

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**TATIANA AUGUSTINHO ROCHA**

**AS PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS NA  
ÁREA OBSTÉTRICA NA IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS**



**Porto Alegre**

**2007**

**TATIANA AUGUSTINHO ROCHA**



**AS PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS NA  
ÁREA OBSTÉTRICA NA IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado, da  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal  
do Rio Grande do Sul como requisito parcial para  
a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia de Lourenzi  
Bonilha

**Porto Alegre**

**2007**

R672p Rocha, Tatiana Augustinho

As práticas de enfermeiras na área obstétrica na implantação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS / Tatiana Augustinho Rocha ; orient. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha. – Porto Alegre, 2007. 86 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumos em: Português, Espanhol e Inglês.

1. Enfermagem obstétrica: história. 2. Prática institucional. 3. Prática profissional. 4. Unidades hospitalares. 5. Políticas públicas de saúde. 6. Parto. 7. Enfermeiras obstétricas. 8. Pesquisa nos serviços de saúde: história. 9. Projetos de pesquisa. I. Bonilha, Ana Lucia de Lourenzi. II. Título.

Limites para indexação: Humano. LHSN – 449 NLM – WY 157

Formatado

Catálogo pela Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS  
Bibliotecária responsável: Michele Dias Medeiros CRB-10/1575

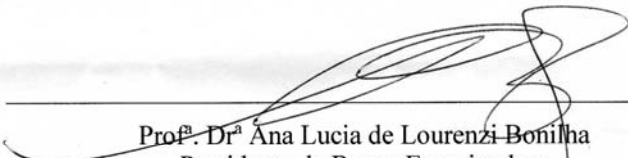
TATIANA AUGUSTINHO ROCHA

**AS PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS NA ÁREA OBSTETRICA DURANTE  
A IMPLANTAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
(1976–1984)**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

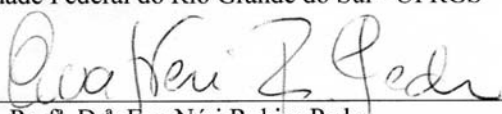
Aprovada em Porto Alegre, em 26 de setembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA



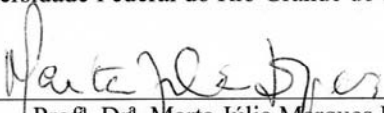
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
Presidente da Banca Examinadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS



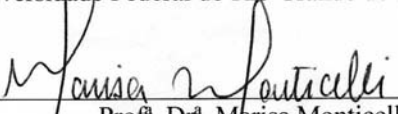
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eva Néri Rubim Pedro  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Júlia Marques Lopes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marisa Monticelli  
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

**Dedico este estudo aos meus pais,  
EVA e PAULO e,  
à minha irmã SIMONE**

## AGRADECIMENTOS

Todo sentimento de gratidão provém da necessidade de reconhecer as pessoas que contribuíram para a nossa trajetória. Devo muito a todos que compartilharam idéias e sentimentos, afinal somos a soma das decisões tomadas em função da subjetividade e do que consideramos como realidade. No entanto, há algumas pessoas que influenciaram de modo direto na criação, nas discussões e no resultado final deste estudo.

Agradeço à orientadora Ana Lucia de Lourenzi Bonilha pela amizade, carinho, dedicação e paciência. Seu acolhimento e estímulo foram fundamentais para o meu aprendizado. Por mais que eu escreva, acho que ainda é pouco para dizer o quanto você mudou minha vida e deu um novo rumo aos meus projetos pessoais.

Às integrantes da Banca de Qualificação, as professoras Ida Haunss Xavier, Marta Júlia Marques Lopes e Marisa Monticelli, pelas valiosas contribuições no delineamento do estudo. À professora Eva Néri Rubim Pedro que gentilmente aceitou participar da Banca de Defesa desta Dissertação e contribuiu enormemente na finalização e discussão do estudo.

Às colegas da Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, pelo incentivo e estímulo contínuo.

Aos colegas do Mestrado com os quais compartilhei alegrias, questionamentos e muito mate amargo e/ou café: Wilian Wegner, Cecília Drebes Pedron, Luccas de Melo, Micheline, Sílvia, Diego Schaurich, Paulo Fábio Pereira, Vivian Araújo. À amiga Martiela Torres pela torcida e pelo carinho.

Ao meu amigo Márcio Wagner Camatta, pelas contribuições reflexivas provenientes das discussões sobre pesquisa, docência e o papel do enfermeiro, além de outras questões de cunho filosófico e existencial.

Às arquivistas e às historiadoras do Centro de Memória da Escola de Enfermagem/UFRGS, pela disponibilidade e seriedade com que me auxiliaram na busca por imagens e outros textos referentes ao estudo, em especial: Juliana e Maura.

Às enfermeiras, colaboradoras deste estudo, que muito fizeram e acreditaram na profissão.

Ao incentivo financeiro concedido pela Coordenação de Aperfeiçoamento e Capacitação de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por meio da Pós-Graduação em Enfermagem.

Ao meu pai, Paulo, e à minha mãe, Eva, pelo carinho, pelo estímulo, pelo incentivo e pelo amor sem medidas. Sou grata por vocês acreditarem em mim e confiarem na minha capacidade. Vocês foram modelos de honestidade, persistência, amor e luta.

À minha irmã Simone que sempre me incentivou em tudo, é para mim um exemplo de coragem e determinação. Em muitos momentos, minha irmã foi minha amiga, confidente e crítica. Ao meu cunhado Sérgio pelas discussões, pela contribuição em história do Brasil e pelo respeito.

À minha irmã Sandra e ao meu cunhado Márcio pelo carinho e incentivo. Aos meus sobrinhos Paulo Henrique e Karol pelos momentos fraternos de lazer.

Às colegas do Grupo de Estudos da Mulher e do Bebê (GEMBE), pelo estímulo, pelo incentivo, pela criatividade e pelas valiosas opiniões. Um agradecimento especial à colega Virgínia Leissman pelo auxílio na análise dos dados.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por ter me concedido uma educação de alta qualidade pago pelos impostos dos cidadãos que labutam diariamente. Espero poder contribuir para melhorar a existência deste mesmo trabalhador e de sua família.

Às colegas da Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, que tanto me incentivaram neste momento do Mestrado.



Hospital de Clínicas de Porto Alegre em construção



Sala de Parto da Unidade de Centro Obstétrico, HCPA\*



Lado externo da Sala de Parto, HCPA\*



Sala de Deambulação da Unidade de Centro Obstétrico, HCPA\*



Porta frontal da Unidade de Centro Obstétrico. HCPA\*



Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Inauguração do prédio da Escola de Enfermagem, UFRGS\*

**“Intrusão  
O passado não reconhece o seu lugar:  
está sempre presente!”  
Mário Quintana, 2006, p.174**

\* Imagens cedidas pelo Centro de Memória da Escola de Enfermagem/UFRGS, nas imagens não há registro das datas.



## RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as práticas das enfermeiras na área obstétrica no atendimento à mulher no parto e o panorama sócio-político. O contexto foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no sul do Brasil. O recorte espaço-temporal compreende o período dos anos de 1976 a 1984, abrangendo a nomeação da comissão para a estruturação do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil (SEMI) e o final do mandato da primeira chefia do Serviço. Seguiu o referencial teórico da Nova História. Foram utilizadas as estratégias metodológicas da História Oral, cujo método de coleta de dados se dá por meio de entrevistas e leitura de documentos. A análise foi do tipo temática. Foram entrevistadas 12 colaboradoras, sendo que estas atuaram no momento da implantação do Serviço e ocupavam a função de enfermeira naquele momento. A criação do hospital significou uma inovação em saúde, no entanto os contextos políticos e sociais desenvolvimentistas contribuíram para que o paradigma tecnicista e intervencionista das décadas de 1970 e 1980 influenciasse sobremaneira as práticas empregadas pelas enfermeiras no atendimento ao parto. As práticas obstétricas realizadas por elas tinham as características predominantes de serem centradas no procedimento técnico e na atuação da enfermeira. Inicialmente, foi planejada sua atuação no ato de partejar, porém isto não foi concretizado. O processo de afastamento da enfermeira no partejar não foi passivo ou definitivo, no entanto propiciou a incorporação de outras atividades a seu desempenho no cotidiano hospitalar.

Descritores: História, Enfermagem Obstétrica, Prática Institucional.

## RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo conocer las prácticas de las enfermeras direccionadas a la atención de la mujer durante el parto y el contexto socio-político. El contexto es el *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (HCPA), en el sur de Brasil. El recorte espacio-temporal comprende el período de los años desde 1976 hasta 1984, abarcando el nombramiento de la comisión para la estructuración del Servicio de Enfermería Materno-Infantil (SEMI) y el final del mandato de la primera jefatura del Servicio. Siguió el referencial teórico de la Nueva Historia. Fue utilizado las estrategias metodológicas de la Historia Oral, cuyo método de recolección de datos se da por medio de entrevista y la lectura de los documentos. La análisis era del tipo temático. Fueron entrevistadas 12 colaboradoras siendo que ellas actuaron en el momento de la implantación del Servicio y ocuparon la función de enfermera en aquel momento. La creación del hospital significó una innovación en salud. Sin embargo, los contextos políticos y sociales desenvolvimentistas contribuyeron para que el paradigma tecnicista e intervencionista de las décadas de 1970 y 1980 influenciara sobremanera las prácticas empleadas por las enfermeras en la atención al parto. Las prácticas obstétricas realizadas por ellas poseían las características predominantes de ser centradas en el procedimiento técnico y en la actuación de la enfermera. Inicialmente, fue planeada su actuación en el acto de parto, no obstante, esto no fue concretizado. El proceso de alejar la enfermera del acto del parto no fue pasivo o definitivo, sin embargo propició la incorporación de otras actividades a su desempeño en el cotidiano hospitalario.

Descriptores: Historia; Enfermería obstétrica; Práctica institucional.

## ABSTRACT

This study has the objective of learning the nurses' practices within the obstetrics field addressed to the care of the woman during the delivery and the social and political context. The context was the *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* (HCPA) in the south of Brazil. The space and temporal approach of the study comprises the time frame from 1976 to 1984 with the nomination of the commission for the structure establishment of the Service of Maternal-Infantile Nursing (SEMI) and the end of the mandate of the first leading office of the Service. It followed the theoretical referential of the New History. It was used the methodological strategies of the Oral History, whose method of data collection is by means of interview and document reading. The analysis was the thematic one. Interview was carried out with 12 collaborators who acted at the moment of the implantation of the Service and who held the position of nurse at that occasion. The creation of the hospital meant an innovation on health. However, the developmental political and social contexts contributed for the technical and interventionist paradigm of the 1970's and 1980's to influence strongly the practices employed by the nurses upon the delivery care. The obstetrical practices performed by them had the predominant features of being centered in the technical procedure and in the performance of the nurse. At first, the performance of the nurse was planned in the act of the delivery; however this was not materialized. The process of moving the nurse away from the delivery act was not passive or definitive. Nevertheless, it favored the incorporation of other activities to her performances in the day-to-day hospital works.

Descriptors: History; Obstetric nursing; Institutional practice.

## **LISTA DE SIGLAS**

**EO – Emergência Obstétrica**

**FFFCMPA – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre**

**HU – Hospital Universitário**

**HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

**INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social**

**INPS – Instituto Nacional de Previdência Social**

**PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil**

**SEMI – Serviço de Enfermagem Materno-Infantil**

**UCO – Unidade do Centro Obstétrico**

**UFMA – Universidade Federal do Maranhão**

**UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**UIO – Unidade de Internação Obstétrica**

**URGS – Universidade do Rio Grande do Sul**

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1 – Pórtico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....38**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 METODOLOGIA DA HISTÓRIA ORAL .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 A História Oral .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Fonte de dados .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Colaboradores.....</b>	<b>26</b>
<b>2.4 Análise dos dados.....</b>	<b>27</b>
<b>2.5 Aspectos éticos .....</b>	<b>28</b>
<b>3 CONTEXTO DO PARTO INSTITUCIONALIZADO.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Aspectos sociais e políticos das décadas de 1970 e 1980.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 A necessidade de criar um hospital universitário.....</b>	<b>35</b>
3.2.1 Estrutura física.....	40
<b>3.3 A formação para o partejar.....</b>	<b>44</b>
<b>4 AS PRÁTICAS DA ENFERMEIRA EM OBSTETRÍCIA .....</b>	<b>54</b>
<b>4.1 A construção das práticas obstétricas da enfermeira.....</b>	<b>54</b>
4.1.1 Os procedimentos técnicos da enfermeira .....	54
4.1.2 A atuação da enfermeira em Obstetrícia.....	58
<b>4.2 Entre o idealizado e o concretizado.....</b>	<b>62</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semi-estruturada .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de compromisso do pesquisador.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE D – Termo de permissão de utilização de imagens .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO – Carta de aprovação do Comitê de Ética .....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Uma pesquisa pressupõe interesse sobre um determinado assunto e a necessidade de seu aprofundamento a partir das experiências vividas. A aproximação com o assunto do atendimento ao parto está relacionada com minha inserção no Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê (GEMBE) e é fruto de pesquisas sobre maternidade das quais participei durante a graduação. As pesquisas, conjuntamente com a docência, deram-me a oportunidade de perceber que à professora incumbe a possibilidade de modificar a situação de saúde dos indivíduos por meio do ensino e da reprodução de práticas, interferindo beneficentemente no contexto de saúde de toda uma população, inclusive, neste caso, no que se refere à saúde das mulheres e dos bebês.

Neste sentido, como marco conceitual desta pesquisa, tem-se o conceito de *práticas*, compreendendo as ações executadas pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e o parto visando auxiliar, observar e/ou intervir durante este processo, de acordo com a disponibilidade física, de equipamentos, de conhecimentos e de pessoal. As práticas dos profissionais em saúde são pensadas numa relação dialética entre os sujeitos e os grupos sociais, cuja dinâmica é determinada pelas relações entre a subjetividade dos indivíduos e o contexto objetivo, ou seja, as condições físicas e estruturais (LOPES, 1996). De acordo com Peduzzi (2006), as práticas em saúde se caracterizam por serem um conjunto de ações que unifica os indivíduos de alguma forma e reproduz aspectos da estrutura social, ou seja, são ações intrinsecamente sociais.

A melhoria das condições de saúde feminina é um dos focos das políticas de saúde existentes hoje. A maior incidência de morte em mulheres acontece durante a fase reprodutiva, mais especificamente relacionada ao trabalho de parto e o parto em si. A morte materna, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais” (OMS, 1998 *apud* BRASIL, 2004, p. 112).

A razão da mortalidade materna em 1996 era de 51,9 e passou, em 1998, para 50 por 100 mil nascidos vivos no país (BRASIL, 2004). A região sul, em 2001, aproximou-se da média nacional, ficando em 52,19 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Estas médias são

extremamente altas se comparadas a países europeus, nos quais a média apresenta-se em torno de 6 a 10 óbitos por 100 mil nascidos vivos, ou países como o Japão, onde a média é de 1,8.

No Brasil, estratégias e recomendações internacionais têm sido implementadas com o propósito de diminuir as taxas de mortalidade de mulheres em idade fértil, entre outras encontra-se a inserção de não médicos no atendimento ao parto. Iniciativa esta recomendada por organizações internacionais como a FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, a ICM – Internacional Council Midwifery e a WHO – World Health Organization (ICM, 1999). Estima-se que mais de 90% dos casos de morte de mulheres em idade fértil poderiam ser evitados com pré-natal e assistência adequada durante o parto (BRASIL, 2001). Para que este atendimento seja efetuado de modo a seguir as recomendações internacionais, foi emitida pelo Ministério da Saúde a Portaria de número 2.815 de 29 de maio de 1998, a qual concede à enfermeira obstétrica, única classe profissional legalmente habilitada a atender partos, o pagamento pela realização de partos normais em hospitais e em domicílios (BRASIL, 1998).

Recentemente, as tentativas de inserção das enfermeiras nas práticas do partejar têm encontrado grande resistência por parte de profissionais médicos na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul<sup>1</sup>. No entanto, a realização do parto por não médicos não é uma novidade nesta cidade. Até a primeira metade da década de 1950, pouco mais de 50% dos partos eram realizados em ambiente hospitalar. Isto implica dizer que um número significativo ocorria em ambiente doméstico e era atendido provavelmente por parteiras (BRANDÃO, 1998). A partir da segunda metade da década de 1950, o atendimento ao parto sofreu mudanças significativas, pois passa a ser um evento eminentemente hospitalar (BONILHA; SANTO, 2000). O partejar no ambiente hospitalar torna-se primeiramente uma atividade da enfermeira e, no final da década de 70, gradualmente, médica.

Tendo-se como pressuposto as idéias de Padilha e Borenstein, nas quais “essa relação entre o passado e o presente se estabelece na busca do conhecimento, de maneira a se questionar o passado numa série de questões que são o ‘agora’. Esse ‘agora’ provavelmente influenciará no futuro da profissão” (2006, p. 536), ou seja, entender o passado pode trazer a compreensão do presente e contribuir para caminhos futuros. Assim, primeiramente, faz-se necessário recuperar alguns fatos do passado de modo a subsidiar as discussões.

---

<sup>1</sup> Informes publicados pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) nas edições do jornal de circulação local Zero Hora nas datas de 16 de maio de 2005, p.13; 19 de maio de 2005, p.3; 11 de maio de 2005, p.41, alertando a população de que o parto realizado por enfermeiras em um hospital da rede pública seria supostamente uma irregularidade.



A atividade de partejar é uma das mais antigas no país, porém o ensino das práticas obstétricas no Brasil ocorreu de forma sistemática a partir de 1832, quando iniciou na Bahia o primeiro curso de partos. Na cidade de Porto Alegre, o Curso de Partos teve início em 1897, junto à Cátedra Médica da Faculdade Livre de Medicina e tinha como campo prático as dependências da Santa Casa de Misericórdia. De acordo com Brandão (1998), estes cursos foram criados sob o argumento de que as mulheres estavam morrendo em demasia devido à falta de higiene das parteiras, portanto era necessário capacitá-las para diminuir os riscos e prejuízos às parturientes.

Os cursos de partos anexos às Cátedras Obstétricas das Faculdades de Medicina funcionaram até o início da década de 1950. Uma das possíveis causas de sua extinção foi a Lei de número 775, de 4 de agosto de 1949, que dispunha sobre o ensino das parteiras, legando às Faculdades de Enfermagem a possibilidade de se adequarem facultativamente iniciando a formação de obstetrizas (JORGE, 1976). Assim, a responsabilidade pelo ensino do partejar foi legada às Faculdades de Enfermagem. Neste período e até a primeira metade do século XX, a maioria dos partos era realizada pela parteira no domicílio da parturiente e as práticas usadas consistiam em massagens, uso de óleos, proteção do períneo e atitude expectante em relação ao parto (VIEIRA, 2003).

A partir da segunda metade da década de 1950 e durante os anos de 1960, o número de partos em ambiente hospitalar tornou-se significativo (BRANDÃO, 1998). O parto, com a sua institucionalização, gradualmente passou a ser visto como um evento passível de risco para a mãe e o bebê e incorporou intervenções como indução do parto com hormônios, número aumentado de toques vaginais, realização de episiotomias de rotina, além da ocorrência do aumento do número de cesáreas.

Durante a década de 1960, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) formou apenas uma turma de sete alunas sob o título de “enfermeira obstétrica”<sup>2</sup> de acordo com o Parecer 271/62<sup>3</sup>. Em 1971, houve mais uma turma de enfermeiras obstétricas, a qual diplomou quinze alunas<sup>4</sup>. A partir de 1972, com a Resolução

---

<sup>2</sup> Registros do número 157 a 163 no Livro de Diplomas (fls 20-V e 21-F), em 18 de dezembro de 1967. Arquivo da Escola de Enfermagem/UFRGS.

<sup>3</sup> De acordo com o Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação, o currículo mínimo do Curso de Obstetrícia foi fixado em três anos. O artigo 3º refere que “A enfermeira poderá completar o Curso de Obstetrícia com mais um ano de estudos das matérias que para tanto lhe faltarem; analogamente, a obstetritz poderá completar o Curso de Enfermagem”. O artigo 4º acrescenta: “Os Cursos de Enfermagem e de Obstetrícia poderão articular-se por meio de um tronco em comum de dois anos, organizado pelas escolas em seus regimentos”.

<sup>4</sup> Registros do número 384 a 398 no Livro de Diplomas (fls 48-V e 51-F) em 20 de janeiro de 1972. Arquivo da Escola de Enfermagem/UFRGS.

de número 4/72, de 25 de fevereiro, a formação na área obstétrica poderia efetivar-se na modalidade de habilitação, ou seja, a graduação poderia ter um tronco profissional comum e mais um ano de habilitação.

O final da década de 1970 foi marcado por uma séria crise social, incluindo-se nela a atenção à saúde. Até então, as medidas curativas e hospitalocêntricas no sistema de saúde não haviam gerado o impacto esperado sobre os índices de morbimortalidade e a sociedade passou a questionar o modelo assistencial existente. Do descontentamento da população, surgiu o movimento sanitaria brasileiro tendo como seus principais alicerces o aumento da cobertura em saúde, o atendimento centrado na prevenção de doenças e a descentralização do hospital como o melhor local de atendimento. A enfermagem passa a ocupar outros espaços fora do ambiente hospitalar, no entanto o atendimento ao parto ocorre quase exclusivamente no hospital, e o trabalho das enfermeiras na área obstétrica nas décadas de 1970 e 1980 restringe-se ao hospital bem como grande parte de sua formação.

