

O TRABALHO DE ENFERMEIRAS(OS) OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA A NASCIMENTOS E PARTOS: PROFISSIONALIZAÇÃO E TENSÕES IDENTITÁRIAS

*THE OBSTETRIC NURSES' WORK IN PRENATAL AND BIRTH CARE:
PROFESSIONALIZATION AND IDENTITARY TENSIONS*

Jordão Horta Nunes¹
Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva²

RESUMO

O objetivo aqui é analisar a construção da identidade social e laboral de enfermeiras/os obstetras no contexto de sua profissionalização. Os serviços hospitalares de assistência à gestante, ao parto e ao nascimento envolvem principalmente médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiras(os) obstetras. A profissionalização de enfermeiras obstetras tem sido pouco investigada na sociologia do trabalho ou em áreas correlatas. Parte-se de uma breve contextualização histórica do desenvolvimento da enfermagem e da enfermagem obstétrica no Brasil e especificamente no estado de Goiás. Recorre-se a entrevistas de profundidade, além de levantamentos em bases de dados governamentais, para identificar elementos e vocabulários relacionados à identidade profissional da categoria, a seus desafios e embates cotidianos. Dentre os resultados, revela-se uma tensão entre a filosofia do parto humanizado e o tecnicismo da saúde com reflexo na construção identitária dos/as profissionais envolvidos/as, além de conflitos identitários entre os que compõem a “equipe multidisciplinar”: técnicas/os, enfermeiras/os obstetras, médicos, doulas, além de outros profissionais.

Palavras-chave: trabalho; enfermagem obstétrica; identidade profissional.

ABSTRACT

The aim here is to analyze the construction of social and labor identities of obstetric nurses in the context of professionalization. Hospital services for prenatal and birth care mainly involve doctors, nursing technicians and obstetric nurses. The professionalization of obstetric nurses, providing autonomy to normal childbirth assistance, has been poorly investigated in the sociology of work or related areas. The departure point is a brief historical overview of nursing and obstetric nursing development in Brazil and specifically in the state of Goiás. The investigation employed in-depth semi-structured interviews and secondary analysis from government survey data, to identify elements and vocabularies related to professional identity, and everyday challenges and struggles related to labor activities. Among the results, appears a tension between the philosophy of humanizing birth care and the technicality of health that influences the workers' identity construction, and bring up identity conflicts in the “multidisciplinary team” members: nursing techs, obstetrics nurses, doctors, midwives and other professionals.

Keywords: work; obstetric nursing; professional identity.

1. INTRODUÇÃO

¹ Doutor em Sociologia (USP), professor na Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás. Email: Jordão_fcs@ufg.br

² Cientista social, Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente no Centro Universitário UniEvangélica, Campus Ceres -GO. E-mail: mariagomide@hotmail.com

O ponto central neste artigo é a compreensão sociológica da identidade profissional de enfermeiras/os obstetras atuantes no mercado de trabalho brasileiro, em especial na cidade de Goiânia. Pretende-se analisar a ocupação destacada de forma relacional, pois a/o enfermeira/o obstetra integra uma equipe de assistência à saúde e interage cotidianamente com outros profissionais do grupo de trabalho. Também interage com usuárias de maternidades públicas e privadas e com clientes de serviços privativos de assistência e cuidado. Mais que isso, enfermeiras/os obstetras estão em constante contato com os campos político e econômico, seja de modo indireto, mediante políticas e programas governamentais, ou de forma direta, a partir da política local de administração das instituições. Por fim, a categoria relaciona-se com valores socioculturais e simbólicos que integram modelos ou paradigmas referentes ao local, à forma e ao tipo de assistência à gestação, a parto e nascimento.

No Brasil, a categoria das/os enfermeiras/os, em especial das/os enfermeiras/os obstetras, passa por inúmeros desafios profissionais de naturezas diversas e a autonomia no ambiente de trabalho, especificamente em relação à equipe médica, apresenta-se como um dos principais. O ponto de partida deste artigo é uma breve contextualização histórica da atividade de assistência a parto e nascimento e ao processo de sua profissionalização. A seguir, recorre-se a levantamentos em bases de dados governamentais, como a RAIS, para identificar o perfil sociodemográfico de trabalhadores na assistência a nascimento e parto no Brasil e em Goiás. A análise de estratégias discursivas relacionadas à identidade profissional de enfermeiras/os obstetras e seus desafios cotidianos compõe a terceira parte do artigo, cujo suporte empírico provém de entrevistas de profundidade realizadas com profissionais ligadas/os à assistência obstétrica na cidade de Goiânia-GO³. A exposição nessa parte é organizada a partir dos seguintes aspectos: políticas e filosofias de trabalho relacionadas a modelos de cuidados neo e pré-natais; relações de trabalho.

2. CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO E LEGAL

O cuidado obstétrico ao longo da história foi realizado por diversas ocupações como as parteiras, os cirurgiões parteiros, as/os médicos obstetras, as/os enfermeiras obstetras (CARNEIRO, 2003). Inicialmente, a atividade de parturição fazia parte do cotidiano das comunidades, e o diploma não era critério de valorização e reconhecimento. Antes de tornar-se um “evento médico-hospitalar”, a assistência a parto e nascimento constituía uma atividade feminina domiciliar, praticada por mulheres da família ou da vizinhança próxima com experiência pessoal em gestações e partos. Com o desenvolvimento das escolas corporativas e o consequente monopólio médico dos assuntos relacionados à saúde, as parteiras práticas

³ Maria Gomide, coautora neste artigo, realizou, sob a orientação de Jordão H. Nunes, um projeto de pesquisa sobre o trabalho de técnicas de enfermagem, desenvolvendo um estudo de caso em maternidade pública da cidade de Goiânia, GO. Em seu mestrado, concluído em 2015, Maria Gomide mantém a abordagem qualitativa, mas amplia o enfoque em direção às relações entre profissionais ligados a Obstetrícia (técnicos de enfermagem, enfermeiros obstetras e médicos obstetras), com especial atenção à identidade laboral de enfermeiras/os obstetras por tratar-se de uma ocupação estratégica nas políticas de humanização do parto e nascimento no Brasil e em grande parte do mundo. As citações de informantes empregadas neste artigo provém das entrevistas realizadas nos dois projetos mencionados, em que as(os) informantes foram selecionada(os) por amostragem intencional, do tipo *snowball*, orientada pelo princípio metodológico da “saturação teórica” (e.g., STRAUSS, CORBIN, 2008). É importante destacar que os nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios como estratégia para se resguardar o anonimato das declarações (Resolução CNS 466/2012). Durante o mestrado, foram realizadas quinze entrevistas de profundidade, distribuídas da seguinte forma: uma entrevista com um técnico de enfermagem, sete entrevistas com enfermeiras obstetras, uma entrevista com enfermeiro obstetra, quatro entrevistas com médicas(os) obstetras, uma entrevista com médica pediatra.

passam a ser vistas como ameaça e inicia-se, assim, um longo processo de treinamento sob os princípios da ciência moderna. São formadas as parteiras diplomadas, que logo são substituídas por seus tutores e posteriormente por outras(os) profissionais como as(os) enfermeiras(os) obstetras, hoje destacadas(os) como centrais no processo de humanização das práticas de saúde relacionadas a parto e nascimento no Brasil e no mundo.

