mais intenso que ela irá vivenciar em toda a sua vida. Conseguir dar à luz uma criança esperada por 9 meses, aguentar as contrações, acompanhar com seu próprio esforço o aumento da intensidade da dor, até o ponto em que ela se transforme numa alegria muito superior ao sofrimento anterior... tudo isso é uma vitória sem igual na vida dessa mulher. Muitas mulheres só se sentem 'verdadeiramente mulheres' e realizadas como tal após ter dado à luz.

**A OMS recomenda: A formação de obstetrizes e parteiras profissionais deve ser encorajada, pois a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais deve ser delegada a essas profissionais.**

Os partos normais são tão variados quanto as crianças que nascem. Se ninguém interferir no processo (que é adequado em 90 % dos casos), na hora do parto a natureza se manifesta com toda a sua sabedoria. Para o casal, um parto normal vivenciado junto é um momento de muita união, que gera um profundo respeito e carinho do homem pela mulher. Para o nenê, a passagem pelo canal estreito da vagina é uma vivência fundamental para seu desenvolvimento emocional, afetivo e sexual. Em sua vida, nunca mais existirá um contato físico tão intenso com outra pessoa.

Vencer obstáculos que nos são proporcionados pela vida gera grandes forças interiores, em qualquer momento da vida, e com certeza estas são geradas de maneira muito especial na hora do parto. Imaginando que para o nenê a passagem de um ambiente de total proteção para um mundo desconhecido é muito dolorosa, nós deveríamos tentar de tudo para que essa passagem seja por via normal e da maneira mais suave possível, sem traumas, sem agressões e sem que o nenê seja separado da sua mãe. Assim ele aprende a confiar, e essa semente de confiança lhe fará bem para toda sua vida.

Para nós, parteiras, acompanhar um parto normal é um trabalho muito gratificante. Ele exige um conhecimento profundo, muita dedicação e paciência, mas nos permite participar desse momento tão único de outras pessoas de um forma muito próxima. Quanto mais longa e dura se torna a jornada do trabalho de parto, mais íntima fica a relação do casal com a parteira e maior a alegria e satisfação depois de tudo ter dado certo.

O futuro da humanidade são as crianças, e quanto mais oportunidades nós lhes oferecemos para que nasçam sem traumas, com muita confiança, mais colaboramos para que esse futuro seja melhor.

*Angela Gehrke da Silva, parteira alemã diplomada, exerce seu ofício de parteira na Associação Comunitária da Favela Monte Azul, já tendo acompanhado a mais de mil partos, de forma muito humanizada. Também é colaboradora do CIENP.*

## Ensaio clínico randomizado sobre a eficácia da assistência no nascimento e parto sob os cuidados da obstetriz[1]

Turnbull, D. et. al. "Randomised, controlled trial of efficacy of mid-wife managed care" em The Lancet, 348: 213-18, july 27, 1996

A pesquisa foi realizada em um hospital-maternidade de Glasgow, Reino Unido, e visou comparar, sob o ponto de vista da eficácia clínica e da satisfação das mulheres, a assistência ao parto prestada exclusivamente por obstetrizes com a assistência de rotina - um sistema de "responsabilidades compartilhadas" por obstetrizes, médicos do hospital e médicos de família.

O ensaio clínico envolveu 1299 parturientes sem anormalidades que foram alocadas aleatoriamente ao grupo A das obstetrizes (648 mulheres) e ao grupo B das "responsabilidades compartilhadas" (651 mulheres). O grupo A recebeu assistência individualizada de uma obstetriz que acompanhou todo o processo gravídico-puerpueral.

Sob o ponto de vista da eficácia clínica, não houve diferenças significativas quanto a frequência de complicações ou intercorrências. Entretanto, determinadas intervenções ocorreram com menor frequência no grupo das obstetrizes. Por exemplo, as parturientes no grupo A tiveram menos partos induzidos (146 [23,9%] vs. 199 [33.3%] : 95%I.C. para diferenças de 4,4-14,5). Elas também foram menos submetidas a episiotomia(147 [28,0%] vs. 173[34,0%] p=0,02).

Quanto à satisfação das mulheres, a pesquisa indica que as do grupo A ficaram significativamente mais satisfeitas com a assistência prestada durante todo o período. Este estudo reafirma resultados de outras pesquisas, de que "o acompanhamento contínuo e a assistência individualizada, como a dispensada pela obstetriz à parturiente, leva a uma maior satisfação com os serviços prestados". [1]

Em seu comentário sobre este ensaio, Marsden Wagner afirma que estes resultados são de fundamental importância para países como os Estados Unidos e o Canada e, acrescentaríamos, o Brasil, onde a assistência ao ciclo gravídico-puerperal em gestações e partos sem complicações está sob responsabilidade de médicos. Eles indicam que, havendo uma triagem cuidadosa no início da gravidez, o pré-natal e a assistência ao parto e puerpério de mulheres com gestações sem complicações ou intercorrências obstétricas podem ser realizados, com segurança, por obstetrizes, com resultados, para a mãe e o bêbe, tão bons quanto ou até melhores que aqueles obtidos por obstetras. Nesse sentido, não se justifica a predominância da assistência médica em partos normais cujo custo é, no mínimo, o dobro[2] da prestada pela obstetriz.

Os resultados deste ensaio clínico confirmam e reforçam a posição defendida pela Organização Mundial de Saúde de que a obstetriz ou outra profissional com treinamento equivalente é aquela mais indicada para prestar assistência às mulheres na gestação normal e no parto, e puerpério sem complicações ou intercorrências.

Por outro lado, como comenta Marsden Wagner, "a autonomia da obstetriz parece ser a chave para levar os índices de intervenções obstétricas a um nível próximo daquele efetivamente adequado"[3]. Assim, em centros de nascimento, onde a disponibilidade de tecnologias complexas é mais restrita e onde a autonomia da obstetriz é ainda maior, as pesquisas indicam que os resultados são semelhantes, porém a frequência de intervenções é ainda menor do que aquela encontrada neste ensaio. (S.N.H.)

[1] WAGNER, M. "Midwife managed care", Lancet, vol. 348, July 27, 1996, p.208.
[2] op.cit. p.208.
[3] op.cit.,p.208.

## Dando à luz normalmente

Giving Birth Normally, Safe Motherhood. WHO, nº 20:4-8, 1996

O que significa "dar à luz normalmente"? Será que isto tem o mesmo significado em todos os países? Será que "normal" quer dizer a mesma coisa para todas as mulheres?

Em março deste ano, o grupo de trabalho da OMS que reuniu-se para discutir e tentar definir parto normal também avaliou o processo natural de nascimento e as intervenções que se tornaram rotina nos diferentes lugares. Definiu-se parto normal como de "desencadeamento espontâneo, baixo risco em seu início e permanecendo assim por todo o trabalho de parto e parto. O bebê nasce espontaneamente na posição de vertex entre a 37ª e a 42ª semana completa de gestação. Após o nascimento, tanto a mãe como o bebê apresentam boas condições". De acordo com esta definição, o artigo prevê que entre 70 e 80 % de todos os nascimentos deveriam ser normais.

O texto define as responsabilidades do profissional que assiste ao parto e afirma que "a pessoa com as habilidades de parteira parece ser a profissional de saúde mais adequada e custo-efetiva para prestar assistência à gestação e nascimento normais", recomendando que mais parteiras sejam treinadas e que as escolas de parteiras sejam mais acessíveis às mulheres também de zonas rurais. Afirma, ainda, que uma gestação de baixo risco pode ser perfeitamente bem assistida no domicílio ou em um centro de nascimentos, desde que existam condições de referí-la a um hospital em caso de emergência. O artigo prossegue discutindo o que é risco e avaliação de risco, definindo que o objetivo da assistência ao parto é conseguir que mãe e filho sejam sadios com o mínimo de intervenção compatível com a segurança. Salienta que, em nascimentos normais, deveria haver uma razão válida para que se interfira com o processo normal e que muitos procedimentos que se tornaram rotina na assistência, como tricotomia, enema, analgesia, monitoramento fetal, etc., devem ser re-pensados à luz dos novos conhecimentos científicos. Em seguida, comenta sobre a progressão do trabalho de parto, descrevendo seus três estágios e identificando práticas que são potencialmente danosas, embora freqüentes, como amniotomia precoce, uso de ocitócicos, cateterismo vesical, cesáreas, episiotomias, etc. e finaliza com as recomendações para o pós-parto imediato. A comissão avaliou todas as práticas usuais, classificando-as em quatro categorias: demonstravelmente úteis, claramente danosas ou ineficazes, para uso com cautela, e aquelas que freqüentemente são utilizadas inadequadamente.

Este é o tema central deste número do Safe Motherhood, uma publicação quadrimestral da Organização Mundial de Saúde que é disponível em inglês, árabe e francês. Para solicitar assinatura gratuita, escrever para: Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit, Family Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland, definindo o idioma de sua preferência. (D.R.)

## Anatomia de uma conciliação: enfermagem-obstétrica e o aumento dos centros de nascimento

Barbara Katz Rothman; Anatomy of a compromise: Nurse-Midwifery and the rise of the births centers. Journal of Nurse-Midwifery, 28(4):3-7, July/August, 1983.

Nos Estados Unidos, o número de Centros de Nascimento localizados fora dos hospitais vem crescendo desde o início dos anos 70, sendo que em 1983 este número chegava a cerca de 150. Considera-se que os Centros de Nascimento respondem às expectativas das gestantes e famílias que desejam uma alternativa para o parto hospitalar, sendo uma conciliação entre o parto hospitalar e domiciliar, embora algumas desvantagens sejam apontadas: a existência dos Centros de Nascimento reforça a idéia de que o nascimento necessita de um "local especial" para ocorrer; as gestantes necessitam se deslocar para ter o bebê; os Centros de Nascimento não oferecem nem o conforto da própria casa, nem as facilidades médicas dos hospitais. Porém, um outro papel desempenhado pelos Centros de Nascimento é apontado, qual seja, o de responder às necessidades de uma categoria profissional, a das enfermeiras obstétricas. Assim como as parteiras tradicionais atuam nos domicílios e os médicos em hospitais, a enfermagem obstétrica, como uma profissão em desenvolvimento, necessita de um espaço próprio para atuação e elegem para tal os Centros de Nascimento. Estes Centros minimizam alguns problemas enfrentados por estas profissionais quando trabalham nos domicílios ou em hospitais. Por exemplo, quando é feito um atendimento domiciliar ao parto, existe uma dificuldade para o encaminhamento de gestantes que necessitam de cuidados médicos hospitares, o que seria facilitado com a existência dos Centros de Nascimento. Por outro lado, quando se tenta instituir salas de parto normal, ou de "baixo risco" dentro de hospitais, a maioria das mulheres acaba sendo classificada como tendo um potencial risco, sendo o parto normal pouco praticado. Nesse sentido, os Centros de Nascimento são facilitadores do trabalho das enfermeiras obstétricas, dando-lhes maior autonomia profissional e a oportunidade de trabalhar em locais mais confortáveis, respondendo também à maioria das expectativas das gestantes, uma vez que a ênfase destes Centros está na valorização de suas necessidades, interesses e preocupações. (S.V.)

## Explicando taxas excessivas de cesária e de outras intervenções no parto: contribuições das teorias de gênero e desenvolvimento psicosocial contemporâneas.

Alice K. LoCicero. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. Soc. Sci Med. 37; 1261-9, 1993.

Este trabalho focaliza os componentes psicológicos da interação entre parturientes e obstetras. Postula-se que a análise do desenvolvimento psicossocial pode contribuir na compreensão desta interação que, modulada pelas relações de gênero, contribui de maneira significante para o estabelecimento e manutenção de altas taxas de intervenção no parto. São estudadas cinco áreas nas quais se demonstraram diferenças de gênero - estilo cognitivo, perspectiva moral, desenvolvimento de empatia, comportamento solidário e desenvolvimento da identidade.

**Estilo cognitivo**. O modelo intelectual dos obstetras deriva do modelo científico, que apresenta inúmeros paralelos com os padrões de pensamento masculino que valorizam a observação distanciada impessoal e objetiva. Para as mulheres, todavia, distanciamento, objetividade e impessoalidade significam desinteresse e descaso, e conduzem ao medo, raiva, insegurança e/ou ansiedade. Embora se saiba que ansiedade e tensão nas mães interferem no progresso do trabalho de parto, raramente se tem levado em conta que a postura científica do médico pode gerar insegurança.

**Perspectiva moral**. O modelo ético de maior aderência entre os homens se baseia na justiça e nos direitos, enquanto o modelo feminino se fundamenta na solidariedade e responsabilidade. Segundo o modelo masculino, os direitos do feto podem ser contrabalançados aos direitos da mãe. O modelo usado pelas mulheres defende uma abordagem que leva em consideração as necessidades de todos os envolvidos. Assim, a parturiente se sente melhor com uma decisão personalizada, que leva em conta suas opiniões e preferências, bem como as de seu acompanhante, contrabalançadas às necessidades de todos.

**Empatia e solidariedade**. Estudos demonstram que, de uma maneira geral, homens tendem a ser empáticos e solidários assumindo uma postura ativa, de intervenção. Assim formas ativas de assistência, como intervenções médicas, são mais coerentes com o modelo médico científico. Por outro lado, as mulheres utilizam mais o modelo de empatia e solidariedade baseado no envolvimento afetivo e no apoio social. Assim, o modelo feminino é menos intervencionista em processos fisiológicos, resolvendo as ansiedades e medos do parto através de uma postura solidária e otimista.

**Identidade**. Para os homens a maturidade da identidade centra-se no sentimento de autonomia e independência. Para as mulheres ela se fundamenta na sua rede de relações. (A.V.)

Notas sobre o Nascimento e Parto é uma das atividades do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança - NISMC - Instituto de Saúde-IS/Secretaria de Estado da Saúde, composto por Anna Volochko, Daphne Rattner, Sonia I. Venâncio, Sonia Hotimsky (Editora) e Tereza S. Tosta.
Diretora do NISMC: Marina P. Rea Diretor do IS: José da Rocha Carvalheiro
End p/ correspondência: Rua Santo Antonio, 590/2º - 01314-000 São Paulo - SP
Fone:(011) 605.9047 r.211 Fax(011) 603.2772
Editoração Eletrônica: Nelson Francisco Brandão
Secretaria de Estado da Saúde

Genp Notas sobre Nascimento e Parto

Ano I - Nº 2 - Junho/96

# EDITORIAL

## Nascimento ou Parto? Em São Paulo, Nascimento e Parto!

Até recentemente, parto e nascimento eram ocorrências indiferenciadas. O recém-nascido não era identificado como pessoa e muito menos como usuário do sistema. Só como exemplo: o pagamento de sua assistência era incorporado aos pagamentos do parto. Não sendo individualizado, muitos administradores alegavam não recebe-lo. Isto gerou inúmeras distorções, fazendo crer que o recém-nato (cujo nascimento cerca-se de uma expectativa de 9 meses, por parte de seus pais e da sociedade) fosse o aspecto de menor importância da assistência. A portaria nº 31, de 15/02/93, da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde, deu o primeiro passo para a correção dessa distorção, instituindo o pagamento pela assistência do recém-nascido na sala de parto, caso seja realizada por neonatologista ou pediatra. Esse avanço, ainda que pequeno, teve muito poucos reflexos na forma como vem se processando a assistência. Por outro lado, nada tem sido feito para recuperar a transcendência desse evento na vida das pessoas, imperando uma visão banalizada e tecnologizada do processo, tanto na cultura médica, como permeando e definindo a cultura popular.