No contexto do parto institucionalizado, o modelo biomédico cresceu enormemente e se fortaleceu a partir das décadas de 1970 e 1980. Este modelo caracteriza-se por centralizar o atendimento no profissional médico e primar pelo uso da tecnologia dura. Neste estudo, quando é empregada a palavra tecnologia, tem-se por princípio a divisão das tecnologias em saúde em três categorias: a) leve: expressa-se como processo da comunicação, por meio do vínculo, das relações; b) leve-dura: inclui os saberes que operam como disciplinas, por exemplo, a odontologia, a farmácia, a enfermagem; c) dura: é representada pelo equipamento mobiliário e de consumo (MEHRY, 2002).

Além de supervalorizar medidas curativas em detrimento das preventivas, o modelo biomédico consagrou o hospital como o melhor local para o atendimento da população em geral, especialmente da parturiente. O parto passa a constituir-se em um evento tecnificado e biomédico, predominando a cesárea como forma de nascer (DUTRA, 2005). O fundamento de tal modelo provém do modelo cartesiano, o qual separa corpo e mente, o corpo como atributo palpável, passível de intervenção para a cura e dissociado do ambiente social. Este modelo de atenção à saúde marca profundamente a formação da Enfermagem e da Medicina (RIZZOTO, 1999). As práticas da enfermeira na área obstétrica foram planejadas a partir deste paradigma.

As práticas dos profissionais foram e são construídas de acordo com as mudanças históricas, legitimadas pelos discursos oficiais e reproduzidas por meio do ensino. Ressalta-se que a vinculação entre estas instâncias nem sempre ocorre de forma conjunta e guiada pelo mesmo paradigma, pois uma série de fatores, entre eles os diferentes interesses e concepções

ideológicas dos indivíduos, mistura-se a este processo de evolução contínua das instituições e relações. Exemplo destas mudanças e divergências de interesses encontram-se nas práticas das enfermeiras na atenção às mulheres durante o parto ao longo de sua história.

O momento desta pesquisa compreende duas fases políticas que correspondem à crise do Regime Militar e à Reabertura Democrática. Então, o estudo transcorre a partir do momento em que o Regime Militar entra em colapso e o descontentamento da população é percebido por meio de uma série de greves nos hospitais universitários que eclodem em todo o território nacional (SOUTO-DE-MOURA; SOUTO-DE-MOURA, 1997). No entanto, pouco se sabe sobre a atuação da enfermeira neste momento. Deste modo, em vista da escassa bibliografia sobre as práticas de enfermagem na área obstétrica no interior das instituições hospitalares, recorreu-se à Nova História para conhecê-las.

Assim, esta pesquisa tem por objetivo **conhecer as práticas das enfermeiras na área obstétrica na implantação do serviço na área obstétrica em unidades hospitalares direcionadas ao atendimento da mulher durante o trabalho de parto do HCPA e o contexto sócio-político**. Seguem-se os pressupostos da Nova História e as estratégias metodológicas da História Oral.

O foco deste estudo consiste nas práticas das enfermeiras durante o parto, portanto é relevante mencionar o que vem a ser o parto e o trabalho de parto. A bibliografia da área obstétrica (ARMELLINI; RIFFEL, 2006; FREITAS, 2006; BOURROUGHS, 1995, LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002) não distingue as terminologias parto e trabalho de parto. Em vista deste entendimento, neste trabalho adotou-se parto como sinônimo de trabalho de parto. Desta forma, compreende-se o parto como um processo ampliado, visto que, com a institucionalização do parto, a mulher fica hospitalizada por um período que varia de mais ou menos três dias para o parto normal e quatro para o parto cirúrgico. Durante o tempo da internação da mulher, quase todas as práticas da enfermeira são vinculadas ao parto.

O recorte espaço-temporal do estudo compreende o período dos anos de 1976 a 1984, que abrange desde a nomeação da Comissão para a estruturação do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil (SEMI), no qual congrega as Unidades de atendimento à mulher durante o trabalho de parto, até o final do mandato da primeira chefia do Serviço. Como recorte institucional tem-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pois, além de ser um local de implementação de práticas, é um contexto de formação.

No período pesquisado, vigorava a lei do exercício profissional de número 50.387/61, cujas disposições incumbiam às obstetrias e às parteiras acompanhar o parto e o puerpério normais e solicitar a presença do médico na vigência de alguma anormalidade, além de

possibilitar a estas profissionais prestarem assistência à mulher em ambiente hospitalar e em domicílio (SANTOS *et al*, 1997). Assim, de acordo com a legislação, as parteiras, obstetrias e enfermeiras obstétricas tinham autonomia para atuar em diversos âmbitos e decidir a necessidade da presença médica.

No Brasil, o contexto social e político das décadas de 1970 e 1980 corresponde ao período da Ditadura Militar iniciada com o Golpe Militar em 1964, estendendo-se até o ano de 1985, quando ocorre o movimento das “diretas já”, que, entre outras propostas, preconizava eleições por voto democrático. Didaticamente, divide-se o período militar em 4 estágios: Burocrático-Autoritário (1964-1968), Milagre Brasileiro (1968-1974), crise do Regime Militar (1974-1980) e Reabertura Democrática (1980-1985) (SOUTO-DE-MOURA; SOUTO-DE-MOURA, 1997).

Fato relevante para esta pesquisa ocorreu anteriormente ao momento pesquisado no período Burocrático-Autoritário. Trata-se do lançamento da Lei Orgânica da Previdência Social de número 3.807, de 26 de agosto de 1960, estabelecendo a extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) e criando um regime geral único de previdência social para todos os trabalhadores regidos pelo Código de Leis Trabalhistas (CLT) (BRASIL, 1960). Esta unificação dos IAP's só ocorreu em 2 de janeiro 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O aumento substancial do contingente de assegurados e a conseqüente necessidade de ampliação do sistema de saúde fizeram com que o governo militar optasse por alocar os recursos na forma de convênios e contratos com médicos e hospitais pagando-os pelo serviço produzido, denominado de pró-labore (POLIGNANO, 2001). Um destes “serviços” produzidos era o parto, pago direta e somente aos médicos e hospitais conveniados ao INPS.

Os períodos de maior importância para esta pesquisa são a crise da Ditadura Militar e a Reabertura Democrática. O Milagre Brasileiro é relevante para se entender como ocorrem os momentos políticos seguintes.

Marcando o Milagre Brasileiro, lançado pelo presidente Emílio Médici, o I Plano Nacional de Desenvolvimento - IPND (1972-1974) - iniciou um período de grande crescimento econômico às custas de capital estrangeiro. Com o expressivo crescimento econômico do país, por meio de convênios e contratos, houve grande investimento no complexo sistema médico-hospitalar, sendo que este processo persistiu durante as fases seguintes da crise e da Reabertura Democrática. Como efeito deste fato, houve a ampliação do número de hospitais em todo o país, durante a década de 1980, tais como a criação do hospital

universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1980<sup>5</sup> e a parte materno-infantil do HU da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em 1984<sup>6</sup>. Os investimentos nos setores de maior complexidade em saúde correspondiam às idéias de incremento das tecnologias duras.

Baseado no modelo das tecnologias duras, ocorreu a conclusão do hospital desta pesquisa, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), integrante da rede de hospitais universitários, ligado ao Ministério da Educação e Cultura e vinculado academicamente a uma universidade pública. A construção do HCPA teve início na década de 1940, com a maternidade passando a funcionar somente em abril de 1980.

Concomitantemente à abertura de hospitais universitários, no âmbito do ensino, ocorreu o que Osava (1997) denominou de “boom” das escolas médicas em todo o país, pois houve incremento considerável do número de faculdades médicas no Brasil durante as décadas de 1970 e 1980.

A Nova História foi utilizada como um suporte teórico. O referencial teórico da Nova História permite empregar os procedimentos metodológicos da História Oral, pois, além de utilizar fontes não oficiais, pressupõe interagir e coletar os dados diretamente com os protagonistas do cenário do parto nas décadas de 1970 e 1980.

A Nova História surgiu no final da década de 20, na França, com o movimento iniciado na criação da revista *Annales d'Histoire Économique et Sociale* por Lucien Febvre e Marc Bloch (BURKE, 1992). Este movimento caracterizou-se por revolucionar a história tradicional ao postular que toda a atividade humana, não apenas a vida e os fatos “heróicos”, são passíveis de serem reconstruídos historicamente.

A documentação analisada foi suporte acessório, pois a fundamentação do trabalho se deu por meio de entrevistas de acordo com o preconizado pela metodologia da História Oral. A Nova História possibilita o emprego de outros recursos para a coleta de dados, como neste caso, e ainda possibilita estudar as estruturas sem ater-se unicamente a aspectos cronológicos para a narrativa histórica. Compartilha-se nesta pesquisa do ponto de vista de alguns pesquisadores que vêem na pesquisa histórica uma oportunidade de envolvimento não isento do processo do descortinar dos fatos.

Assim, a história oral mostra-se uma estratégia útil para contar uma “outra” história, na medida em que possibilita contar a história noutra perspectiva, para além dos documentos

---

5 Informações obtidas do site do Hospital Universitário da UFSC. Disponível em <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 05 jun. 2007.

6 Informações obtidas do site do Hospital Universitário da UFMA. Disponível em <<http://www.huufma.br/site/web/historico.html>>. Acesso em 05 jun. 2007.

oficiais e ainda propõe um caminho para a pesquisa. Diante disto, a seleção dos dados a serem analisados durante a pesquisa foi feita em função do objetivo deste estudo.

A partir da história temática das colaboradoras, na qual “detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central” (MEIHY, 1996, p. 41), foi realizado o registro das idéias e impressões acerca das práticas efetuadas no momento de implantação do hospital. Com esta pesquisa, uma parte da trajetória de enfermeiras na área obstétrica será registrada e preservada.

Deste modo, o fato que originou esta pesquisa consiste na mudança das práticas das enfermeiras, que deixaram de realizar o parto, mesmo possuindo o devido respaldo legal. O presente estudo analisa, por meio das práticas utilizadas pelas enfermeiras, como alguns fatores contribuíram para a retirada destas profissionais do partear em um hospital universitário na capital gaúcha, local no qual o ensino de tais práticas talvez devesse ser estimulado.

Assim, este estudo compõe-se de cinco capítulos, tratando o primeiro de sua apresentação

O segundo capítulo deste estudo retrata a metodologia utilizada, a qual segue os percursos recomendados pela História Oral. Esta estratégia metodológica requer imprescindivelmente a entrevista como forma de coleta de dados.

O terceiro capítulo tem como ponto central contextualizar o momento sócio-político e de formação em que ocorreu a implantação do serviço voltado ao atendimento da mulher durante o parto. A necessidade de construção do hospital universitário indica alguns elementos do panorama de atendimento ao parto e da formação profissional. Este capítulo foi subdividido em contexto sócio-político das décadas de 70 e 80, a necessidade de um hospital universitário e a formação para o partear.

O quarto capítulo discorre sobre as práticas efetuadas e demonstra a ideologia subjacente predominante por meio da análise das práticas; divide-se em procedimentos técnicos e a atuação da enfermeira. No que diz respeito ao idealizado e ao praticado, analisa os embates em torno do que deveria ser desenvolvido pela enfermeira e o que de fato era executado e praticado.

No último capítulo têm-se a retomada de alguns aspectos apresentados no transcorrer do trabalho e as suas implicações nas práticas de enfermagem na área obstétrica.

## **2 METODOLOGIA DA HISTÓRIA ORAL**

### **2.1 A História Oral**

Este é um estudo qualitativo, histórico, que, de acordo com os pressupostos da Nova História, utiliza como método a História Oral e tem por recorte espaço-temporal o intervalo de 1976 a 1984, período demarcado pelos acontecimentos da emissão da Portaria do HCPA de número 22, do ano de 1976, a qual designava a comissão de implantação dos serviços voltados ao atendimento da mulher durante o parto. Abrange o período final da primeira chefia de enfermagem, em 1984, concluindo o ciclo inicial de implantação das Unidades.

Ao falar em História, faz-se necessário clarificar alguns termos, tais como História, historiografia e história. Para tanto, fez-se o uso dos conceitos de Cardoso (2002), no qual História significa uma disciplina institucionalizada que fornece os instrumentos teóricos, conceituais e metodológicos, além do conhecimento historiográfico; historiografia diz respeito ao discurso que o historiador de carreira tece acerca do passado, e história como o processo de viver em coletividade, ou seja, “o que os seres humanos cotidianamente viveram no passado e vivem hoje, sempre estabelecendo relações entre si e com as coisas” (2002, p.133). Então, um trabalho de História tenta “reviver” um passado não longínquo do presente, ou seja, recria a história por meio da historiografia (CARDOSO, 2002).

Por muito tempo a historiografia ocupou-se de contar a História da vida de grandes heróis e personalidades públicas. No entanto, seguindo a vertente marxista que tende a dar “voz” aos socialmente considerados marginalizados (THOMPSON, 1992), surgiu uma nova forma de historiografar o cotidiano de maneira mais democrática denominada de Nova História.

A Nova História permite outras formas de questionar as fontes, ou seja, os registros do passado são construídos pelo historiador, além disso propicia a utilização de fontes consideradas não oficiais, afastando a idéia de neutralidade, admitindo a influência subjetiva nas análises e na criação das próprias fontes (BURKE, 1992). Assim, a Nova História possibilita o emprego de outros recursos para a coleta de dados, como é o caso da estratégia metodológica da História Oral, e ainda possibilita estudar as estruturas sem ater-se unicamente aos aspectos cronológicos para a narrativa histórica.

As principais características da Nova História foram resumidas por Burke (1992) em seis pontos principais: 1) toda atividade humana é passível de virar uma narrativa histórica; 2) não se ater exclusivamente à narrativa dos acontecimentos, mas analisar-lhe as estruturas; 3) tornam-se relevantes as opiniões e as experiências de mudança social das pessoas comuns, é a “história vista de baixo”; 4) é freqüente o uso de fontes não oficiais, como é o caso da História Oral e da análise de imagens; 5) há a interação com as fontes, ou seja, novas questões são colocadas pelo historiador; 6) afasta a idéia de neutralidade do historiador, admitindo a influência da subjetividade nas análises. Assim, a História Oral advém dos conceitos da Nova História e se adequa aos propósitos deste estudo.

Para Alberti (2004, p.18), a História Oral é um método de pesquisa que “privilegia a realização de entrevistas com as pessoas que participaram de ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo como forma de se aproximar do objeto de estudo”. Esta aproximação com o objeto de estudo confere à História Oral características peculiares. Amado e Ferreira (2001) assim sintetizam as idéias de Mikka (1988) acerca das características da História Oral: a) no testemunho oral o núcleo de investigação obriga o investigador a levar em conta outras relações tais como escrita e oralidade, memória e história ou tradição oral e história; b) possibilita tornar visível, por meio da história pessoal de alguns atores, a trajetória de grupos, muitos dos quais socialmente marginalizados ou excluídos; c) os documentos são fruto de um diálogo, fazendo com que não haja uma rígida separação entre sujeito/objeto de pesquisa; d) as entrevistas são legitimadas como fonte, seja por seu valor informativo, seja por seu valor simbólico, incorporando elementos e perspectivas ausentes de outras práticas históricas como a subjetividade, as emoções ou o cotidiano; e) a história do tempo presente torna-se objeto de pesquisa da reflexão da história; f) na História Oral, o objeto de estudo do historiador é recuperado e recriado por intermédio da memória dos informantes, a memória passa a nortear as reflexões.

Por utilizar a memória dos colaboradores como fonte principal de pesquisa, têm-se o viés da “distorção” na hora de relatar o que ocorreu e a falha de memória, no entanto tais fatos não são considerados negativos. Sobre este dado, Alberti argumenta que se deve:

[...] incluir tais ocorrências em uma reflexão mais ampla, perguntando-se por que razão o entrevistado concebe o passado de uma forma e não de outra e por que razão e em que medida sua concepção difere (ou não) das de outros depoentes” (2004, p.19).



Assim, a memória deve ser entendida como uma relação de representação entre a “imagem presente e a de um objeto ausente, valendo aquele por este” (BORENSTEIN, 1998, p.65).

A representação do passado reconstruída pela estratégia da História Oral possui duas modalidades principais: a história de vida e a história temática. Este estudo se desenvolve sob o jugo da história oral temática, visto que permite, por meio de vivências e impressões pessoais, contar a história de um determinado grupo ou instituição (ALBERTI, 2004).

## 2.2 Fonte de dados

A partir do momento em que se opta por fazer um estudo histórico baseado na Nova História, objetiva-se ampliar o conhecimento além do que costumeiramente é dito ou escrito, pois em alguns casos os registros são escassos. Assim, Borenstein (1998) indica como principal meio de trabalho a história oral e como método a entrevista.

A entrevista é o principal método de coleta de dados em História Oral. Ela é caracterizada por estabelecer uma relação entre “pessoas diferentes, com experiências diferentes e opiniões também diferentes, que têm em comum o interesse por determinado tema, por determinados acontecimentos e conjunturas do passado” (ALBERTI, 2004).

A entrevista foi a forma de coleta de dados, realizada pela autora do estudo, constituindo-se em uma conversa continuada, podendo ou não utilizar um roteiro previamente estabelecido (BOREINSTEIN, 1998). Optou-se por utilizar um roteiro para a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A). O tempo de duração das entrevistas variou de quinze minutos a quatro horas.

O espaço para as entrevistas foi combinado conforme a escolha das colaboradoras, em muitos momentos realizadas em seu domicílio ou local de trabalho.

Uma das exigências da História Oral é registrar as falas; neste caso foi utilizado um gravador digital, ou seja, MP3 player de 512 MB de memória. E para a execução das entrevistas empregou-se o *Windows Media Player*<sup>®</sup>. As transcrições foram feitas pela autora do estudo.

Durante as entrevistas, houve dificuldade de disponibilidade de horários dos entrevistados, sendo que uma delas realizou-se às 3 horas da madrugada. Além disso, a não aceitação de pelo menos dois potenciais colaboradores de pesquisa que não queriam falar

sobre o assunto foi outro empecilho encontrado. E por último, houve o problema do tempo despendido para a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa.

As principais fontes de dados foram as entrevistadas transcritas, no entanto houve o emprego de documentos acessórios. Assim, as documentações analisadas para responder as questões do estudo foram as seguintes:

- documentos diversos do Centro de Memória da Escola de Enfermagem (correspondências e relatórios institucionais);
- jornais de circulação local do Centro de Documentação e Informação;
- publicações da área, tais como teses e dissertações, artigos tanto da Enfermagem quanto de outras áreas, por exemplo, Ciências Sociais;
- o relato oral principalmente.

A documentação analisada foi suporte acessório, pois a fundamentação do trabalho se deu por meio de entrevistas de acordo com o preconizado pela metodologia da História Oral. A Nova História possibilita o emprego de outros recursos para a coleta de dados como neste estudo e ainda possibilita estudar as estruturas sem ater-se unicamente a aspectos cronológicos para a narrativa histórica. Foi aplicado o teste de fidedignidade das informações coletadas que, segundo Thompson (1992), consiste na busca pela consistência interna dos dados, fazendo a conferência cruzada de detalhes de outras fontes, confrontando as evidências com um contexto mais amplo.

### **2.3 Colaboradores**

Emprega-se o termo colaborador, pois, segundo Meihy (1996, p.28), “[...] colaborador é um termo importante na definição do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado”. É fundamental sobretudo porque estabelece uma relação de afinidade entre os pares. Desta forma, o entrevistador deixa de olhar o entrevistado como objeto de pesquisa, comprometendo-se de modo empático e sensível com os atores envolvidos e a história narrada.

Entre os critérios de inclusão dos colaboradores, constam os seguintes:

- ter exercido profissão de enfermeira obstétrica na implantação do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil no referido hospital, podendo ou não ser docente;

- ter assinado termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A escolha dos colaboradores foi intencional e estratégica, visto que interessou ao estudo quem vivenciou intensamente o assunto estudado (THOMPSON, 1992). O nome e o endereço das colaboradoras foram obtidos por meio da indicação de outro colaborador, considerando a relevância do mesmo na implantação do Serviço.

Com relação ao número de colaboradores, de acordo com Alberti (2004), o número de entrevistados é determinado pelo conteúdo das entrevistas ao contemplar o assunto em estudo. O número de colaboradoras foi finalizado tendo em vista a repetição das informações.

Foram entrevistadas 12 colaboradoras, ou seja, todas as enfermeiras que trabalharam no período da implantação do SEMI e nos primeiros anos de funcionamento. Destas, apenas quatro não possuíam especialização em Obstetrícia; entre as colaboradoras que tinham formação específica para atuarem junto ao parto, destacam-se as habilitações ou formações de acordo com o regime do Parecer 271 de 1962 do Conselho Federal de Educação, tendo elas recebido o título de “enfermeira obstétrica”. Uma das entrevistadas foi docente da área de Neonatologia e foi escolhida devido ao seu envolvimento e conhecimento do HCPA e a implantação do SEMI. Do total de entrevistadas, sete foram professoras do quadro efetivo da Escola de Enfermagem da UFRGS e uma foi professora substituta, ou seja, esta última em algum momento participou da construção do conhecimento acadêmico e das práticas no atendimento ao parto.