2.1 Parteira em casa, obstetra no hospital: do cuidado ao tratamento

A prática de auxiliar o parto foi, numa retrospectiva histórica, quase exclusivamente exercida por mulheres, até quando, em meados do século XVI, se inicia a grande transformação nas representações sociais sobre a gravidez e a concepção. Deixando de ser vista como um fenômeno orgânico, natural, que faz parte da experiência de vida da maioria das mulheres, a gestação torna-se um problema médico, uma “doença” a ser tratada por especialistas. Embora seja correto afirmar que o modelo hospitalar de cuidado pré-natal e parto seja mais recente, o embrião dessa estrutura é gerado nos primórdios da profissionalização do médico obstetra, tensionando o reconhecimento de uma ocupação da qual se tem registros desde a Antiguidade. Robert E. Roush constata a existência de documentos egípcios escritos em 1550 a.C., que descrevem um tratamento específico e contêm “regras para se diagnosticar a gravidez”, já vista como um tipo de doença que requer tratamento (ROUSH, 1979, p. 29). No entanto, ainda não havia a institucionalização do saber médico, por meio da sistematização e reconhecimento coletivo, distinguindo-o de práticas xamânicas, por exemplo. Isso só ocorreu após a criação das primeiras universidades, criadas nos séculos XII e XIII, socialmente reconhecidas como corporações certificadas de mestres e docentes, em geral nos campos já separados de direito, medicina e artes. Como saber prático, apreendido sem treinamento, com a observação e a experiência de vida, geralmente executado por mulheres mais velhas, o partejamento foi a última área da medicina prática a ser apreendida pela rede de profissionalização. Alguns fatores contribuíram para essa regulamentação, como o surgimento da imprensa em 1450, o desenvolvimento da anatomia, o interesse da Igreja Católica em batizar as crianças nascidas vivas ou mortas e a preocupação do poder público com o bem-estar dos cidadãos (PETRELLI, apud ROUSH, 1979, p. 33).

Em 1668, foi escrita uma obra pelo primeiro médico que se voltou integralmente à obstetria, François Mauriceau: *Tratado das doenças de mulheres grávidas e daquelas que dão à luz [...]* (MAURICEAU, 1681). A obra era dedicada a outros médicos que viriam a se tornar obstetras, mas compreende muito mais que regras práticas de partejamento em condições normais e atípicas, incluindo informações e gravuras sobre o aparelho reprodutor feminino e uma descrição do processo de gestação e suas consequências orgânicas e psicológicas para as mulheres, bem como orientações práticas que podem ser consideradas um protótipo dos manuais de cuidados pré-natais. Por um lado, essas mudanças vieram fortalecer a identidade profissional do médico obstetra em relação a suas predecessoras, as parteiras, sobre as quais já incidia uma representação social negativa, em decorrência de seu pertencimento a camadas sociais menos favorecidas e com baixo nível de escolaridade e da circunscrição de suas atividades ao âmbito doméstico. Por outro lado, representou um golpe na consciência e no poder simbólico que as mulheres detinham sobre a atividade de gestação e concepção, que ocorre no interior de seu organismo e integra a construção do self, além da própria construção do gênero feminino, mesmo em mulheres que não chegam a vivenciar a gravidez, mas por ela anseiam ou, por motivos biológicos, sociais, culturais ou políticos, dela se afastam. Mauriceau ilustra exemplarmente, em seu texto, a transformação simbólica que viria a se tornar dominante nos séculos seguintes, empregando a metáfora de um barco em mar revolto para designar a mulher experimentando o processo de gestação:

Ao contrário [de outros animais] as mulheres ficam doentes quando se tornam grávidas, tanto por causa de sua vida ociosa e sedentária, quanto por causa da supressão de seus mênstruos. Assim como o bom Piloto que, quando embarca num mar revoltoso e cheio de rochedos, evita o perigo se conduz o barco com prudência e só por um acaso ocorreria um acidente, também a mulher grávida pode ficar, por vezes, em perigo de vida, se não fizer o possível para evitar e prever a quantidade de acidentes a que ela se sujeita, nesses termos (Mauriceau, 1681, p. 112).

O livro de Mauriceau popularizou a técnica do parto na cama, de cócoras, criada por Ambroise Paré. No início do século XVII, os discípulos de Paré treinaram diversas parteiras; as que participavam do curso recebiam uma licença, como certificado (ROUSH, 1979, p. 34). Assim, embora esses exemplos de publicações e atividades de treinamento, protagonizadas por obstetras, revelem um tipo de dominação masculina estratégica, já que os homens eram majoritários na esfera pública e nas universidades, a entrada dos homens na obstetrícia, campo tradicionalmente feminino, foi muito cautelosa, pois havia resistência das mulheres a terem seus trabalhos de parto acompanhados por homens. Entretanto, com a progressiva medicalização da gravidez e do parto, impulsionada pelas campanhas de divulgação de cuidados pré-natais por publicações patrocinadas por órgãos públicos e depois com sua divulgação nos modernos meios de comunicação, o parto em domicílio cai em desuso nos centros urbanos e a atividade das parteiras torna-se mais restrita ao meio rural.

A medicalização da gravidez ganhou impulso com o desenvolvimento da racionalidade tecnológica, primeiramente no campo dos exames pré-natais, mas também nos procedimentos de assepsia e instrumentação cirúrgica, abrindo espaço para a crescente realização de cesáreas e para a transformação da gestação e do parto, de fenômenos naturais, a ocorrências cada vez mais artificialmente monitoradas e controladas. A imagem da mulher grávida olhando para sua barriga aumentada e sentindo com a mão espalmada, os movimentos do feto dentro de si, é substituída por outra cena, em que a futura mãe acompanha, auxiliada pelos comentários de um médico, os movimentos do feto num monitor de ultrassonografia. Na época em que essas transformações em direção a um parto tecnologicamente mediado estavam se consolidando era praticamente consensual, na literatura de gênero, a constatação de uma dominação masculina ou, pelo menos, um *gap* de gênero no trabalho em tecnologia ou em atividades que envolvem tecnologia (COCKBURN, 1985).