**A OMS recomeda: A Assistência Obstétrica que critica a tecnologização do parto e respeita os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do nascimento deve ser encorajada.**

Mas afinal, por que **Nascimento e Parto**?

Para nós, essa é a maneira de encaminhar o resgate da sublimidade deste momento, único na vida de qualquer pessoa. É indispensável chamar a atenção de todos que, embora a mulher e seu concepto sejam indissociáveis, interagindo continuamente, para a mulher o evento parto a transformará 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 terá se processado essa assistência. Da interação harmoniosa daquela que está se tornando mãe com seu nascente filho, com os profissionais de saúde, e até com o sistema de saúde, que deveria estar organizado para atendê-los, pode (ou não) resultar uma vida que poderá trazer muitas contribuições à sociedade. Eis porque optamos por adotar essa denominação: Nascimento e Parto, antepondo o nascimento ao parto com vistas a salientar a sua natureza única. É imprescindível, ainda, não perder de vista a necessidade de uma prática humanizada: uma assistência humanizada é aquela em que se consideram não apenas as conveniências dos profissionais, mas também as demandas e expectativas da família. É uma assistência em que, por exemplo, são oferecidas alternativas de assistência ao parto, e em que se garante a possibilidade da presença do acompanhante. É, principalmente, uma assistência em que há respeito aos direitos do paciente.

Há hoje muitos profissionais insatisfeitos com o processo da assistência ao nascimento e parto e que buscam, de alguma forma, humanizar e incrementar a qualidade de sua prática profissional. Esses são os que queremos conhecer, para dar início a um frutífero intercâmbio. Um dos primeiros passos é a realização do 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, cujo tema é "O resgate da qualidade na assistência ao Nascimento e Parto", entre 12 e 14 de junho de 1996, organizado por nossa equipe do GENP. Paralelamente, o GENP está elaborando uma pesquisa para avaliação do sistema de acesso aos leitos obstétricos, que foi implantado pela Secretaria de Estado da Saúde, que visa garantir a todas as gestantes da região metropolitana da Grande São Paulo leito obstétrico para seu parto, para que não necessitem fazer a conhecida peregrinação por leitos.

Muito há a ser feito, e cremos ser esta a forma de oferecer a nossa modesta contribuição à implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, através de uma pesquisa sintonizada nos serviços de saúde e comprometida com o bem estar da população. (D.R.)

## Suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto em um hospital nos E.U.A.

Kennell J.; Klaus M.; McGrath S.; Robertson S.; Hinkley C. *JAMA*, 265(1): 2197-2201, 1991.

Em um hospital americano com práticas obstétricas modernas, 412 mulheres nulíparas, entre 13 e 34 anos e com gestações não complicadas, foram alocadas aleatoriamente a dois grupos: um grupo que recebeu o suporte contínuo de uma *doula* (212 mulheres), e um grupo de observação, no qual um pesquisador apenas permanecia junto às mulheres (200 mulheres). Estes grupos foram comparados ainda com um grupo controle, que foi submetido à rotina comum do hospital. A palavra grega *doula* refere-se a uma mulher experiente que ajuda uma jovem mulher nos cuidados infantis. Neste estudo, as doulas foram mulheres treinadas que permaneceram com as gestantes desde o momento da sua internação até o parto, fornecendo apoio, ajuda, orientações e encorajando as mulheres. Este apoio reduziu significativamente o percentual de partos cesária (8% no grupo das doulas; 13% no grupo de observação; 18% no grupo controle). A duração do trabalho de parto também diferiu estatisticamente nos três grupos, sendo o grupo das doulas o que apresentou a menor duração. A utilização de anestesia/analgesia nos partos normais foi significativamente maior no grupo controle (55%), seguido pelo grupo de observação (23%), sendo que apenas 8% das mulheres do grupo das doulas necessitou deste tipo de intervenção. A utilização de ocitocina, a febre materna e a hospitalização prolongada dos recém-nascidos tiveram comportamentos semelhantes, com melhores resultados entre mulheres do grupo das doulas. Os resultados deste estudo mostram que o apoio às mulheres no momento do parto pode diminuir a necessidade de intervenções obstétricas, a possibilidade de complicações decorrentes destas intervenções e reduzir os custos de internação. Os benefícios físicos e emocionais proporcionados pelo apoio das doulas aponta portanto para a necessidade de uma revisão das rotinas obstétricas. (S.V)

## Práticas obstétricas utilizadas no parto: o décimo primeiro passo para o sucesso da amamentação?

Kroeger, M. Paper apresentado no 23º Congresso Internacional de Obstetrizes, Vancouver, Maio de 1993

Nas últimas duas décadas, organizações internacionais como a OMS e o UNICEF têm identificado estratégias para diminuir a morbi-mortalidade infantil em todo o mundo. Um exemplo é a publicação de 1989 sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, conhecida internacionalmente como os **"Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno"**, os quais propõem que todas as maternidades adotem práticas que permitam o contacto precoce e constante do recém-nascido com a mãe após o parto, que incentivem a amamentação no período pré-natal e o seguimento das mães por grupos de apoio à amamentação. Devido à grande receptividade dos "Dez Passos", em 1991 foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que confere este título às maternidades que cumprem estes passos. Porém os "Dez Passos" não abrangem especificamente as rotinas adotadas durante o trabalho de parto e no próprio parto e algumas destas práticas obstétricas, tais como a utilização da ocitocina, a ausência de apoio durante o trabalho de parto, a posição para o parto, o manejo da dieta, a analgesia/anestesia utilizadas, a episiotomia e as cesáreas podem influenciar os primeiros minutos e horas da interação mãe-bebê, e consequentemente, a amamentação. A OMS e a OPAS têm mostrado também uma preocupação com as práticas obstétricas, tendo organizado uma conferência sobre tecnologia apropriada para o parto, em 1985 que resultou nas **"Recomendações de Fortaleza"**, porém infelizmente estas não foram amplamente divulgadas. Em 1987, a OMS e o Banco Mundial lançaram a **"Iniciativa Maternidade Segura"**, com o objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade na gestação e na infância e para promover serviços de planejamento familiar. A autora coloca que "hospitais não podem ser *amigos da criança* sem serem *amigos das mães*", e dada a influência que algumas rotinas obstétricas podem ter sobre a amamentação, sugere que determinadas práticas adotadas no parto sejam consideradas o 11º passo para o sucesso da amamentação. (S.V.)

## A cabana e o hospital: informação, poder e simbolismo nos artefatos do nascimento

Jordan B. *Birth*, 14(1): 36-40, 1987

Em todas as sociedades conhecidas, sejam elas contemporâneas ou históricas, há um conjunto de objetos materiais ou artefatos utilizados no trabalho de parto. Mudanças destes instrumentos, tais como o abandono de redes, utilizadas em sociedades tradicionais, para a utilização de objetos de alta tecnologia (cadeiras obstétricas e monitores fetais), levam a transformações significativas na capacidade de dar suporte físico às mulheres durante o trabalho de parto. Os próprios artefatos do parto em hospitais obstétricos, construídos para a conveniência dos profissionais de saúde, criam severas restrições à liberdade de movimento da mulher, seu acesso ao próprio corpo e à sua capacidade de contato e interação física com o acompanhante.

Em sociedades tradicionais, os artefatos são fornecidos pela própria parturiente, sendo objetos do seu lar com os quais ela está bastante familiarizada. Nessas sociedades, as principais informações a respeito do progresso do trabalho de parto advém do contato físico com a parturiente e de seus depoimentos, dados esses que são interpretados à partir da experiência e conhecimento anterior de seus acompanhantes, servindo como base para a ajuda e o suporte físico. No outro extremo, temos artefatos como monitores fetais, com os quais a parturiente não tem familiaridade e que lhe são, a princípio, inacessíveis e incompreensíveis. As informações fornecidas por esses instrumentos são do domínio dos profissionais e constituem um símbolo de seu poder perante as parturientes. Nessa situação, os dados provindos da própria parturiente a respeito do progresso do trabalho de parto são menos procurados e menos valorizados.

Em hospitais obstétricos é usual procurar a solução para problemas durante o parto no nível mais alto de tecnologia - isto é, medicação ou cirurgia, mesmo quando uma abordagem mais simples, tal como a movimentação da parturiente ou o suporte físico e emocional, poderia ser empregada de forma mais rápida e eficiente. (S.H.)

## Suporte social e profissional durante o parto

Kerse, M.N.C., Enkin, M. and Lumley, J. - Social and professional support during childbirth. In: Chalmers, I., Enkin, M. and Kerse, M.J.N.C. (eds). Effective Care in Pregnancy and Childbirth. New York: Oxford University Press, 1989

O capítulo 49 do livro Effective Care in Pregnancy and Childbirth apresenta uma revisão de estudos sobre suporte à parturiente. Os autores relatam a constatação de que o medo, a dor e a ansiedade são aumentados pelo ambiente mecanizado dos hospitais e pela presença de grande número de pessoas desconhecidas da parturiente. Sobre suporte durante o parto, os pontos de consenso encontrados na literatura são o de que a mulher em trabalho de parto deve ter a garantia de contínua atenção durante todo o processo e o de que essa atenção não se faz pela *mera presença* de uma pessoa junto à parturiente. Há variações quanto ao que é considerado importante como suporte: contato físico, encorajamento, amparo, explicações, favorecimento da respiração e do relaxamento quando treinados anteriormente em cursos de educação pré-natal.

O suporte pode ser oferecido por: profissionais (que são também responsáveis pelo cuidado clínico da parturiente); profissionais especificamente treinados para oferecer suporte; marido, família ou amigos da paciente. Não há conclusões definitivas sobre cada um desses tipos de suporte e, muito menos, indicadores precisos de qual seria o melhor tipo. Porém, há consenso quanto a: o que é estressante para a mulher, principalmente para a primípara: (isolamento emocional, mudança rápida e excessiva do corpo de profissionais); o que é benéfico para a mulher (uma companhia amigável e colaboradora); o que deve ser uma preocupação dos hospitais (favorecer a existência de *algum tipo* de suporte para a parturiente).

As pesquisas futuras devem tentar responder às seguintes questões: quais os pontos importantes para um suporte real e efetivo? como se dão as relações entre os provedores de suporte e os profissionais responsáveis pelos cuidados médicos? é melhor que o provedor de suporte seja um estranho treinado ou um familiar não treinado? é melhor que seja um homem ou que seja uma mulher? qual a expectativa que as mulheres têm sobre o suporte que receberão durante o parto e nascimento? como a presença do marido/companheiro influencia a parturiente e o obstetra? (M.C.F.N.M.)

Notas sobre o Nascimento e Parto é uma das atividades do Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança - NISMC - Instituto de Saúde - IS/CIP/**Secretaria de Estado da Saúde**, composto por Adriana N. Novaes, Anna Volochko, Daphne Rattner, Maria Cezira N. Martins, Sonia I. Venancio(Editora), Sonia N. Hotimsky e Tereza S. Toma
Diretora do NISMC: Marina F. Rea
Diretor do IS: José da Rocha Carvalheiro
End. p/correspondência: Rua Santo Antonio, 590/2º - 01314-000 São Paulo - SP
Fone: (011) 605.9047 r. 211 Fax (011) 605.2772

Editoração Eletrônica: Nelson F. Braudão

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
COMISSÃO DE ENSINO DOS PROFISSIONAIS
DA ÁREA DA SAÚDE

# CERTIFICADO

Conferido à Angela Gehrke da Silva

Pela Sua Participação no Simpósio sobre Planejamento Familiar Ele-Ela

Como palestrista do tema:"Experiência com Adolescentes Gestantes"

São Paulo, 12 de novembro de 1993.

Superintendente - HSPM
DR.CARLOS ALBERTO GUGLIELMI EID

Presidente da Comissão Ensino dos Profissionais da Área da Saúde
MARCIA MARIA RODRIGUES

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS

# ABENFO - NACIONAL

## Seção São Paulo

I Congresso Brasileiro Enfermagem Obstétrica e Neonatal

I COBEON

I COBEON

# Certificado

Certificamos que ANGELA GEHRKE DA SILVA

Participou na Qualidade de PARTICIPANTE DA MESA REDONDA SOBRE O TEMA:" HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA".

São Paulo, 12 de Julho de 1994.

Profª Marilanda Lopes de Lima
*Presidente ABENFO-NACIONAL e da Comissão Executiva do I COBEON*

Profª Drª Maria Alice Tsunechiro
*Presidente da Comissão Científica I COBEON*

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE OBSTETRIZES E
ENFERMEIROS OBSTETRAS

São Paulo, 18 de Julho de 1994

Ilma. Srª.
Angela Gehrke da Silva
São Paulo,SP

Prezada Senhora,

Vimos, com imensa satisfação, agradecer a contribuição recebida com sua participação na programação científica do I CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL - COBEON.

Reiteramos o orgulho que sentimos de ter contado com V.Sa. neste evento altamente bem sucedido e tão relevante para a Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Assim, esperando poder retribuir colocamo-nos à disposição para qualquer solicitação relativa ao COBEON e à ABENFO-SP.

Atenciosamente,

Maria Alice Tsunechiro
Coordenadora
da Comissão Científica do I COBEON

Maria Luiza Gonzalez Riesco
Vice Presidente
da Comissão Executiva do I COBEON
Presidente da ABENFO-SP

~~Av. Passos, 122 - S/ 502 - Tel.: (021) 261-7843 - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20051-040~~

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cep 05403-000
Tel.: PABX (011) 852-8922 - Fax: 280-8213 - Telex: 80.902
C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil

# ATESTADO

**ATESTO que a Srª ANGELA GEHRKE DA SILVA, no dia 13 de fevereiro de 1995, participou da Mesa Redonda "A família nos processos do ciclo gravídico-puerperal - comunidade de baixa renda" (3 horas) , para alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - disciplina ENP 979 Enfermagem Obstétrica III , desta Escola.**

**São Paulo, 28 de abril de 1995.**

Maria Alice Tsunechiro

**Drª Maria Alice Tsunechiro**
**Chefe do Departamento de Enfermagem**
**Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP)**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cep 05403-000
Tel.: PABX (011) 852-8922 - Fax: 280-8213 - Telex: 80.902
C.P. 5751 - CEP 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 15 de fevereiro de 1996

ILMA. SRA.
SRA. ANGELA GEHRKE DA SILVA
ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL

Prezada Senhora,

A Escola de Enfermagem da USP estará promovendo, através do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, sob a coordenação das Professoras Dulce Maria Rosa Gualda e Maria Luiza Gonzalez Riesco, o I Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, de curta duração, no período de 26 de fevereiro a 26 de junho do corrente ano.