## **2.4 Análise dos dados**

Para a análise dos dados foi empregada a análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2000). Essa análise permite o aprofundamento argumentativo de duas formas: por meio da análise da frequência como caráter objetivo e científico; por meio da superação da mera descrição, o que lhe possibilita atingir, mediante inferência, uma interpretação mais aguda. Desta forma, em um primeiro momento, parte de um nível mais superficial de entendimento e, posteriormente, atinge um nível aprofundado, ao relacionar os significados e os processos sociais (MINAYO, 2000).

A técnica de análise de conteúdo do tipo temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma

coisa” (MINAYO, 2000, p.209) no que se refere ao objetivo do estudo, neste caso, o que for referido sobre as práticas obstétricas de enfermeiras utilizadas no SEMI do HCPA no período de 1976 a 1984. As etapas da análise temática, propostas por Minayo (2000), apropriadas neste estudo, são as seguintes:

1º) Pré-análise: na qual se fez a leitura flutuante, a organização do material com leitura exaustiva, observando-se a pertinência, a representatividade e a homogeneidade dos documentos para determinar as unidades de registro e os recortes.

2º) Exploração do material: neste momento, buscou-se encontrar o núcleo de compreensão do texto, identificando as unidades de registro que podem ser “uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento” (MINAYO, 2000, p.210). Em seguida efetivou-se a agregação dos dados em categorias.

3º) Tratamento dos resultados obtidos: na última etapa foram realizadas a interpretação e a inferência prevista no quadro teórico do estudo que, neste caso, se caracteriza pela inspiração na Nova História.

Após todas as etapas descritas por Minayo (2000), obtiveram-se os seguintes temas e subtemas:

#### O CONTEXTO DO PARTO INSTITUCIONALIZADO

O contexto sócio-político das décadas de 1970 e 1980

A necessidade de criar um hospital universitário

A formação para o partejar

#### AS PRÁTICAS DA ENFERMEIRA EM OBSTETRÍCIA

As práticas da enfermeira

Entre o idealizado e o concretizado

## 2.5 Aspectos éticos

O pesquisador solicitou permissão para a coleta de dados sobre o HCPA e comprometeu-se junto à instituição pesquisada com a responsabilidade dos dados e sua utilização, de modo a preservar e não realizar uso indevido de dados coletados (APÊNDICE B).

De acordo com a Resolução 196/96, foi oferecido aos colaboradores um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C). O pesquisador esclareceu que o

colaborador poderia desistir de participar da pesquisa quando lhe aprovesse, sem que isto lhe acarretasse quaisquer danos ou sanções e ainda lhe garantiu o direito ao anonimato.

A pesquisa teve seu início após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (ANEXO). Grande parte das imagens utilizadas neste estudo é proveniente do acervo do Centro de Memória da Escola de Enfermagem com deferimento da Direção da Escola (APÊNDICE D).

### **3 CONTEXTO DO PARTO INSTITUCIONALIZADO**

O parto foi institucionalizado no ambiente hospitalar de forma mais intensiva durante as décadas de 1950 e 1960. Múltiplos fatores do contexto sócio-político das décadas seguintes serviram para consolidar o parto como evento eminentemente hospitalar, entre eles o investimento nos setores de maior complexidade na área de saúde.

O partejar não se restringiu a uma única profissão, este conhecimento permeou a formação de parteiras, de enfermeiras e de médicos em diferentes momentos dentro dos hospitais universitários.

Neste capítulo discutiremos os aspectos conjunturais sócio-políticos que embasaram a implementação do parto hospitalar, bem como a necessidade da UFRGS de ter um hospital universitário próprio como campo de estágio. E, por último, como se deu no âmbito do ensino e da prática, o trânsito do conhecimento do partejar entre os diferentes profissionais. Estas seções dizem respeito a fatores contextuais que, em alguma medida, influenciaram as práticas das enfermeiras e dos profissionais na área obstétrica.

#### **3.1 Aspectos sociais e políticos das décadas de 70 e 80**

Em 26 de agosto de 1960, foi emitida a Lei Orgânica de Previdência Social de número 3.807, iniciando o processo de unificação da previdência social brasileira, antes dividida em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) organizados por categorias profissionais. Após o golpe militar de 1964, os cargos diretivos das IAP's passam a ser de responsabilidade de juntas interventoras nomeadas pelo governo militar (POLIGNANO, 2001). A unificação da previdência tem sua consolidação em 02 de janeiro de 1967, denominada de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Com a criação do INPS, o governo militar, ao incorporar os benefícios oferecidos pelas IAP's, também precisou assegurar o atendimento médico aos contribuintes. De acordo com Polignano (2001), o sistema previdenciário precisou ampliar a oferta de serviços. Para tanto escolheu alocar os recursos na iniciativa privada, de modo a obter o apoio de camadas importantes e influentes da sociedade. Assim, o governo passou a fazer convênios com

hospitais e médicos, estes últimos sendo pagos pela produção de serviços (pro-labore), capitalizando este segmento da sociedade (POLIGNANO, 2001). O acúmulo de verbas no setor hospitalar e médico gerou o efeito cascata de maior uso de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, características estas que acompanharam o período estudado. De acordo com Costa (1992), a unificação da previdência foi o “golpe de misericórdia” para que as parteiras deixassem de realizar partos, assim enfermeiras e parteiras foram paulatinamente deixando de atender a mulher durante o período expulsivo.

Quando a revolução sexual de 1968 chegou ao Brasil, um dos maiores impactos incidiu na liberdade sexual com o uso de pílulas contraceptivas, na possibilidade de a mulher trabalhar, decidir o número de filhos e dedicar mais tempo à carreira. Tal fato refletiu-se na demografia de um modo geral.

No contexto da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, as políticas nacionais, de modo geral das décadas de 60 e 70, caracterizam-se pelas constantes políticas de arrocho salarial, altos níveis de concentração de renda, más condições de trabalho, moradia e alimentação o que influenciou negativamente as condições de saúde do trabalhador brasileiro (CORREA, 1996). Com tais políticas, o trabalho feminino passou a ser cada vez mais importante para a subsistência da família.

No que diz respeito às mulheres, a taxa de fecundidade total no Brasil apresentou uma queda generalizada: em 1970 era de 5,7% filhos, 1980 era de 4,3% e, em 1984, passou para 3,5% (BARROSO, 1987). Sob o aspecto social, de acordo com Barroso (1987), uma série de fatores contribuiu para a queda da fecundidade total: a urbanização (aumento dos custos com as crianças); a proletarização da força de trabalho rural (o consumo de produtos fabricados torna mais alto o custo de vida para cada indivíduo, impedindo o aumento do número de filhos); o trabalho assalariado da mulher (arranjos para o cuidado da prole e práticas discriminatórias do empregador para com as mulheres com muitos filhos) e a expansão dos meios de comunicação (mais condições de escolher quando engravidar).

Com essa maciça inclusão na força de trabalho, de acordo com Souto-de-Moura e Souto-de-Moura (1997), no final da década de 70 houve aumento do contingente feminino entre os profissionais do setor saúde, especialmente em espaços considerados historicamente femininos como a enfermagem entre outras. De acordo com Tyrrell (1997), na segunda metade da década de 1950 até a primeira metade da década de 1970, a maior parte dos trabalhadores de enfermagem, tanto os de nível técnico, como os de nível superior, concentrou-se basicamente no ambiente hospitalar. Isto possivelmente ocorreu em virtude das políticas adotadas naquele momento.

Cronologicamente o período pesquisado abrange dois momentos da ditadura militar: A Crise do Regime Militar (1974-1980) e a Abertura Democrática (1980-1985). Ambos os períodos são antecedidos pelo Milagre Brasileiro (1968-1974), momento importante de ser mencionado para que se compreenda como se deu a crise do regime militar.

O chamado Milagre Brasileiro teve como principal característica o grande crescimento econômico à custa de capital estrangeiro. Foi marcado pelo lançamento do I Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974), sob o governo de Emílio Garrastazu Médici, priorizando a política econômica, mantendo as políticas sociais (entre elas a saúde) subordinadas ao setor econômico (BARBOSA, 1988). Este período caracterizou-se pelo acelerado processo de industrialização requerendo um grande contingente de trabalhadores relativamente saudáveis. Assim as condições de miséria de uma parte considerável da população mais o aumento das taxas de mortalidade levam a formulações e aplicação de políticas para manter um número mínimo de mão-de-obra em condições, utilizando-se de ações de saúde curativas e medicamentosas (CORREA, 1996).

O Brasil entra no período denominado de Crise do Regime Militar por volta de 1974, estendendo-se, aproximadamente, até 1980. A derrocada do Regime Militar teve início em função da crise mundial do petróleo, que repercutiu diretamente nos investimentos externos no país, conseqüentemente aumentando o desemprego e o empobrecimento da população (SOUTO-DEMOURA; SOUTO-DEMOURA, 1997).

Em função dos questionamentos da população à política estatal adotada com conseqüente marginalização e baixos salários, é lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) sob o governo de Ernesto Geisel, caracterizando-se pelo investimento em indústrias de insumos de base e construção de hidroelétricas. No mesmo ano, e pelo mesmo motivo, - o descontentamento da população - é emitida a lei de número 6.229 que cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esta lei define as competências da União quanto ao setor saúde, no entanto também institucionaliza a dicotomia da assistência à saúde quando incube o Ministério da Saúde das ações preventivas de caráter coletivo e o Ministério da Previdência e Assistência Social das ações curativas e individuais (BRASIL, 1975)<sup>7</sup>. Assim formaram-se duas redes de assistência: uma curativa, constituída pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e outra preventiva, formada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde (TYRRELL, 1997).

---

7 D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 18 de julho de 1975, Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.



Fortalecendo o setor privado de saúde, o governo passa a disponibilizar, nesta época, o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social) oferecendo financiamentos ao setor privado de saúde tais como clínicas e hospitais. Assim, “o entendimento de saúde como assistência médica especializada, sofisticada, fragmentada e que privilegiava a internação hospitalar favorece os negócios das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares” (SOUTO-DE-MOURA; SOUTO-DE-MOURA, 1997, p. 98). O atendimento centrado no indivíduo, de caráter curativo, em instituição privada financiada pelo governo federal, constitui-se num dos focos das políticas em saúde.

Integrando o SNS, tem-se a regulamentação, por meio do Decreto de número 79.056 de 30 de dezembro de 1976<sup>8</sup>, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social. De acordo com a lei citada anteriormente, o INAMPS estende o direito à assistência à saúde aos trabalhadores urbanos e rurais, além dos funcionários públicos. A assistência limita-se apenas aos trabalhadores, criando um grande contingente de pessoas excluídas do sistema de saúde, entre eles os desempregados, os trabalhadores do setor informal e as donas-de-casa. No que se refere ao atendimento da mulher durante o parto, de acordo com uma das colaboradoras, apresentava-se assim:

*O pré-natal, se hoje é difícil das mulheres realizarem, se tem este controle de pré-natal, tem o número mínimo de consultas, que hoje está maravilhoso perto do que era na época. Na época a gente não tinha nada disso. As mulheres chegavam sem pré-natal nenhum. O sistema de saúde era outro, existia o sistema de saúde para quem tinha uma previdência, então, quem era trabalhador tinha direito a essa assistência pelo INPS ou INSS. Que era uma coisa diferenciada em relação aos indigentes, porque quem não tinha nada disso tinha que entrar numa das vagas de indigente, mesmo que a pessoa não fosse um indigente, mas tinha que ter vaga para ela ser admitida. (C11)*

Assim, de acordo com a colaboradora C11, o atendimento em pré-natal era complicado em função da política de atendimento que excluía parte da população não coberta pela previdência e criava um contingente de denominados “indigentes”, mas que não necessariamente o eram.

No intento de inclusão da população não ativa economicamente no sistema de saúde, a partir de 1976, começou o movimento de atenção primária ou da extensão de cobertura por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Em 1979 essa iniciativa é estendida a todo o território nacional (CORREA, 1996). No

---

8 Decreto de número 79.056 de 30 de dezembro de 1976

entanto, já no final de década de 70, o modelo de saúde adotado mostrava-se inadequado à situação de grande parte da população, pois:

[...], desde que a prática médica não se mostrou capaz de alterar o perfil de morbimortalidade no qual persistiam doenças evitáveis com medidas simples de caráter preventivo e os custos crescentes dos cuidados médicos inviabilizavam a expansão da cobertura. (CORREA, 1996, p. 159-60)

No início da década de 80, o modelo curativista-privatista torna o acesso aos serviços de saúde cada vez mais difícil, acrescido do encarecimento do atendimento médico, levando ao descontentamento da população e progressiva ruptura do modelo graças à crise. Estas crises do setor saúde assim eram descritas:

Greves de residentes e estudantes de saúde sacodem os hospitais universitários, para onde migra a população em busca de recursos mais adequados às suas necessidades. O sucateamento e a insuficiência da rede básica provocam uma migração para as emergências dos grandes hospitais, que acabam se tornando a única alternativa para qualquer demanda da população e não mais locais específicos para o atendimento de urgência. (SOUTO-DE-MOURA; SOUTO-DE-MOURA, 1997, p. 99)

O caos instala-se no setor de saúde coletiva, refletindo os vários âmbitos da crise política e social pela qual o Brasil passava. Este conturbado período é caracterizado pela acentuada concentração de renda, centralização do poder e controle das atividades sindicais, acarretando na década de 80 a exclusão social e a violência urbana, acentuando as já existentes desigualdades sociais (CORREA, 1996). Neste momento, a enfermagem no contexto político expande-se para além do hospital, assumindo atividades em ambulatórios, embora persistindo a centralização das ações no profissional médico.

Mesmo com a ocorrência de tantos embates no setor da saúde coletiva, durante as décadas de 70 e 80, impulsionados pelas políticas desenvolvimentistas e curativistas, os hospitais foram privilegiados. Em face deste incremento da construção e tecnologização dos hospitais universitários em todo o país durante a ditadura militar, houve a finalização das obras de construção do HCPA na capital gaúcha, hospital este ligado a uma das maiores Universidades do sul do país e responsável por grande parte da formação da mão-de-obra de nível superior da região.

No que se refere à atuação da Enfermagem, na segunda metade da década de 1970, segundo Souto-de-Mouro e Souto-de-Moura (1997), ela torna-se presença constante, não apenas nos setores de alta complexidade, mas também em ambulatórios na saúde pública e em áreas administrativas. Mesmo assim, de acordo com Tyrrell (1997), nas décadas de 1970 e 1980, as propostas internacionais e nacionais, no que diz respeito aos “recursos humanos de

saúde”, caracterizam-se por dar destaque hegemônico ao profissional médico em detrimento de outros profissionais da área da saúde, repercutindo na prática profissional e criando entraves para a adoção do trabalho em equipe.

De modo geral, a insatisfação da população com a situação política e econômica do país persiste, passando assim a exigir mudanças, tendo início o processo de Reabertura Democrática. A abertura lenta e gradual do regime político-militar iniciada em 1980 perdurou até mais ou menos 1985. Os brasileiros se preparavam para sair de um regime autoritário, repressor e militarista e passar a um regime democrático com voto direto e exercício pleno de seus direitos.

Em relação às políticas voltadas ao atendimento da mulher, no período pesquisado tem-se, em 1974, a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). O PSMI caracterizava-se pela verticalização de suas ações, visto que o Ministério da Saúde impunha às redes de saúde das secretarias estaduais um modelo de atendimento desvinculado das condições concretas da população; além disso a operacionalização do programa era de difícil implementação, pois os recursos e as informações tornavam-se indisponíveis aos executores (TYRRELL, 1997). O PSMI, em 1977, sofre alterações e amplia o enfoque para os métodos contraceptivos e contraceptivos. É possível notar que as políticas voltadas à saúde da mulher apresentavam caráter marcadamente biologicista, concentrando-se no período gravídico-puerperal.

As políticas em saúde adotadas durante a crise do regime militar e a reabertura política contribuíram para consagrar o hospital como local preferencial de atendimento, priorizando-se o modelo curativista. Assim, a vigência deste paradigma contribuiu para a construção do HCPA. Deste modo, a implantação do serviço ocorreu no momento em que, na área de saúde, ocorria a centralização do atendimento na figura do médico, sucateamento das instituições públicas de saúde coletiva, incremento do setor hospitalar e de políticas públicas pautadas por marcadores biológicos tais como o PSMI (1974 e 1977). Esta política de valorização do hospital foi um dos fatores, entre outros, que levou à criação de uma série de hospitais universitários em todo o território nacional, inclusive em Porto Alegre.

### 3.2 A necessidade de criar um hospital universitário para a UFRGS

Ao buscar-se a história de hospitais ligados às Universidades em Porto Alegre, é imprescindível mencionar a Santa Casa de Misericórdia. A atual Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é o hospital mais antigo do Estado, iniciando seu funcionamento em 19 de outubro de 1815 com o nome de Hospital de Caridade, tendo por finalidade atender “aos pobres, na doença, no abandono e na morte, abrigando, além dos enfermos, os excluídos” (BRANDÃO, 1998, p. 76-77). É historicamente lembrada devido à roda dos expostos utilizada desde 1837, na qual eram colocados meninos e meninas órfãos e desvalidos para adoção.

Além da roda dos expostos, a Santa Casa também pode ser lembrada por ser o primeiro hospital-escola de Porto Alegre a abrigar alunos do antigo Curso de Partos e da Faculdade Livre de Medicina no final do século XIX. No entanto, a capital gaúcha foi crescendo e os alunos perdendo a exclusividade de campo de estágio, em especial após a década de 50.

A Santa Casa serviu aos alunos da UFRGS como campo de estágio na área obstétrica durante oito décadas. O atendimento de ginecologia e obstetrícia ocorria na Enfermaria 22, conhecida por ser a sede do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina. No entanto, mais tarde, com a criação de outras faculdades, as dependências da Santa Casa foram recebendo alunos provenientes de outras Universidades também.

Na área obstétrica, o hospital foi campo de estágio unicamente para os alunos da UFRGS até a criação da Fundação Faculdade Federal de Ciência Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) em 1953, da Pontifícia Universidade Católica (PUC) em 1969. A partir da divisão dos campos de estágio, os alunos passaram a reivindicar um hospital próprio, de acordo com a colaboradora:

*Mas é um hospital escola, e, até então, tanto a enfermagem como a medicina, eles tinham como campo de estágio a Santa Casa, e havia uma reivindicação de que os estágios pudessem ser realizados num hospital-escola próprio da universidade (C6).*

Os cargos de direção dentro da Santa Casa, em especial o da maternidade, eram disputados pelos professores da PUC, FFCMPA e UFRGS, pois, dependendo da instituição a que o professor se vinculasse, os alunos detinham, de certa forma, o privilégio do espaço ao seu aprendizado.

Talvez este tenha sido um dos motivos que impulsionou a criação de um hospital universitário próprio da UFRGS.

Sobre os motivos da criação do HCPA, uma das colaboradoras, quando perguntada sobre a necessidade de criar um hospital universitário, responde:

*Claro que nós sentimos esta necessidade, estando numa universidade federal, com um hospital de clínicas que era o nosso campo primeiro, o nosso campo por excelência. Iniciaram-se aquelas atividades todas, de ambulatório, de atendimento ambulatorial e o hospital foi aos poucos tomando uma forma de atendimento em todas as áreas. Então gradativamente eram inaugurados espaços, áreas de atendimento. E com certeza nós tínhamos todo o interesse que isto acontecesse, porque o nosso campo básico seria aquele. (C7)*

A colaboradora C7 naturaliza a criação do HCPA. Assim para ela a criação foi algo necessário e automático para uma grande universidade ter seu próprio campo de estágio isolado e em local privilegiado. Outra colaboradora aponta a filosofia como ponto motivador para a criação do hospital. Seria esse um local

*onde fosse possível então fazer esta ponte entre a academia e a prática, usando esta mesma filosofia que se depositava na escola, que se adotava na escola e implantá-la aqui. Este era um sonho que eu ouvia falar (C6).*

Possivelmente, a criação do Hospital de Clínicas esteja ligada à possibilidade de a Universidade construir e desenvolver plenamente sua própria linha de pensamento, sua ideologia, como também ter um campo de estágio próprio para os alunos dos cursos de graduação, pois, como lembra a colaboradora C6, anteriormente o campo de estágio dos alunos acontecia nas dependências do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Resumindo os motivos pelos quais o HCPA implantou um serviço de obstetrícia e, mais especificamente, os serviços voltados ao atendimento da mulher durante o parto, assim se expressa a colaboradora:

*A necessidade de implantar o serviço de obstetrícia no Hospital de Clínicas surgiu por várias razões, entre elas, diria que a primeira foi a necessidade de ter mais um Hospital que pudesse atender a demanda da comunidade, principalmente de baixa renda. Lembro que a Santa Casa estava sempre superlotada, pois era o hospital a que a população de baixa renda se dirigia. [...] O terceiro motivo – sendo o Hospital de Clínicas uma referência no Estado, não podia deixar de ter um serviço que atendesse a população na área de obstetrícia, inclusive para receber gestantes de alto risco, encaminhadas do interior, uma vez que as outras especialidades, na maioria já estavam em funcionamento. (C11)*

Assim, houve vários motivos para a criação do HCPA, entre estes a necessidade de atender uma demanda da população e ceder a uma exigência da própria Universidade em ter um hospital próprio para campo de estágio. Nos documentos oficiais, o surgimento da necessidade de criar um hospital universitário ligado à UFRGS tem seus primeiros registros durante o governo de Getúlio Vargas, em 1932. Neste ano é assinado o decreto que permite o início de sua construção. O arquiteto Ernesto Souza Campos, que projetou o Hospital de Clínicas da Bahia, também foi responsável pela primeira planta do HCPA, a qual não foi aprovada (COSTA, 1992).