O chamado modelo ou paradigma tecnocrático de nascimento (BARKER, 1998; DAVIS-FLOYD, 2001) foi introduzido em diversos países. K. Barker (1988) demonstra como esse modelo foi implantado nos Estados Unidos, mediante clínicas de saúde educativas, visitas domiciliares e publicações sobre saúde pública, promovidas pelo Children's Bureau (Secretaria da Criança). Recorrendo às considerações de Foucault em *O nascimento da clínica* (1963), Barker admite que a mulher, sob o "olhar clínico", reorganiza sua experiência, acatando a noção de que a gravidez não é tranquila, mas compreende um processo orgânico difícil. Ao mesmo tempo, sua gravidez é definida, em termos médicos, em torno de sua identidade como paciente (Cf. BARKER, 1998, p. 1070). Se voltarmos à metáfora, empregada por Mauriceau há mais de três séculos, da mulher grávida como um barco em mar revolto guiada para que sua "viagem" esteja menos livre de perigos, ela permanece, porém o "piloto" não é mais apenas o obstetra ou a parteira, mas um corpo de profissionais desempenhando funções complementares numa instituição hospitalar. Pois bem, esse modelo é gerado na profissionalização do obstetra que, nos hospitais-maternidade contemporâneos no Brasil, é o principal integrante de uma equipe composta por enfermeiro/a obstetra, técnico/a de enfermagem, médico obstetra e médico neonatologista. Porém, os/as enfermeiros/as obstetras são em geral formados/as sob a égide de uma crítica ao modelo vigente. Supõe-se que essa orientação alternativa decorra do processo de profissionalização de que a enfermagem obstétrica é originária, ou seja, da certificação e do reconhecimento institucional de parteiras, fato que remonta ao sec. XVII em alguns países

européus e certamente teve contornos específicos em países que atravessaram uma dominação colonial.

2.2 A profissionalização da/o enfermeira/o obstetra no Brasil

Em 1832, são inauguradas as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (Lei de 3/10/1832), em substituição às primeiras escolas médicas implementadas no Brasil pela família real portuguesa. Além do curso de medicina, são inaugurados também o curso de farmácia, exclusivamente voltados ao público masculino, e o curso de partos, destinado a mulheres de “boa educação” (MOTT, 1999, p. 136). Um pouco mais tarde, em 1890, tem-se também a inauguração da primeira Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros (EPEE) no Rio de Janeiro, sob influência das escolas francesas de orientação curativa. Em 1923, é criada a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, transformada em Escola de Enfermagem Anna Nery em 1931. Neste mesmo ano, com a inclusão da disciplina “prática de enfermagem” à matriz curricular do curso de partos da faculdade de medicina do Rio de Janeiro, bem como a modificação da titularidade das concluintes de “parteira diplomada” para “enfermeira obstetra” surge uma tensão profissional entre estas e as enfermeiras dos cursos promovidos pelas escolas de enfermagem. Com o intuito de impedir que o título de “enfermeira” fosse atribuído às parteiras, diversos protestos são organizados sob a justificativa de que as concluintes das escolas de enfermagem sentiam-se profissionalmente ameaçadas. Durante esse período conflituoso, os cursos ministrados às parteiras tornam-se raros, permanecendo em decadência até a década de 1960. No entanto, somente em 1946 a Escola Anna Nery torna-se uma instituição de ensino superior, fato que fortaleceu o processo de consolidação da enfermagem no país. Em 1970, a partir das resoluções do Conselho Federal de Educação (CFE) sobre a Reforma Universitária no país, determina-se a criação curricular de um curso de Enfermagem pautado em três modalidades, dentre elas, a obstetrícia. Em 1994, o parecer do CFE/MEC n. 314/94 propõe a criação da Enfermagem Generalista, sendo a modalidade obstétrica transformada em especialização *lato sensu* (PEREIRA et al, 2010).

Em 1954, forma-se a Associação Brasileira de Obstetrizes (ABO), logo em Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Atualmente, é um importante órgão que atua como intermediador entre as/os enfermeiras/os obstetras e outras instâncias da sociedade - a população de modo geral, os governos municipais, estaduais e federais, as entidades representativas como a Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEn), o Conselho Federal da Enfermagem (COFEn), a Federação de Profissionais de Enfermagem e de Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), os Conselhos Nacional e Estaduais dos Direitos da Mulher (CNDM e CEDIM), as escolas de enfermagem e universidades. Podem se associar obstetrizes e enfermeiras/os obstetras. Desde 1994, a ABENFO nacional tem realizado congressos focados na obstetrícia e na neonatologia, como os Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEONs), nos quais são discutidos resultados de pesquisas científicas, propostas e desafios de atuação profissional no país. Em 2011, ocorreu a primeira edição do Congresso Internacional de Enfermeiros Obstetras e Neonatal (CIEON) com a intenção de ampliar as discussões para além do contexto nacional.

A Lei n. 7.498, de 1986, apresenta-se como um marco importante para o início da consolidação do espaço da enfermagem obstétrica no mercado de trabalho brasileiro. Sua regulamentação foi realizada em 1987, após treze anos de criação do COFEN e dos CORENs pela Lei 5.905/73. O documento legal dispôs sobre a regulação da atividade diante da equipe multiprofissional de saúde, como também delimitou as competências de cada ocupação formadora da equipe de enfermagem: “a enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira,

respeitados os respectivos graus de habilitação”. A partir dessa regulamentação, as ocupações atuantes por decretos anteriores passam a ser submetidas à supervisão da/o enfermeira/o.

No Brasil, desde a década de 1970, o Ministério da Saúde (doravante MS) vem desenvolvendo programas e iniciativas na tentativa de diminuir os índices de cesáreas desnecessárias no país, com vista à recomendação da Organização Mundial de Saúde (doravante OMS) de que esse tipo de intervenção chegue a, no máximo, 15% dos procedimentos. Dentre outras, destacou-se o treinamento de profissionais por meio da criação de especializações. No Quadro 1 estão apontadas as principais iniciativas governamentais e marcos regulatórios relacionadas ao exercício da enfermagem obstétrica, da década de 1970 até o início da segunda década do século XXI. Destaca-se que após a/o enfermeira/o obstetra ter sido autorizada/o a assistir partos normais sem complicações, viabilizou-se a constituição de equipes menores para atuação em centros de parto normal, casas de parto e no ambiente domiciliar, lideradas pela/o enfermeira/o obstetra e com a participação de técnicos e auxiliares.

Apesar das iniciativas, os números relacionados ao nascimento e parto no Brasil ainda são mal avaliados pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Segundo análise comparativa entre 2000 e 2010 realizada pelo MS, o número de cesáreas no país cresceu de 38% para 52,3% em instituições públicas, chegando a 82% na rede privada. Na região centro-oeste, o número de cesáreas realizadas em maternidades públicas aproxima-se de 60% (MS, 2012). De acordo com Sanches et al (2012), o Brasil apresenta uma das taxas de cesáreas mais elevadas do mundo, tornando-se um exemplo do abuso desse procedimento. De acordo com Leal et al (2014, p. 28), há evidências científicas de que esse tipo de procedimento cirúrgico seja mais prejudicial à mulher e que, portanto, deve ser indicado quando houver “um benefício que compense os custos e riscos adicionais desta cirurgia”.