Assim sendo, vimos solicitar a V.Sa., autorização para que um grupo de 5 enfermeiras do referido curso possam visitar ao Ambulatório, no dia **21/05/96 às 8 horas.**

Contando com a colaboração de V.Sa., colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

p/ Profa. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda
Responsável pelo Curso

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cep 05403-000
Tel.: PABX - (011) 852-8922 Fax: 280-8213 Telex: 80 902
C.P. 5751 - Cep 01061-970 - São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 27 de junho de 1996.

**ILMA. SRA.**
**ANGELA GEHRKE DA SILVA**
**ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA MONTE AZUL**

Prezada Senhora,

Vimos, por meio desta, expressar nossos agradecimentos pela recepção e atendimento das alunas do **Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica** desta Escola, quando em visita para desenvolvimento de atividade curriculares do referido Curso.

Esperando retribuir a atenção, enviamos nossas manifestações de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dulce Maria Rosa Gualda
Responsável pelo Curso

Profa. Maria Luiza Gonzalez Riesco
Responsável pelo Curso

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTITUTO DE SAÚDE

São Paulo, 31 de maio de 1996

Ilma. Sra.
Angela Gehrke da Silva

Prezada participante:

Comunico que seu trabalho:

"Nascimento humanizado na Favela Monte Azul"

foi selecionado para apresentação no 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, que se realizará entre 12 e 14 de junho de 1996, no auditório do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, localizado à Av. Dr. Dante Pazzanese, 500, Ibirapuera.

Data: 13/06/96
Horário: das 14 às 16 hs.
Tempo total para apresentação: 20 minutos, ficando a seu critério a disponibilização de tempo para perguntas ou discussão.

Temos certeza que a sua participação contribuirá para o sucesso do evento.

Cordialmente,

Dra. Daphne Rattner
Comissão Organizadora

fone: (011) 605.9047 ramais 211/212 e fax: (011) 605.2772

## *Nascimento Humanizado na Favela Monte Azul*

*O ambulatório da Favela Monte Azul faz parte da Ass. com. M.A. Ele foi fundado em 19~9 com barraquinho de tábua no meio da favela, mas no decorrer dos anos foi crescendo e se desenvolvendo. Atende hoje a uma média de 1600 pacientes por mês. A maioria dos pacientes são moradores das muitas favelas da região, dos cortiços e da periferia em geral. Mas também tem pacientes de melhores condições que atravessam a cidade toda para serem atendidos aqui. O nosso objetivo é de oferecer um tratamento amplo e profundo, de tratar as pessoas com carinho e dignidade e de ensinar atravez de campanhas, cursos e conversas o máximo possivel sobre saúde, alimentação, educação, etc...*

*A equipe do ambulatório se compõe de médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, psicólogos, massagista, fisioterapeuta, e outros terapeutas. Eu tenho curso de parteira feito na Alemanha, e minhas tarefas são bem variadas como pré-natal, planejamento familiar, educação sexual de adolescentes, colheta de papanicolau, alguns exames laboratoriais, partos e visitas domociliares.*

*O meu grande objetivo é possibilitar, também para as pessoas mais carentes, um parto humanizado com participação de outros familiares, frequentemente do pai, um parto com intervenção mínima ou em ambiente familiar, calmo, aconchegante onde ela pode dar à luz na posição que quer o onde o recem nascido não é separado da mãe, ao contrario, o contato é sempre promovido.*

*Angela,*
*Parteira da Associação Comunitária Monte Azul*

# ANEXO III

Legislação referente à enfermagem, obstetrizes e parteiras

# Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999*

(Projeto de Lei nº 546/97, do deputado Roberto Gouveia - PT)

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:
Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III - não ser identificado ou tratado por:

a) números;
b) códigos; ou
c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;

IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

V - poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

a) nome completo;
b) função;
c) cargo; e
d) nome da instituição;

VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:
a) hipóteses diagnósticas;
b) diagnósticos realizados;
c) exames solicitados;
d) ações terapêuticas;
e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
f) duração prevista do tratamento proposto;
g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental

a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
h) exames e condutas a que será submetido;
i) a finalidade dos materiais coletados para exame;
j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e
l) o que julgar necessário;

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

X - VETADO: (1)

a) VETADO; (2)
b) VETADO; (3)
c) VETADO; (4)
d) VETADO; (5)
e) VETADO; e (6)
f) VETADO; (7)

XI - receber as receitas:
a) com o nome genérico das substâncias prescritas;
b) datilografadas ou em caligrafia legível;
c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;
d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e
e) com assinatura do profissional;

XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:
a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e
b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIV - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:
a) a sua integridade física;
b) a privacidade;
c) a individualidade;

d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;
e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e
f) a segurança do procedimento;

XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVII - VETADO;(8)

XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;

XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

§ 1º - A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º - A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Artigo 3º - VETADO:(9)

I - VETADO;(10)
II - VETADO; e (11)
III - VETADO.(12)

Parágrafo único - VETADO.(13)

Artigo 4º - VETADO: (14)
I - VETADO; e (15)
II - VETADO.(16)

Parágrafo único - VETADO.(17)

Artigo 5º - VETADO.(18)

Parágrafo único - VETADO.(19)

Artigo 6º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 17 de março de 1999.
MÁRIO COVAS
José da Silva Guedes
Secretário de Saúde
Celino Cardoso
Secretário - Chefe da Casa Civil
Antonio Angarita
Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicado na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 17 de março de 1999.

*** OBS- OS VETOS ENCONTRAM-SE EM DISCUSSÃO NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA.**

(1) Texto vetado: "X - receber os medicamentos prescritos, acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara, contendo:".
(2) Texto vetado: "a) efeitos colaterais;".
(3) Texto vetado: "b) contra-indicações;".
(4) Texto vetado: "c) data de fabricação;".
(5) Texto vetado: "d) prazo de validade;".
(6) Texto vetado: "e) nome genérico do princípio ativo; e".
(7) Texto vetado: "f) posologias usuais;".
(8) Texto vetado: "XVII - ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a realização do teste de detecção de fenilcetonúria do recém-nascido;".
(9) Texto vetado: "Artigo 3º - É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:".
(10) Texto vetado: "I - realizar, proceder ou permitir qualquer de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde;".
(11) Texto vetado: "II - prestar serviços ou ações de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade dos procedimentos, entre usuários do Sistema Único de Saúde e os beneficiários de planos, seguros, contratos ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados; e".
(12) Texto vetado: "III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidade de atenção semelhantes.".
(13) Texto vetado: "Parágrafo único - O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera;".
(14) Texto vetado: "Artigo 4º - Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público têm que garantir a todos os pacientes e usuários:".
(15) Texto vetado: "I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento para a assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição; e".

(16) Texto vetado: "II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.".

(17) Texto vetado: "Parágrafo único - O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.".

(18) Texto vetado: "Artigo 5º - O descumprimento do disposto nesta lei implicará, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, a suspensão imediata da transferência dos recursos do Sistema Único de Saúde à entidade, de qualquer natureza, infratora.".

(19) Texto vetado: "Parágrafo único - Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Estadual de Saúde.".

PROJETO DE LEI Nº 3.175, DE 1997
(DO SR. EDUARDO JORGE)

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

Dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia.

(AS COMISSÕES DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA; DE TRABALHO, DE ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇO PÚBLICO; E DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO (ART. 54) - ART. 24, II)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° - O exercício da profissão de técnico em obstetrícia é permitido aos profissionais que se enquadrem nas disposições desta lei.

Art. 2° - É técnico em obstetrícia quem:

I - haja concluído curso de segundo grau de no mínimo três anos de duração ministrado por escola de ensino técnico de obstetrícia reconhecida pelo Ministério da Educação e do Desporto;

II - tenha obtido diploma em instituto de ensino técnico de obstetrícia estrangeiro e revalidado o mesmo diploma no Brasil, nos termos da legislação vigente.

Art. 3° - A atividade do técnico em obstetrícia compreende:

I - a assistência à gestante, à parturiente e ao parto normal;

II - a identificação das distocias obstétricas e a tomada de providências até a chegada do médico;

III - cuidados à puérpera e ao recém-nascido.

Art. 4° - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5° - Revogam-se as disposições em contrário.

## JUSTIFICAÇÃO

O projeto de lei que ora apresentamos à elevada consideração de nossos ilustres Pares tem o objetivo de contribuir para resolver um problema de saúde pública em nosso País.



GER 3.17.23.004-2 - (JUN/95)

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

Todos sabemos da carência de pessoal de nível médio apto a exercer as atividades auxiliares de saúde, em particular nas extensas regiões interioranas, onde tal carência assume proporções particularmente dramáticas.

A Lei nº 7.498, de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, reconhece como parteira " a titular do certificado previsto no art, 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959". Trata-se de profissionais que, naquela época, tendo mais de dois anos de exercício em estabelecimento hospitalar, submetiam-se a exames de habilitação especificados pelo Decreto-lei mencionado. E não há de se negar a validade do trabalho que as parteiras, assim qualificadas, têm desempenhado neste País, com serviços ainda hoje meritórios particularmente em áreas distantes, onde o atendimento médico é menos eficaz.

Hoje, em razão do desenvolvimento que o ensino atingiu em nosso País, comparativamente ao dos anos 40 e 50, não haveria sentido em autorizar legalmente o exercício profissional, numa área técnica como a da saúde, por pessoas dotadas exclusivamente de conhecimentos elementares ou obtidos na prática. Nessa ordem de raciocínio, esperamos que a nossa proposta, consubstanciada no presente projeto de lei, venha a estimular a constituição de cursos técnicos de obstetrícia, de tal forma que brevemente possamos contar com um contingente razoável de profissionais parteiros habilitados.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao nascimento e parto é que mãe e bebê estejam sadios ao final, com o mínimo de intervenção possível compatível com um processo de maternidade segura. O Profissional de saúde que presta assistência ao nascimento tem quatro responsabilidades principais:

- dar apoio à mulher, seu parceiro e família durante o trabalho de parto, nascimento e o seguimento;
- observar a mulher durante o trabalho de parto e monitorar a condição do feto e a da criança após o nascimento;
- realizar as intervenções essenciais quando necessárias;
- referir a mulher a um nível de maior complexidade se necessário.

Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pessoa com habilidades de " partejamento" parece ser a provedora da assistência mais apropriada e custo-efetiva, a quem caberia destinar a responsabilidade geral pela assistência à gestação e parto normais. Para a OMS, essa profissional deveria ser o "provedor essencial de assistência em obstetrícia". Em seu documento "Tecnologia apropriada para nascimentos e partos" é afirmado que "A formação de obstetrizes e parteiras deve ser encorajada, pois a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais deve ser delegada a essas profissionais".

Na Europa, a profissional partejadora (parteira, "midwife", "sage-femme", "Hebamme") sempre foi a principal prestadora de assistência ao nascimento e parto, desde tempos imemorais. Mais recentemente, em alguns países europeus suas atribuições passaram a incluir a educação e preparação para a maternidade e paternidade e o planejamento familiar. Na Alemanha, Holanda e França e outros países em que gestação, nascimento e parto são considerados processos fisiológicos, a profissional obstétrica é considerada elemento essencial de equipe de saúde, aliada dos profissionais médicos, que sempre são chamados a colaborar em casos que demandam intervenções ou assistência mais especializada. Nesses países, também, a parturiente pode optar pela assistência ao parto prestada em hospitais, ambulatórios ou casas de partos, e em sua residência.

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

Nos Estados Unidos, foi conquista do movimento de mulheres o aumento na criação de Centros de Nascimento ("Birth Centers"), que aparecem inicialmente na década de setenta e receberam impulso na década de oitenta, período em que ultrapassaram a marca de 150 centros em todo o país. Paralelamente, aumentou a participação das enfermeiras-parteiras ("nurse-midwives") na assistência direta à mulher durante o trabalho de parto e nascimento: em 1975, elas atenderam 19.686 partos, passando para 158.068 em 1991 (Bergman, 1994). O custo da internação foi cerca de 50% menor do que em enfermarias de hospitais especializados ou de nível terciário. Esse retorno à assistência por parteiras coincide com um momento de crise na obstetrícia norte-americana que, por um lado, sofre pressões para reduzir suas taxas operatórias, e por outro, expõe-se a riscos maiores que os possíveis benefícios econômicos, quando os profissionais médicos se vêem envolvidos em processo de erro médico.

No Brasil, a situação da assistência ao nascimento e parto é trágica. Mesmo nos centros urbanos, onde as gestantes têm acesso ao pré-natal, não lhes é garantido o leito obstétrico, e muito menos a escolha do profissional que assistirá a seu parto. A carência de pessoal de nível médio apto a exercer a assistência à gestação e ao parto, seja nas regiões interioranas, ou nas comunidades miseráveis das grandes cidades (favelas), vem assumindo proporções particularmente dramáticas e, em algumas regiões do Brasil, vem sendo preenchida pelas parteiras tradicionais.

O CURSO TÉCNICO EM OBSTETRÍCIA HUMANIZADA virá suprir essa carência. Deverá ser ministrado como equivalente ao segundo grau e ter duração mínima de 3 anos.

O profissional de saúde formado por esse curso atuará em unidades básicas de saúde, ambulatórios e hospitais; dedicar-se-á primordialmente ao pré-natal de captação, exercendo também atividades extra-muros, em contato com as mulheres em idade fértil da comunidade (10 a 49 anos), orientando-as para o planejamento familiar ou a gravidez segura, em sintonia com os métodos preconizados pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM; procurará garantir às mulheres uma gestação segura e o parto normal (humanizado), sem indução ou cesárea desnecessária - e quando necessária, procurará garantir o encaminhamento à equipe de cirurgião obstetra, anestesista e neonatologista (cuja assistência em sala de partos é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente). O profissional técnico em obstetrícia humanizada prestará assistência durante o trabalho de parto ao lado do cirurgião, orientando a parturiente em todos os momentos e colaborando assim para a redução de suas ansiedades.