Antes do início da construção do HCPA, a atual UFRGS, até então denominada Faculdade Livre de Porto Alegre, passa por reformulações, muda de status. De acordo com o Decreto nº 5.758, de 28 de novembro de 1934, após realizar o agrupamento das unidades de cursos autônomas e colocadas sob tutela do Estado, foi criada a Universidade de Porto Alegre (HASSEN, 1998). Esta mudança tinha o propósito de dar uma organização uniforme e racional ao nível superior no Estado, elevar o nível da cultura geral e aperfeiçoar o indivíduo e a sociedade (UFRGS, 2005). Estes pressupostos nortearam o planejamento do HCPA.

No ano de 1937, o governo do Estado compromete-se em doar um terreno para a construção do hospital, porém a doação só é efetivada em 1940, sendo a pedra fundamental lançada apenas em 17 de junho de 1943 (HASSEN, 1998).



Figura 1 – Pórtico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, s.d.  
Fonte: Hassen, 1998, p. 41

Enquanto era erguido o pórtico (figura 1), em 1947 a Universidade anexava as Faculdades de Direito, Odontologia de Pelotas e Farmácia de Santa Maria, passando então a se chamar de Universidade do Rio Grande do Sul (URGS) (UFRGS, 2005). Só em 1950 é que passou a se chamar Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a pertencer à

esfera administrativa federal. A união de todos estes cursos representou o crescimento e a preocupação do Estado em relação à educação da população.

Em 1954 foi dado início à obra de construção do hospital universitário. Durante o período de 1956 a 1958, houve um retardo nas obras, mas em 1959 a construção acelerou seu ritmo (COSTA, 1992). Em 1968, ocorre a Reforma do ensino universitário, alterando a estrutura administrativa e decisória da UFRGS:

Em 1968, a reforma universitária alterou a estrutura didática e administrativa da Universidade. [...] Os Departamentos de inspiração norte-americana passaram a ser a unidade fundamental, reunidos em faculdades, institutos e escolas, que abrigavam os cursos de graduação e pós-graduação, laboratórios de pesquisa e projetos de extensão. Os colegiados passam a ser as instâncias decisórias. (SILVA, 2005, p. 61).

A UFRGS passa a ter inspiração norte-americana em sua divisão de pessoal, Cátedras foram extintas e criados os Departamentos. Durante esta mudança de estratégia administrativa, o Reitor da UFRGS, Eduardo Faraco, nomeou uma comissão para planejar a instalação do hospital (HCPA, 2007).

A Lei Federal de nº 5.604/70 constituiu e instituiu o Hospital de Clínicas de Porto Alegre como empresa pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado com patrimônio próprio e autonomia administrativa vinculada à supervisão do Ministério da Educação e Cultura. Segundo Silva (2005), este é o único hospital escola com este tipo de regime jurídico.

De acordo com Hassen (1998), em 1971, sob a égide federal da ditadura militar de Emílio Garrastazu Médici, começaram a funcionar alguns ambulatórios, entre eles o ambulatório de ginecologia. No ano seguinte, passou a funcionar a unidade de internação do quarto andar, ala norte; a primeira cirurgia ocorreu em 1973 (HASSEN, 1998).

A criação das Unidades direcionadas ao atendimento da mulher durante o parto teve início com a emissão da Portaria nº 22/76 cujo propósito era compor uma Comissão responsável pelo planejamento das estruturas físicas e práticas do Serviço de Obstetrícia: formada pela Emergência Obstétrica, Unidade de Centro Obstétrico, Unidade Pediátrica, Unidade de Neonatologia e Unidade de Internação Obstétrica. Segundo Costa (1992), integraram esta Comissão os médicos Ervino Jacob Diefenthaler (presidente), Pedro Luís Costa e a enfermeira Nilcéa Maria Nery Duarte. Enquanto os serviços não iniciavam seu funcionamento, a Comissão fazia reuniões para planejar e estruturar as Unidades. De acordo com uma das colaboradoras, estas reuniões de planejamento eram permeadas por discussões, muitas vezes geradas em torno de interesses pessoais.

Uma colaboradora afirma que as reuniões serviam para “*definir a estrutura, a área física*” (C4). Porém, mesmo com diferentes interesses em pauta nas reuniões, o atendimento à paciente era uma preocupação constante para estes profissionais.

As enfermeiras que atendiam as mulheres durante o parto dentro do HCPA provinham de outros setores do hospital, algumas inclusive já tinham a especialização em Obstetrícia, apenas ainda não tinham encontrado uma colocação de acordo com sua especialidade dentro da instituição. Além das enfermeiras que já trabalhavam na instituição, foram contratadas enfermeiras recém-formadas. Possivelmente, já conheciam a filosofia institucional do HCPA, atualmente denominada de missão institucional, e, talvez de alguma forma, estivessem adaptadas ao sistema de trabalho e à hierarquia institucional. Assim:

*Algumas enfermeiras obstétricas contratadas, que já eram enfermeiras obstétricas há mais tempo, que trabalhavam no Hospital de Clínicas há mais tempo, em outras unidades, foram remanejadas para o Centro Obstétrico que tava iniciando. Como elas já trabalhavam à noite e a intenção era de que elas não fossem prejudicadas em relação ao seu horário de trabalho, elas foram trabalhar à noite. [...].(C11)*

Muitas das enfermeiras que integraram os serviços tinham a habilitação em Obstetrícia, no entanto, até a abertura do SEMI, trabalhavam em unidades de internação de Medicina Interna e de Cirurgia. Os Serviços ligados ao atendimento da mulher durante o parto foram inaugurados oficialmente em 26 de abril de 1980. Para esta pesquisa, as Unidades de maior interesse, em função dos objetivos, são Emergência Obstétrica (EO), Unidade de Internação Obstétrica (UIO) e a Unidade do Centro Obstétrico (UCO).

### 3.2.1 Estrutura física

A dinâmica de trabalho desenvolvia-se num determinado espaço físico, ou seja, no interior do HCPA e contando com a estrutura física como espaço de trabalho. Durante o trabalho de parto, a mulher passava pelos setores da Emergência Obstétrica, Unidade de Centro Obstétrico e Unidade de Internação Obstétrica, nesta ordem.

Inicialmente, as mulheres eram atendidas no décimo segundo andar, onde atualmente se encontra a Unidade do Centro Obstétrico. Lá as mulheres eram avaliadas, no entanto, essa Unidade foi transferida para o térreo, porque ficaria mais acessível às usuárias, de acordo com a colaboradora C1:



*A emergência surgiu, acredito, porque, quando ela começou, ela começou no décimo segundo andar junto com o centro obstétrico. Então a mãe subia, era avaliada e, se ela já estava entrando em trabalho de parto, tinha boa dinâmica, ela já ficava. Mas o que foi observado é que de repente começou a ocorrer partos e as mães não conseguiam chegara tempo, em função do próprio elevador, até o décimo segundo andar. Aí foi visto a necessidade da emergência ser direto no térreo. (C1)*

Então, em virtude de partos ocorridos no elevador do hospital, a emergência mudou-se. Assim, foi adaptada uma estrutura de emergência obstétrica no térreo, dividindo espaço com as emergências para adultos e crianças. Então, o funcionamento da emergência se deu da seguinte forma:

*Nós tínhamos aqui [UIO] algumas enfermeiras [...] a emergência obstétrica era lá embaixo, no térreo, a emergência obstétrica era lá embaixo, e aí a gente tinha uma enfermeira da tarde que ia para lá, me parece que para dar uma cobertura lá também, não me lembro bem se ela ia ou se no fim ela acabou indo para lá e ficando lá e agente teve outras enfermeiras. Sei que esta cobertura a gente dava na emergência. Não sei se tinha alguém, algum chefe de férias.... não sei bem, mas nós tínhamos isso da enfermeira daqui ir para lá.(C10)*

De acordo com a fala anterior, o atendimento na emergência era prestado predominantemente pela enfermeira, em especial pelas enfermeiras provenientes da Unidade de Internação Obstétrica. Elas atendiam no térreo junto com as atendentes de enfermagem, pois nesta época não havia técnicos de enfermagem.

Havia uma subdivisão dentro da UCO, quando a mulher chegava, ela era primeiramente avaliada na Emergência Obstétrica. Caso a mulher estivesse no primeiro período clínico do parto, na fase latente final e/ou ativa, ela poderia subir para a Unidade de Centro Obstétrico<sup>9</sup>. Lá, ficaria na sala de deambulação com a possibilidade de ter um acompanhante. No período expulsivo, era encaminhada às salas de parto e, por fim, após o nascimento, ficava na sala de recuperação. A UCO foi planejada com uma área semi-restrita, composta pelo posto de enfermagem, sala de passagem de plantão, sala de prescrição médica, rouparia, áreas de serviço e de trabalho de parto.

O HCPA foi pensado como o que havia de mais moderno e melhor na década de 70/80, trazendo inúmeras inovações. Destacavam-se, entre estas, a sala de parto e pré-parto individual, a de deambulação e uma de recuperação própria. A sala de deambulação foi uma

<sup>9</sup> Divide-se o parto em três estágios caracterizados, respectivamente, pelos acontecimentos seguintes: dilatação, expulsão e dequitação (expulsão da placenta). O primeiro estágio clínico do parto compreende o início de contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo (10 cm). Este período é dividido em três fases: latente (contrações de intensidade fraca, curta duração e de 2 a 3 em 10 minutos e dilatação de até 3-4 cm); ativa (média de contrações de 2 a 5 a cada 10 minutos, podendo durar de 40 a 70 segundos, dilatação entre 4-8 cm) e desaceleração ou transição (contrações que podem durar de 45 a 90 segundos, frequência de 3 a 5 a cada 10 minutos, dilatação de 8-10 cm) (ARMELLINI; RIFFEL, 2006).

das grandes novidades, um “luxo”, conforme demonstra a fala de uma das colaboradoras:

*[...] a gente se dava o luxo de ter uma sala de deambulação. Que era uma coisa fantástica. As pacientes tinham a sala pra ficar em poltronas reclináveis com a possibilidade do marido acompanhar e ficarem caminhando pelo quarto. (C9)*

Esta sala era uma das marcas da filosofia institucional, provavelmente indicando que a mulher poderia deambular para auxiliar na dilatação, preparando-se melhor para o momento do parto, talvez dispensando o emprego de analgésicos e ocitócitos. Conseqüentemente não haveria a imobilização no leito durante o pré-parto.

As salas de parto traziam outra inovação: eram individuais, o que naquele momento era uma conquista. As salas de parto normal poderiam ainda ser utilizadas para o parto cesárea. Conforme a fala da colaboradora:

*[...] fosse trabalho de parto individual, que tivesse a sala, que depois foi definido que cesariana deveria ser feita ali, porque não cabia ir para um bloco cirúrgico, misturar o recém-nascido num bloco. Então ficou que era sala de cesariana e as salas de parto ali, então nesta área restrita, as quatro salas, para trabalho de parto, pra parto e duas de cesariana, mas o que a gente fez [...]. (C4)*

Neste relato anterior, percebe-se que a cesárea poderia ser considerada uma possibilidade capaz de realizar-se com frequência. Houve a inclinação a pensar o parto como uma situação de risco. As salas previam comodidade para o profissional, podendo esse sem maiores esforços realizar a cesárea. Deste modo o planejamento das salas estava centrado nos profissionais:

*Mas no momento que a gente foi para definir a área física, [...], porque, para fazer o trabalho de parto individual, porque até aqui a Santa Casa era enfermaria, então bota na cabeça de médico que mulher precisa ter, que é um momento importante, que desde o trabalho de parto ela precisa ter privacidade, [...].(C4)*

No planejamento do atendimento ao parto, as salas foram criadas para o atendimento individual, com a intenção de preservar a individualidade da usuária. O Centro Obstétrico com salas de parto individuais eram uma novidade na capital gaúcha, conforme afirma a colaboradora C5:

*O centro obstétrico com sala de trabalho de parto individual também era uma coisa muito rara. Nenhum hospital de Porto Alegre era assim naquela época (C5).*

Assim, a valorização da privacidade era um ponto citado como uma das inovações mais relevantes do HCPA, mas nada é dito sobre como esta seria resguardada, visto que a instituição era um hospital universitário no qual uma série de profissionais deveriam aprender

com a paciente e possivelmente teriam acesso a esta mulher. O fato da mulher ficar só poderia trazer-lhe mais insegurança e medo, para dirimir tais sentimentos outra inovação citada foi a entrada do acompanhante:

*A entrada do acompanhante no trabalho de parto também não era comum. Sala de recuperação pós-parto, não existia isto ... e própria para recuperação, ainda mais com enfermeira atendendo (C5).*

De acordo com a fala anterior, a colaboradora C5 ao referir-se a uma série de inovações menciona, além do acompanhante durante o parto, a sala de recuperação gerenciada pela enfermeira era um aspecto diferenciado na época. Assim, a rotina de utilização da sala de recuperação ocorria conforme a colaboradora relata:

*[...], ficou definido que a mãe que fizesse cesariana ia recuperar na sala de recuperação pós-anestésica, no mesmo andar, no bloco, porque para o correto a paciente, a avaliação, a supervisão de uma paciente em recuperação anestésica, era do anestesista, não do obstetra, do anestesista, não é do cirurgião, é do anestesista, o pós-operatório imediato, como os anestesistas não queriam, porque pra fazer ali no centro obstétrico, teria que ter sala maior, [...]. (C4)*

Inicialmente não foi planejada uma sala de recuperação pós-anestésica, as mulheres eram encaminhadas à Unidade de Recuperação Pós-cirúrgica e ficavam junto com os pacientes cirúrgicos, como refere a colaboradora. Isto se deu possivelmente pela falta de espaço físico da UCO. Mas ocorreu por pouco tempo, pois os médicos anestesistas achavam complicado misturar pacientes cirúrgicos com puérperas. Sobre a necessidade da sala de recuperação dentro da UCO, temos o relato abaixo:

*[...] a gente instituiu a recuperação, porque achava que era assim, importante um período de repouso da mãe, importante para ela, para equilíbrio das situações do estresse físico e emocional, porque é comum, [...] a mãe que passa por um parto, depois fica eufórica e fala, e fala. Está provado que, para ela ter uma retomada depois, é importante um período de repouso. (C4)*

De acordo com a fala anterior, pode-se notar que a Sala de Recuperação tinha a intenção de ser um local de primeiro repouso e estabilização da mulher no pós-parto. Então, após este período de aproximadamente duas horas após o parto, a avaliação e a alta eram dadas pela enfermeira e a mulher era encaminhada para a Unidade de Internação Obstétrica.

### 3.2.1.3 Unidade de Internação Obstétrica (UIO)

A UIO também surgiu com a inovação denominada de sistema de alojamento conjunto. Este sistema é pautado pela permanência conjunta da mulher e do bebê em um mesmo ambiente, além de adequar outras orientações às suas próprias durante todo o período de internação para possibilitar um processo educativo. Este sistema foi pensado durante as reuniões da Comissão, conforme o relato de uma das colaboradoras:

*Sim, foi definido junto com a (...) e provavelmente com esta comissão do que seria alojamento conjunto, obsessivo, compulsivo, 24 horas. Porque, até então, alojamento conjunto era para nós aqui, no Rio Grande do Sul, uma novidade. (C6)*

O sistema de alojamento conjunto foi idealizado para orientar a mulher sobre seus cuidados e os do bebê de acordo com suas condições materiais. Segundo uma das colaboradoras, ele se prestava também a amenizar os preconceitos das mulheres em relação ao seu cuidado e ao do bebê, preparando-a para a alta hospitalar, explicitado na seguinte fala:

*Tudo assim, não se usava anti-séptico, sabonete, disto, daquilo... Sabão de glicerina, sabão em barra, sabão de glicerina neutro. (...), pensou assim: tem que aproximar da realidade dela aquilo que ela pode adquirir, não adianta fazer no hospital, ela vai pra casa e não faz, tudo coisas assim que ela consiga fazer e faça ali, quebre o preconceito, os tabus. Porque ali ela faz, se ela tem medo, por exemplo, lavar a cabeça que vai ficar louca, ela faz ali e vê que não ficar louca, entende? (C4)*

Outro trabalho desenvolvido pelas enfermeiras era com o grupo de puérperas, cuja responsabilidade cabia às profissionais de várias unidades tais como a UCO, a UIO e de algumas enfermeiras que se revezavam na Emergência Obstétrica (EO):

*Nós fazíamos uma escalinha, cada dia vinha uma. Só que naquela época tínhamos, como posso chamar, um aumento, era uma hora extra. Então, as pessoas se esquematizavam para vir naquele dia (C10).*

Em toda a distribuição do espaço físico, há a presença de uma forte tendência do pensamento acadêmico na instituição. A união das duas instituições dentro de um mesmo espaço influenciou toda a disposição das unidades de atendimento à mulher durante o parto. O parto apresenta uma série de estágios em sua evolução fisiológica, entre estes a dilatação, a expulsão, a estabilização imediata do organismo (em aproximadamente duas horas após a

expulsão do bebê e dequitação da placenta) e a estabilização da mulher com relação ao organismo e cuidados com o bebê. Seguindo este conhecimento marcadamente biológico, pautado pelo conhecimento científico das décadas de 1970 sobre o processo de parturição, as unidades de atendimento do hospital foram segmentadas.

As colaboradoras indicam que a necessidade de criar o HCPA surgiu em decorrência do fluxo intenso de estudantes na área e dos privilégios de espaço dado pelos diretores, em especial no que se refere à área obstétrica. Influenciados pelo paradigma biologizante, os professores que planejaram o serviço o fizeram conforme as fases do parto e voltado para o parto, entendendo este como sinônimo de risco. Mas todas estas influências da academia no planejamento do hospital só foram possíveis em decorrência de como o ensino e as práticas se desenvolviam dentro da instituição.

### **3.3 A formação para o partejar**

A formação de um indivíduo, neste caso no âmbito acadêmico, se dá por meio do ensino e, sob este enfoque, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2005, p. 22). Entende-se por formações universitárias os diferentes conhecimentos ministrados em forma de cursos, cujas aulas e sua dinâmica se desenvolvem em regime teórico-prático, tendo por pressuposto, por meio do conhecimento construído conjuntamente, dotar o aluno de habilidades no desempenho de alguma atividade profissional.

Na área obstétrica, a prática é de extrema importância para o ensino do aluno. Durante o curso na UFRGS, o hospital universitário torna-se o local preferencial de campo de estágio, contribuindo não só para suas habilidades, mas também na formação de sua identidade profissional. Sob esta perspectiva, de acordo com Moreira:

As escolas, universidades, hospitais-escola são lugares onde se produz identidade tanto profissional quanto cultural de determinados grupos. (...) O espaço acadêmico, de formação de novos profissionais, é ao mesmo tempo campo onde convivem competências profissionais diversas, um espaço de concorrências, portanto. Esse modo de ver nos leva a desenhar círculos concêntricos englobando saberes, práticas, modos de pensar e de se relacionar, configurando o conjunto um território complexo onde ordens culturais se interceptam em jogos de polissemia, produzidos pela alteridade e onde os dissensos e conflitos desencadeados no interior de uma determinada cultura profissional não são necessariamente superáveis. (1999, p. 626)

O campo de estágio durante a formação constitui-se num espaço de embates, de múltiplos aprendizados e experiências, as quais dão idéia das possibilidades de atuação para o futuro profissional. Além disto, o estágio possibilita ao aluno vivenciar como devem ser as relações entre as diferentes profissões e quais são suas atividades dentro da instituição hospitalar.

As principais formações para o atendimento da mulher durante o trabalho de parto, ao longo da história da UFRGS, foram os Cursos de Partos, também denominados de Cursos de Obstetrícia e Cursos de Enfermagem Obstétrica, o de Medicina e o de Enfermagem. Os cursos de Partos, Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica encontram-se fora do recorte espaço-temporal desta pesquisa, no entanto acredita-se que seja necessário resgatar alguns aspectos da história da formação obstétrica para subsidiar a compreensão de como se deram as diferentes mudanças na formação e suas repercussões na formação da enfermagem.