Quadro 1 - Principais programas, legislação e marcos regulatórios da enfermagem obstétrica – Brasil, 1974-2012

ANO DE CRIAÇÃO/INICIATIVA	À/AO ENFERMEIRA/O OBSTETRA
1974/1978 - Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI)	Enfermeira/o limitada/o ao auxílio à equipe médica – atuação sem autonomia
1984 - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Enfermeira/o integrada à equipe – realização de consultas a gestantes no pré-natal
1986 - Lei de Exercício da profissão da(o) enfermeira (o) n. 7.498/86	a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.
1987 - Decreto de Lei n. 94.406/87	As atividades realizadas pelas parteiras são exercidas sob supervisão de enfermeira/o obstetra, quando realizadas em instituições de saúde e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.
1998 - Portaria n. 2815/98	Inclui, nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), o parto sem distócia, realizado por enfermeira/o obstetra;
1998 - Portaria n. 163/98	Legitima as atribuições da/o enfermeira/o obstetra e determina o laudo de internação de enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de parto normal
1999 - Portaria n. 985/9912	Regulamentação de casas de parto normal e maternidades-modelo no SUS sendo a/o enfermeira/o obstetra a/o chefe da equipe mínima de trabalho
1999 - MS e MEC - 55 cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica	Maiores possibilidades de enfermeiras/os se especializarem em enfermagem obstétrica
2000 - Portaria n. 572/2000.	MS legaliza a remuneração de enfermeiras/os obstetras pela atividade em instituições de saúde ou no ambiente domiciliar
2008 - Resolução do COFEN n. 339/08	Normatiza a atuação e a responsabilidade civil da/o enfermeira/o obstetra nos centros de parto normal e/ou casas de parto
2011 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Política com base nos princípios do SUS e na discussão de gênero
2012 - Rede Cegonha	Criação de centros de parto normal pelo SUS: enfermeiras/os obstetras na assistência ao parto sem risco.
2012 - Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) – Portaria n.5/12	Financiamento de bolsas (MS. e MEC) para especialização em enfermagem obstétrica em municípios aderidos ao Rede Cegonha

Obs: Construção dos autores com base em Pereira *et al* (2010).

3. PERFIL SOCIAL DOS TRABALHADORES NA ASSISTÊNCIA A PARTO E NASCIMENTO EM GOIÁS E NO BRASIL

Em relação ao perfil social dos trabalhadores no campo de assistência ao nascimento e parto, a Tabela 1 indica as ocupações mais frequentes na família ocupacional de ‘Enfermeiros’. A categoria de “enfermeiro obstétrico” é nitidamente orientada por sexo, com 7,8% de homens e 92,2% de mulheres, de um total de 2162 vínculos empregatícios no mercado formal em 2014 (RAIS). O rendimento médio anual desses/as profissionais em 2014 foi de 5,65 salários mínimos. Em Goiás, no mesmo ano, registrou-se apenas 68 enfermeiras/os obstetras, sendo apenas oito do sexo masculino. A remuneração média anual, no entanto, é consideravelmente mais baixa que a média nacional: 4,04 salários mínimos. No nível de profissionalização mais elevado do setor, a RAIS registra 7292 médicos obstetras ocupados em 2014, sendo 46,5% homens e 53,5% mulheres. A remuneração média foi de 10,72 salários mínimos. No entanto, há um *gap* de gênero (13,2%): as mulheres têm rendimento médio de 10,72 e os homens de 11,44 salários mínimos. Em Goiás, esse desnível é menor (7%), mas o rendimento médio anual também é menor: 7,89 salários mínimos. Há, contudo, um aspecto distintivo na distribuição de trabalhadores de Goiás em relação ao Brasil: 65,3% de homens e 34,7% de mulheres entre os 75 profissionais ocupados, contrastando com a quase paridade de sexo nessa ocupação no contexto nacional. Finalmente, despontam as ocupações menos escolarizadas do setor, auxiliares e técnicos de enfermagem, com nível de ensino médio, e os atendentes de enfermagem e parteiras leigas. Os técnicos e auxiliares constituem o contingente de trabalhadores mais numeroso do setor de assistência a nascimento e parto, totalizando 853.136 pessoas, cerca de 1,7% da força de trabalho ocupada no setor formal brasileiro em 2014. Desses trabalhadores 85,4% são mulheres. Em Goiás, há 21.165 técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo 89% mulheres. O rendimento médio anual é de 2,57 s.m. no Brasil e 2,35 s.m. em Goiás, nessa família de ocupações em que não há um desnível acentuado entre rendimentos de homens e mulheres. O segmento menos qualificado, de atendentes de enfermagem e parteiras leigas, soma no país 34.382 pessoas, das quais apenas 504 são parteiras/os. As mulheres são predominantes nos dois grupos: 89% entre parteiras/os e 69% entre atendentes de enfermagem. O rendimento mensal médio no Brasil é de 1,83 s.m. no Brasil, com pequena vantagem de remuneração para os homens. Em Goiás, há 878 trabalhadores no segmento, dentre eles apenas seis parteiras e um parteiro leigo no mercado formal. A porcentagem de atendentes de enfermagem mulheres beira os 57%, sendo um pouco inferior à taxa encontrada no Brasil. O rendimento médio mensal é de 1,79 s.m. para homens e mulheres, ligeiramente inferior ao encontrado no Brasil.

Tabela 1 – Família ocupacional de enfermeiros – Brasil 2014

Ocupação	Frequência	%
Enfermeiros	245.914	93,6
Enfermeiro auditor	4.188	1,6
Enfermeiro do trabalho	3.736	1,4
Enfermeiro obstétrico	2.162	0,8
Outras ocupações da família ocupacional de enfermeiras/os	6.792	2,6
Total	248.532	100,0

Fonte: Microdados da RAIS 2014. Elaboração das/os autoras/es.

4. A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM GOIÂNIA (GO): ELEMENTOS IDENTITÁRIOS E COTIDIANO DE TRABALHO

As/os enfermeiras/os obstetras vêm sendo citadas/os pelo MS, desde a década de 1990, como profissionais de suma importância para o processo de humanização da atenção obstétrica institucional no país. Para Gramacho e Silva (2014), a tradição desses profissionais como “profissionais do cuidar”, sobretudo na cena do parto, facilita uma assistência sem equívocos médicos.

4.1 O cuidado como elemento de identidade profissional

A prática do cuidar ou da assistência ao paciente como elemento representante da enfermagem generalista (em nível de graduação) está fortemente presente em todas as declarações das/os enfermeiras/os obstetras pesquisadas/os. Portanto, pode-se dizer que o cuidado é o primeiro elemento formador de sua identidade, tornando-se central na elaboração de uma expertise profissional (FREIDSON, 2009, p.361). A enfermagem é caracterizada como “o cuidado com a clientela”, como “mais pra o cuidar, mais do que para a questão médica do tratar”, como “uma oportunidade de ajudar as pessoas”, como “a essência do cuidar, e esse cuidar independente de que momento da vida é, quer sejam momentos bons ou ruins, de saúde ou doença”. A enfermagem é apontada também como “uma área da saúde, onde o enfermeiro é um profissional liberal, porque ele tem autonomia dentro do que ele faz”.