Sabe-se que dados de mortalidade materna em nosso país são sempre subestimados. Ainda assim, dados do SUS de 1994 reportam 134 óbitos de mulheres para cada 100.000 nascimentos (a mortalidade materna nos EUA é de 7 por 100.000 nascimentos vivos, e no Canadá de 4/ 100.000). Estes altos índices de mortalidade materna, aliados à nossa alta mortalidade perinatal e às altíssimas taxas de intervenção no processo fisiológico do nascimento, têm demonstrado a necessidade da incorporação do profissional técnico em obstetrícia à equipe de saúde, para que trabalhe nos cuidados àquela população que tradicionalmente não tem acesso aos serviços de assistência obstétrica. Suas atribuições, como acima descritas, estarão sintonizadas com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, seguindo especialmente a recomendação de que "Em nascimentos normais, deverão haver sempre razões válidas para interferir como processo natural".

Atendendo a essa necessidade emergente, e acatando as recomendações das organizações internacionais, há que estimular a constituição de cursos técnicos em

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

obstetrícia humanizada, e reconhecer o importante papel que essa profissional virá desempenhar na sobrevivência de mulheres e bebês brasileiros. Dessa forma, o Brasil estará dando mais um grande passo em direção ao futuro promissor de sua população.

Segue anexo a legislação citada e matérias de jornal sobre o assunto.

Sala das Sessões, em 25 de março de 1997.

Deputado EDUARDO JORGE

CÂMARA DOS DEPUTADOS

**COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA**

**PROJETO DE LEI Nº 3.175, DE 1997**

Dispõe sobre o exercício da profissão de Técnico em Obstetrícia.

**Autor**: Deputado EDUARDO JORGE
**Relatora**: Deputada DALILA FIGUEIREDO

## I - RELATÓRIO

A proposição em epígrafe, de autoria do ilustre Deputado EDUARDO JORGE, visa a regulamentar a profissão de Técnico em Obstetrícia, definindo a formação necessária para o ingresso nessa categoria.

Define, do mesmo modo, as atividades a cargos de tal profissional, quais sejam: assistir à gestante, à parturiente e ao parto normal; identificar problemas obstétricos e a tomar providências até a chegada do médico; e cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Na Justificação que fundamenta sua proposta, destaca o nobre Autor que a Organização Mundial de Saúde incentiva de forma bastante clara a formação de obstetrizes e parteiras como forma de se prover melhores condições de assistência à gestação, ao parto, ao nascituro e ao puerpério.

Dento dos prazos regimentalmente previstos não foram apresentadas Emendas.

É o Relatório.

CÂMARA DOS DEPUTADOS

## II - VOTO DO RELATOR

Trata-se, sem qualquer sombra de dúvida, de proposição do mais alto alcance, pois seu objetivo precípuo é possibilitar melhores condições às mulheres durante o momento mais importante de sua vida: o momento da maternidade.

Nesse sentido, cabe ressaltar que o Brasil tem caminhado na contramão do que é não apenas mais recomendável, mas também do que é mais custo-efetivo.

Com efeito, ao contrário do que se observa mundo afora, inclusive em países desenvolvidos e com alto padrão de saúde, aqui, nas últimas 3 décadas, houve uma tendência a se utilizar alta tecnologia na assistência à gravidez e a se abusar de partos cesarianos sem qualquer critério, de forma que o País se tornou campeão mundial dessa modalidade cirúrgica.

Nem por isso, a saúde das parturientes brasileiras encontra-se em boa situação. Ao contrário, ostentamos uma vergonhosa taxa de mortalidade materna, incompatível com o avanço de nossa medicina e com o grau de desenvolvimento econômico alcançado.

Cremos que são medidas como essa, contida na proposição ora em análise, que podem em muito contribuir para uma assistência mais humanizada e racional às gestantes, às parturientes e aos recém-nascidos.

Nosso voto é, portanto, pela aprovação do Projeto de Lei nº 3.175, de 1997.

Sala da Comissão, em 5 de nov de 1997

**Deputada DALILA FIGUEIREDO**
**Relatora**

708917.010

Câmara dos Deputados
Diretoria Legislativa
Assessoria Legislativa

Código do trabalho:

# Solicitação de Trabalho

(Usar um formulário para cada trabalho)

**Dados do solicitante**

| Nome do Deputado: | Partido/Estado: | Gabinete: |
|---|---|---|
| JOSÉ PINOTTI | PSB/SP | 303 |

**Tipo de trabalho**

| | |
|---|---|
| ☐ Proposta de Emenda à Constituição | ☒ Parecer à proposição |
| ☐ Projeto de Lei Complementar | ☐ Assessoramento à Comissão |
| ☐ Projeto de Lei | ☐ Estudo |
| ☐ Projeto de Decreto Legislativo | ☐ Consulta |
| ☐ Projeto de Resolução | ☐ Revisão |
| ☐ Emenda a proposição | ☐ Pequeno Expediente |
| ☐ Requerimento | ☐ Grande Expediente |
| ☐ Indicacão | ☐ Comunicacão de Lideranca |
| ☐ Recurso | ☐ _____ |

**Conteúdo (Se necessário, continuar no verso)**

ELABORAR RELATÓRIO FAVORÁVEL, GARANTINDO QUE ESSE EXERCÍCIO DE TÉCNICO DE OBSTETRÍCIA SEJA FEITO EM MATERNIDADES PÚBLICAS, RECONHECIDAS, DE PREFERÊNCIA UNIVERSITÁRIAS E DE BOM MOVIMENTO. ANEXO A ESTE PEDIDO ALGUNS ESCRITOS DO DEP. PINOTTI SOBRE MORTALIDADE MATERNA, QUE SERVE PARA ILUSTRAR O ESTUDO.

**Observações/Orientação sobre o trabalho**

Assinale se desejar contato prévio com o assessor indicado para a elaboracão do trabalho ☐

| Data: | Assinatura do Deputado: |
|---|---|
| 07.05.98 | |

| Distribuição | Liberação | Recebimento |
|---|---|---|
| Núcleo_____ Área_____ | | |
| Diretor_____ | Consultor_____ | Assin. Lucia |
| Assessor_____ | | Ponto 4654 |
| Prazo_____ | | |
| Consultor_____ | Data: __/__/__ | Data: 07/05/98 |

## LEI Nº 8.967, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1994

*Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte

Art. 1º O parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 23

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1994

173ª da Independência e 106ª da República.

Itamar Franco

Marcelo Pimentel

## ANEXO I LEI Nº 5.905, DE 12 DE JULHO DE 1973

*Publicação: DOU de 13.7.73, Seção I - Parte I, pág. 6.825*

*Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.*

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - São criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), constituindo em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Art. 2º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem.

Art. 3º - O Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, terá jurisdição em todo o território nacional e sede na Capital da República.

Art. 4º - Haverá um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, e no Distrito Federal.

Parágrafo único. O Conselho Federal poderá, quando o número de profissionais habilitados na unidade da federação for inferior a cinqüenta, determinar a formação de regiões, compreendendo mais de uma unidade.

Art. 5º - O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de Enfermagem de nível superior.

Art. 6º - Os membros do Conselho Federal e respectivos suplentes serão eleitos por maioria de votos, em escrutínio secreto, na Assembléia dos Delegados Regionais.

Art. 7º - O Conselho Federal elegerá dentre seus membros, em sua primeira reunião, o Presidente, o Vice-Presidente, o Primeiro e o Segundo Secretários e o Primeiro e o Segundo Tesoureiros.

Art. 8º - Compete ao Conselho Federal:

I - aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais;

II instalar os Conselhos Regionais;

III - elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

IV - baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;

V - dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;

VI - apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;

VII - instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;

VIII - homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;

IX - aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;

X - promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;

XI - publicar relatórios anuais de seus trabalhos;

XII - convocar e realizar as eleições para sua diretoria;

XIII - exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

Art. 9º O mandato dos membros do Conselho Federal será honorífico e terá a duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 10. A receita do Conselho Federal de Enfermagem será constituída de:

I - um quarto da taxa de expedição das carteiras profissionais;

II - um quarto das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;

III - um quarto das anuidades recebidas pelos Conselhos Regionais;

IV - doações e legados;

V - subvenções oficiais;

VI - rendas eventuais.

Parágrafo único. Na organização dos quadros distintos para inscrição de profissionais o Conselho Federal de Enfermagem adotará como critério, no que couber, o disposto na Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955.

Art. 11 - Os Conselhos Regionais serão instalados em suas respectivas sedes, com cinco a vinte e um membros e outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, na proporção de três quintos de enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias do pessoal de enfermagem reguladas em lei.

Parágrafo único - O número de membros dos Conselhos Regionais será sempre ímpar, e a sua fixação será feita pelo Conselho Federal, em proporção ao número de profissionais inscritos.



Art. 12 - Os membros dos Conselhos Regionais e respectivos suplentes serão eleitos por voto pessoal, secreto e obrigatório, em época determinada pelo Conselho Federal, em Assembléia Geral especialmente convocada para esse fim.

§1º Para a eleição referida neste artigo serão organizadas chapas separadas, uma para enfermeiros e outra para os demais profissionais de enfermagem, podendo votar, em cada chapa, respectivamente, os profissionais referidos no artigo 11.

§2º Ao eleitor que, sem causa justa, deixar de votar nas eleições referidas neste artigo, será aplicada pelo Conselho Regional multa em importância correspondente ao valor da anuidade.

Art. 13 - Cada Conselho Regional elegerá seu Presidente, Secretário e Tesoureiro, admitida a criação de cargos de Vice-Presidente, Segundo Secretário e Segundo Tesoureiro, para os Conselhos com mais de doze membros.

Art. 14. O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será honorífico e terá duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 15. Compete aos Conselhos Regionais:

I - deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;

II - disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;

III - fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;

IV - manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;

V - conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis;

VI - elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los, à aprovação do Conselho Federal;

VII - expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;

VIII - zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exerçam;

IX - publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;

X - propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;

XI - fixar o valor da anuidade;

XII - apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;

XIII - eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;

XIV - exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal.

Art. 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

I - três quartos da taxa de expedição das carteiras profissionais;

II - três quartos das multas aplicadas;

III - três quartos das anuidades;

IV - doações e legados;

V - subvenções oficiais, de empresas ou entidades particulares;

VI - rendas eventuais.

Art. 17. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais deverão reunir-se, pelo menos, uma vez mensalmente.

Parágrafo único. O Conselheiro que faltar, durante o ano, sem licença prévia do respectivo Conselho, a cinco reuniões perderá o mandato.

Art. 18. Aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem poderão ser aplicadas as seguintes penas:

I - advertência verbal;

II - multa;

III - censura;

IV - suspensão do exercício profissional;

V - cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º As penas referidas nos incisos I, II, II e IV deste artigo são da alçada dos Conselhos Regionais e a referida no inciso V, do Conselho Federal, ouvido o Conselho Regional interessado.

§ 2º O valor das multas, bem como as infrações que implicam nas diferentes penalidades, serão disciplinados no Regimento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais.

Art. 19. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão tabela própria de pessoal, cujo regime será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 20. A responsabilidade pela gestão administrativa financeira dos Conselhos caberá aos respectivos diretores.



Art. 21. A composição do primeiro Conselho Federal de Enfermagem, com mandato de um ano, será feita por ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social mediante indicação, em lista tríplice, da Associação Brasileira de Enfermagem.

Parágrafo único. Ao Conselho Federal assim constituído caberá além das atribuições previstas nesta Lei:

a) promover as primeiras eleições para composição dos Conselhos Regionais e instalá-los;

b) promover as primeiras eleições para composição do Conselho Federal, até noventa dias antes do término do seu mandato.

Art. 22. Durante o período de organização do Conselho Federal de Enfermagem, o Ministério do Trabalho e Previdência Social lhe facilitará utilização de seu próprio pessoal, material e local de trabalho.

Art. 23. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1973

(Ass.) Emílio G. Médici, Presidente da República e Júlio Barata, Ministro do Trabalho e Previdência Social.

Atos do Poder Legislativo

## *ANEXO I I - LEI Nº 7.498 DE 25 DE JUNHO DE 1986*

*Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.*

## O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único - A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviço de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art. 4º - A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art. 5º - Vetado.

§ 1º - Vetado.

§ 2º - Vetado.

Art. 6º - São enfermeiros:

I - o titular do diploma de enfermeiro por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores obtiverem título de enfermeiro conforme o disposto na alínea *d* do art 3º do Decreto 50.387 de 28.03.1961.

Art. 7º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

II - o titular de diploma a que se refere a Lei 2.822 de 14.06.1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei 2.604 de 17.09.1955, expedido até a publicação da Lei 4.024 de 20.12.1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto Lei 23.774 de 22.01.1934, do Decreto Lei 8.778 de 22.01.1946, e da Lei 3.640 de 10.10.1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei 299 de 28.02.1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei 8.778 de 22.01.1946, observado o disposto na Lei 3.640 de 10.10.1959;

II - a titular do diploma ou certificado de parteira, ou equivalente, conferido, por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 02 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 - VETADO.

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;



c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) VETADO;

e) VETADO;

f) VETADO;

g) VETADO;

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta Lei incumbe ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária;

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

a) participar da programação da assistência de enfermagem;

b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei;

c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processo de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

a) Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

b) executar ações de tratamento simples;

c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - VETADO.

Art. 15 - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - VETADO.

Art. 17 - VETADO.

Art. 18 - VETADO.

Parágrafo único - VETADO.

Art. 19 - VETADO.



Art. 20 - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, dos Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 - VETADO.

Art. 22 - VETADO.

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em Lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta Lei.

Parágrafo único - A autorização referida neste artigo que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

Art. 24 - VETADO.

Parágrafo único - VETADO.

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (VETADO - a Lei 2.604 de 17.09.1955 e) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986.

165º da Independência e 98º da República.

*JOSÉ SARNEY*

*Almir Pazzianotto Pinto*

## *ANEXO III - ARTIGOS VETADOS - TEXTO DA LEI Nº 7498*

Art. 5º A estrutura básica da instituição de saúde pública ou privada, inclui, obrigatoriamente, órgãos de enfermagem que integrarão sua administração superior.

§ 1º A direção do órgão de enfermagem será exercida, sempre, por enfermeiro, incluído nas definições do art. 6º.

§ 2º Comprovada a inexistência de profissional disponivel...

Art. 10º O desempenho das atividades de enfermagem constitui o objeto da profissão liberal de enfermeiro, ao qual é assegurada autonomia técnica no planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem.