O ensino sistemático na área obstétrica, na capital gaúcha, teve início em 1897. No ano seguinte, o de Medicina começa a funcionar. Observa-se porém que a Faculdade de Medicina de Porto Alegre já nasceu ligada à área obstétrica, o professor Protásio Alves, responsável pela Cátedra de Obstetrícia, foi um dos fundadores do curso de formação de parteiras. De acordo com Brandão (1998), o Curso de Partos foi criado pelos médicos Protásio Alves, Deoclédio Pereira e Sebastião Leão sob o argumento de que os altos índices de mortalidade materna ocorriam devido às práticas inadequadas das parteiras, muitas vezes relacionadas à credices e à ignorância. Assim a finalidade do curso era instrumentalizá-las sobre modo mais seguro de realizar os partos.

O Curso de Partos foi o segundo da capital gaúcha, pois anteriormente só havia o Curso de Farmácia, criado em 1894. Em 15 de março de 1898, a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia passou a funcionar composta pelos curso de Medicina, Farmácia, Odontologia e Obstetrícia, contando com 67 alunos (JORGE, 1976). Neste momento o Curso de Partos iniciou suas atividades com apenas 5 alunas (JORGE, 1976).

O Curso de Partos tinha dois anos de duração e as aulas práticas eram ministradas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em especial na Enfermaria 22. As aulas teóricas ficavam a cargo dos professores da Cátedra Obstétrica e as parteiras auxiliavam nas aulas práticas, além disso as alunas estagiavam durante o dia e a noite, no entanto, no histórico escolar, não se descreve a carga horária do curso (JORGE, 1976). Ao longo de sua existência, o Curso de Partos recebeu diferentes denominações: Curso de Partos (1897-1899), Curso de Obstetrícia (1900-1932) e Curso de Enfermagem Obstétrica (1933-1951).

De acordo com Jorge, segundo o primeiro estatuto da Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, registrado no dia 11 de maio de 1907, no que se refere à forma de avaliação, a aluna do Curso de Partos deveria ser avaliada a cada ano de acordo com a seguinte ordem: “1º ano, Anatomia, Obstetrícia; 2º ano, Clínica Obstétrica limitada à prática do parto normal e à pequena intervenção cirúrgica” (1976, p.121). A realização de parto normal pela aluna era uma das exigências de avaliação do curso, no entanto poucas alunas foram formadas por este sistema.

Entre os anos de 1899 e 1931, foram diplomadas no Curso de Partos apenas 18 parteiras (JORGE, 1976). O número reduzido de alunas formadas pelo Curso, de acordo com Jorge (1976), está relacionado aos efeitos do Decreto 11.530, de 18 de março de 1915, que, entre outras providências, reorganizava o ensino secundário e o ensino superior, além de criar o concurso vestibular.

Ao criar o concurso vestibular, restringia-se a possibilidade de se preencherem as vagas disponíveis, visto que, no início do século, poucas mulheres sabiam ler e escrever, exceto as “moças de boa família”. Além do número reduzido de mulheres que sabiam ler e escrever, o Curso de Parto teve baixa procura em decorrência da profissão de parteira ser considerada inadequada para moças de classe média e alta. Naquele momento, apenas negras velhas, caboclas e prostitutas realizavam partos, pessoas marginalizadas socialmente (JORGE, 1976). Por isto a profissão era vista como uma atividade inadequada para as moças da alta sociedade.

Nos anos subseqüentes, a Faculdade de Medicina aprova seu novo regulamento por meio do Decreto 24.462 de 25 de junho de 1934 que, entre outras deliberações, modifica a denominação de Curso de Obstetrícia para o de Enfermagem Obstétrica nos moldes da Lei 20.865 de 28 de dezembro de 1931 (JORGE, 1976). Segundo esta lei, para a admissão no Curso de Enfermagem Obstétrica, exigiam-se prova de maioridade, prova de sanidade, de idoneidade moral e o curso primário<sup>10</sup>. Esta lei indicava que, para partejar naquele momento, a preocupação era selecionar candidatas que apenas soubessem ler e escrever e que possuísem atributos morais socialmente aceitáveis.

De 1934 a 1948, não houve modificação nos cursos de Enfermagem Obstétrica. No entanto, a Lei 775 de 04 de agosto de 1949 trouxe algumas modificações para a formação, pois esta faculta aos Cursos de Enfermagem Obstétrica converterem-se em cursos destinados

---

<sup>10</sup> Publicado no Diário Oficial de 15 de janeiro de 1932. O Curso Primário era equivalente aos quatro anos de ensino fundamental de hoje.

à formação de enfermeiras<sup>11</sup>. A palavra “facultava”, constante na lei, permite, mas não obriga os cursos de Enfermagem Obstétrica a se converterem em cursos de Enfermagem. Presume-se que, em virtude desta lei, o Curso de Enfermagem Obstétrica da capital gaúcha deixou de funcionar em 1951 (JORGE, 1976).

O Curso de Enfermagem Obstétrica durante sua existência esteve ligado à Cátedra de Medicina Obstétrica e Ginecologia e em momento algum se configurou como curso de nível superior no que se refere às exigências de ingresso. Até então não era necessário conhecimento amplo para a formação do partejar. A tentativa de tornar o curso de formação para o parto em cursos de nível superior esteve pautada pela industrialização e a exigência de maior especialização da mão-de-obra, mais intensamente a partir da década de 50.

A Lei 775/49, além de alterar o processo seletivo dos cursos superiores, cria uma possibilidade de acesso aos cursos superiores para as mulheres, pois refere que toda Faculdade de Medicina brasileira poderia implantar uma escola de enfermagem anexa. A partir disto, o diretor da Faculdade de Medicina, Dr. Guerra Blessmann, criou a Faculdade de Enfermagem da UFRGS, pois era necessário “qualificar a assistência de enfermagem a fim de facilitar e auxiliar o trabalho médico” (FERTIG, 2000, p. 88). Para tal intento, o diretor da Faculdade de Medicina pede auxílio ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que indicou as enfermeiras Maria de Lourdes Verderese e Olga Verderese para a criação de um curso de enfermagem junto à Universidade.

Assim, a Lei 1.254 de 08 de abril de 1950 cria a Escola de Enfermagem de Porto Alegre, anexa à Faculdade de Medicina, cujo Decreto de fundação data de 04 de dezembro de 1950, iniciando seu funcionamento em março de 1951.

A Escola de Enfermagem iniciou suas atividades sob tutela da Faculdade de Medicina, pois se encontrava vinculada administrativamente à Faculdade. Talvez o fato de a Escola de Enfermagem ser tutelada pela Faculdade de Medicina contribuisse para alguma limitação nas práticas da enfermeira em atividades que o profissional médico considerasse de maior interesse e que possivelmente oferecesse riscos de disputa no mercado de trabalho, por exemplo o partejar, ofício que passou a ser uma prática gradualmente valorizada pela Medicina.

A enfermeira Maria de Lourdes Verderese, uma das fundadoras da Escola de Enfermagem/UFRGS, tinha grande parte de sua formação realizada nos Estados Unidos, formada em Enfermagem pela School of Nursing – John Hopkins Hospital, Baltimore,

---

11 Lei 445/79 de 04 de agosto de 1949



Maryland, com grau de mestre em Artes pela Universidade de Columbia, Nova York e a enfermeira, Olga, a outra fundadora, também realizou parte de seus estudos nos Estados Unidos. Além das fundadoras, um número significativo de outras professoras, durante as décadas de 1950 e 1960, por meio do patrocínio da Fundação Rockefeller e Fundação Kellog, cursaram pós-graduação em terras anglo-saxãs de cultura fortemente nightingaleana. Naquele momento, a formação das alunas baseava-se na formação moral rígida, alto grau de exigência em relação à rotina de trabalho e disciplina (FERTIG, 2000).

O currículo básico do curso, na criação da Escola, compreendia 36 meses de duração composto por quatro períodos, sendo que no 3º havia a disciplina de Enfermagem e Clínica Obstétrica. E o campo prático das atividades da Escola de Enfermagem era na Santa Casa. A Maternidade Mário Totta, na Santa Casa, possuía 150 leitos obstétricos, os quais ficavam sob cuidado dos professores e alunos em 1950.

O início das residências deu-se na especialidade de Medicina Interna em 1966, sendo a primeira turma organizada em 1967 nas Enfermarias 38 e 29 da Santa Casa. Assim, a residência permitiria o seguinte:

não só a conquista de maior conhecimento, habilidade e perícia na prática médica, como contribui para o aprimoramento da “personalidade médica”, pelo diuturno convívio do jovem médico com seus preceptores que, na melhor acepção da palavra, atuam como “modelos profissionais” (HASSEN, 1998, p.173)

Nota-se a preocupação com a formação de uma “personalidade médica”, com a qual a residência contribuiria, possivelmente, pelo compartilhar de uma dada cultura no treinamento deste profissional (HASSEN, 1998). Neste mesmo intuito, o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia teve seus primeiros residentes em Obstetrícia apenas em 1978, e assim teve início a formação especializada para o parto normal na Medicina, conforme relata uma das colaboradoras:

*Os residentes da primeira turma vieram da Santa Casa, porque o Centro Obstétrico abriu em maio. Então vieram alguns residentes terminar a residência da Santa Casa no Clínicas e alguns médicos contratados que hoje muitos são professores, [...] (C5).*

No momento de transferência dos residentes para o HCPA, o campo de estágio na Santa Casa contava com um grande número de alunos, conforme afirma a colaboradora:

*Outro motivo para a implantação do serviço foi o aumento da demanda dos alunos, tanto do Curso de Enfermagem quanto do Curso de Medicina, para realizar suas práticas curriculares na área de Obstetrícia (C11).*

A criação do curso da FFFCMMPA foi, provavelmente, reflexo do aumento do número de cursos médicos ocorridos principalmente na década de 70 em todo o Brasil. Este evento Osava (1997) o denominou de “boom” da medicina. O aumento dos cursos médicos trouxe conseqüentemente um número maior de profissionais médicos e a necessidade de criar vagas de emprego para absorver a demanda excedente de mão-de-obra, inclusive, talvez, com a criação da especialidade médica em Obstetrícia (OSAVA, 1997).

O processo de criação de especialidades médicas teve início com os alunos da UFRGS ainda na Santa Casa. A Santa Casa apresentava uma realidade muito diferente da que se pensava que deveria ser em comparação com o que se tornaria o HCPA, conforme relata uma das colaboradoras:

*[...] aquela época não tem nada a ver com o que é a Santa Casa hoje. Era um local que atendia pessoas humildes, pessoas pobres, faltava roupa, faltava medicação, faltava espaço, faltava leito. Muitas e muitas vezes, nós tínhamos gestantes, parturientes, duas no mesmo leito, muitas e muitas vezes, rompia a bolsa, nós precisávamos de roupa, não havia roupa. Às vezes um lençol era quase do tamanho de um móvel. (C7)*

A construção do HCPA possibilitava as condições físicas e estruturais desejadas para o ensino das práticas obstétricas para as alunas de graduação. De acordo com Hassen (1998), a mudança dos alunos da Santa Casa para o Hospital de Clínicas encerra a era das enfermarias. O HCPA insere-se no novo paradigma no qual o paciente já não é tratado por um médico em especial, mas sim por uma equipe, ou seja, “não há mais a identificação tão profunda com um médico responsável; no seu lugar, há equipes que atuam no tratamento” (HASSEN, 1998, p.92).

A abertura da maternidade do HCPA ocorreu em abril de 1980. A partir de então, as práticas de ensinar, pesquisar e fazer enfermagem foram sendo construídas com os conhecimentos já incorporados e com as inovações impostas pelo contexto e pela evolução do conhecimento. No novo hospital universitário, as alunas de enfermagem na área obstétrica eram formadas pelos processos dinâmicos do saber circulante, ou seja, uma realidade em constante transformação e essencialmente contraditória (KONDER, 2000).

O novo hospital representava o que havia de mais moderno e inovador na área obstétrica. Aí dentro se distribuíam as práticas obstétricas, entre elas a avaliação do trabalho de parto, geralmente por meio do toque, o qual, inicialmente, era atribuição da enfermeira, conforme a fala que segue:

*Não de rotina [realizar o toque]. Porque era sempre um grupo assim de 5, 6 alunas, até nem entre os médicos. Dependia assim, se era bolsa rota, se não era bolsa rota.*

*Quando era bolsa rota, ninguém tocava, só o médico responsável por aquela paciente. E quando era bolsa íntegra, eu atendia na emergência dentro do CO, era um dos locais, então ali o critério era eu que determinava. Se o aluno ia fazer toque ou não. Se era uma paciente que... Tinha que avaliar. Se eu avaliasse que era importante fazer um toque e que eu faria ali, cada aluno teria sua oportunidade. Mas não na mesma todos tocando, isso nunca! E como nós ficávamos um período bom, a carga horária era grande, o tempo que nós permanecíamos lá era grande também, oportunizava a todos fazerem. Eles acompanhavam a amniocentese, qualquer procedimento que tinha, os alunos acompanhavam. (C7)*

O fazer provinha do fato da extensa permanência das alunas em campo de estágio, e o ato de realizar o toque vaginal, de acordo com a colaboradora, não pertencia à rotina específica de determinado profissional. As alunas observavam a maior parte dos procedimentos, o grande aprendizado provinha da observação acurada. No entanto, outra colaboradora refere o seguinte:

*Então, do Clínicas, a situação até faziam, por exemplo, no trabalho de parto, [...], eu ia com as alunas, lá eu fazia, eu pegava, com as alunas lá, eu pegava avaliação dos pacientes, trabalho de parto, sempre com o cuidado da gente respeitar, não ficar como eles fazendo, como eles [os médicos] fazem, ou seja, tocam toda hora, porque eles querem que o aluno aprenda, então a gente respeitando os horários, fazendo o toque necessário. (C4)*

A fala anterior permite inferir que o toque vaginal realizado pelas alunas não ocorria pela necessidade de a aluna de enfermagem aprender, mas era realizado de acordo com a necessidade da paciente. Essa necessidade determinava o uso de tal prática. Além disso, parece que as práticas divergiam de uma professora para outra. É importante destacar que o Hospital de Clínicas oferecia a oportunidade de as enfermeiras aprenderem a avaliar as parturientes de forma respeitosa. Outros procedimentos também eram reservados à enfermeira:

*Geralmente estes procedimentos [sondagem vesical, tricotomia, enema] eram feitos pela enfermeira. E no caso de estarmos com os alunos, eram feitos com os alunos com a supervisão da enfermeira. A sondagem, a tricotomia, acompanhamento, tinham os boxes do banho, algumas mulheres, assim, tinham um nível de higiene péssimo. E todas tinha uma cadeirinha, todas eram então acompanhadas no banho. Tudo isso era feito, trabalho completo, assistência completa, da higiene ao acompanhante da sala de parto. O parto era sempre feito, lá no hospital de clínicas, pelos médicos. O trabalho que nós tínhamos em nível de graduação era acompanhar a gestante, era fazer a ausculta, verificar a circunferência[...] tudo que tá relacionado[...] (C7)*

Conforme o relato anterior, outro ponto a ser ressaltado diz respeito à atuação da enfermeira e que as atividades eram delimitadas entre os profissionais: o parto era “ato” do médico, o pré-parto e o puerpério eram acompanhados predominantemente pela enfermeira. Uma das formas de assegurar um espaço do fazer, ou seja, garantir o espaço do aluno no

campo de estágio, era aproveitar-se do fato de que muitas enfermeiras eram também professoras da Escola de Enfermagem e mantinham no período de férias a agenda de atendimento, conforme exemplifica a fala a seguir:

*Quando se era convidada a desenvolver uma atividade de treinamento, a gente participava. Mas não fazia parte assim das nossas funções. Porque nós íamos com alunos lá para dentro. E aí depois começou as que eram enfermeiras, por exemplo, a [...] era professora. Como ela era enfermeira também do Hospital de Clínicas, ela dava as consultas de enfermagem, mesmo fora do período letivo. [...]. Os alunos sempre tinham campo de estágio. Porque nós não perdíamos os espaços, porque nós mantínhamos a assistência mesmo fora do período letivo. (C7)*

Permanecer nos campos de estágio era uma das estratégias empregadas pelas professoras, mesmo porque as cargas horárias das práticas das disciplinas eram maiores. Além disso, a fala acima expõe o duplo vínculo de algumas professoras com a UFRGS e o HCPA, possibilitando uma maior integração entre a Escola de Enfermagem e o hospital.

Por meio desta integração entre a Escola de Enfermagem e o HCPA, as professoras em campo de estágio asseguravam a prática para as alunas. No entanto, muitas vezes as alunas eram “atropeladas”, por haver muitos alunos em campo de estágio em comparação com o número de parturientes, porém, de acordo com a colaboradora, isto dependia da respeitabilidade da professora:

*Então tu sentia, eu ia para lá com aluno, cada chefe tinha alunos, então tu sentia direitinho. O dia, comigo eles não se metiam, com as minhas alunas eles não se metiam, eu não pedia, né, eu chegava eu dizia, comunicava pra eles [os médicos], vou pegar aqui, nós vamos fazer assim. Mas o dia que era os outros, sempre dava, quando as gurias entravam, sempre dava problema com as gurias, quando eu não estava perto, eu tinha que estar reunindo as alunas, reunindo as enfermeiras, porque eles faziam e atropelavam. (C4)*

As professoras asseguravam o espaço à efetivação das atividades práticas das alunas, pois não havia tempo para serem consideradas em seu fazer. Está implícito na fala o que talvez venha a ser um dos principais motivos para este “atropelamento”, ou seja, a dificuldade era possivelmente devida ao grande número de estudantes e profissionais em relação, comparativamente, ao baixo número de pacientes. Por outro lado, o fato de ser desconsiderada pode ser atribuído à valorização da formação profissional da enfermeira, visto que os poderes dentro do ambiente hospitalar distribuía-se de forma assimétrica, centrada no médico.

A área obstétrica apresenta atualmente a particularidade de que tanto enfermeiras quanto médicos podem realizar o parto, no entanto, pelo modelo médico hegemônico, atribui-se à enfermeira papel secundário. Com o ideário social das décadas de 1970 e 1980, no qual

se privilegiava o sistema hospitalar e a tecnologia dura como sinônimo de bom atendimento, o parto realizado pelo médico tornou-se legitimado socialmente, mesmo que este ato não o seja pela legislação vigente. A Lei de número 7.498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, parágrafo único, dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e a participação da enfermeira em relação ao parto, segundo esta, é incumbência da enfermeira obstétrica em relação à enfermeira sem especialização, a possibilidade de realizar episiotomia e episiorrafia, além de usar anestésicos, conforme é expresso abaixo: “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” (COREN-RS, 2000, p. 18).

Mesmo com a legislação assegurando o partear à enfermeira, o profissional médico parece permanecer hegemônico. Pires (1989) atribui a hegemonia médica à vinculação dos médicos com a classe dominante nos diversos momentos históricos e à produção de saberes, práticas e tecnologias necessárias à manutenção do *status quo*, de onde resultaria supor a suposição da superioridade do saber médico. Isto se repetiu na UFRGS; durante o período estudado, os cargos de maior poder decisório, tais como reitor da universidade e presidente do hospital, na maior parte do tempo foram ocupados por médicos.

A Medicina, além de deter o poder decisório dentro das instituições, ainda era numericamente maior. Muitas vezes para assegurarem a manutenção do espaço dentro do hospital, quem ficava com esta atribuição eram os alunos do quinto e os do último ano de Medicina, também chamados de doutorandos. Desta forma cada professor constituía uma equipe formada pelos alunos de Medicina residentes do primeiro (R1), do segundo (R2) e do terceiro ano (R3), conforme exemplifica a colaboradora:

*[...] cada professor chefia um dia, uma equipe. E o contratado, se o contratado faz, era na obstétrica, o contratado fazia no dia de uma equipe, por exemplo: terça-feira era o plantão, o professor de plantão [...], então tinha a fulana de tal, a Maria da Silva era contratada, que já era especialista, já fez R3, que é, ficava 24 horas, e o professor vem, fica meia hora, dá uma passeada resolve ali e se vai. Quem fica decidindo tudo é o contratado, ou um ou outro, tem mais que um. Aí esse tem, R3 que geralmente é um, R2, R1, doutorando e quintanista. Então vocês imaginem tudo, que na realidade quem fica na assistência: o quintanista e o doutorando, sem chefe, sem nada [...]* (C4)

Nota-se a marcada cadeia hierárquica dentro da Medicina no setor obstétrico. Conforme destaca a colaboradora, dentro do hospital ficava difícil atribuir responsabilidades no campo de estágio pelo parto, pois parecia não haver alguém que orientasse os alunos, apesar de serem muitos. Isto levava a que os campos de estágio ficassem com muitos

estudantes de medicina e de médicos e as estudantes de enfermagem resultassem numericamente desfavorecidas, perdendo o espaço de atuação e, muito provavelmente, a possibilidade de negociação das práticas.

Assim, em Porto Alegre, o conhecimento das práticas do partejar foi primeiramente instituído pelos cursos de parto no final do século passado ministrados por médicos. A crescente exigência social de mão-de-obra especializada influenciou a elaboração da Lei 775/49 possibilitando a incorporação do partejar nos cursos de Enfermagem. Em relação ao ensino, a Enfermagem foi perdendo espaço no cenário do parto devido ao aumento significativo do número de alunos de cursos de Medicina e à conseqüente apropriação do partejar como uma especialidade médica, além da influência do paradigma biomédico na divisão de tarefas e pagamento por parto pelo INPS.