De acordo com Florence Nightingale (*apud* Faria, 2006), fundadora da chamada Enfermagem Moderna, a atividade deveria ser exercida exclusivamente por mulheres. Com o lento processo de entrada de homens nesse campo, inclusive na enfermagem obstétrica, por um lado pode-se perceber uma modificação da visão exclusivista do século XIX. Por outro, embora não haja declarações contrárias à entrada desses profissionais, percebe-se ainda a existência de concepções naturalizantes a respeito de atributos masculinos e femininos relacionados ao exercício da assistência:

Eu acho que a questão do cuidar envolve mais a mulher. A mulher já nasceu pra cuidar, nasceu pra ser mãe. Quando você é mãe, quando você é a responsável pela família, você cuida da família. Então vem lá do processo mesmo inicial do cuidar, que a gente sabe que sempre foi a mulher, a grande cuidadora. O homem não é tão... não são todos que têm essa habilidade, essa questão emocional tão aflorada (vamos dizer assim). A mulher é mais envolvida com a questão emocional. Eu acho que pra você cuidar você tem que trazer um pouco de emoção, não tem jeito; se você for só razão, você nunca vai ser um bom cuidador (Ana, coordenadora da equipe de enfermagem em maternidade de Goiânia).

Pedro, atuante em vários campos da profissão (instituição privada de ensino, maternidade pública, órgãos representativos da categoria e no contexto da assistência domiciliar), demonstra aprovação quanto à tendência de maior entrada de homens na área, justificada a partir do crescimento do número de estudantes atualmente matriculados nos cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica em Goiânia. Cora também aprova o crescimento do número de enfermeiros especializados na área. Entretanto, tentando desviar-se de uma visão estereotipada da enfermagem como ocupação feminina, atribui ao homem enfermeiro características como a racionalidade e a visão comercial, o que reforça a naturalização de atributos socialmente construídos ligados à feminilidade e à masculinidade:

Eu acho que essa inserção do homem está dando uma característica diferente para enfermagem, no meu ponto de vista. Eu falo isso para os meus ex-alunos, meus amigos; eu falo que o que está dando uma visibilidade maior, porque o homem é muito objetivo, muito pela razão, aí eles têm um projeto diferente. A enfermagem é uma profissão que você tem que ganhar dinheiro, que tem que ter uma visibilidade, que tem um mercado competitivo, então eles acabam trazendo uma certa influência pra nós. Eu acho isso um ganho muito importante nesse ponto.

Erving Goffman, em *The Arrangements Between the Sexes* [O arranjo entre os sexos] (1977), afirma que mesmo nas sociedades industriais modernas, sua organização muitas vezes é realizada a partir das diferenças biológicas entre os sexos. Desde a infância, as instituições sociais criam “classes de sexos” que irão formar ideais de comportamentos de meninos e meninas, os quais atuarão de modo orientador ao longo de toda a vida dos indivíduos. Para que esse modelo não seja predominante, é preciso primeiramente perceber que a divisão social pelo sexo é algo cultural e não naturalmente formada. Assim, Goffman utiliza o conceito de “reflexividade institucional” como forma de se pensar o caráter social das organizações societárias. Em consonância com Goffman, Hochschild (2003) parte das expressões *manhood* e *womanhood* para se referir aos processos sociais de cristalização dos atributos relacionados aos gêneros masculino e feminino. No contexto da organização de tarefas e ocupações, Helena Hirata apresenta sua compreensão do termo “divisão sexual do trabalho” afirmando ser necessário mostrar que “essas desigualdades são sistemáticas, que a sociedade utiliza essa diferenciação para hierarquizar as atividades e, portanto, os sexos; em suma, para criar um sistema de gênero” (HIRATA, 2007, p. 596).

4.2 Modelos de assistência: humanização, relações de trabalho e mercado

O critério de autonomia profissional é destacado nas declarações das/dos enfermeiras/os pesquisadas/os como fator elementar para o processo de atuação no mercado de trabalho. Por um lado, a autonomia é apontada como uma conquista legalmente garantida. Por outro, é algo a se conquistar, um desafio profissional a ser concretizado nas relações cotidianas de trabalho.

Enquanto a enfermagem generalista presta assistência a todo paciente que busca atendimento hospitalar, a/o enfermeira/o obstetra tem sua atenção voltada principalmente à mulher e ao recém-nascido, seja em maternidades, centros de parto normal, consultórios ou no atendimento domiciliar. Para Alice, formada na área há menos de um ano, a preocupação principal de sua profissão “é o cuidado com a gestante, a humanização, o parto, a interação mãe e filho”. A atenção especializada, portanto, torna-se o elemento distintivo em relação a outras áreas da saúde. Ana destaca o caráter psicológico da assistência prestada à parturiente. Esse apoio emocional é essencial, segundo a enfermeira entrevistada, para que a evolução do parto ocorra de forma natural, sem que seja necessária a intervenção cirúrgica dos médicos obstetras. Também para Pedro, mesmo que exista uma preparação técnica para a recepção do bebê, seu principal foco é a mulher, a saúde da mulher. O entrevistado declara que “se eu disser que eu olho mulher e recém-nascido da mesma forma, o nosso foco de assistência seria deficiente porque naquele momento eu não tenho um bebê do lado de fora, tenho uma mulher. Então, realmente o foco é a mulher”.

A enfermagem obstétrica possui uma lógica de atuação muito diferente da enfermagem em geral, afirma Pedro, que, por isso, não a considera como uma especialização, mas como uma área autônoma. O ponto principal que a diferencia de sua área de origem, segundo o entrevistado, está no modo de compreensão a respeito do processo de partejamento de uma mulher. Para o “parteiro urbano” (como se declara), a parteira é ponto de referência para a atividade, reconhecendo-a como figura tradicionalmente conhecedora dos processos naturais do parto e do nascimento.

Sobre o movimento de assistência humanizada a parto e nascimento, Diniz (2005) afirma que representa “uma redefinição das relações humanas na assistência” no sentido de valorizar o processo vivido pela mulher, pela família, pelos profissionais, instituições, detentores do saber tradicional (como as parteiras) e sociedade de modo geral. A humanização da atenção ao parto no Brasil pode ser compreendida como um movimento iniciado na década de 1980, constituído por diversos setores da sociedade que procuraram discutir os critérios de

assistência a parto e nascimento adotados pela maioria dos hospitais brasileiros. As discussões tomam como base a proposta da OMS de 1985, que dentre outras medidas propõe:

Incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, **à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais**, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente (grifo dos autores).

Embora o termo “humanização” ainda esteja presente no discurso das/os demais entrevistadas/os como forma ideal de assistência, para Cora já está ultrapassado por ser uma expressão demasiadamente ampla, como também se apresenta o modelo pautado na mulher como uma cidadã holística, presente no discurso da categoria na década de 1990. O modelo de assistência mais apropriado, segundo a professora, é aquele que compreende a mulher como um agente político, como alguém que sabe o que quer; uma mulher que, quando um profissional diz “Ah, você tem que fazer tal exame!”, retruca “não, não vou fazer porque acho que não precisa”.