Art. 11º (vetadas letras d), e), f), g)-O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

1) Privativamente:

d) direção de escola, chefia de departamento e coordenação de cursos para formação de pessoal de enfermagem em todos os graus;

e) exercício do magistério nas disciplinas específicas de enfermagem no ensino de 2º e 3º graus, obedecidas as disposições legais relativas ao ensino;

f) planejamento, programação e avaliação dos cursos formadores de pessoal de enfermagem, em todos os graus, atendidas as exigências legais;

g) composição de comissão julgadora para exames em disciplinas específicas de enfermagem, na seleção de pessoal, inclusive técnico e auxiliar, para cargo e emprego;

Art. 14º O ensino de enfermagem de 1º grau inclui se nas atribuições do enfermeiro e do técnico de enfermagem, obedecidas as exigências legais relativas ao ensino.

Art. 16º O designativo "enfermeiro" é privativo de serviços e atividades dirigidos ou exercidos por enfermeiro.

Art. 17º O provimento de chefia de unidade de enfermagem, em caso de comprovada carência de enfermeiros, obedecerá às normas baixadas pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 18º As entidades de direito privado que prestem serviços de enfermagem ou exerçam atividades de formação ou treinamento de recursos humanos de enfermagem serão registradas no Conselho Regional de Enfermagem, sem prejuízo de outros registros legalmente instituídos.



Parágrafo único. As entidades referidas neste artigo ficam sujeitas ao pagamento de anuidade, observado o disposto no art.15 e seu XI da lei nº 5.905, de julho de 1973.

Art. 19º As entidades a que se refere o artigo anterior não poderão exercer atividades na área da enfermagem nem receber recursos provenientes dos orçamentos públicos federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios, ou particular, a qualquer título, de operações bancárias em estabelecimentos oficiais, sem a prévia comprovação de registro referido no mesmo artigo.

Art. 21º Fica estendido aos profissionais de enfermagem e de suas atividades auxiliares o direito à prisão especial.

Art. 22º O pessoal formado no subsistema do ensino profissionalizante, conforme o disposto no § 4º do art. 4º e na alínea b do § 2º do art. 5º da lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, para atuação na área da enfermagem, será inscrito, em quadro próprio, no Conselho Regional de Enfermagem sob cuja jurisdição exercerá suas atividades, observadas as normas baixadas pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 24º Transcorridos 10 (dez) anos da promulgação da presente lei, a instituição de saúde, pública ou privada, somente poderá admitir, nomear ou contratar, para execução de atividades de enfermagem pessoal de categoria profissional regulada em lei.

Parágrafo único. A restrição de que trata este artigo não se aplica aos agentes comunitários de saúde para efeito de sua integração aos programas de atenção primária de saúde, a cargo das repartições sanitárias competentes.

## *ANEXO IV - DECRETO LEI Nº 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987*

*Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispoe sobre o exercicio da enfermagem, e dá outras providências.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuiçoes que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, DECRETA:

Art. 1º - O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituiçao de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz:

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra *d* do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou de certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou de certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.



Art. 6º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640 de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Parteiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;

f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;



o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e doenças profissionais e do trabalho;

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras *i* e *o* do item II do art. 8º.

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnósticos;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatório;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;



VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe:

I prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidades de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, no Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único - Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquirido quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987; 166º da Independência e 99º da República.

*JOSÉ SARNEY*

*Eros Antonio de Almeida*

DECRETO Nº 50.385 — DE 28 DE MARÇO DE 1961

*Revoga o art. 28 do Regimento do Conselho Nacional de Desportos.*

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição, decreta:

Art. 1º. Fica revogado o artigo 28 do Regimento do Conselho Nacional de Desportos do Ministério da Educação e Cultura, aprovado pelo Decreto nº 19.425, de 14 de agôsto de 1945.

Art. 2º. O presente Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 28 de março de 1961; 140º da Independência e 73º da República.

JÂNIO QUADROS

*Brígido Tinoco*

---

DECRETO Nº 50.386 — DE 28 DE MARÇO DE 1961

*Dá nova redação aos artigos 14, 15 e seu parágrafo único, parágrafo único do artigo 18 e artigo 23 do Decreto nº 39.412, de 16 de junho de 1956, e revoga os Decretos ns. 41.926, de 5 de agôsto de 1957 e 43.715 de 19 de maio de 1958.*

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição, decreta:

Art. 1º Os artigos 14, 15 e seu parágrafo único, o parágrafo único do artigo 18 e o artigo 23, do Decreto nº 39.412 de 16 de junho de 1956, passam a ter a seguinte redação ficando revogados os Decretos ns. .. 41.986, de 5 de agôsto de 1957 e .. 43.715, de 19 de maio de 1958:

"Art. 14. Fica criado o Grupo Executivo da Indústria Automobilística (GEIA) subordinado à Presidência da Republica, a fim de dar execução às diretrizes básicas enunciadas no presente Decreto e formular outras recomendações de incentivo à indústria automobilística.

Art. 15. O GEIA será constituido de um Presidente, de livre escolha do Presidente da República, e dos seguintes membros natos:

— Diretor-Executivo da Superintendência da Moeda e do Crédito;

— Diretor-Superintendente do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico;

— Diretor da Carteira de Comércio Exterior do Banco do Brasil S. A.;

— Diretor da Carteira de Câmbio do Banco do Brasil S A;

— Presidente do Conselho de Política Aduaneira;

— Representante do Ministério da Guerra.

Parágrafo único. Os membros do GEIA poderão delegar seus podêres a representantes autorizados mediante notificação feita por escrito ao Presidente dêsse Órgão.

Art. 18 — .....

.....

Parágrafo único Das decisões e resoluções do GEIA caberá pedido de reconsideração, ao mesmo Órgão, dentro do prazo de 10 dias a contar da data em que o interessado tomar ciência da decisão ou resolução; se indeferido tal pedido caberá recurso suspensivo ao Presidente da Republica, através do GEIA, que o informará desde que impetrado dentro dos 10 dias subseqüentes à data em que o interessado receber comunicação sôbre o indeferimento do pedido de reconsideração.

Art. 23 — As despesas de funcionamento do GEIA correrão por conta dos recursos do Conselho do Desenvolvimento da Presidência da República."

Art. 2º O presente Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 28 de março de 1961; 140º da Independência e 73º da República.

JÂNIO QUADROS

*Arthur Bernardes Filho*

*Clemente Mariani*

*Odylio Denys*



DECRETO N.º 50 387 — DE 28 DE MARÇO DE 1961

*Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional.*

O Presidente da República usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, item I, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Poderão exercer a enfermagem e as suas funções auxiliares, em qualquer ponto do território nacional, os portadores de títulos de enfermeiro, obstetriz, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático, prático de enfermagem e parteira prática, devidamente registrados no Ministerio de Educação e Cultura, quando couber; e registrados ou inscritos no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde e, cumulativamente, nos órgãos congêneres das Unidades da Federação.

Art. 2.º O exercício da enfermagem e de suas funções auxiliares compreende a execução de atos que nos seus respectivos campos profissionais visem a:

*a*) observação, cuidado e educação sanitaria do doente da gestante ou do acidentado;

*b*) administração de medicamentos e tratamentos prescritos por médico;

*c*) educação sanitária do individuo da familia e outros grupos sociais para a conservação e recuperação da saúde e prevenção das doenças;

*d*) aplicação de medidas destinadas a prevenção de doenças.

Art. 3º Ao título de enfermeiro têm direito:

*a*) os portadores de diploma expedido no Brasil, por escolas oficiais ou reconhecidas pelo Govêrno Federal, nos têrmos da Lei n.º 775, de 6 de agôsto de 1949 e seu regulamento;

*b*) os diplomados por escolas estrangeiras reconhecidas pelas leis de seu país e de padrão de ensino equivalente ao estabelecido no Brasil, após a revalidação de seus diplomas e registro nos têrmos do Art. 1.º;

*c*) os portadores de diploma de enfermeiro, expedido pelas escolas ou cursos de enfermagem das fôrças armadas nacionais e fôrças militarizadas, depois de aprovados nas disciplinas e estágios obrigatórios constantes do currículo estabelecido pelo regulamento da Lei nº 775-49 aprovado pelo Decreto nº 27.426, de 14 de novembro de 1949, devidamente discriminados por instruções a serem baixadas pelo Ministério da Educação e Cultura;

*d*) as pessoas registradas como tal nos têrmos dos artigos 2.º e 3.º do Decreto n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932, e, até a promulgação da Lei número 775, de 6 de agôsto de 1949, aquelas a que se refere o art. 33 parágrafo 2.º do Decreto n.º 21.141 de 10 de março de 1932.

Paragrafo único. O profissional a que se refere êste artigo, quando habilitado para a assistência obstétrica, poderá denominar-se enfermeira obstetrica, alem do que dispõe o art. 4.º

Art. 4.º Ao titulo de obstetriz têm direito:

*a*) os possuidores de diploma expedido no Brasil, por escolas de obstetrizes oficiais ou reconhecidas pelo Govêrno Federal, nos têrmos da Lei n.º 775, de 6 de agosto de 1949;

*b*) as obstetrizes ou enfermeiras obstetricas diplomadas por escolas estrangeiras, reconhecidas pelas leis de seu país e de padrão de ensino equivalente ao estabelecido no Brasil, após a revalidação de seus diplomas e registro nos têrmos do artigo primeiro;

*c*) as enfermeiras obstetricas, portadoras de certificado de habilitação, conferido de acôrdo com os artigos 211 e 214 do Decreto n.º 20.865, de 28 de dezembro de 1931;

*d*) as enfermeiras obstétricas diplomadas em enfermagem e portadoras de certificado de especialização, de acôrdo com a Lei n.º 775, de 6 de agosto de 1949 e seu regulamento.

Art. 5.º Ao titulo de auxiliar de enfermagem têm direito:

*a*) os portadores de certificado de auxiliar de enfermagem conferido por escolas oficiais ou reconhecidas pelo Govêrno Federal nos têrmos da Lei n.º 775, de 6 de agosto de 1949 e seu regulamento;

*b*) os portadores de títulos registrados de acordo com a Lei n.º 2 822, de 14 de julho de 1956;

*c*) os portadores de certificado expedido por escolas e cursos de enfermagem das fôrças armadas nacionais e fôrças militarizadas que não se acharem incluidos na letra *c* do Art. 3º dêste Regulamento.

Art. 6º Ao titulo de parteira têm direito:

*a*) na qualidade de parteira, os portadores de certificado de parteira, con-

ferido por escola oficial ou reconhecida pelo Govêrno Federal, nos têrmos da Lei 775, de 6 de agôsto de 1949;

*b*) as parteiras portadoras de certificado de habilitação conferido de acôrdo com o Decreto n.º 1.270, de 10 de janeiro de 1891 e com o Decreto número 3.902, de 12 de janeiro de 1901.

Art. 7.º Ao título de enfermeiro prático têm direito:

*a*) os enfermeiros práticos inscritos mediante o disposto no Decreto numero 23.774, de 22 de janeiro de 1934;

*b*) as religiosas de comunidade amparadas pelo Decreto nº 22.257, de 26 de dezembro de 1932.

Art. 8º Ao título de prático de enfermagem e de parteira prática têm direito:

Os portadores de certificado obtido segundo o que dispõe o Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, revigorado pela Lei nº 3.640, de 10 de outubro de de 1959.

Art. 9º São atribuições dos enfermeiros além do exercício da enfermagem em todos os seus ramos e o estabelecido no art. 2º dêste regulamento:

*a*) administração dos serviços de enfermagem, nos estabelecimentos hospitalares, parahospitalares e de saúde pública, conforme o art. 21 da Lei nº 775-49;

*b*) participação no ensino, escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem e treinamento de pessoal em serviço;

*c*) direção e inspeção de escolas de enfermagem e de auxiliar de enfermagem;

*d*) participação nas bancas examinadoras de práticos de enfermagem e de concurso para seleção e provimento de cargos de enfermeiro e de auxiliar de enfermagem.

Art. 10. São atribuições dos auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem, as atividades da profissão, sempre sob a orientação de médico ou de enfermeiro excluídas as relacionadas no art. 9º.

**Art. 11. São atribuições das obstetrizes além do exercício da enfermagem obstétrica e o estabelecido no artigo 2º dêste regimento:**

***a*) administração dos serviços de enfermagem obstétrica nos estabelecimentos hospitalares, parahospitalares e de saúde pública especializados para assistência ao pré-parto, parto e pós-parto;**

***b*) participação no ensino de enfermagem obstétrica e treinamento de pessoal em serviço;**

*c*) participação nas bancas examinadoras de parteiras práticas e de concurso para seleção e provimento de cargos de obstetrizes e de parteiras.

**Parágrafo único. E' da responsabilidade da obstetriz e da parteira:**

***a*) prestar assistência e enfermagem obstétrica à mulher no ciclo grávido-puerperal, em domicílio ou no hospital;**

***b*) acompanhar o parto e o puerpério normais, limitando-se aos cuidados indispensáveis à parturiente e ao recém-nascido;**

*c*) solicitar a presença do médico, com urgência, em qualquer anormalidade;

*d*) avisar a família a ocorrência de qualquer sintoma anormal, cabendo-lhe, outrossim, a responsabilidade criminal pelos acidentes atribuíveis à imperícia de sua intervenção.

Art. 12. E' permitido às obstetrizes e parteiras:

*a*) em casos urgentes, em que não possa fazer delivramento manual, na ocorrência de hemorragia grave, aplicar injeções de cardiotonico de soro glicosado ou de soluto fisiologico, providenciar a autorização médica para a transfusão sanguinea e a oxigenação materna, em face de sofrimento materno ou fetal, praticar manobras respiratórias e a oxigenoterapia, visando à reanimação do recém-nascido;

*b*) aplicar injeções que provocam a contração do músculo uterino após o delivramento.

Art. 13. São atribuições das parteiras práticas as atividades de enfermagem obstétrica, sempre sob a orientação de médico ou de enfermeira obstétrica excluídas as relacionadas no art. 11.

Art. 14. São deveres de todo o pessoal de enfermagem:

*a*) respeitar fielmente as determinações prescritas pelo medico;

*b*) communicar ao medico as ocorrências do estado do paciente, havidas em sua ausência;

*c*) manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem;



*d*) prestar aos pacientes serviços pessoais que lhes proporcionem higiene e bem-estar, mantendo um ambiente psicológico e físico que contribua para a recuperação da saúde;

*e*) cumprir, no que lhes couber, os regimentos, instruções e ordens de serviço específicos da organização em que servirem.

Art. 15. E' vedado a todo o pessoal de enfermagem:

*a*) instalar consultórios para atender clientes;

*b*) administrar medicamentos sem prescrição médica, salvo nos casos de extrema urgência, reclamada pela necessidade de evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida do paciente, da parturiente, do feto ou recem nascido, ate que chegue o médico, cuja presença deve ser imediatamente reclamada;

*c*) medicar, fornecer ou aplicar substâncias anestésicas;

*d*) ministrar entorpecentes sem prescrição médica;

*e*) realizar qualquer intervenção cirúrgica, salvo a episiotomia, quando exigida.

Art. 16. E' vedado especificamente às obstetrizes, parteiras e parteiras práticas:

*a*) prestar assistência profissional fora do período do ciclo grávido-puerperal;

*b*) recolher, na própria residência, parturientes e gestantes para tratamento;

*c*) ter sob sua responsabilidade gestantes, parturiente ou puérpera internada em casa de saúde ou qualquer outro nosocômio;

*d*) interromper a gestação por qualquer razão, provocando o abôrto;

*e*) praticar a extração digital ou instrumental do ôvo;

*f*) aplicar pessários em útero vazio ou cheio;

*g*) praticar, em qualquer caso, curetagem uterina.

**Art. 17. Ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde cabe fiscalizar em todo o território nacional, diretamente ou por intermédio das repartições sanitárias correspondentes dos Estados e Territórios, tudo quanto se relacionar com o exercício da enfermagem.**

**Art. 18. Para a fiscalização a que se refere o artigo anterior, o Ministro** da Saúde designará servidores enfermeiros e obstetrizes, portadores de diplomas expedidos por escola oficial ou reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura e registrados de acôrdo com a legislação em vigor.

Art. 19. As entidades que empregam enfermeiros, obstetrizes, auxiliares de enfermagem parteiras, enfermeiros práticos e parteiras práticas ficam obrigadas a comunicar, por escrito, ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia todos os dados de identificação de seu pessoal de enfermagem e posteriormente, cada ano, as ocorrências abaixo mencionadas:

*a*) admissão e demissão daquele pessoal;

*b*) mudança de nome conseqüente a matrimônio;

*c*) afastamento da profissão e sua causa;

*d*) realização de cursos de aperfeiçoamento ou especialização.

Parágrafo único. A obrigação a que se refere êste artigo caberá ao próprio quando não estiver exercendo a profissão ou a exercer por conta própria.

Art. 20. O presente decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, em 28 de março de 1961; 140º da Independência e 73º da República.

JÂNIO QUADROS.

*Catlete Pinheiro.*

*Castro Neves.*

---

## DECRETO Nº 50.388 — DE 29 DE MARÇO DE 1961

*Altera a redação do artigo 5º do Regulamento do Instituto Rio-Branco.*

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 87, nº I, da Constituição, decreta:

Art. 1º. A redação do artigo 5º do Regulamento do Insituto Rio-Branco, aprovado pelo Decreto nº 38.735, de 30 de janeiro de 1956, passa a ser a seguinte:

O Exame Vestibular constará das provas de Português, Francês, Inglês, História do Brasil, Geografia, Elementos de Econo-

Consignação 1.6.00 — Encargos Diversos
Subconsignações:

1.6.10 — Serviços de caráter secreto ou reservado:

| | |
|---|---|
| 1) Comissões de Inquérito ..... | 2.000.000,00 |
| | 87.500 000,00 |

Art. 2º O crédito ao qual se refere a presente lei é automàticamente registrado pelo Tribunal de Contas e distribuido ao Tesouro Nacional, dispensadas as exigências do art. 93 do Regulamento do Código de Contabilidade Pública.

Art. 3º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 6 de outubro de 1959; 138º da Independência e 71º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK

*S. Paes de Almeida*

---

LEI N.º 3.640 — DE 10 DE OUTUBRO DE 1959

*Revigora o Decreto-lei n.º 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e lhe altera o alcance do art. 1.º.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º E' revigorado pelo prazo de 5 (cinco) anos, a contar da data da publicação desta lei, o Decreto-lei n.º 8.778, de 22 de janeiro de 1946.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde notificará as instituições hospitalares que se utilizam dos serviços de enfermeiras e parteiras práticas, religiosas ou leigas, para que, dentro dêsse prazo, se submetam elas aos exames de habilitação previstos no citado Decreto-lei.

Art. 2.º Estão dispensados do exame de habilitação previsto no artigo 1.º do Decreto-lei n.º 8.778, de 22 de janeiro de 1946, os enfermeiros práticos e os parteiros com mais de 20 (vinte) anos de efetivo exercício profissional.

Art. 3.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 10 de outubro de 1959; 138.º da Independência e 71.º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK

*Mário Pinotti*

Proj. nº 2.065/56

LEI N.º 3.641 — DE 10 DE OUTUBRO DE 1959

*Dá nova redação aos parágrafos do art. 16 da Lei n.º 1.254, de 4 de dezembro de 1950*

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Passam a ter a seguinte redação os §§ 1.º e 2.º, do artigo 16 da Lei n.º 1.254, de 4 de dezembro de 1950, sendo-lhe acrescentados os §§ 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10 e 11:

"Art 16. .....

§ 1.º O Orçamento da República consignará anualmente aos estabelecimentos referidos neste artigo, aos já subvencionados à data da publicação desta lei, bem como aos que vierem a ser incluídos nessa categoria, as subvenções abaixo especificadas:

Proj. nº 1667/56



| | Cr$ |
|---|---|
| I — Medicina, Engenharia ou Agronomia e Veterinária ..... | 4.000.000,00 |
| II — Arquitetura ou Farmácia e Odontologia ..... | 3.000.000,00 |
| III — Ciências Políticas e Econômicas, Filosofia, Ciências e Letras, Agronomia, Veterinária, Química ou Direito ..... | 2.500.000,00 |
| IV — Farmácia, Odontologia ou Sociologia e Política ..... | 2.000.000,00 |
| V — Serviço Social, Enfermagem, Educação Física, Belas Artes, Higiene e Saúde Pública, Administração Pública e de Emprêsa ou Agrimensura ..... | 1.500.000,00 |
| VI — Música, Canto Orfeônico, Administração Pública ou Administração de Emprêsa ..... | 1.000.000,00 |

§ 2.º Para serem incluídas na categoria de estabelecimentos subvencionados, as Escolas de Ciências Econômicas, Engenharia e Filosofia deverão manter os seguintes cursos, no mínimo:

I — as de Ciências Econômicas, os de ciências econômicas e ciências contábeis e atuariais;

II — as de Engenharia, 2 (dois) de engenheiro (civil, eletricista, industrial ou de minas);

III — as de Filosofia, Ciências e Letras: curso de filosofia, 2 (dois) cursos de seção de ciências, 1 (um) de letras e o curso de didática.

§ 3.º A subvenção fixa destinada à Escola de Filosofia, Ciências e Letras, será acrescida de um aumento de Cr$ 500.000,00 (quinhentos mil cruzeiros), anuais, para cada novo curso que se instale além de 5 (cinco), depois de 2 (dois) anos de regular funcionamento.

§ 4.º As Escolas de Engenharia perceberão mais Cr$ 500.000,00 (quinhentos mil cruzeiros) anuais de subvenção pelos cursos que mantiverem além do limite estabelecido no inciso II do § 2.º dêste artigo.

§ 5.º As Escolas de Medicina e Direito farão jús a mais ..... Cr$ 1 000.000,00, (um milhão de cruzeiros) anuais, se tiverem, também, cursos de pós-graduação ou de doutorado, respectivamente.

§ 6.º O Conselho Nacional de Educação, ao manifestar-se sôbre o pedido de subvenção, nos têrmos da legislação em vigor, fixará as condições a que deve obedecer a escola no seu funcionamento, para a percepção anual da mesma.

§ 7.º O pagamento da subvenção só se efetuará, cada ano, depois de comprovada a aplicação da subvenção anteriormente recebida, podendo ser adiado, conforme o caso, até o pronunciamento do Conselho Nacional de Educação, sôbre o funcionamento regular dos cursos e o preenchimento das condições estabelecidas.

§ 8.º As Universidades poderão ser incluídas, nos têrmos em que forem seus estabelecimentos integrantes, na categoria de instituições subvencionadas pela União, com Cr$ 2.000.000,00 (dois milhões de cruzeiros), anualmente, para encargos gerais.

§ 9.º Os estabelecimentos e, bem assim, as Universidades, com 5 (cinco) anos de regular funcionamento, poderão ser igualmente incluídos na categoria de subvencionados, inclusive faculdades de Engenharia, com metade dos quantitativos fixados nos §§ 1.º, 3.º, 4.º, 5.º e 8.º dêste artigo.

§ 10. Ficam mantidas as subvenções concedidas em leis anteriores, se seus quantitativos forem superiores aos estabelecidos nesta lei.

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD

LEI N.º 3.640 — DE 10 DE OUTUBRO DE 1959

*Revigora o Decreto-lei n.º 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e lhe altera o alcance do art. 1.º.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º E' revigorado pelo prazo de 5 (cinco) anos, a contar da data da publicação desta lei, o Decreto-lei n.º 8.778, de 22 de janeiro de 1946.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde notificará as instituições hospitalares que se utilizam dos serviços de enfermeiras e parteiras práticas, religiosas ou leigas, para que, dentro dêsse prazo, se submetam elas aos exames de habilitação previstos no citado Decreto-lei.

Art. 2.º Estão dispensados do exame de habilitação previsto no artigo 1.º do Decreto-lei n.º 8.778, de 22 de janeiro de 1946, os enfermeiros práticos e os parteiros com mais de 20 (vinte) anos de efetivo exercício profissional.

Art. 3.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, em 10 de outubro de 1959; 138.º da Independência e 71.º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK

*Mário Pinotti*

LEI N.º 773 — DE 29 DE JULHO DE 1949

*Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a adquirir projetores cinematográficos para revenda a estabelecimentos de ensino e dá outras providências.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º E' o Poder Executivo autorizado a adquirir, pelo Ministério da Educação e Saúde, e mediante concorrência pública, projetores cinematográficos de 16 mm. para revenda às escolas de todos os graus de ensino registradas nesse Ministério e nas Secretarias ou departamentos de educação do Distrito Federal e dos Estados, bem como aos asilos e orfanatos registrados no Ministério da Justiça, e a sindicatos e associações de classe registrados no Ministério do Trabalho.

Art. 2.º A revenda e as obrigações dos compradores serão reguladas em instruções.

Art. 3.º Para a execução desta Lei, o orçamento geral da União consignará anualmente ao Ministério da Educação e Saúde o crédito necessário.

Art. 4.º Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 29 de julho de 1949; 128º da Independência e 61.º da República.

EURICO G. DUTRA.
*Clemente Mariani*
*Guilherme da Silveira*

proj. 438/47

LEI N.º 774 — DE 30 DE JULHO DE 1949

*Autoriza a abertura, pelo Ministério da Educação e Saúde, de créditos especiais para pagamento das despesas que especifica.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º E' o Poder Executivo autorizado a abrir, pelo Ministério da Educação e Saúde, o crédito especial de um milhão, cento e quatorze mil, trezentos e cinqüenta e dois cruzeiros e cinqüenta centavos (Cr$ 1.114.352,50), para ocorrer à despesa com a conclusão dos Hospitais Regionais de Pirapora, Januária, Lapa, Barra, Santa Maria da Vitória, Petrolina, Pão de Açúcar, Propriá e Hospital Eurico Dutra, da Fundação Antônio Geraldo, e de Barreiras.

Art. 2.º E', ainda o Poder Executivo autorizado a abrir, pelo Ministério da Educação e Saúde, o crédito especial de duzentos e setenta e quatro mil e quinhentos e vinte e nove cruzeiros (Cr$ 274.529,00) para ocorrer ao pagamento de gratificação de magistério, nos têrmos do Decreto-lei n. 2.895, de 21 dezembro de 1940, modificado pelo n.º 8.315, de 7 de dezembro de 1945, observada a seguinte discriminação:

| | |
|---|---|
| I—a Mário Bernd, Professor Catedrático (F. M. Pôrto Alegre, padrão M, do Quadro Permanente, relativamente ao período de 4 de julho de 1942 a 31 de dezembro de 1947.. | 34.761,30 |
| II—a Mário Paulo de Brito, Professor Catedrático (E.N.E.—U.B.), padrão M, do Quadro Permanente, relativamente ao período de 17 de agôsto a 31 de dezembro de 1945 .. | 1.793,50 |
| III—a Alvaro Julio de Barros Figueiredo, Professor Catedrático (E. N. M. — U. B.), padrão M, do Quadro Permanente relativamente ao período de 1 de janeiro de 941 a 31 de dezembro de 947 . | 56.927,40 |
| IV — a Ermiro Estevão de Lima, professor Catedrático (F. N. O. — U B.), padrão M, do Quadro Permanente, relativamente ao período de 1 de janeiro de 1941, a 31 de dezembro de 1947 .. .. .. .. .. .. .. | 43 125,00 |
| V—a Alvaro de Melo Dória Professor Catedrático (F N. O.—U.B.) padrão M, do Quadro Permanente, relativamente ao período de 29 de maio de 1942 a 31 de dezembro de 1947 | 35.238,70 |
| VI—A Carlos Rodrigues de Morais, Professor Catedrático, (F. M. Bahia — U. Bahia), padrão M, do Quadro Permanente relativamente ao período de 1 de janeiro de 1941 a 31 de dezembro de 1947 .. | 42 000,00 |
| VII — a Adriano de Azevedo Pondé, Professor Catedrático (F. M. Bahia — U. Bahia), padrão M. do Quadro Permanente, relativamente ao período de 1 de janeiro de 1941 a 31 de dezembro de 1947 ... | 45.625,00 |
| VIII — a Geraldo Maria de Magela Cavalcanti de Albuquerque, Professor (F. N. S. M.), padrão K, do Quadro Permanente relativamente ao período de 29 de dezembro de 1946 a 31 de dezembro de 1947 | 1.258,10 |
| IX—a Elsior Joelviro Coutinho. Professor Catedrático (F. M. Bahia — U Bahia), padrão M, do Quadro Permanente, relativamente ao período de 19 de junho a 31 de dezembro de 1947 .. .. .. .. | 4 800,00 |
| TOTAL.. .. .. .. .. .. .. | 274.529,00 |

Art. 3.º — E' também o Poder Executivo autorizado a abrir, pelo Ministério da Educação e Saúde, o crédito especial de sete milhões de cruzeiros (Cr$ 7.000.000,00), para atender à despesa com o prosseguimento do programa de desenvolvimento do ensino industrial, em cooperação com o Instituto de Negócios Interamericanos, na forma prevista na cláusula XXII do contrato aprovado pelo Decreto-lei n. 9.724, de 3 de setembro de 1946.

Parágrafo único — O têrmo de renovação do contrato a que se refere êste artigo será publicado no "Diário Oficial" e submetido a registro do Tribunal de Contas, dentro do prazo de vinte (20) dias, a contar da data da abertura do crédito de que trata êste artigo.

Art. 4.º Esta Lei entrará em vigôr na data da sua publicação.