## 4 AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DA ENFERMEIRA

### 4.1 A construção das práticas obstétricas da enfermeira

As práticas obstétricas dizem respeito à ação das enfermeiras durante o parto e de acordo com a época. As práticas a serem relatadas foram construídas pela chefe de serviço do SEMI durante os anos de 1976 a 1980, quando abriram as unidades direcionadas ao atendimento da mulher durante o trabalho de parto, e operacionalizadas pelas enfermeiras das unidades. As colaboradoras entrevistadas eram provenientes da UCO, EU e UIO.

#### 4.1.1 Os procedimentos técnicos da enfermeira

Grande parte dos procedimentos técnicos foram pensados pela chefe de Serviço de Enfermagem da área materno-infantil, conforme afirma uma das colaboradoras, que a ela

*[...] veio com um calhamaço de rotinas assim e pedindo a nossa opinião pra gente dar uma olhada, mas mais ou menos já veio tudo já esquematizado (C9).*

Estes procedimentos por escrito a que a colaboradora se refere não foram encontrados; de acordo com funcionárias do HCPA, todos os documentos são descartados após cinco anos. Mas conforme informações das colaboradoras, estes procedimentos foram instituídos de acordo com livros norte-americanos de obstetrícia trazidos pelos médicos da Comissão que implantou os serviços da maternidade.

Alguns procedimentos eram realizados unicamente pela enfermeira, tais como a punção venosa, segundo as colaboradoras, muito utilizada para a **infusão de ocitocina**, hormônio empregado para estimular as contrações uterinas:

*A gente aspirava soro glicosado, agora isso não tem mais, e diluía uma ampolinha lá de ocitocina e colocava na bomba. Cada vez, quando acabava fazia todo o processo de novo, então isso era uma coisa que a enfermeira fazia. A enfermeira fazia isto, fazia punção venosa, só a enfermeira que fazia. (C5)*

Em alguns momentos ocorria a infusão de fármacos também para a **sedação** da paciente:

*Porque dependia do estado da paciente, tem mulheres mais sensíveis, tem mulheres que ficam gritando, então algumas eram sedadas até porque era uma necessidade. Isso dependia da avaliação médica. Mas a ocitocina era bastante usada. Bastante. (C7)*

De acordo com as falas das colaboradoras C5 e C7, é possível notar a ênfase dada ao controle do parto por meio da medicação, de ocitócitos. A sedação aparece como secundária, mas também consiste em uma intervenção farmacológica. O fato de a mulher estar nervosa ou agitada devido ao parto ser um incômodo para os profissionais, é possivelmente uma forma de expressar seus sentimentos, nisto inclui-se a dor, que apresenta componentes emocionais.

Além da tendência de controlar o processo fisiológico do parto com medicações, havia uma inclinação a **práticas voltadas para o risco**, técnicas invasivas orientadas ao atendimento do parto como um evento de risco, a hemorragia neste caso. Conforme pode ser demonstrado pela fala da colaboradora C5:

*A gente de preferência usava abocath 19, porque sempre se pensava na possibilidade de receber sangue, então sempre foi um CO virado para o risco [...] (C5).*

Os procedimentos técnicos eram efetuados de acordo com o pressuposto da mulher estar passando por evento passível de risco. Neste sentido, com o intuito de lhe possibilitar maior movimentação, foi criada uma **vestimenta especial** para ela:

*Então assim: aí ela já botava a bata própria, [...], as roupas, os negócios, tudo a gente tinha que inventar para a costura fazer... Um calção que ela amarra para não ficar, e cumprido. Era, não sei se continua, mas comprido, porque imagina as coitadas, humilhante, a gente queria que elas deambulasse, a filosofia era no trabalho de parto que elas deambulasse. [...], mas aí a gente fez para elas deambularem. Acho que tem ainda. A gente fez com um cordão com o mesmo tecido. Claro, se ela está ali na cama, na segunda fase do trabalho de parto, nem tem por quê. Mas quando ela tá no início que ela ainda pode deambular. A gente fez a sala de deambulação. (C4)*

A vestimenta, de acordo com a colaboradora 4, possibilitava privacidade para a mulher poder deambular durante os primeiros estágios do trabalho de parto. Tal vestimenta faz parte do ritual de institucionalização do parto, privando a mulher de permanecer com sua própria roupa e a despersonalizando. Mesmo com as práticas voltadas ao risco, quando a estrutura física foi construída, inicialmente pensou-se em algo menos invasivo, um exemplo disto é a sala de deambulação.



A **sala de deambulação** foi construída de acordo com o ideário de que a mulher deveria caminhar e ser avaliada periodicamente. Assim, antes de entrar em franco trabalho de parto, ela poderia ficar junto à família e caminhar esperando a progressão do trabalho. Apesar de a paciente ficar algum tempo no leito, mesmo assim era valorizada a deambulação:

*a paciente era mantida na cama boa parte do tempo, mas também era estimulada a deambular, se tinha soro não tinha rodinha, tinha que andar, segurando o prato[suporte] (C5).*

Outras inovações foram as orientações para o tipo de respiração adotada no parto, diferentes de todos os outros hospitais. As enfermeiras do HCPA primavam por um melhor atendimento embasado no conhecimento científico da época. Durante o período expulsivo, trouxeram mais uma inovação no que elas denominavam de “comando de parto”:

*A gente nunca orientou a respiração cachorrinho, sempre respiração profunda, que era uma coisa inovadora, porque na época se preconizava a respiração cachorrinho e a gente não fazia isto (C5).*

A técnica de respiração profunda é um recurso para o relaxamento e, conseqüentemente, para a diminuição da dor durante o parto (ZIEGEL, 1985).

Outra prática comum era o **enema**, que, de acordo com Fritzpatrick (1978), deve realizar-se explicando-o passo a passo à mulher e “dizendo ao mesmo tempo especificamente o que se pode fazer para aliviar o mal-estar, ajudar e diminuir os inconvenientes do procedimento”<sup>12</sup> (1978, p.294). Acreditava-se que o esvaziando do intestino por meio da infusão de substâncias líquidas através do esfíncter anal deveria ser realizado com o objetivo de induzir a evacuação e evitar constrangimento no caso de ela evacuar durante o parto. A evacuação durante o parto seria um evento incômodo também para os profissionais que as atendiam, visto que não eram informadas sobre esta eventualidade e consultadas sobre a realização do procedimento. Assim, de acordo com a colaboradora,

*também o enema era uma sacanagem, porque era feito assim, não interessa se tu tinha passado dois dias com diarreia antes do parto, não, é rotina, tem que fazer, é rotina médica.” (C9).*

É possível inferir por esta fala que era priorizado o seguimento da rotina, provavelmente sem levar em consideração a situação da paciente: uma rotina médica, portanto por si só deveria ser seguida, o discurso médico tinha força suficiente para fazer com que o procedimento se realizasse.

---

<sup>12</sup> Tradução da autora

Além do enema, havia a **tricotomia de rotina** que, de acordo com Fritzpatrick (1978), era medida utilizada para que a vulva e o períneo pudessem ser melhor visualizados pelos profissionais; acreditava-se que a cicatrização da episiotomia seria facilitada pela ausência de pêlos no períneo. Assim, quase todas as mulheres eram submetidas à tricotomia e à **episiotomia**:

*Enema e tricotomia de rotina. A não ser mulheres múltiparas que viessem já sem necessidade nenhuma, às vezes já vinham em franco trabalho de parto. Mas a maioria fazia, essa eu acho que é a resposta correta. A maioria fazia episiotomia, episiorrafia, é claro. (C7)*

Outra medida adotada para a cicatrização da episiotomia eram os curativos perineais. Nos primeiros dias de funcionamento da Unidade de Internação Obstétrica, o curativo no pós-parto era feito como na Santa Casa:

*Então, aí sim, era feita para a episíio e depois se lavava bem com iodoform aquoso, a gente adotou lá no início;, a comissão de infecção preconizava não os mercúrios, o mercúrio já estava em desuso, eram os componentes iodados, o iodoform aquoso para períneo, o álcool iodado para as regiões ali. (C4)*

Posteriormente aboliu-se o **curativo perineal**. A lavagem do períneo com sabão neutro e água corrente foi outra inovação trazida para a capital gaúcha e implantada no Hospital de Clínicas:

*Uma outra mudança que já se entrou com isso, que já ficou diferente dos outros, que nós não faríamos o curativo perineal, nós faríamos a higiene perineal com água. Já evitando e ensinando a puérpera então, a ela fazer a higiene, isto foi uma mudança. Tanto é que a área física já foi planejada com esta intenção, de ter as duchinhas do lado do vaso. Então isto era uma mudança que se fez. (C6)*

Além da inovação do curativo perineal prescindir de outros materiais exceto água corrente e sabão, introduziram o aleitamento materno em Alojamento Conjunto. Assim, uma prática a mais que as enfermeiras nos primeiros tempos de HCPA instituíram foi o incentivo ao aleitamento:

*Era muito fácil preparar uma mamadeira com água e glicose. E preparar as porções de leite de acordo com a prescrição, e as prescrições da época comprovam isto. O aleitamento era um trabalho mais da enfermeira, do que dos médicos (C7).*

Naquele momento estava em voga a utilização de fórmulas lácteas, inclusive eram distribuídas nos hospitais pelas próprias enfermeiras, pois:

*na época, era péssimo, amamentar era coisa mais diferente, démodé, e que não dava ibope pra ninguém, não dava marketing, era uma coisa!! (C7).*

De acordo com a colaboradora C7, o aleitamento materno era considerado um ato desvalorizado, pois o ideário naquele momento era que os produtos industrializados eram o melhor, em especial o leite em pó. Ao se seguir o ideário da participação dos pais nos cuidados, havia no momento da implantação a proposta de realizar todos os procedimentos com o bebê em frente a eles. Tal idéia provinha da área pediátrica do mesmo hospital, que já havia implantado o alojamento conjunto:

*Seria uma coisa implantada aqui, porque a gente que tava com a idéia, de que tudo, 100% das coisas, seria feito na presença da mãe, do pai, no alojamento conjunto, por exemplo, nós deixaríamos o nenê 24 horas com a mãe e tudo seria feito com a presença da mãe, ali com a presença da mãe. Inclusive o que a gente achava que ia fazer, a coleta de sangue. (C6)*

No entanto esta proposta não se viabilizou, pois se suspeitava que os pais não entendessem os procedimentos e os percebessem como algo ruim, conforme a fala da colaboradora:

*Um outro aspecto que eu me lembro que a gente também tinha conversado era sobre a passagem do plantão. E nós tínhamos a idéia junto com os enfermeiros, nós discutimos que a passagem do plantão pudesse ser feita a beira leito. Mas isto assim logo em seguida a gente não implementou, porque a maneira com que a gente fala, o termo puérpera, essas coisas, não são de uso corrente. Então, isto poderia causar problema. (C6)*

Todos estes procedimentos técnicos acima descritos eram os preconizados nas décadas de 1970 e 1980. Os procedimentos anteriormente descritos eram rotinas a serem seguidas, em muitos momentos, independentemente da avaliação da enfermeira. É relevante lembrar que eram realizados pelos profissionais de saúde como o que havia de mais atual e melhor para o atendimento da saúde da mulher.

#### 4.1.2 A Atuação da Enfermeira em Obstetrícia

Grande parte das colaboradoras apontou a enfermeira chefe de Serviço como a principal responsável por pensar e organizar o Serviço de Enfermagem Materno-Infantil.

Com relação aos equipamentos, escolhidos em função da qualidade e preço, o número de peças de roupas, tudo foi planejado pela chefia. A necessidade de material e a compra criteriosa ocorreram de acordo com o pensamento do que poderia ser oferecido de melhor na época. Este momento de desenvolvimento do país tinha como paradigma as idéias desenvolvimentistas, as quais consideravam a tecnologia dura, na fala de Mehry (1997),

sinônimo de bom atendimento. Ao se referirem ao HCPA, muitas colaboradoras chamaram a atenção para as inovações e novidades implementadas pelo hospital, exemplo disto é a fala da colaboradora:

*[...] foi assim a grande, digamos, a **grande novidade** na época, do ponto de vista da estrutura, foi a criação da sala de recuperação pós-parto, a linha filosófica do centro obstétrico foi baseada na academia americana de obstetrícia [...]* (C4).

Quanto à organização do serviço, era necessário treinar os funcionários para melhor adaptá-los ao tipo de trabalho a ser realizado. De modo geral, a enfermeira escolhia e treinava os funcionários. Naquela época, na UIO eram todos auxiliares ou atendentes de enfermagem, não havia os técnicos na Unidade. No treinamento, primeiramente eram discutidas as rotinas, realizadas de forma independente, todas as enfermeiras escolhiam a forma de fazê-las individualmente como ilustra a fala abaixo:

*O que nós nas unidades fazíamos [...]. E antes de ter pacientes, a gente discutia as rotinas. Naquela época nós trabalhávamos com atendentes de enfermagem. [...]. Então nós fazíamos assim, por iniciativa minha e da [...], nós escolhíamos a equipe e conversávamos, porque não tínhamos pacientes para treinar. Eu não sei se isto era uma prática de todos os turnos.* (C5)

O treinamento das enfermeiras ocorreu da seguinte forma: muitas primeiramente foram para outras unidades do hospital de modo a conhecer a instituição e sua filosofia e aí, quando abriram as Unidades voltadas ao atendimento da mulher durante o trabalho de parto, já estavam adaptadas à instituição como um todo. Confirmando tal aspecto, a colaboradora 9 refere que:

*o Clínicas chamou a gente um pouco antes de abrir estas unidades pra gente começar a se acostumar com a estruturas burocráticas do Clínicas e mandaram fazer uns estágio nas unidades de medicina interna, de clínica, de cirúrgica, lá a gente ficou* (C9).

A enfermeira exercia o papel de organizadora do espaço, ou seja, ela tinha uma **postura disciplinadora**. Preservar e manter as normas estabelecidas era uma de suas principais funções, por exemplo, no caso de fazer com que os médicos não dormissem nas salas de recuperação, nas camas de parto ou nas poltronas reclináveis:

*Mas eu sei que depois os residentes começaram a pegar [poltronas reclináveis], e se tem a enfermagem que não vai em cima, eles fazem o que querem, isto depende da chefia, é, depois de que eles se instalam, se não tiver pulso firme, né, não, não consegue.*(C4).

Outra colaboradora reafirma este papel:

*Também era uma coisa que não existia em outro lugar, e ela realmente... Nos primeiros anos 2, 3. Depois ela desvirtuou. Os médicos dormiam na sala de recuperação de noite, era um saco!! A gente tinha que expulsar os contratados. Eles não tinham lugar para dormir, porque em princípio não era pra dormir, mas eles sempre dormiam. Ou dormiam nas camas do parto ou na recuperação... Porque ela botou umas reclináveis, são as mesmas daquele tempo, são maravilhosas no início. (C5)*

A cultura profissional das diferentes formações, de médicos e de enfermeiras, predispôs para uma relação diversa no ambiente do atendimento ao parto. Ao que parece, a enfermeira desempenhou a atividade de manter em ordem o ambiente concentrando seu fazer nos momentos que antecedem e precedem o período expulsivo. Cabia ao médico intervir prioritariamente no período expulsivo.

Ao mesmo tempo havia um **desconhecimento da atuação das enfermeiras por parte dos médicos**, talvez por desconsidera-lo em sua importância. Então acreditava-se que muitos profissionais médicos não haviam trabalhado com enfermeiras graduadas, conforme é demonstrado a seguir:

*[...] mas assim daqueles, até ele era da região da campanha, assim daqueles que enfermeira e lixo era a mesma coisa, acho que nunca tinha trabalhado com enfermeira (C4).*

O desconhecimento sobre as atividades desempenhadas pela enfermeira graduada possivelmente foi um ponto negativo para a autonomia da enfermeira dentro da instituição, ainda mais que tal comportamento provinha da chefia médica. Talvez este desconhecimento, por parte dos médicos, das atividades a serem desempenhadas pela enfermeira e do projeto inicial tenha se agregado a uma forte crença da divisão intelectual do trabalho. A divisão do trabalho decorre das mudanças no processo de trabalho, na qual, com a institucionalização do trabalho médico, a imposição da medicina como verdadeira ciência e a divisão parcelar do trabalho, a hierarquização do trabalho concedeu ao médico a supremacia do trabalho intelectual sobre os demais profissionais, inclusive à Enfermagem (PIRES, 1989). Assim, eram creditadas às enfermeiras **funções desvalorizadas** socialmente:

*Ele achava que enfermeira tem que fazer aquelas coisas, tem que ser empregada de médico. Então, sabe, foi muito complicado!!" (C4).*

No entanto, mesmo de uma forma desvalorizada, a enfermeira encontrou em muitas atividades o reconhecimento profissional. Na admissão obstétrica realizada na emergência, a enfermeira se envolvia com **atividades de orientação**, e esta atividade persistia durante todo o atendimento:

*[...] nas diferentes fases da admissão da gestante, então eventualmente a gente ia lá na sala de admissão, explicava pra paciente os procedimentos que iam acontecer. E a gente até conseguia acompanhar. Às vezes a gente se envolvia com orientação no trabalho de parto, parto, puerpério imediato. (C9)*

Quando a emergência obstétrica funcionava no térreo, a primeira avaliação era realizada pela enfermeira:

*A rotina era tu fazer a avaliação da paciente, e tu sempre chamava, comunicava ao médico que a paciente [...] Só que normalmente nós fazíamos a avaliação, e em geral quem descia eram os doutorandos, e então tu não iria ficar na avaliação do doutorando!? (C1).*

Nesta época, eram duas enfermeiras, uma no CO e outra na emergência, que se revezavam no atendimento, ambas da UIO. As atendentes ficavam no andar, e os médicos em formação para o atendimento ao parto permaneciam na UCO. No entanto, conforme a fala acima, o despreparo dos profissionais médicos era motivo de preocupação no atendimento:

*Porque eles muito inseguros, totalmente diferentes, despreparados, talvez até soubessem fazer os seus partos, mas não para enfrentar um hospital universitário (C4).*

Já durante a estada na UCO, a enfermeira tinha por atividade acompanhar a mulher, o **estímulo ao aleitamento**, a avaliação da mulher e a **alta da sala de recuperação**:

*[...], nós ficávamos auxiliando a mãe a se posicionar, se posicionar o nenê na pega, né. Às vezes a gente ficava 20, 30 minutos com um nenê tentando fazer o nenê de mamar. [...]. Uma outra rotina que na ocasião foi implementado, que a mãe ganhava nenê no centro obstétrico. E ela ficava na recuperação do centro obstétrico. E aí foi preconizado que parto normal, ela seria avaliada em 2 horas e cesárea em mais horas, no centro obstétrico. E a alta era dada pela enfermeira no centro obstétrico. Desde o início a avaliação da puérpera, para ela vir pra unidade, era da enfermeira de lá. (C6)*

De acordo com a fala anterior, o estímulo ao aleitamento era uma das práticas da enfermeira, além da avaliação na sala de recuperação pós-parto. A sala de recuperação era de responsabilidade da enfermeira, neste espaço ela detinha total autonomia. A enfermeira durante o parto e nas duas horas após ficava auxiliando e orientando a mulher nos diferentes

momentos.

Na Unidade de Internação Obstétrica, a enfermeira tinha por atividades avaliar a puérpera e trazer o recém-nascido da Unidade de Neonatologia, entre outras atividades, conforme expressa a colaboradora a seguir:

*Então quando era parto normal e estava tudo ok, a gente tinha feito o exame. A gente ia buscar o nenê se ele estava liberado. E quando ela era cesárea, a gente avaliava, se ela estava com dor, se ela tinha sido medicada a petidina, a gente esperava um pouquinho, às vezes e também dependendo se ela tinha companhia. Se ela estava sozinha, a gente não deixava o nenê com ela. E muitas vezes na cesárea a gente buscava ele só para visitas. Então, enquanto que a mãe tinha condições, a gente deixava o recém-nascido com ela. (C6)*

A petidina era uma medicação muito usada para a diminuição da dor. A atitude de ficar um pouco mais com o bebê é benéfica tanto para a mãe como para o bebê, porém o uso de tal medicação pode prejudicar a amamentação nas primeiras horas do pós-parto.

Sobre as atividades, mais especificamente na UCO, uma das colaboradoras refere:

*No Centro Obstétrico então nós tínhamos uma série de atividades burocráticas que infelizmente acompanham até hoje, [...], de administração deles se envolver, os exames da fulana não chegavam, incomodavam, faz e acontece. Lembra que é época pré-computador, não tinham os computadores, a coisa era toda no telefone, nos contatos pessoais. (C9)*

A enfermeira exercia uma série de **atividades administrativas**. Talvez exercer inúmeras tarefas administrativa esteja relacionado ao fato de a enfermeira ter se afastado do atendimento ao parto em decorrência do aumento do número de acadêmicos de Medicina.