Cora, embora esteja ligada ao ensino universitário, enfatiza o caráter de atividade liberal em que os profissionais podem, por exemplo, atender em consultório uma gestante que deseja ter orientação específica sobre o parto normal ou sobre amamentação. Ao profissional também é garantido por lei o direito de assistir o parto domiciliar, desde que a cliente seja uma gestante que demonstre um potencial ao parto sem complicações (Decreto 94.406/1987). Nos depoimentos colhidos, manifestam-se profissionais dotados de uma compreensão institucional da atividade, ou seja, entendem a/o enfermeira/o obstetra como profissional ligado a uma instituição de saúde (seja em maternidades, casa de parto, centro de parto) ou a uma instituição de ensino atuando como professor/a. Por outro lado, há profissionais, como Pedro, que se definem profissionalmente de forma dialógica com outros praticantes da assistência ao nascimento e parto, como a parteira tradicional e a doula⁴.

A parteira tradicional é visivelmente valorizada no discurso das/os enfermeiras/os obstetras, porém como uma figura quase lendária, importante em tempos remotos, quando não era possível a assistência profissional. A doula, mais recente em relação às parteiras, do mesmo modo é exaltada como alguém que “pode contribuir com o processo” de partejamento. Entretanto, com exceção de Pedro (que conta com uma doula em sua equipe de assistência domiciliar e uma vez por mês participa em Brasília de um grupo formado por parteiras tradicionais, profissionais e voluntários que visam trocar experiências relacionadas à assistência ao parto), segundo as entrevistadas, em nenhum momento da graduação, pós-graduação ou do exercício profissional houve algum tipo de interação formalizada com trabalhadoras/as nessas ocupações.

A resistência ao uso de medicamentos e intervenções instrumentais está fortemente presente em todas as falas, constituindo um elemento identitário da profissão, independente das preferências pessoais, se mais ligado ao hospital público ou ao atendimento domiciliar. Pedro, único que trabalha na maternidade e no domicílio da cliente, declara sua visão sobre o uso da

⁴ A atividade da doula não é reconhecida como profissão, portanto não possui regulamentação ou sindicato. Porém, na CBO está pautada como ocupação, dentro da família 3221 (Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas). A doula da equipe de Pedro é uma psicóloga que trabalha no atendimento em consultório, em maternidades públicas, e como voluntária e prestando serviço remunerado em partos domiciliares. Embora ela tenha formação em curso superior, essa não é uma exigência para a atuação na área. Qualquer mulher acima de 18 anos pode tornar-se doula por meio de leituras autodidatas sobre a área ou de cursos oferecidos por organizações como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), como o disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/27-curso-de-formacao-de-doulas-2012>.

tecnologia nos procedimentos relacionados ao parto, que pode ser vinculada à sua compreensão sobre o conceito de humanização:

Eu acho que, quando a gente fala de enfermagem obstétrica, não posso deixar de pensar que esse parto é humanizado. Mas tem uma linha humanizada que é um pouco tecnicista e uma linha humanizada que é extremamente natural.

A tecnicista é aquela que vai tratar a mulher bem, vai deixar o acompanhante com ela, mas que coloca uma ocitocina [princípio ativo da medicação injetada em algumas mulheres em trabalho de parto para a redução da dor – atua como uma leve anestesia], faz uma episiotomia... Eu tenho uma linha humanizada completamente natural, que não vai fazer isso em hipótese nenhuma. Acho que eu sou extremamente natural. Não faço nada.

Apesar de Pedro ser inserido em um perfil de assistência humanizada que privilegia a liberdade da mulher parturiente, além de resgatar referências tradicionais como as parteiras e rejeitar procedimentos considerados intervencionistas como a episiotomia (corte no períneo da mulher feito com a intenção de aumentar o espaço de saída do bebê do útero da mãe) ou o *kristeller* (manobra de empurrar a barriga da parturiente), é importante enfatizar que todos os elementos destacados como ideais de humanização variam quanto ao local onde a assistência ocorre e ao perfil da parturiente. Em primeiro lugar, a diferença pode ser relacionada à estrutura de organização laboral divergente entre a instituição e o domicílio. Na maternidade, a equipe multiprofissional está submetida às regras da instituição e ao contexto relacionado à saúde pública brasileira, que ainda se apresenta de forma precarizada em diversos sentidos (falta de valorização dos profissionais, número limitado de leitos, falta de materiais etc.), como têm destacado diversos pesquisadores (e.g. PIRES, 1998; GEORGES, 2009; JACOB, 2008). Em *Profissão Médica*, Freidson reconstrói três modelos de serviços hospitalares presentes nos EUA que se distinguem quanto à hierarquia entre o médico e outros profissionais: o modelo de serviço doméstico, em que se tem uma relação entre profissional e cliente; o modelo clássico de cuidado hospitalar, marcado por uma forte intervenção médica; e o modelo terapêutico em que a interação entre a equipe é grande. Mesmo neste último, “o caráter absoluto de autoridade baseada na competência pode ser observado” (FREIDSON, 2009, p 154).

A descrição da rotina de Pedro na maternidade demonstra uma realidade assistencial limitada pelas regras institucionais e pelas condições de trabalho, bem como a tensão entre o ideário do médico e da/o enfermeira/o obstetra. Segundo Freidson (2009, p. 148), a enfermeira, no contexto norte-americano hospitalar da década de 1960, “diferente da auxiliar, serve como autoridade adjunta, ao mesmo tempo médica e administrativa, que parece estar no centro dos conflitos”. O autor também nota que o autoritarismo exercido pelo médico torna-se mais evidente quando os profissionais do grupo são orientados por diferentes filosofias de trabalho. Dessa forma, em momentos de emergência, “como árbitro final em relação à divisão do trabalho médico, sustentada no prestígio e no mandato legal, ele tem a “autoridade” que é independente da autoridade administrativa como tal” (FREIDSON, 2009, p. 149).

No contexto hospitalar, o primeiro contato com a mulher ocorre somente quando o trabalho de parto já se iniciou, embora essa assistência antecipada seja uma exigência curricular durante o curso de especialização. Aliados a isso, problemas como a falta de técnicos e auxiliares de enfermagem são constantes limitadores do trabalho.

No parto domiciliar planejado, a/o enfermeira/o obstetra é o principal elemento da equipe de trabalho, composta por uma parceira, também enfermeira obstetra, e uma doula. Embora não existam médicos atuando diretamente nesse modelo doméstico, Pedro possui o que chama de “equipe backup”, formada por um médico obstetra e um médico neonatologista, que se mantém à sua disposição caso seja necessário realizar um procedimento cirúrgico como a cesárea ou um atendimento de urgência ao recém-nascido. Segundo Pedro, no ambiente privado

da cliente a liberdade de atuação é possível e a relação afetiva da parturiente com o espaço doméstico permite uma melhor evolução fisiológica do parto.

Quando se evidencia o perfil das mulheres assistidas por Pedro, é possível separá-las em dois grupos bem definidos, que, por sua vez, podem ser relacionados à separação entre a casa e a maternidade. Um estudo realizado com 25 casais que optaram pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstetras em Florianópolis aponta, dentre outras características, que a maioria dos casais pertence à classe média alta, dado vinculado ao nível de instrução elevada dos mesmos casais (FEYER et al., 2013). De modo semelhante, as mulheres atendidas no ambiente domiciliar em Goiânia possuem um poder aquisitivo mais elevado do que as que são atendidas na instituição pública. Embora sustente que o parto domiciliar seja caro e que sua atenção nesse contexto seja restrita a uma parcela pequena de mulheres, não é possível perceber no discurso de Pedro uma vinculação tão grande com princípios humanitários de responsabilidade social⁵, como se dá nas declarações de Ana, que trabalha exclusivamente em instituição pública de saúde. Ao contrário, a liberdade individual do exercício profissional é elemento fortemente presente, aproximando-se da visão do enfermeiro como profissional liberal.

As/os enfermeiras/os obstetras podem realizar consultas à gestante ao longo da gestação e acompanhar o parto normal sem complicações, dentre outras competências. Pedro declara que a relação entre profissional e cliente (gestante que pretende ser assistida em casa), inicia-se no início da gravidez com o acompanhamento em grupos de gestantes e orientações sobre a assistência. A partir da 35ª semana de gestação, a cliente e seu acompanhante passam a ser orientados em consultas semanais no consultório do enfermeiro. Quando se evidenciam os primeiros sinais fisiológicos de início do trabalho de parto, Pedro acompanha a mulher orientando-a por telefone. A equipe de apoio é avisada e inicia-se uma assistência mais intensa e direta já na casa da cliente. Segundo o entrevistado, sua equipe permanece ali cerca de cinco horas, em média. Após a intensificação das contrações até seu ápice com o próprio nascimento, Pedro espera pela saída natural da placenta, suturando as partes dilaceradas, se necessário. Somente após duas horas de observação da puérpera e do recém-nascido, momento em que também limpam o local, ao considerá-los em bom estado de saúde, o enfermeiro promove um “brinde” tradicional entre os participantes do parto, encerrando assim sua assistência. A descrição de Pedro revela sua compreensão de assistência integral. Mesmo com restrição quantitativa, reconhece o trabalho assistencial nesse contexto como meio de realização pessoal e de conquista plena da autonomia, ao contrário do trabalho na maternidade, que lhe traz insatisfação e desânimo.

É importante destacar, entretanto, que não há um consenso entre os profissionais pesquisados sobre o melhor local de realização e assistência ao parto. A posição de Pedro (que privilegia a casa da parturiente como local ideal para a realização do parto natural) não representa, portanto, toda a categoria, nem mesmo todos os entrevistados.

Eu penso assim, parto em casa ficou lá pra trás. A tecnologia, o recurso tá aí pra ser usado. O risco de se ter um parto dentro de casa é muito grande porque o parto é uma caixinha de surpresas. Pode ser tudo fisiológico, tudo dentro da normalidade, nascer tudo bem. Mas e se tiver uma intercorrência? Porque, pela minha experiência durante esses anos, eu percebo assim, que o parto, quando ele é tudo bem, é ótimo. Mas quando ele complica, ele complica muito. E a maioria das complicações pode levar a paciente à óbito (Alice, enfermeira obstétrica).

⁵ O entrevistado declara, ao ser questionado sobre a divergência de classe econômica entre as mulheres que atende no hospital e as atendidas em domicílio, que, às vezes, faz o que chama de “parto social” (parto gratuito a mulheres consideradas muito conscientes de seu poder de escolha). Porém, acrescenta que o parto social é uma exceção rara em sua rotina de trabalho.

A partir da declaração de Alice, que atualmente trabalha em maternidade pública de Goiânia, mas que já atuou como enfermeira generalista em outros hospitais privados da cidade, fica claro que o trabalho de assistência no domicílio não representa conquista de autonomia. Embora em outros momentos a entrevistada aponte para a interferência médica como ponto limitador da liberdade de atuação, a assistência em casa não é considerada como uma solução para esse quadro de tensão. Por outro lado, os centros de parto normal⁶ e as casas de parto normal, instituições regulamentadas pelo MS, trariam maiores possibilidades de atuação do profissional de forma autônoma, já que legalmente são reconhecidos como chefes das equipes básica de assistência à mulher em procedimentos de parto normal (Portaria MS.985/1998). A equipe mínima de trabalho deve ser composta, segundo o MS, por um/a enfermeira/o, com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. A portaria prevê a possibilidade de criação de uma equipe complementar composta por um médico pediatra ou neonatologista e um médico obstetra. A parteira tradicional também poderá atuar, segundo a portaria em pauta, em contextos regionais em que ela é culturalmente presente. O programa federal Rede Cegonha (MS, 2012) prevê a criação de novos centros de parto normal em todo o país.

É possível perceber também, a partir da fala de Alice, uma relação entre tecnologia e qualidade de atendimento, afastando-se mais uma vez da posição de Pedro, que destaca o distanciamento tecnológico e a aproximação da natureza como elementos importantes para a concepção do termo “humanização” no contexto da assistência ao nascimento e parto. Não significa, entretanto, que a entrevistada seja favorável ao uso desnecessário de equipamentos ou métodos intervencionistas, mas o fato de estarem disponíveis com facilidade no hospital ou mesmo em centros de parto normal assegura que a assistência seja bem-sucedida para o profissional e para a saúde da mulher.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos elementos apresentados ao longo deste artigo, destaca-se que a identidade da/o enfermeira/o obstetra está baseada no “cuidado especial” ou na “assistência integral”, caracterizada pela atenção sensível a elementos relacionados ao processo de partejamento e muitas vezes desprezados pela equipe médica. Entretanto, há pontos de divergência, sobretudo relacionados ao local de realização de seu trabalho, fato que demonstra as tensões históricas aqui abordadas. Pode-se considerar que a categoria enfrenta desafios em diversos contextos, inclusive entre os próprios profissionais. São desafios grandiosos porque as tensões internas estão intimamente ligadas a distinções interprofissionais que, por sua vez, se amparam, dentre outros elementos, nos ideais de progresso tecnológico e distância das tradições para desenvolverem suas identidades laborais.

Os trabalhos científicos produzidos nas últimas décadas sobre questões relacionadas à assistência a parto e nascimento em Goiás e no Brasil são desenvolvidos principalmente a partir de estudos específicos relacionados aos profissionais, às mulheres, às instituições de saúde e a procedimentos técnicos no contexto da obstetrícia. Nunes (2011), por exemplo, em sua dissertação de mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, aborda a realidade de centros de parto normal com base em estudo de caso de um CPN localizado em Osasco, no estado de São Paulo. Em Goiânia, Lôbo (2010), vinculada ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, analisa, de forma crítica, a frequente realização de episiotomias e suas consequências nas mães que passaram pelo procedimento em duas

⁶ Há previsão de três tipos de centros de parto normal: intra-hospitalar (dentro do hospital), peri-hospitalar (próximo ao hospital) e comunitário (com administração própria, com distância máxima equivalente a, no máximo, 1 hora) (PORTARIA MS 985/98).

maternidades públicas da cidade. De 107 dissertações e teses defendidas no respectivo programa de pós-graduação disponíveis na biblioteca digital desde 2004, apenas quatro estão relacionadas ao tema. Ainda assim, apresentam uma análise focada nas instituições pesquisadas e em procedimentos específicos. Abordagens sociológicas a respeito da obstetrícia são ainda mais raras e pode-se considerar a pesquisa de Moreira (2009) como uma importante contribuição recente para os estudos a respeito do parto humanizado em maternidades públicas de Goiânia. A análise foca-se na relação de poder existente entre os médicos obstetras e as usuárias das maternidades pesquisadas. Entretanto, ao se destacar as tensões profissionais relacionadas ao exercício da assistência obstétrica em Goiânia, presentes em instituições de saúde e em outros contextos como os atendimentos em consultório e a assistência domiciliar, com suporte em repertório conceitual relacionado principalmente à sociologia do trabalho ou das profissões, pode-se dizer que as referências ainda são escassas. Nesse sentido, é preciso destacar a importância de pesquisas com abordagens mais amplas do tema, considerando que ele esteja relacionado a diversos aspectos que ultrapassam as relações presentes em uma instituição hospitalar específica, por exemplo. O campo de atuação da obstetrícia está inserido no mercado da assistência à mulher gestante ainda centrado no modelo médico-hegemônico pautado na lógica instrumental-tecnocrática (MERHY; FRANCO, 2008).

As/os enfermeiras/os obstetras inseridas/os nesse campo buscam autonomia para atuarem de modo favorável ao que chamam de “cuidado integral humanizado”. Para isso o parto natural é estimulado porque por meio dele as mulheres tornam-se conhecedoras de seus corpos. Por outro lado, somente em partos naturais é possível que a assistência especializada da categoria seja realizada. Dessa forma, a valorização simbólica do parto natural torna-se um instrumento também de promoção da categoria. Nesse sentido, pode-se identificar uma atuação que nos parece ambígua, refletindo uma tensão entre filosofias de humanização universal preconizadas pelo Estado, representado pelo MS, e princípios liberais de mercado presentes na assistência privada.

As políticas do MS de incentivo ao parto normal, pensadas como meio de redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, realizadas desde a década de 1970, ainda não são capazes de interferir no setor privado de atendimento, que permanece consolidado sob o modelo médico de medicalização da saúde e assistência tecnocrática. Esse fato evidencia-se, por exemplo, quando tomados como referência os índices de cesáreas nas instituições públicas (52,3% em 2010), muito inferiores ao número de realizações do mesmo procedimento em maternidades privadas (em torno de 80%). Por outro lado, constata-se que os índices dos estabelecimentos públicos ainda estão bem acima dos 15% considerados pela OMS como taxa ideal de cesáreas numa população.

No campo microssocial do cotidiano de trabalho da/o profissional da enfermagem obstétrica voltado ao atendimento clínico e domiciliar, também é possível perceber uma ambiguidade. A assistência integral de qualidade perde o caráter abrangente para voltar-se a um nicho localizado nas classes de maior poder aquisitivo. Mesmo que ofereça uma abordagem alternativa ao modelo hegemônico hospitalar de intervenção médica historicamente presente na saúde desde o início do século XX, os profissionais demonstram uma aproximação com estratégias mercadológicas publicitárias de promoção da atividade. A assistência personalizada torna-se um atrativo profissional, um elemento distintivo e mercadológico de concorrência com outros profissionais, em processo similar ao analisado por Freidson (2009) na medicina clínica norte-americana, como uma profissão de consulta.

Recebido em 13 de janeiro de 2016.

Aceito em 16 de agosto de 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARKER, Kristin. A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, v. 47, n. 8, p. 1067-1076, 1998.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento F. *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV-XX)*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências da Educação). Universidade do Porto, Porto – Portugal.
- COCKBURN, Cynthia. *Machinery of dominance: Women, Men and Technical Know-How*. London: Pluto Press, 1985.
- CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm. *Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n. 75, p. s5-s23, 2001.
- DINIZ, Carmen Simone G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p. 627-637, Rio de Janeiro, 2005.
- DUBAR, Claude. *A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Porto, 2005.
- FARIA, Lina R. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. *Cadernos Pagu* (on line), n.27, p. 173-212, julho-dezembro, 2006.
- FEYER, Iara S.; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery*, n.17, p. 298-305, 2013.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 2ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- FREIDSON, Eliot. *Renascimento do profissionalismo. Teoria, profecia e política*. São Paulo: Edusp, 1998.
- _____. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Unesp, 2009.
- GEORGES, Isabel. Trabalho precário ou inclusão social econômica? O caso dos agentes comunitários da saúde (ACS) e dos agentes de proteção social (APS) da região metropolitana de São Paulo (RMSP), Brasil. In: *VI Congresso do ALAST*, México, 2009.
- GEOVANINI, Telma (org.). *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- GOFFMAN, Erving. The arrangements between the sexes. *Theory and Society*. University Park, PA, n. 4, p. 301-221, 1977.
- GRAMACHO, Rita de Cássia C.V.; SILVA, Rita de Cássia Velozo. Enfermagem na cena do parto. *Cadernos Humaniza SUS*, Brasília, p. 184-200, 2014.
- HIRATA, Helena. *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- HOCHSCHILD, Arlie Russell; MACHUNG, Anne. *The second shift*. New York: Penguin, 2003.
- JACOB, Carlos L. As Novas Institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trabalho e Educação*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 481-502, 2008.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-32, 2014.

LÔBO, Sara F. *O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais*. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

MAURICEAU, François. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées [...] 3ed.* Paris, 1681. Disponível em: <gallica.bnf.fr>. Acesso em: 16 abr. 2013.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, 2008.

MOREIRA, Almerinda. Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. In: GEOVANINI, Telma et al. *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MOTT, Maria L. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 108, p. 133-160, 1999.

NUNES, Michelly Christiny M. *Entre o idealizado e o possível: limites da assistência ao parto no Centro de Parto Normal de uma maternidade pública*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PEREIRA, Adriana Lenho de F. et al. *Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

ROUSH, Robert E. The development of midwifery – male and female, yesterday and today. *Journal of Nurse-Midwifery*, Silver Spring, MD, v. 24, n. 3, p. 27-37, May/June 1979.

SANTOS, Nara M. dos. *A humanização do parto em maternidades públicas de Goiânia: direitos reprodutivos e relações de poder*. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v.10, n. 2, p. 483-492, julho de 2002.