Art. 5.º Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 30 de julho de 1949; 128.º da Independência e 61.º da República.

EURICO G DUTRA
*Clemente Mariani*
*Guilherme da Silveira*

proj. 1376/48



LEI N.º 775 — DE 6 DE AGÔSTO DE 1949

*Dispõe sôbre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências.*

O Presidente da Repúbli .

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1.º O ensino de enfermagem compreende dois cursos ordinários:

a) curso de enfermagem;
b) curso de auxiliar de enfermagem.

Art. 2.º O curso de enfermagem terá a duração de trinta e seis meses, compreendidos os estágios práticos, de acôrdo com o Regulamento que fôr expedido.

Art. 3.º O curso de auxiliar de enfemagem será de dezoito meses.

Art. 4.º Para a matrícula em qualquer dos cursos apresentará o candidato:

a) certidão de registro civil, que prove a idade mínima de dezesseis anos e a máxima de trinta e oito;
b) atestados de sanidade física e mental e de vacinação;
c) atestado de idoneidade moral.

Art. 5.º Para a matrícula no curso de enfermagem é exigido, além dos documentos relacionados no artigo 4.º, o certificado de conclusão do curso secundário.

Parágrafo único. Durante o prazo de sete anos, a partir da publicação da presente Lei, será permitida a matrícula a quem apresentar, além dos documentos relacionados no artigo 4.º, qualquer das seguintes provas:

a) certificado de conclusão de curso ginasial;
b) certificado do curso comercial;
c) diploma ou certificado de curso normal.

Art. 6.º Para a matrícula no curso de auxiliar de enfermagem exigir-se-á uma das seguintes provas:

a) certificado de conclusão do curso primário, oficial ou reconhecido;
b) certificado de aprovação no exame de admissão ao primeiro ano ginasial, em curso oficial ou reconhecido;
c) certificado de aprovação no exame de admissão.

Parágrafo único. O exame de admissão, que será prestado perante a própria escola, constará de provas sôbre nações de português, aritmética, geografia e história do Brasil.

Art. 7.º Verificado excesso de candidatos sôbre o limite de matrículas iniciais no curso de enfermagem, serão todos submetidos a concurso de seleção, elaborado pelo órgão competente do Ministério da Educação e Saúde.

Art. 8.º O Regulamento disporá sôbre o currículo de cada curso, o regime escolar, as condições de promomoção e as de graduação e funcionamento dos cursos de post-graduação, inclusive a enfermagem de saúde pública e as instruções para autorização de funcionamento dos referidos cursos.

Art. 9.º O Regulamento de que trata a presente Lei deverá ser expedido pelo poder competente, dentro do prazo improrrogável de noventa dias, a contar da publicação desta Lei.

Art. 10. — Para que um curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem se organize e entre a funcionar, é indispensável autorização prévia do Govêrno Federal, a qual se processará nos têrmos do Regulamento a que se refere o artigo desta Lei.

Parágrafo único. — A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Saude promoverá as verificações que, reunidas em relatório, serão submetidas, com parecer, ao Ministério da Educação e Saúde, o qual expedirá portaria de autorização para funcionamento, válida pelo período de dois anos.

Art. 11. — Decorrido o primeiro ano letivo, o estabelecimento será obrigado a requerer, dentro de sessenta dias, o reconhecimento do curso, sob pena de ser cassada a autorização.

Art. 12. — Quando o aconselharem razões de natureza didática ou de interêsse público, o Conselho Nacional de Educação poderá propôr a prorrogação da autorização por um ano letivo. Cabe-lhe, ainda, decidir na forma da lei sôbre a transferência de alunos regularmente matriculados, quando negado o reconhecimento do curso.

Art. 13. — Ao aluno que houver concluído o curso de enfermagem será expedido diploma; ao que houver concluído o curso de auxiliar de enfermagem, será expedido certificado.

Art. 14. — A concessão de reconhecimento de curso far-se-á mediante decreto do Presidente da República, sendo indispensável prévio parecer favorável do Conselho Nacional de Educação.

Art. 15. — Os cursos de enfermagem atualmente equiparados passam à categoria de cursos reconhecidos.

Art. 16. — Os alunos e ex-alunos diplomados pelas escolas oficiais de enfermagem, uma vez organizado o curso de enfermagem, poderão receber o diploma a que se refere o artigo 13 desde que sejam aprovados em tôdas as materias do currículo de trinta e seis meses, de acôrdo com o artigo 2º.

§ 1.º — As escolas oficiais de enfermagem já existentes são autorizadas a manter cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, de acôrdo com a presente Lei.

§ 2.º — O Poder Exceutivo expedirá novo regulamento para essas escolas.

Art. 17. — Os estabelecimentos que matém cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, autorizados ou reconhecidos, serão fiscalizados de acôrdo com as instruções aprovadas pelo Ministério da Educação e Saúde.

§ 1.º — Essa fiscalização será executada sem ônus algum para as escolas.

§ 2.º — Até que seja criado o órgão próprio para cuidar dos assuntos referentes ao ensino de enfermagem, a fiscalização será feita por inspetores itinerantes diplomados em enfermagem e subordinados à Diretoria do Ensino do Ministério da Educação e Saúde.

Art. 18. Uma vez instalado o órgão próprio no Ministério da Educação e Saúde, será realizada, de acôrdo com as instruções que forem baixadas, prova de habilitação para o exercício da função de inspetor, de que trata a presente Lei, exigida do candidato a apresentação do diploma de enfermagem por escola oficial ou reconhecida.

Art. 19. As atuais escolas de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem, ainda não autorizadas ou reconhecidas, existentes no País, ao ser publicada esta Lei, deverão requerer, dentro dos sessenta dias imediatos a essa publicação, a respectiva autorização do Poder Executivo.

Parágrafo único. Será concedido o reconhecimento imediato, se a autoridade encarregada da inspeção comprovar que a escola satisfaz às exigências da presente Lei.

Art. 20. Em cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina, deverá haver escola de enfermagem, com os dois cursos de que trata o art. 1.º

Art. 21. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorridos sete anos, após a publicação desta Lei, não poderão contratar, para a direção dos seus serviços de enfermagem, senão enfermeiros diplomados.

Art. 22. Aos atuais cursos de enfermagem obstétrica será facultada a adaptação às exigências da presente Lei, de modo que se convertam em cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, destinados à formação de enfermeiras e de auxiliares de enfermeiras especializadas para a assistência obstétrica.

Art. 23. O Poder Executivo subvencionará tôdas as escolas de enfermagem que vierem a ser fundadas no País e diligenciará no sentido de ampliar o amparo financeiro concedido às escolas já existentes.

Art. 24 A presente Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário

Rio de Janeiro, 6 de agôsto de 1949; 128.º da Independência e 61.º da República.

EURICO G. DUTRA
*Clemente Mariani*

proj. 92/48

LEI N.º 776 — DE 8 DE AGÔSTO DE 1949

*Assegura vantagens aos militares da FEB., mutilados em conseqüência de ferimento recebido ou moléstia adquirida nas zonas de combate da campanha da Itália.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Aos militares, convocados ou não, integrantes da Fôrça Expedicionária Brasileira, que operou na Itália em 1944-1945, incapacitados na forma por que define o artigo 2.º do Decreto-lei n.º 8.795, de 23 de janeiro de 1946, caberão sempre as vantagens estatuídas no parágrafo único do mesmo dispositivo legal, desde que, em conseqüência de ferimento recebido ou de moléstia adquirida, tenham sofrido amputação de perna ou de braço.

Art. 2.º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação; revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 8 de agôsto de 1949; 128.º da Independência e 61.º da República.

proj. 1416/48

EURICO G. DUTRA.
*Sylvio de Noronha.*
*Canrobert P. da Costa.*
*Armando Trompowsky.*

LEI N.º 777 — DE 8 DE AGÔSTO DE 1949

*Concede isenção de direitos de importação para material adquirido pelo Govêrno do Estado de São Paulo para a Estrada de Ferro Sorocabana.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º E' concedida isenção dos impostos de importação e consumo e das taxas aduaneiras para 440 (quatrocentos e quarenta) peças, 250 (duzentos e cinqüenta) aros de aço destinados a carros e vagões, e 90 (noventa) aros de aço para locomotivas, vindos dos Estados Unidos da América do Norte pelo vapor "Crawford W. Long", em agôsto de 1946 e com destino à Estrada de Ferro Sorocabana, de propriedade e administração do Estado de São Paulo

Art. 2.º A presente Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 8 de agôsto de 1949; 128.º da Independência e 61.º da República.

proj. 920/47

EURICO G. DUTRA.
*Guilherme da Silveira.*

LEI N.º 778 — DE 8 DE AGÔSTO DE 1949

*Autoriza a abertura, pelo Ministério da Fazenda, do crédito especial de* Cr$ 2.444.000,00, *para o fim que especifica.*

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

COORDENAÇÃO DE COMISSÕES PERMANENTES - CD
5

CÂMARA DOS DEPUTADOS

# DECRETO-LEI N.º 8.778 — DE 22 DE JANEIRO DE 1946

*Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas.*

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 180 da Constituição, decreta:

Art. 1.º Os enfermeiros práticos e as parteiras que tenham mais de dois anos de efetivo exercício de enfermagem em estabelecimento hospitalar, poderão submeter-se aos exames de habilitação que lhes facultem o certificado de "prático de enfermagem" e de "parteira prática", respectivamente.

Parágrafo único. O tirocínio prático a que se refere êste artigo será atestado pelos diretores do hospital ou maternidade onde haja o candidato exercido a sua atividade profissional.

Art. 2.º Os exames de habilitação de que trata o artigo anterior serão realizados nas Escolas de Enfermagem oficiais ou reconhecidas e, nos Estados onde não as houver, no hospital regional, perante uma comissão designada pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde.

Art. 3.º Haverá anualmente duas épocas de exames: junho e dezembro.

§ 1.º Os candidatos a êsses exames apresentarão o requerimento de inscrição devidamente instruído até 15 de maio e 15 de novembro, ao Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, no Distrito Federal, ou ao Chefe de serviço congênere do Departamento de Saúde do Estado em que forem submeter-se aos exames de habilitação.

§ 2.º Os Chefes de Serviço de Fiscalização da Medicina organizarão as listas dos candidatos em condições de se submeterem aos referidos exames, remetendo-as, com os respectivos processos, ao Presidente da comissão examinadora.

Art. 4.º Para ser admitido à inscrição, deverá o candidato instruir a sua petição com os seguintes documentos:

a) carteira de identidade;

b) prova de ter mais de 18 anos de idade;

c) atestado de sanidade e de vacinação antivariólica;

d) prova de idoneidade moral e de boa conduta social;

e) certificado de exercício de enfermagem, por mais de dois anos, em serviço hospitalar.

Art. 5.º Os exames constarão de duas provas, uma escrita e outra prático-oral, sôbre questões redigidas pela comissão examinadora, de conformidade com o programa que o Departamento Nacional de Saúde organizará oportunamente, e que serão formuladas e sorteadas na ocasião.

Art. 6.º Na prova escrita o candidato responderá a questões referentes a: *a*) enfermagem prática; *b*) noções de higiene individual; *c*) noções de anatomia e de fisiologia humanas; *d*) doenças contagiosas; *e*) obstetrícia, e *f*) artigos da legislação sanitária que deve conhecer.

Art. 7.º A prova prático-oral versará sôbre: *a*) noções de anatomia e de fisiologia humanas; *b*) primeiros socorros; *c*) higiene individual, e *d*) obstetrícia para as candidatas ao certificado de "parteira prática".

Parágrafo único. O examinando será obrigado a um estágio de cinco dias, no mínimo, em enfermaria indicada pela comissão julgadora, onde demonstrará sob a imediata inspeção e orientação dos examinadores, os seus conhecimentos práticos de enfermagem.

Art. 8.º A comissão examinadora será composta de três professores da Escola de Enfermagem oficial ou reconhecida, servindo um dêles de secretário.

§ 1.º No Distrito Federal a comissão de que trata êste artigo será constituída de três professôres da Escola Ana Neri, servindo um dêles de secretário, designados pelo Reitor da Universidade do Brasil e escolhidos de uma relação de seis professores, organizada para tal fim pela Diretoria da referida Escola.

§ 2.º Nos Estados onde houver Escolas reconhecidas, os professores serão designados pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde.

§ 3.º Nos Estados onde não houver Escolas reconhecidas, a comissão examinadora será constituída de médicos e enfermeiras diplomadas, designadas pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde.

Art. 9.º O julgamento dos exames de habilitação será feito mediante notas atribuídas pelos examinadores, entre zero e e cem, a cada uma das provas.

Parágrafo único. Será considerado habilitado o candidato que alcançar em cada uma das provas, no mínimo, média final 50, feita a divisão do total dos pontos obtidos em cada uma delas pelo número de examinadores (3).

Art. 10. O candidato inabilitado não poderá inscrever-se em novo exame antes de decorrido um ano da data do antecedente.

Art. 11. Terminadas as provas e processado o respectivo julgamento, o secretário redigirá, em livro apropriado, a fim de que o subscrevam os membros da comissão examinadora, o têrmo dos exames, do qual deverão constar as notas atribuídas e a média final.

Art. 12. O Presidente da comissão examinadora remeterá ao Diretor do Serviço de Fiscalização da Medicina do respectivo Departamento de Saúde a relação dos candidatos aprovados, para o devido registro como "prático de enfermagem" ou "parteira prática" e mediante requerimento, ulterior concessão do respectivo certificado.

Art. 13. O certificado de "parteira prática" ou de "prático de enfermagem" concede ao seu portador o direito de servir como atendente de doentes em hospitais, maternidades, enfermarias e ambulatórios, no Estado em que fôr expedido.

Parágrafo único. O "prático de enfermagem" ou a "parteira prática", pretendendo exercer a profissão em outro Estado deverá submeter-se a novo exame de habilitação, satisfeitas as exigências do art. 4.º dêste Decreto-lei, substituído o certificado de que trata a alínea *e*) pelo expedido após habilitação no exame anteriormente feito.

Art. 14. O presente Decreto-lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 22 de janeiro de 1946, 125.º da Independência e 58.º da República.

# ANEXO IV

Notificação do COREN-SP endereçada à Angela Gehrke da Silva e Erika Alfrs da ACOMA

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO**

AUTARQUIA FEDERAL - LEI N ° 5.905/73

SEDE: Rua Dona Veridiana, n ° 298 - Higienópolis - são Paulo - SP

CEP: 01238-010 - Tel: (011)221-2155 - Fax: (011)221-0663

**UNIDADE DE FISCALIZAÇÃO**

**NOTIFICAÇÃO Nº 1692**

**I - IDENTIFICAÇÃO:**

RAZÃO SOCIAL: Sra Angela Gehrke da Silva e Sra Erika Alfez.

NOME FANTASIA:

CLASSIFICAÇÃO DA EMPRESA:

NATUREZA DA EMPRESA:

CGC: Nº REGISTRO NO COREN-SP:

END.: Rua Sebastião Azevedo nº 139

BAIRRO: V. das Belezas - Campo Limpo CIDADE: S.Paulo UF: SP.

CEP: TEL: 5511 6559 FAX: 524 2826 (Associação)

Nº TOTAL DE LEITOS: Nº DE LEITOS OCUPADOS:

DIRETOR ADMINISTRATIVO:

MÉDICO RESP. TÉCNICO: CRM:

ENFERM. RESP. TÉCNICO: COREN-SP:

Nº CRT: HORÁRIO DE FUNCION. DA INSTITUIÇÃO:

PESSOAL DE ENFERMAGEM: QI: QII: QIII: ATENDENTES/ASSEMELHADOS:

**II- DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM:**

EXISTE DEFINIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM? SIM ( ) NÃO ( )

EXISTE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL POR TURNO? MANHÃ: SIM ( ) NÃO ( ); TARDE: SIM ( ) NÃO ( ); NOITE: SIM ( ) NÃO ( )

HORÁRIO DE TRABALHO DO ENF. RESP. TÉCNICO: JORNADA SEMANAL:

**III - ANOTAÇÕES:**

Em relação a matéria publicada na Revista Isto é edição de 4 de fevereiro de 1998 na qual consta a reportagem "nascer sem medo" realizada pelos jornalistas Chantal Brissac e Milton Abrucio Jr., temos as seguintes informações: que na Europa a profissão de parteira é regulamentada que as parteiras acima realizaram aproximadamente 1.700 partos sendo 20% deles cesarianas.

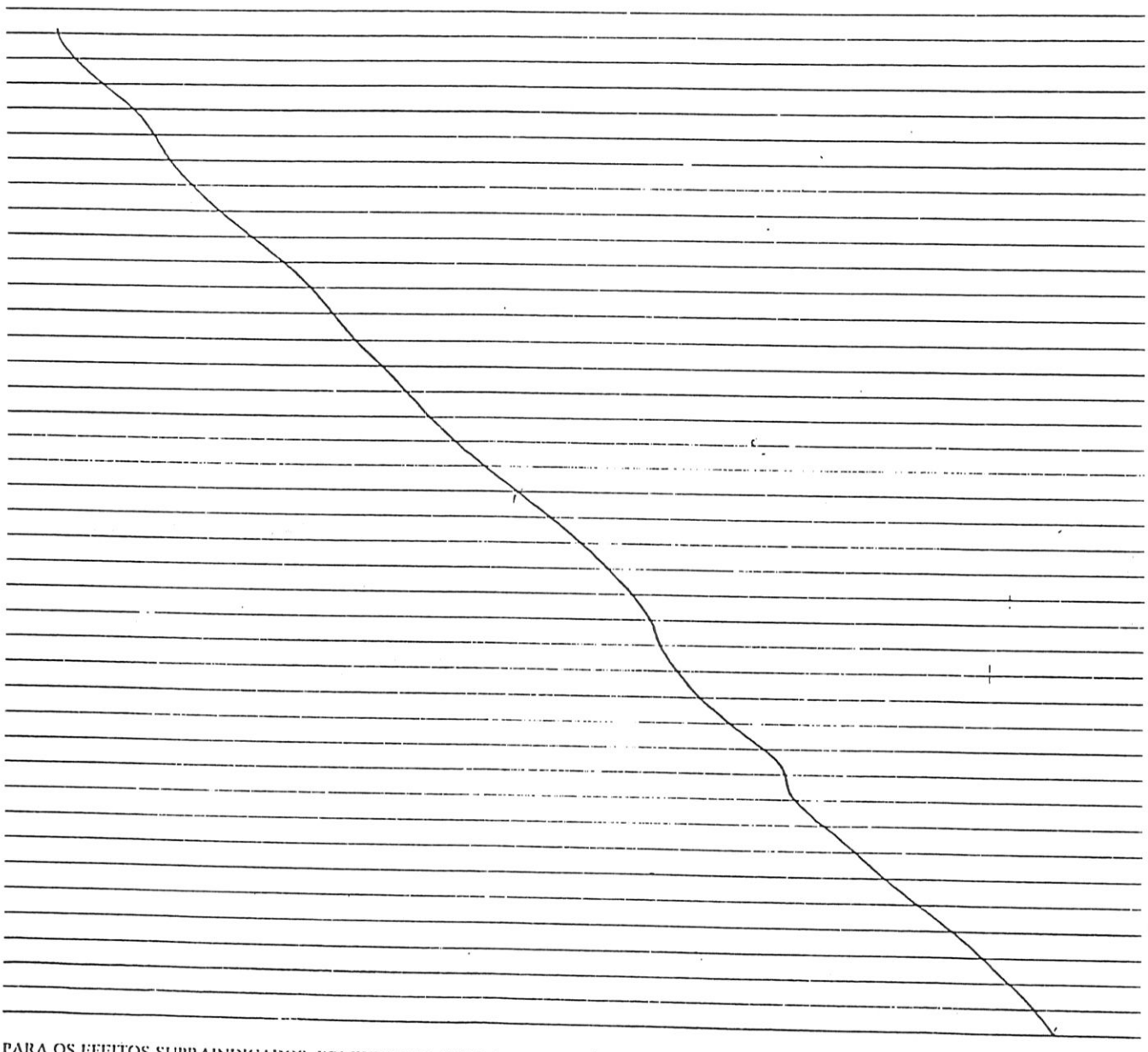
Declararam também que as parteiras realizam o exame pré-natal no ambulatório equipado com aparelho de ultra sonografia.

Mediante o exposto e de acordo com a Lei nº 7498/86 e decreto lei 94406 do exercício profissional e por entendermos que são realizados procedimentos obstétricos convocamos a Sra Angela e Erika à comparecerem dia 30/3/98 às 15:00 horas no COREN-SP. a Rua D. Veridiana, 298 - Higienópolis munidas de todos os documentos.

[signatures: Angela, Midori]

NOTIFICAÇÃO Nº 1692

continuação



PARA OS EFEITOS SUPRAINDICADOS, FOI EXPEDIDA ESTA NOTIFICAÇÃO, DA QUAL A 1ª (PRIMEIRA) VIA FICARÁ EM PODER DE V.Sa. E A 2ª (SEGUNDA) VIA, SERÁ COM A ASSINATURA, COMPROVANDO O RECEBIMENTO DA 1ª (PRIMEIRA), DEVOLVIDA AO FISCAL DO COREN PARA AS PROVIDÊNCIAS SUBSEQUENTES.

**O DESATENDIMENTO IMPLICARÁ EM PROVIDÊNCIAS DESTE COREN, PREVISTOS NO ART. 10 º INCISO XXIX DA LEI 6.437 DE 20/08/77, DO DECRETO 77052/76, ART. 29 º DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO E PARÁGRAFO 2º E 3º DO ART. 8º DA RESOLUÇÃO COFEN - 158/93.**

OBS.: EM CASO DE AUSÊNCIA DO ENF.º RESP. TÉCNICO, O ASSINANTE SE RESPONSABILIZARÁ PELA ENTREGA DA NOTIFICAÇÃO.

Sorocaba, 18-03-1998

LOCAL DATA

Seiko Amino

ASSINATURA DO FISCAL

SEIKO AMINO
COREN-SP 21002

RECEBI A 1ª VIA DA PRESENTE NOTIFICAÇÃO:

Angela Gehrke da Silva Angela RNE V053546-X

NOTIFICAÇÃO RECEBIDA PELO(A) Sr.(a) CIENTE REG

# ANEXO V

Declaração de Nascidos Vivos (Ficha SIN ASC)

# DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Nº 8537213

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
1ª VIA - ORGÃO DE PROCESSAMENTO

1

## CARTÓRIO

CARTÓRIO DE
2 Nº DO REGISTRO:
DATA DO REGISTRO: / /
3 MUNICÍPIO
4 UF

## LOCAL DA OCORRÊNCIA

5
- 1 - HOSPITAL
- 2 - OUTRO ESTABEL. DE SAÚDE
- 3 - DOMICÍLIO
- 4 - OUTRO

6 ENDEREÇO
7 MUNICÍPIO
8 UF

SE OCORRIDO EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE > NOME DO ESTABELECIMENTO
9 CÓDIGO

## RECÉM-NASCIDO

10 NASCIMENTO

| DATA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DIA | MÊS | ANO | HORA | MINUTOS |
| | | | | |

11 SEXO
- 1 - MASCULINO
- 2 - FEMININO

12 PESO AO NASCER
g

13 ÍNDICE DE APGAR
1º MINUTO
5º MINUTO

## GESTAÇÃO E PARTO

14 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)
- 1 - 0 - 21
- 2 - 22 - 27
- 3 - 28 - 36
- 4 - 37 - 41
- 5 - 42 E +
- 9 - IGNORADO

15 TIPO DE GRAVIDEZ
- 1 - UNICA
- 2 - DUPLA (Gêmeos)
- 3 - TRÍPLICE (Trigêmeos)
- 4 - MAIS DE 3
- 9 - IGNORADO

16 TIPO DE PARTO
- 1 - NORMAL
- 2 - CESARIANO
- 3 - FORCEPS
- 4 - OUTRO
- 9 - IGNORADO

17 Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
- 1 - NENHUMA
- 2 - ATÉ 6
- 3 - MAIS DE 6
- 9 - IGNORADO

## MÃE

18 NOME
19 IDADE

20 GRAU DE INSTRUÇÃO
- 1 - NENHUMA
- 2 - 1º GRAU INCOMPLETO
- 3 - 1º GRAU COMPLETO
- 4 - 2º GRAU
- 5 - SUPERIOR
- 9 - IGNORADO

21 FILHOS TIDOS
(Indicar quantos e não incluir a presente gestação)
- NASCIDOS VIVOS
- NASCIDOS MORTOS
- ABORTOS

RESIDÊNCIA HABITUAL
22 ENDEREÇO
23 BAIRRO
24 MUNICÍPIO
25 UF

## PAI

26 NOME

## RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

27 NOME
28 FUNÇÃO

Para registrar esta criança (obrigatório por lei), o pai ou responsável deverá levar este documento ao Cartório de Registro Civil.

**Atenção:** ▷ Este documento não substitui a Certidão de Nascimento.

# ANEXO VI

## Termo de Compromisso Ético da Pesquisa

## ANEXO VI: TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO DA PESQUISA

A participação de mulheres usuárias dos serviços de saúde reprodutiva da Associação Comunitária Monte Azul e profissionais de saúde que tiveram contato direto ou indireto com as usuárias desse serviço na pesquisa será voluntária. Todos serão convidados a responder a entrevistas informais, semi-estruturadas e abertas, observando-se um roteiro temático, para pesquisa em profundidade contendo questões pessoais, opinativas e profissionais, conforme o caso. As entrevistas dirigidas às mulheres versará sobre suas histórias de vida, enfocando suas experiências em relação à gravidez, parto e pós-parto, dando particular ênfase ao processo de parturição em que foram atendidas pelos serviços de assistência à saúde reprodutiva da ACOMA. As entrevistas dirigidas aos profissionais de saúde que tiveram contato direto ou indireto com a clientela dos serviços de assistência à saúde reprodutiva da ACOMA serão convidados a responder questões profissionais e opinativas acerca do processo reprodutivo, do papel nele desempenhado pelo especialista e de suas expectativas e impressões acerca dos serviço de atendimento ao parto da ACOMA.

Será assegurado à todos os entrevistados a liberdade de não aceitar participar da pesquisa. Às mulheres será ressaltado que isso não implicará qualquer prejuízo para o seu atendimento no serviço. Todos os entrevistados serão informados, também, que lhes será garantido o sigilo das informações e que suas falas gravadas serão identificadas por números e por nomes fictícios. Todas as pessoas que aceitarem participar da pesquisa poderão, a seu critério, assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. A opção reside no fato de que pela tradição dos estudos antropológicos, a questão do anonimato é um direito, ficando, nesse caso, a entrevista sob a responsabilidade única da entrevistadora.

# ANEXO VII

## Consentimento Livre e Esclarecido

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA DA ACOMA

Fomos informados a respeito da presente pesquisa intitulada "Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Uma Abordagem Antropológica" que está sendo realizada por uma aluna de pós-graduação da faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com mulheres usuárias dos serviços de saúde reprodutiva da Associação Comunitária Monte Azul - ACOMA.

Fomos convidadas a participar do estudo. Tivemos a explicação de que nossa participação consistirá em responder a entrevistas informais, semi-estruturadas e abertas seguindo um roteiro temático dando informações pessoais e também nossa opinião sobre assuntos relacionadas a nossas histórias de vida, particularmente aqueles envolvendo nossas experiências em relação à gravidez, parto e p período após o parto. Foi também informado que algumas de nossas entrevistas serão gravadas e identificadas apenas por número e que nosso nome verdadeiro nunca será apresentado quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Fomos informadas que podemos não aceitar participar da pesquisa e que isto não interferirá no nosso atendimento no serviço de saúde da ACOMA.

Esse termo de consentimento foi lido para nós e decidimos participar da pesquisa de forma livre e esclarecida. Também que poderemos assinar, ou não, esse termo de consentimento com a garantia de que nosso nome será preservado.

Data_____/_____/_____

Assinatura da entrevistada_____

Assinatura da entrevistadora_____

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Fomos informados a respeito da presente pesquisa intitulada "Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Uma Abordagem Antropológica" que está sendo realizada por uma aluna de pós-graduação da faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com mulheres usuárias dos serviços de saúde reprodutiva da Associação Comunitária Monte Azul - ACOMA.

Fomos convidadas a participar do estudo. Tivemos a explicação de que nossa participação consistirá em responder a entrevistas informais, semi-estruturadas e abertas seguindo um roteiro temático dando informações profissionais e também nossa opinião sobre assuntos relacionadas ao processo reprodutivo, do papel que nele desempenhamos enquanto profissionais de saúde e de nossas expectativas e impressões acerca dos serviços de atendimento à saúde reprodutiva da ACOMA. Foi também informado que algumas de nossas entrevistas serão gravadas e identificadas apenas por número e que nosso nome verdadeiro nunca será apresentado quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Fomos informados(as) que podemos não aceitar participar da pesquisa.

Esse termo de consentimento foi lido para nós e decidimos participar da pesquisa de forma livre e esclarecida. Também que poderemos assinar, ou não, esse termo de consentimento com a garantia de que nosso nome será preservado.

Data_____/_____/_____

Assinatura do(a) entrevistado(a)_____

Assinatura da entrevistadora_____