Outro papel desempenhado por ela era o de **advogar em prol da paciente**, principalmente no que dizia respeito ao acompanhante na sala de parto. Em muitos momentos referem que era muito difícil barganhar com os médicos para que os pais entrassem, pois era uma decisão entre o médico e a enfermeira:

*No CO o pai tinha acesso ao trabalho de parto, a entrada do pai no quarto era sempre uma negociação entre a enfermeira e o médico. Sempre a enfermeira querendo que ele entrasse e o médico colocando pedrinhas [empecilho] pra eles não entrarem. Mas já entravam os pais. (C5).*

Dentro do HCPA, as enfermeiras se sentiam muito respeitadas pelos pacientes,

acreditavam que seu trabalho era valorizado e até mesmo que tinha uma **aura nobre\***.

Conforme a colaboradora refere:

*Pensando pegar a punção venosa...e a mãe que tinha dificuldade de acesso, então era uma coisa assim, era um trabalho meio nobre, o trabalho da enfermeira, o trabalho de assistência técnica, né, a sondagem vesical sempre foi da enfermeira também, e aí nós todas, todas, a gente tinha que sentar, conversar, fazer o histórico, que era longo. (C5)*

Todas estas atividades mencionadas anteriormente não incluem o partejar, pois, para uma colaboradora, realizar o parto nunca foi atividade da enfermeira, outras, no entanto, mesmo reconhecendo o projeto inicial, demonstram outra opinião sobre a aura nobre da enfermeira. Houve conflito de opiniões entre as enfermeiras colaboradoras sobre o partejar. Uma acreditava que o que tinha sido planejado para a enfermeira, o partejar, não fazia parte do que era considerado como uma atividade nobre:

*E eu vou te dizer que eu era uma das que fazia, mas não achava que aquilo era minha atividade mais nobre lá dentro. Porque eu me envolvia em atender o parto e aquele meu papel de enfermeira, que era ficar ao lado da paciente, auxiliando, ou ao lado do esposo dela dizendo e orientando qual a conduta a ser seguida, o que que tava acontecendo, como ele poderia participar, como ele poderia ajudar, ficava em segundo plano, ou, fantasticamente nós, naquela época, eu tinha umas funcionárias.(C9)*

No desempenho destas outras atividades, algumas das colaboradoras se sentiam valorizadas:

*Mas quer saber, eu acho que fiz a diferença neste quase dez anos de prática profissional, eu fiz diferença. Então não fiquei com culpa nenhuma. Aquilo que eu fiz e fiz bem feito. Eu acredito que muita criança foi amamentada porque eu tava lá, ou porque a minha equipe tava lá, minha não, a equipe de enfermagem que pensava de uma forma, tinha um pensamento, estava lá. E eu acho que isto é bem bom de carregar na memória. (C9)*

A certeza de ter desempenhado uma atividade que as próprias enfermeiras valorizavam, no momento expulsivo ou não, conferia-lhes valorização profissional. As disputas pelo partejar acompanharam toda a trajetória das enfermeiras na área obstétrica, houve momentos de conquistas e outros de retrocessos, muitas estratégias de resistência, pois

---

\* A palavra nobre significa algo honroso, sublime, generoso, elevado. Então, depreende-se das falas e das definições da palavra “nobre”, que a Enfermagem era considerada uma profissão cuja atividade envolvia um elemento imanente de orgulho e honradez.



a atuação que se pensou para a enfermeira parece que não se concretizou.

#### 4.2 Entre o idealizado e o concretizado

Conforme foi visto nesta pesquisa, houve uma série de formações para habilitarem profissionais no atendimento ao parto. Nas décadas de 1970 e 1980, a influência do modelo biomédico propiciou a gradativa hegemonia dos profissionais médicos nas práticas do partear. Embora as enfermeiras detivessem o respaldo legal para atuar no parto normal ou sem distócia, sua atuação predominante concentrou-se no pré e no pós-parto.

Quando as áreas do HCPA voltadas ao atendimento da mulher durante o parto se abriram, a idéia inicial da chefe de serviço, na implantação do serviço de Enfermagem Materno-Infantil, era de que as enfermeiras realizariam os partos. Esta proposta seguia a recomendação da Organização Panamericana de Saúde (FITZPATRICK *et al*, 1978). O livro adotado pela disciplina tinha seus conteúdos voltados ao atendimento do parto e cuidados imediatos ao recém-nascido. Fato a ser mencionado é que, no livro, todos os procedimentos e falas são voltados ao atendimento da mulher durante o parto realizado pela enfermeira.

O planejado para a enfermeira não se concretizou, porém este processo não foi passivo ou definitivo. O partear foi e é um espaço de disputas, de embates, visto que duas profissões de nível superior distintas podem realizá-lo no Brasil: a Enfermagem possuía o respaldo legal para tanto e a Medicina, a legitimidade social.

Nas décadas de 1970 e 1980, o modelo de atendimento e as políticas de saúde privilegiavam e centralizavam os procedimentos na figura do médico. Entretanto, enfermeiras e médicos possuíam culturas de formação diferente. Isto, no tocante ao partear, significou um ponto muito forte de embates entre estes dois profissionais.

A **diferença cultural da formação** de ambas as profissões pode ser ilustrada pela fala da colaboradora:

*Mas a gente sempre teve dificuldade com a equipe médica. A Enfermagem queria ser menos intervencionista e a equipe médica sempre mais intervencionista (C5).*

As diferenças de pensamento na formação parecem ganhar maior destaque no âmbito da área da saúde da mulher, na qual há sobreposição de fazeres. A relação entre médicos e enfermeiras, com domínio de alguns conhecimentos em comum, tornou-se complicada,

conforme demonstra a colaboradora:

*[...] mas aí ser assim pré-consulta, eu fazia tudo [...], mas era agendada pro médico, vinha comigo, consultava, eu avaliava, olhava exames e botava a alteração encontrada num exame de urina, que era uma urocultura, né, positiva, eu não botava infecção urinária, que o correto é que eu diagnostiquei, boto lá na lista de problemas “infecção urinária”, eu botava: urocultura com *Eschirichia coli* mais de cem mil, entende? Aí o cara, claro, para não ferir brios. (C4)*

O conhecimento técnico de ambos os profissionais parece inquestionável. No entanto a Medicina, por ter um poder simbólico maior, contribuía para a manutenção do status quo, a Enfermagem tinha dificuldades por vezes de se impor. A fala anterior demonstra que poupavam o tempo dos médicos facilitando-lhes o trabalho e preservando-lhes a autonomia; ao constatarem a infecção urinária, acabavam por anotar “urocultura com *Eschirichia coli*”, o que apenas muda a nomenclatura do achado.

Possivelmente tentativas de não desagradar os médicos eram medidas que visavam minimizar desentendimentos no ambiente de trabalho. Mesmo assim, em alguns âmbitos era extremamente difícil evitar as divergências de interesses, tal como ocorria no domínio do atendimento ao parto pela enfermeira.

Nesta perspectiva, em que a enfermeira deveria realizar o atendimento ao parto, foi planejada a presença de uma em cada turno; o indicado para o Serviço:

*[...] era que todas fossem enfermeiras obstétricas (C5).*

No entanto, ao que parece não foi possível viabilizar o idealizado e isto ocorreu por **vários motivos**, os quais, de acordo com as colaboradoras, serão expostos. Um dos motivos assegurados pelas colaboradoras e que consistiu em um entrave foi o **número reduzido de enfermeiras** com formação além da experiência para atendimento de parto. Assim:

*Ah, como não existia enfermeira obstetra. [...] não tinha 24h uma enfermeira obstetra em lugar nenhum. Não vou mentir. Na, na internação, lá no CO, (...) mas a grande, grande não, algumas delas tinham a especialização, habilitação, mas nunca tinham exercido (C4)*

Conforme sugere a fala anterior, houve mais um empecilho; afora o número reduzido de enfermeiras, muitas delas **não possuíam experiência** suficiente para assumir de imediato todas as atividades planejadas:

*Então era muito complicado, para [...] dizer: “eu vou assumir a sala de admissão ou vou assumir a emergência”, [...] tinha que ter enfermeira 24h, e obstetra, como é que [...] que tinha até gente que não era obstetra e que não tinha experiência (C4)*

A colaboradora C4 expõe dois dos obstáculos encontrados pelas enfermeiras para assumirem o parto integralmente. Com o número reduzido para o atendimento ao parto, foi necessário redistribuir os turnos de acordo com o número de habilitadas, conforme é descrito:

*Ela tentou colocar uma em cada turno com habilitação.. Na época, algumas não eram nem especialistas, tinham curso de habilitação. A [...] fez. A [...], que eram pessoas que eu convivia mais. A [...] era chefe da unidade. Então, a [...] colocou pelo menos uma por turno. (C5)*

A forma encontrada foi deixar pelo menos uma enfermeira habilitada em cada turno. Algumas que dispunham de experiência na área obstétrica e que tentaram colocar em prática o planejado para o serviço não conseguiram ficar:

*A [...] era incrível, mas ela não agüentou ficar muito tempo, porque ela não agüentou esta forma de trabalho, este processo de trabalho que no final das contas foi imposto para nós não realizar partos [...] ela ficou poucos meses, mas foi embora, e assim como ela teve outra que também foi embora. Então o parto que era para ser todinho de enfermeira obstetra. E aí com a saída da [...] e de não sei mais quem ficou faltando enfermeira obstetra. (C11)*

O motivo de a enfermeira ter saído não é dito, mas deveria haver algo mais acontecendo, pois, quando a colaboradora fala que ela “não agüentou”, pode-se inferir que algo estava dificultando o seu acesso à atuação durante o parto. Em outro momento a colaboradora refere que foi imposto à enfermeiras não realizarem o parto. Na fala seguinte talvez fique mais claro como os entraves e embates ocorriam:

*[...], a gente era impedida de fazer exame de toque. ‘Mas como tu vem fazer exame de toque? Quem te mandou fazer este exame de toque’ Era assim! Tinha contratado, tudo que nós fazíamos, nós registrávamos, quando a gente fazia o registro, eles vinham imediatamente falar conosco: ‘aquí enfermeira não faz exame de toque, aquí enfermeira não chega perto de paciente, aquí enfermeira não faz parto!’ Aí nós argumentávamos: ‘não foi isto que nós viemos fazer aqui, o plano é outro’, e eles diziam: ‘pode ser o plano que for, aquí enfermeira não vai fazer parto, não vai fazer toque [vaginal], não vai fazer acompanhamento de gestante em trabalho de parto!’ (C11)*

Esta limitação da atuação da enfermeira provavelmente causou **descontentamento** e o

abandono de quem não conseguiu se adaptar à situação, talvez seja o caso que a colaboradora 11 refere. Esta interdição explícita por parte do pessoal médico gerou desconforto e por vezes medo, conforme descreve a mesma colaboradora em outro momento:

*[...] que tínhamos o interesse de fazer uma outra coisa funcionar, elas não tinham o menor interesse em realizar partos ou elas [enfermeiras] tinham muito medo de realizar partos. Eu acho na realidade que era uma mistura dos dois. Acho que é mais ou menos o que as enfermeiras de lá dizem hoje: 'pra que realizar parto se tem um monte de médico e residente que faz?'* (C11)

Neste sentido, outra colaboradora indica a dificuldade de realização de parto em decorrência da disputa de espaço e do número diminuído de enfermeiras habilitadas:

*Então no Clinicas, né, na época que abriu, até tinha gente que tinha habilidade, mas como é que eu, professora da escola, ia pleitear, [...] mesmo aquelas... assim... que só tem obstetra mesmo vamos começar a fazer parto, fazer uma noite que só tenha obstetra, muitas se acovardaram, porque com o rompante que tinha aqueles professores, então, ainda mais com eles, contra, eles iriam ficar no pé pra cada coisa dar errado. Então foi o grande problema.* (C4)

Não bastaria apenas ter vontade ou coragem, o projeto dependia de todas as enfermeiras e mais o respaldo da chefia, além do ambiente propício para a prática da enfermeira no partear. A falta de ambiente muitas vezes provinha da superlotação de profissionais e estudantes no setor:

*Algumas que tinham interesse em continuar fazendo parto, [...] [depois da greve] estabeleceram contatos com um ou outro plantonista. E eventualmente conseguiam fazer parto fora deste período. Mas depois que o pessoal voltou de greve, eram mais residentes do que pacientes, eram mais doutorandos que pacientes. Não são tempos atuais que uma paciente empilhada em cima das outras... Era outro movimento, tu entende?* (C9)

Nas falas percebe-se que o **aumento de fluxo de profissionais e estudantes** no atendimento ao parto contribuiu para a redução das possibilidades de as enfermeiras nele atuarem diretamente. Da Medicina, havia os acadêmicos do quinto semestre, os alunos do último semestre, os residentes, minimamente três, o R1, o R2 e o R3, além do contratado e do professor de Medicina. Assim sendo, as enfermeiras passaram a concentrar suas práticas durante o pré e o pós-parto.

E, por último, um dos fatores relatados como decisivos para a saída das enfermeiras do partear foi a **questão da remuneração**. Em 1967 houve a unificação dos Institutos de

Previdências e Pensões e foi instituído o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com esta mudança, só os médicos credenciados no INPS poderiam receber pelos partos realizados. Assim, o quadro ficou mais complicado para elas atuarem e registrarem sua prática, conforme relata a colaboradora abaixo:

*Tinha toda a diferença, porque o parto realizado pela enfermeira ele não era nem permitido que fosse registrado na folha de parto que tinha sido realizado pela enfermeira, poderia ter o nome da enfermeira que tinha realizado o parto, mas tinha que ter o nome do contratado daquele dia, então o nome do contratado sempre! [...] Ou era o médico ou o hospital, nunca nós, nós recebíamos o salário de enfermeira, como é hoje. [...] Porque como é que tu vais fazer este parto, se não tens o direito de assinar e nem de receber por este parto? Poderia até ter um esquema de salário fixo, bom, tu és enfermeira obstétrica, teu salário é este, teu trabalho é este. Tudo bem é uma coisa. Mas, agora, tu não poder nem registrar.[...] (C11)*

A não remuneração pela atividade de partear foi, pois, um dos marcos importantes para a desistência das enfermeiras de atuarem no parto. No entanto, não deixaram de criar estratégias para continuarem partejando além de procurarem outras atividades dentro da área.

Mesmo com o número reduzido de enfermeiras habilitadas e com experiência para o atendimento ao parto, a limitação da sua atuação, o aumento do fluxo de profissionais e estudantes e a não remuneração por parto realizado, algumas enfermeiras criaram meios para continuarem atuando durante o parto. Foi o que ocorreu durante uma greve de residentes no início da década de 80, da qual, além do HCPA, muitos hospitais de Porto Alegre também participaram. Só as enfermeiras não aderiram ao movimento, realizando partos normais e sem distócia, conforme narra a colaboradora abaixo:

*Sabe quando é que eu fui assumir partos dentro do Centro Obstétrico? Quando teve uma greve de residentes, que foi uma das melhores coisas que aconteceu! Foi uns dois meses que teve esta greve, [...] isso aí foi uma coisa tão boa para nós, uma coisa que foi tão reconhecida, que nunca mais outra greve de residentes o pessoal deixou de se organizar de forma que não tivesse médico dentro do Centro Obstétrico para que eles atendessem. Naquela época existia médico para uma situação de emergência, alguém que chegasse assim com sangramento, uma hemorragia, uma cesárea, uma pré-eclampsia, uma distócia, tinha mulheres que a gente via que tava difícil de ser transferida até porque a greve não foi só dentro do hospital de Clínicas, foi em diversos lugares também. Assim como o HC, todos os outros lugares estavam cheios. Como é que a gente ia largar esta pessoa que ia ganhar este bebê no meio do caminho? Então a gente ficava e acompanhava, não foi uma nem duas vezes que o pessoal médico entrava para ver como era a nossa atuação, para ver o que a gente tava fazendo. (C11)*

De acordo com a fala anterior, as enfermeiras realizaram uma série de partos e o

pessoal médico só em situações de urgência. A greve<sup>13</sup> foi um momento no qual a UCO do HCPA não deixou de atender, pois as enfermeiras mantiveram o setor funcionando sem intercorrências. Em média acredita-se que esse setor avaliava de 200 a 300 mulheres por dia. Mais uma fala expõe este fato:

*Houve um período de greve dos residentes que se estendeu por bastante tempo, mesmo com o aviso, o comunicado que o CO estava fechado em função disto. Havia situações em que as pacientes baixavam. E aí quem fazia éramos nós. Se falou com os plantonistas da área médica, os professores, né, os responsáveis pelo turno. Ficavam lá na salinha, e eles sabiam que a gente tinha experiência e a maior parte de nós tinha especialização. E eles deixavam a gente fazer evolução. De vez em quando eles faziam o acompanhamento. Tinha gente que gostava muito (C9)*

Então, conforme o exposto na fala anterior, infere-se que, mesmo com a pouca experiência e número pequeno de pessoal habilitado, as enfermeiras mantiveram o setor em funcionamento. No entanto, esta resistência não se sustenta no pós-greve.

Uma segunda possibilidade de a enfermeira atuar no parto era **quando o médico não estava** ou não podia atender, conforme se diz abaixo:

*Olha, não sei te dizer, se realmente estava escrito na rotina se a gente podia ou não fazer parto, eu acho que não estava escrito na rotina, eu não me lembro, mas também nunca houve um “não”, um impedimento, até porque era melhor que a enfermeira fizesse um parto, a paciente estava dentro do HC e ninguém. (C1)*

Algumas colaboradoras argumentam que realizavam o parto apenas na sua iminência de não haver tempo de chamar o médico. Em algumas ocasiões, mesmo realizando os partos na falta dos médicos, as enfermeiras recebiam interdições:

*Era uma coisa acintosa, afrontosa! Quando nós fazíamos um parto, porque não tinha mais ninguém para fazer, mesmo assim havia ameaças em relação à nossa atuação. Por exemplo, um bebê que nascesse numa sala de trabalho de parto, isso ia acabar na direção médica e na direção administrativa porque nós havíamos atendido aquele parto. Era uma coisa de reserva de mercado mesmo, de desqualificação do trabalho da enfermeira e são coisas que eu tenho certeza que existem até hoje. (C11)*

Pelos relatos, elas acabaram sendo desviadas de sua função inicialmente prevista e passaram a atuar também como doulas, acompanhando e apoiando a mulher durante o período expulsivo:

---

<sup>13</sup> De acordo com um jornal de grande circulação local, Zero Hora, houve duas greves durante o período pesquisado, uma no ano de 1981, que possivelmente foi a greve em que as enfermeiras atenderam aos partos e uma segunda greve em 1984, que perdurou do dia 22 de maio a 03 de agosto do mesmo ano.

*Tinha o histórico, tinha todas as orientações, o papel da enfermeira era ficar do lado, era meio doula, que a gente vê hoje de ficar junto, era para ser o papel da enfermeira, e no parto também, a gente ficava no lado da paciente todo o tempo. E atendia o nenê... o pediatra, depois trazia o nenê e ficava com a mãe. (C5)*

E ainda neste sentido:

*É na sala de parto a nossa função era acompanhar o parto, ajudar no período expulsivo, a agente fazia o papel que o acompanhante faz hoje, levantar a cabeça da mulher... A enfermeira ficava no lado dela, ajudando no que precisa, às vezes auscultando com sonar, Pinard, era uma coisa que a gente [inaudível] (C5)*

As colaboradoras acima se referem à figura da doula, a qual, de acordo com o Ministério da Saúde, tem por funções auxiliar a posicionar a mulher do modo que ela preferir, favorecer um ambiente tranquilo e de privacidade, orientá-la sobre as técnicas respiratórias, higiene e medidas de alívio da dor, estimular a participação do marido ou companheiro e apoiar-la emocionalmente durante todo o período expulsivo (BRASIL, 2001).

A atuação da doula é extremamente importante e benéfica para a mulher. Esta atuação da enfermeira durante o parto foi a forma encontrada para ela continuar sentindo-se útil e valorizada. De acordo com Lovell (1981), internalizando o sistema de valores vigente, as enfermeiras encontram valor próprio derivativo através da limitação e do contentamento com o que lhes é oferecido. Lembra-se que naquele momento histórico ainda não existia a figura da doula, no entanto, conforme Becker, a colaboradora:

*[...] pode resgatar lembranças involuntariamente equivocadas, lembranças transformadas em função dos acontecimentos posteriores, lembranças sobrepostas, lembranças transformadas deliberadamente para 'coincidir' com o que é pensado muitos anos mais tarde. (2006, p.28)*

Isto implica considerar que a colaboradora possivelmente sobrepôs os acontecimentos, pois a doula é um termo atual. Pelo que é narrado, as enfermeiras naquele momento tinham uma atuação mais efetiva e atuante durante o período expulsivo, pois, entre outras atividades, avaliavam dinâmica uterina, colo-uterina e posição fetal. Assim, por meio da representação sobreposta do passado, a função da doula, de acordo com uma das colaboradoras, seria a função primordial da enfermeira. No entanto a não valorização de tal papel fez com que ela perdesse mais este espaço de atuação:

*Quem não faz leva! Como não fizeram por onde, não valorizaram, perderam o campinho (C9).*

Uma das colaboradoras sintetiza a atuação das enfermeiras durante o parto:

*Aquilo que era previsto inicialmente para gente realizar e aquilo que nós realizávamos eram coisas completamente diferentes. Completamente não, era também aquilo que imaginávamos que poderia fazer, mas não tudo aquilo que a gente queria e imaginava que deveria fazer. Então tinha todo o acompanhamento do trabalho de parto. Éramos doulas e, eventualmente, fazíamos o trabalho de enfermeira obstetra, no sentido de fazer uma avaliação da progressão do trabalho do parto ou do bem-estar do feto, de deambular junto. (C11)*

De acordo com a fala anterior, não houve uma norma clara que determinasse que a enfermeira não pudesse realizar o parto, mas foi algo construído, pois em alguns momentos acompanhavam a mulher dando-lhe suporte emocional e em outros tinham ações e procedimentos próprios de sua atuação.

Este afastamento das enfermeiras não foi constante, mas composto de uma série de estratégias e movimentos em que elas conseguiram partejar. Foram momentos particulares, nos quais em alguns casos foram utilizados arranjos pessoais. Um dos momentos descritos como fruto da estratégia das enfermeiras diz respeito aos cursos de especialização nos quais conseguiam realizar partos porque conheciam os médicos e eles o permitiam:

*Depois nós oferecemos o curso de especialização pras alunas, então eu já como professora. E usando como campo o Hospital Beneficência Portuguesa, nós lá, eu diria assim, que nós conseguimos que os alunos fizessem um bom número de partos, porque os obstetras eram nossos amigos (C7).*

A atuação das enfermeiras no cenário do parto foi influenciada pelo número diminuído de profissionais com habilitação previsto no planejamento do serviço, visto que naquela época a graduação já não tinha a prática do atendimento ao parto no período expulsivo, pelo aumento do número de profissionais e estudantes no CO e o não pagamento pelo parto realizado pela enfermeira. Outro fator que dificultou a ação das enfermeiras foi o fato de a maioria não ter experiência, assim a área de atuação foi se limitando e novas ações foram sendo incorporadas de modo que a enfermeira continuasse se sentindo útil e valorizada. Tais práticas valorizadoras da atuação da enfermeira diziam respeito ao pré e pós-parto, incluindo-se aí os cuidados com o recém-nascido e a posição de doula. Este processo não aconteceu de forma passiva e tranquila, houve uma série de avanços e retrocessos e cada passo representou um ganho e uma perda, tanto para as enfermeiras quanto para os outros profissionais da área, refletindo-se isso no atendimento às mulheres. O HCPA foi inserido em um processo no qual



as enfermeiras já vinham perdendo espaço no atendimento da mulher durante o período expulsivo, no entanto, seu diferencial foi a consolidação desta prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Nova História e as estratégias metodológicas da História Oral ajudaram a conduzir este estudo. Percebe-se na História Oral um valioso instrumento para reconstruir o passado, visto que a maior parte do que foi encontrado neste estudo não consta em qualquer documento oficial da instituição.

Resgatar a trajetória das práticas das enfermeiras na área obstétrica durante os anos de 1976 a 1984 pode trazer reflexões sobre algumas questões atuais tais como as dificuldades de as enfermeiras retomarem o partejar como uma prática da profissão. Além disso, alguns aspectos levantados durante este estudo auxiliaram a entender como o contexto social e político convergiram nos modelos de atendimento adotados naquele período.

O contexto social da entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho e os altos índices de mortalidade materna concederam à mulher lugar de destaque nas políticas públicas de saúde. As características destas políticas condiziam com os pressupostos do modelo biomédico vigente no período: curativista e biologicista, privilegiando o hospital e a figura do médico como sinônimo de atendimento qualificado em saúde com a utilização de tecnologias leve-duras e duras, configurando a medicalização do parto.

O sistema político de concentração de recursos e incremento no sistema hospitalar fomentou a finalização das obras do HCPA na capital gaúcha, iniciadas ainda na década de 1950. A necessidade de o HCPA dispor de um serviço voltado ao atendimento da mulher durante o parto surgiu do fluxo incrementado de alunos e da concorrência por espaço na área obstétrica entre diferentes universidades, visto que, anteriormente, a Santa Casa era o único espaço de formação para diferentes universidades: UFRGS, PUC e FFFCMPA.

Com a criação do HCPA, a UFRGS passaria a ter seu próprio campo de estágio e poderia colocar em funcionamento a filosofia da Universidade, visto que a organização dos Serviços foi feita por professores da instituição. O HCPA, de acordo com as colaboradoras, foi uma inovação na capital gaúcha, tendo por princípio o melhor que a tecnologia da época poderia oferecer.

O estabelecimento do parto como evento científico, medicalizado, com várias etapas no seu atendimento, fez com que as Unidades de atendimento à mulher seguissem esta lógica: a dilatação – EO; o período expulsivo – UCO; a estabilização e o processo de educação em saúde em alojamento conjunto – UIO. Além disso, no que diz respeito à Enfermagem na área obstétrica, o modelo de atendimento usado estava teoricamente baseado no modelo

preconizado pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde), ou seja, a enfermeira deveria realizar os partos, no entanto não foi o que ocorreu.

Durante a implantação dos Serviços direcionados ao atendimento da mulher durante o parto, as principais formações eram, para as enfermeiras, habilitação e especialização e, para os médicos, a graduação e a residência na área. Ainda neste período, aconteceu um fato denominado de “boom” das escolas de graduação em Medicina, conseqüentemente um aumento significativo do número de profissionais médicos formados. Para absorver este grande número de mão-de-obra, os médicos foram gradativamente se apropriando do partear.

No HCPA, esta predominância do profissional médico no atendimento ao parto significou, entre outros fatores, o afastamento da enfermeira deste cenário. Fato este que evidencia a predominância do modelo biomédico nas práticas, cujas características foram a centralização do atendimento no profissional médico e as práticas voltadas para o risco.

A atuação da enfermeira neste primeiro momento da implantação caracterizou-se por um papel disciplinador dos Serviços, pelo desconhecimento e desvalorização da profissão pelos colegas de trabalho. No entanto, mesmo com a desvalorização pelo profissional médico, as enfermeiras sentiam-se valorizadas pelas usuárias do Serviço e introjetaram esta visão. De modo geral, possuíam uma auto-imagem positiva e de orgulho do seu fazer profissional, inclusive creditando à profissão uma “aura nobre”.

Nota-se uma ampla gama de procedimentos técnicos executados pelas enfermeiras durante o atendimento do parto, entre estes a infusão de ocitocina, sedação, enema tricotomia, episiotomia de rotina, curativo perineal e o estímulo à deambulação. Os procedimentos técnicos em sua maioria estavam voltados para o risco, com o uso de intervenções rotineiras. Infere-se, deste modo, que o pensamento daquele momento histórico baseava-se na intervenção de modo a garantir o que se considerava como o melhor atendimento.

A colaboradora, ao comparar a atuação da enfermeira à doula, parece não ter levado em conta que a competência da enfermeira no atendimento ao parto vai além da condição de acompanhantes incluindo-se aí a habilitação técnica e comunicacional. Por meio das narrativas é possível identificar que a enfermeira tinha atuação e conhecimentos mais complexos, os quais lhe permitiam, inclusive, em alguns períodos, atuar ativamente durante o parto.

Inicialmente, a chefe de Serviço de Enfermagem ao planejá-lo, tentou implantar práticas voltadas para o parto fisiológico pelas enfermeiras. Evidência disto é a sala de deambulação que posteriormente foi desativada. No entanto, não foi possível colocar em prática tal atuação; entre os fatores que a inviabilizaram citam-se o número reduzido de

enfermeiras com habilidades para atenderem o parto, o não pagamento por parto realizado e a pressão exercida na prática pelos professores e contratados médicos.

As enfermeiras, pelos motivos já discutidos, apresentaram dificuldade de fazer o enfrentamento com a outra categoria profissional – a médica, caracterizando o parto como um âmbito de disputa pela competência do partejar. É, pois, possível supor que este processo não foi tranquilo, de onde a emergência de pontos de resistência quando, durante a greve dos residentes, as enfermeiras realizavam partos não distócicos no hospital e não deixaram as mulheres sem atendimento. O partejar foi alvo constante de disputas, com múltiplos avanços, retrocessos e estratégias para assegurar esta prática.

É importante mencionar que a contribuição das enfermeiras na implantação do Serviço transpôs o acompanhamento ativo no processo expulsivo do parto e estendeu-se através das atividades no pré-parto, pós-parto, no acompanhamento do parto e suporte emocional, além do atendimento do recém-nascido e do estímulo ao aleitamento.

Em síntese, o HCPA foi uma instituição inovadora, no entanto, devido à influência do pensamento tecnicista e biomédico daquele momento, as enfermeiras não conseguiram executar as práticas planejadas na implantação dos Serviços. Isto talvez explique as dificuldades encontradas pelas enfermeiras durante período e que ainda hoje se dificulta a implementação das práticas preconizadas para a atuação das enfermeiras em um parto fisiológico.

A criação do HCPA e a implantação das práticas em obstetrícia estavam envolvidas por um processo anterior de afastamento das enfermeiras do atendimento da parturiente no período expulsivo, que se deu no contexto nacional, a partir do não-pagamento do parto às enfermeiras, em 1967, instituído pelo sistema previdenciário. No entanto, de modo geral, a forma como as práticas foram operacionalizadas pelos profissionais de saúde consolidou a ausência da enfermeira no cenário do parto.

O estudo histórico pressupõe, em alguma medida, sugerir mudanças por meio do conhecimento do passado. Uma possível sugestão para que as enfermeiras voltem a partejar é que se institua a reserva de quotas de atendimento ao parto em hospitais universitários para que as enfermeiras não deixem de aprender a partejar.

Recomenda-se a criação de fóruns para a ampla discussão sobre a filosofia de atenção obstétrica no HCPA, e a possibilidade de envolver a abordagem interdisciplinar com um projeto de Educação continuada e uma assessoria de acompanhamento.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 236p.
- FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína. (org.) Usos & abusos da história oral. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. xxv, 277 p.
- ARMELLINI, Cláudia Junqueira; RIFFEL, Mariene Jaeger. O parto e o cuidado de enfermagem. In: OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens (org.) **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2006. p.277-312p.
- BARBOSA, Frederico Simões. A Escola nacional de saúde pública ao fim deste século. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 1988. Acesso em: 05 July 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400013&lng=en&nrm=iso)>.
- BARROSO, Carmen. Direitos reprodutivos: a realidade social e o debate político. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo. n.62, ago. 1987. p.52-59.
- BECKER, Jean-Jacques. O handicap do a posteriori. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral**. 8.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. P.27-31.
- BONILHA, Ana L. L.; SANTO, Lílian C. E. Humanização no parto e nascimento: revisando uma história recente. In: **Boletim informativo da ABENFO-RS**, vol. 6, n. 19 (dez. 2000), p.4-6.
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O uso da história oral como uma possibilidade de reconstruir a história da Enfermagem. **Texto Contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v.7, n.1, p.58-70, jan./abr. 1998.
- BRANDÃO, Nadja dos Santos. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras: 1897-1967**. 1998. 263f. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
- BRASIL. Evolução da mortalidade materna no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 112-119p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2815 de 29 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2jun., 1998. Seção 1, p.47-48.
- BRASIL. Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975. Criação do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1975, 17 jul, 1975.

BRASIL. Lei nº3.807 de 05 de maio de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1960..

BURKE, Peter. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In: BURKE, Peter (org.) **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1992. 7-37p.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. Tradução e revisão Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, Anna Maria Hecker Luz e Nilcéa Maria Nery Duarte. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456p.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. A História e a medicina: os signos e os sinais. In: MINAYO, Maria Cecília de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira (org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 133-154p.

CORREA, Maira Baumgarten. **As políticas públicas no contexto da transição democrática: impactos no desenvolvimento científico e tecnológico em saúde**. 1996. 350f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

DUTRA, Ivete Lourdes. **Parto natural, normal e humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto**. 2005. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína (orgs.) **Usos e abusos da história oral**. 4.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 277p.

FERTIG, Adriana. **Missão Verderese: resgatando a Fundação da Escola de Enfermagem da UFRGS**. 2000. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem]. 162 f.

FREITAS, Fernando Monteiro de et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. 680p.

HASSEN, Maria de Nazereth Agra. **Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: a faculdade de medicina faz 100 anos**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998. 239p.

HCPA. Histórico. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br>>. Acesso em: 05 maio 2007

ICM - International Confederation of Midwifery-. **Code of Ethics**. [on line] 1999; [citado 25 jul 2007]; [aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=24&meid=-1>

JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1976. 213 p. : il. ; 30 cm. Tese (livre docência) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Ana Neri, Rio de Janeiro, 1975.

KONDER, Leandro. **O que é dialética?** São Paulo: Brasiliense, 2000. 87 p

LOPES, Marta Júlia Marques. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, Marta Júlia Lopes Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (orgs.) **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.55-62.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. (org.) **O cuidado em enfermagem materna**. Tradução de Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e Anne Marie Weissheimer. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 928p.

MEHRY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002. 189p.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996. 78p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 269p.

QUINTANA, Mário. **Caderno H**. Prefácio Gilberto Mendonça Teles; [organização, plano de edição, fixação de texto, cronologia e bibliografia Tânia Franco Carvalho]. 2.ed. São Paulo: Globo, 2006. 413p.

FITZPATRICK, Elise et al. **Enfermería materno-infantil**. Washington: OPAS/OMS, 1978. 668p.

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

PADILHA, Maria ICS, BORENSTEIN MS. História da Enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2006 dez; 10(3): 532-8.

PEDUZZI, Marina. **Processo de trabalho em Enfermagem**. Porto Alegre, 2006. [palestra proferida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRGS, em 11 de maio de 2006]

POLIGNANO, MV. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão** [online] 2001. [citado 25 jul 2007].

Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/textos.htm>

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999. 99p.

SANTOS, Elaine dos et al. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1997. 367p.

Silva, Mara Nibia da. **O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina : contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS**. 2005. 210 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2005.

SOUTO-DE-MOURA, Luís César; SOUTO-DE-MOURA, Gisela Maria Schebella. Notas de aula sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Rev gauch enfermagem** v.18, n.2. Jul. 1997, p.94-103.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

TYRRELL, M. A. R.. Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil Impacto Politico-Social e Inserção da Enfermagem. **Escola Anna Nery - Rev Enfermag**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 119-135, 1997.

UFRGS. Relatório de Gestão. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Disponível em:  
<[http://www.ufrgs.br/ufrgs/a\\_ufrgs/relatorios/RelatorioGest%C3%A3o2005.pdf](http://www.ufrgs.br/ufrgs/a_ufrgs/relatorios/RelatorioGest%C3%A3o2005.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ< 2002. 81p..

Vieira, Marisa Reginatto. **Resgate das práticas de parteiras leigas** : a humanização da atenção ao parto [manuscrito]. 2004. 79 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2003.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 713p.



## APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista

### UNIVERSIDADE FEDERA DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro da Entrevista

Nome:

O nome pode ser divulgado na pesquisa: Sim ( ) Não ( )

Formação:

Enquadramento Funcional:

Número de anos na função:

Período de atuação no Serviço de Obstetrícia do HCPA:

#### **Questões:**

1. Como surgiu a necessidade de implantar o Serviço de Obstetrícia?
2. Quem e como foi elaborado o projeto do Serviço de Obstetrícia?
3. Quais profissionais implantaram o Serviço de Obstetrícia?
4. Como era o atendimento do Serviço de Obstetrícia nos primeiros dias de funcionamento?  
(E com relação ao projeto inicial, teve alguma relação?)
5. Os profissionais eram exclusivos desta área ou atuavam em outras unidades?
6. Como era a divisão de tarefas entre os profissionais que atuavam no atendimento à mulher durante o parto e no nascimento do seu filho?
7. O acompanhamento durante todos os estágios do parto era realizado por quais profissionais?
  - 7.1 na dilatação?
  - 7.2 na expulsão?
  - 7.3 na dequitação?
  - 7.4 no pós-parto imediato?

**APÊNDICE B – Termo de Solicitação e Responsabilidade de Coleta de Dados**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

À Direção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Porto Alegre, 25 de junho de 2006.

Eu, Tatiana Augustinho Rocha, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, autora da pesquisa *A implantação do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: um enfoque sobre a Enfermagem Obstétrica*, cujo objetivo é resgatar historicamente as práticas obstétricas presentes na implantação do Serviço de Obstetrícia, pelo presente termo solicito o acesso aos documentos (atas de reuniões, correspondências e outros documentos que possam servir de subsídios para esta pesquisa) presentes nos arquivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Comprometo-me, ainda, a não danificar ou realizar uso indevido destes documentos.

Atenciosamente,

Enf<sup>ª</sup> Msd<sup>a</sup> Tatiana Augustinho Rocha

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisa:** *A implantação do Serviço de Obstetrícia em um Hospital de Clínicas de Porto Alegre: um enfoque sobre a Enfermagem Obstétrica*

**Autora:** Tatiana Augustinho Rocha

**Orientadora:** Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Fui informada(o) de forma clara e detalhada, sobre as questões referentes à pesquisa e que a mesma tem por objetivo é resgatar e refletir sobre a implantação do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, enfocando a atuação da Enfermagem Obstétrica na época.

A pesquisadora esclareceu o caráter voluntário de minha participação no estudo, bem como da possibilidade de minha desistência em qualquer etapa da pesquisa sem acarretar qualquer dano. Fui comunicada(o) que as entrevistas serão gravadas em meio digital com posterior transcrição, e que serão destruídas após 5 anos da entrevista. Também me foi informada(o) que será mantido o meu anonimato sendo utilizando pseudônimos no relatório final da dissertação e em estudos que serão publicados referentes a esta pesquisa.

Ao assinar este documento, estou concordando em participar da pesquisa acima mencionada, de autoria da Enfermeira Tatiana Augustinho Rocha, sob orientação da Professora Doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, vinculada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Confirmo o recebimento de uma cópia do presente termo de consentimento tendo a outra cópia ficado com a pesquisadora.

Nome do Informante:

Assinatura do Informante:

Tatiana Augustinho Rocha – aluna/pesquisadora – F: 34352884

Assinatura:

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha – Orientadora – F: 33165428

Assinatura:

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

HCPA / GPPG  
 VERSÃO APROVADA

27/10/2006

## APÊNDICE D – Termo de permissão para utilização de imagens

A Profª Drª Liana Lautert

Diretora da Escola de Enfermagem/UFRGS

Se ocaao com o uso  
contanto que seja citado  
que as fotografias encontra  
- se no centro de Memóric  
da Escola de Enfermagem.

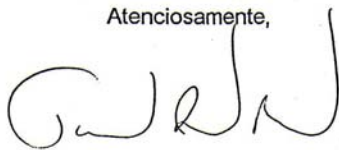
  
Prof.ª Dr.ª Liana Lautert,  
Diretora da EEnf-UFRGS

Porto Alegre, 20 de agosto de 2007.

A História vale-se da memória coletiva como um objeto de poder, visando solidificar a formação da identidade social, da solidariedade grupal e da consciência crítica, dando visibilidade e prestígio a eventos, a pessoas, a acontecimento e a práticas, entre outros. A memória coletiva pode ser buscada através de documentos de toda a natureza, em especial, a imagem, que pode ser considerada uma fonte rica do passado.

Assim sendo, viemos por meio desta solicitar a utilização e divulgação de imagens (ANEXO) constantes no Arquivo da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no trabalho de dissertação de Mestrado intitulada *As práticas de enfermeiras na área obstétrica durante a implantação de um hospital universitário (1976-1984)*. O estudo anteriormente citado é de autoria da mestrandia Tatiana Augustinho Rocha e sob orientação da Profª Drª Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Atenciosamente,



Tatiana Augustinho Rocha



Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

## ANEXO



Lado externo da Sala de Parto, HCPA



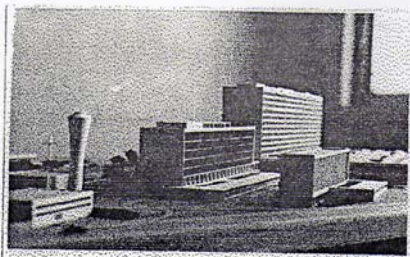
Sala de Parto da Unidade de Centro Obstétrico, HCPA



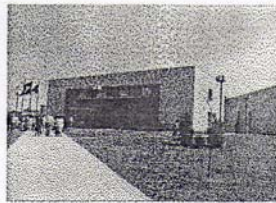
Porta frontal da Unidade de Centro Obstétrico, HCPA



Sala de Deambulação da Unidade de Centro Obstétrico, HCPA



Maquete do Hospital de Clínicas de Porto Alegre junto da Escola de Enfermagem/UFRGS



Inauguração do prédio da Escola de Enfermagem, UFRGS

ANEXO



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 06-437      **Versão do Projeto:** 23/10/2006      **Versão do TCLE:** 23/10/2006

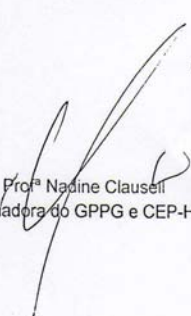
**Pesquisadores:**

ANA LUCIA DE LOURENZI BONILHA  
TATIANA AUGUSTINHO ROCHA

**Título:** A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL-ESCOLA: UM ENFOQUE SOBRE A PRÁTICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 24 de outubro de 2006.

  
Profª Nadine Clausen  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA