

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ASPECTOS DA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A ATENÇÃO
OBSTÉTRICA NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:
contribuições para um estudo**

**Porto Alegre
2018**

RODRIGO DA SILVEIRA

**ASPECTOS DA FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A ATENÇÃO
OBSTÉTRICA NO BRASIL E NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:
contribuições para um estudo**

Trabalho de Conclusão de Curso
em Enfermagem – Escola de
Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul –
pré-requisito para obtenção do
título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^aEnf^aDr^a Mariene
Jaeger Riffel

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Eva, que foi pai e mãe para mim, ensinou tudo que sei e fez de mim tudo o que sou. Agradeço pelo esforço que fez pra me oferecer sempre o melhor, pelo incentivo, pelo caráter, por todo amor e paciência que tem comigo. Obrigado Mãe!

Agradeço a minha irmã, Marilene (Neca), que apesar de nossas intensas brigas sempre me deu muito apoio. Obrigado por todo amor e carinho.

Agradeço as minhas amigas que sempre me deram o maior apoio a voltar à faculdade e não desistir. Obrigado Bruna Nunes, Daiani Ribeiro, Fernanda Mossatte, Hellen Pires e LisleThiele.

Agradeço aos meus colegas e futuros Enfermeiros, que fizeram nossa caminhada na graduação ser mais leve e alegre. Obrigado Amanda, Bárbara, Diego, Gabriela, Juliana Mauro, Laura, Natalia Lima, Priscila e Vitória Zarpelão.

Agradeço aos Enfermeiros Émerson Brito e MozaraGentilini por fazerem meus estágios curriculares, serem de muito aprendizado. Obrigado por tudo!

Agradeço em especial a minha orientadora Prof^a Mariene Jaeger Riffel, pois sem ela este trabalho não existiria. Obrigado por cada palavra, ensinamento, dedicação. Obrigado por ser essa mulher incrível, um ser humano maravilhoso.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	05
2	OBJETIVO.....	09
3	METODOLOGIA.....	10
4	DE PARTEIRA A ENFERMEIRA OBSTETRA, O QUE MUDOU?.....	11
4.1	A sociedade e a regulamentação do exercício das parteiras: do descobrimento à fundação das escolas de medicina no Brasil.....	11
4.2	Marie Josephine Mathilde Durocher e Marie-Louise Lachapelle: destaques no ensino e na arte de partejar.....	18
4.3	O ensino da enfermagem obstétrica no Brasil.....	24
4.4	Aspectos do ensino da enfermagem obstétrica na UFRGS e alguns marcos regulatórios relacionados a práticas.....	29
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
	REFERÊNCIAS.....	43
	ANEXO A -REGISTRO DA CARTA DE EXAME DE PARTEIRA PASSADO A ANNA JOAQUINA EM 1828.....	49
	ANEXO B -PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL....	50
	ANEXO C - PLANO DE ENSINO DA DISCIPLINA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS MULHERES E AOS RECÉM-NASCIDOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	51
	ANEXO D - LISTA DE ALUNAS QUE REALIZARAM O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	56
	ANEXO E - ANEXO E – RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO PARA PARTOS.....	59
	ANEXO F – DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS, CARGAS HORÁRIAS E CRÉDITOS CORRESPONDENTES DO ÚLTIMO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA MINISTRADAS NA UFRGS.....	60

1 INTRODUÇÃO

Os 518 anos de descoberta do Brasil, o fazer das parteiras (e enfermeiras obstétricas) teve diferentes regulamentações. O início da regulamentação ocorreu em 1521 com a concessão das "cartas de examinação", as pessoas desejosas de exercer a arte de partejar (JORGE, 1975).

As exigências para a concessão destas cartas igualavam-se às dos físicos, cirurgiões, sangradores barbeiros, das pessoas que consertavam braços, tiravam dentes e também das parteiras, todos incluídos numa mesma legislação profissional (JORGE, 1975).

As parteiras deviam submeter-se a uma banca composta pelo cirurgião-mor, representante do rei de Portugal, duas parteiras de livre escolha, pagar pesados tributos a cada um dos examinadores e a chancelaria da coroa, independentemente da aprovação que lhe daria o direito a "carta de examinação." (JORGE, 1975).

Esta prática foi modificada entre 1742 e 1782, quando as "cartas de examinação" passaram a ser concedidas por uma junta de sete deputados. Entre 1828 a 1832, a fiscalização do exercício passou a ser efetuada pelas câmaras municipais (JORGE, 1975).

No ANEXO A encontra-se a cópia de uma "carta de examinação" concedida em 1828. Nela estão descritos os direitos da parteira examinada e a afirmação da confissão de fé no evangelho. Descrevem-se, também, os honorários pagos a cada órgão, ou pessoa referentes à concessão da "carta de examinação" (JORGE, 1975).

As mulheres que prestavam assistência compartilhavam com as gestantes suas experiências e habilidades, realizavam atendimento a domicílios e tinham o reconhecimento das comunidades. No entanto, o porte da "carta de examinação" era restrito, uma vez que a concessão dependia dos físicos-mor que a coroa disponibilizava ou, mais tarde, dos poucos locais que possuíam uma câmara municipal com competência para o fornecimento de tal carta (JORGE, 1975; PORTO; CARDOSO, 2009).

Esta situação perdurou até o século XIX e as parteiras, também conhecidas como comadres, aparadeiras, detinham um conhecimento empírico e atendiam no domicílio das gestantes, desde a gestação até o período do puerpério – cuidando também dos recém-nascidos (BRENES, 1991).

Com o advento da modernidade e da ciência os saberes e fazeres das parteiras passaram, por gradual desvalorização por não serem conhecimentos científicos (SANTOS, 2002).

O período de 1832 a 1955 marca a história da formação obstétrica no Brasil, pois mudanças significativas deram-se no ensino, com a criação das faculdades de medicina e do ensino formal da obstetrícia, parteiras cujas aulas deveriam ser em conjunto com alunos da medicina (JORGE, 1975).

Assim, no Brasil do início do sec. XIX iniciavam-se os cursos para formação de parteira, que teve Madame Marie Josephine Mathilde Durocher como primeira e única egressa no ano de 1834 pelo curso de parto na faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (SOUZA, 1998).

Ingressar no curso era situação extremamente difícil uma vez que as candidatas necessitavam saber ler, escrever e contar corretamente. Além disso, a partir de 1854 houve a frequência obrigatória em ambos os anos na cadeira de partos da escola de medicina nas aulas teóricas e práticas. Em 1879 criaram-se cursos de medicina, odontologia e farmácia para o sexo feminino para os quais havia aulas em lugares separados (JORGE, 1975).

A instrução primária foi garantida pela coroa brasileira em 1823, e regulamentada em 1827, com a determinação da criação de escolas de primeiras letras em todas as cidades e vilas mais populosas. No entanto, no território nacional, as escolas de meninas não passavam de 20 (JORGE, 1975).

O panorama populacional na cidade do Rio de Janeiro no ano de 1835 era descrito como uma cidade que contava com “cerca de 250.000 habitantes, dos quais dois terços constam de negros, mulatos e mestiços” (JORGE, 1975; IBGE, 2018). O alfabetismo na população brasileira era algo raro. O primeiro censo demográfico no país ocorreu em 1872 e ele apontava uma população de 8.419.672 habitantes livres e uma população feminina alfabetizada de aproximadamente 6% (IBGE, 2018).

No censo, as parteiras são descritas entre as 12 profissões consideradas liberais, como 1150 mulheres livres somadas a mais 47 parteiros. Destas, 126 eram estrangeiras. No mesmo período foram recenseados 1729 médicos e 238 cirurgiões.

Entre as dificuldades para ingresso ao curso de partos havia o fato de que a profissão vinha sendo exercida “por curiosas da mais baixa classe sócio econômica” (JORGE, 1975. p. 59) e somente moças de “boa família que estudavam em colégios religiosos ou com professores particulares estrangeiros podiam satisfazer as

exigências” (p.59) indicadas, sendo que não era tido como interessante, ou adequado tais mulheres se dedicarem a profissão de tão pouco prestígio social.

Com este panorama somente em 1839, seis anos após a criação do curso de partos pela faculdade de medicina do Rio de Janeiro, formaram-se mais duas parteiras e em 1853, passados mais 14 anos, formou-se a quarta parteira. Até o ano de 1900 este curso formou 12 parteiras e, de 1900 a 1946, ano de encerramento, foram formadas 281 parteiras Na faculdade de medicina da Bahia o cenário estabelecido não foi muito diferente, formando duas parteiras 1832 a 1900, e no período de 1901 a 1951, 287 parteiras (JORGE, 1975).

O currículo de 1832 a 1915 não sofreu modificações. Foi a partir de 1915 que o Curso de Partos passou a denominar-se Curso de Obstetrícia e as parteiras das maternidades passaram a ser consideradas auxiliares de ensino. Durante o curso eram avaliadas pela “paciência, docilidade, bom humor, desprendimento, hábitos de higiene pessoal e doméstica, pontualidade, obediência, método, perseverança, cujas notas serviam de critério para o julgamento nos exames” (JORGE, 1975).

Estratégia interessante e que visou, entre outras, trazer a população feminina para que fossem atendidas em seus partos por mulheres dentro do ambiente hospitalar. Assim a prática do ensino da obstetrícia ficava garantida aos alunos das escolas de medicina e, gradualmente, as poucas parteiras, formadas por tal escola ou não, foram sendo substituídas pelo profissional que a sociedade e a política permitiam formar.

Durante um longo tempo a atenção à saúde para a população que podia pagar ainda era realizada no domicílio. E as mulheres ficavam, geralmente, à mercê de pessoas que possuíam alguma prática ou disposição para cuidá-las. Com a instituição do hospital como local de cura, o domicílio passa a ser considerado o local em que a verdade da ciência é mascarado pelo olhar empírico de cuidadores sem maiores instruções, transformando-se em local inadequado para o parto. O hospital, agora qualificado para cuidados e cura do corpo recebe corpos despersonalizados, ou melhor, cuja identidade é a gravidez agora considerada uma doença a ser curada à luz ciência. Desta maneira, os hospitais uniram conhecimento e prática, ciência e assistência, médicos e parteiras debruçados sobre grávidas para o aprendizado e o cuidado na arte de partejar.

As dificuldades para a formação e a prática profissional na área da enfermagem obstétrica persistem e o trabalho visa fazer emergir alguns aspectos da

formação das enfermeiras na atenção obstétrica no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul para assim possibilitar a reflexão e discussão dos motivos pelos quais o país possui uma população de 5.000 enfermeiras obstétricas e uma carência estimada pelo Conselho Federal de Enfermagem de aproximadamente 200.000 enfermeiros nesta área (COFEN, 2016).

2 OBJETIVO

Descrever características/aspectos da formação e do trabalho de enfermeiras na atenção obstétrica no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul.

3 METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo, documental, bibliográfica (GIL, 2008). Optou-se por esta metodologia visto acreditar-se que a história da enfermagem obstétrica nunca se desenvolveu fora de uma arena de lutas e que as batalhas travadas ao longo do tempo são pouco conhecidas. Resgatar alguns acontecimentos da história da formação das parteiras e enfermeiras obstétricas é possibilitar a criação de novos elos e adicionar outras cores à história das práticas realizadas pela enfermagem obstétrica na atualidade.

Repensar práticas e dar a possibilidade de remetê-las a trabalhos posteriores como é a proposta deste estudo. Tal situação emerge dos burocráticos que impediram o envio do projeto de pesquisa “Perfil da formação de enfermeiros que atendem partos e nascimentos em instituições de saúde do Rio Grande do Sul” a um Comitê de Ética. No entanto o mesmo já foi submetido ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - e aprovado conforme parecer de número 34.846, conforme (ANEXO B).

Buscou-se descrever aspectos da formação de parteiras/enfermeiras obstétricas em diferentes momentos da história do Brasil e do Rio Grande do Sul a partir de artigos, teses e documentos que se expuseram compondo-se o panorama da atuação ao longo da história, acompanhando uma linha do tempo.

Os dados descritos no trabalho são referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (2002) e respeitados os direitos autorais conforme legislação vigente (BRASIL, 1998).

4 DE PARTEIRA A ENFERMEIRA OBSTETRA, O QUE MUDOU?

4.1 A sociedade e a regulamentação do exercício das parteiras: do descobrimento à fundação das escolas de medicina no Brasil

No Brasil do início do séc. XVI o tipo de parto que predominava era o da indígena no qual a mulher colocava-se de cócoras e o escasso sangramento decorrente do período expulsivo e da dequitação eram lavados no rio mais próximo. O cordão umbilical era cortado pela mulher recém-parida com os dentes ou com um pedaço de taquara e o bebê acompanhava a mãe ao banho ribeirinho. Não se pensava em acompanhamento por profissional ou serviço de saúde no Brasil “recém-descoberto” (GOMES, 1974).

A mulher indígena quando estava grávida, ficava restrita aos afazeres domésticos, não se limitando ao repouso. As atividades domésticas ajudavam a indígena a ter um parto normal. A mãe realizava sua higiene pré-natal, de acordo com seus costumes, sempre com intuito de proteger a si e ao bebê. Ao futuro pai cabiam algumas restrições como não matar peixe e não coçar fêmea, pois se acreditava que isto poderia fazer com que o feto nascesse morto. Ao pai não permitido ter relações sexuais com a mulher durante a gestação e somente quando a criança já tivesse se alimentado e encontrasse caminhando (GOMES, 1974).

Às “dores do parto”, a indígena deitava-se ao chão ou em uma tábua. As mulheres da vizinhança, avisadas da iminência do nascimento, vinham assisti-la e, as que tinham maior experiência podiam, eventualmente, auxiliá-la. Quando a mulher sentia alguma dificuldade na hora do parir, o marido a ajudava apertando-lhe o ventre para ajudar na expulsão do feto (GOMES, 1974).

Após o nascimento do bebê quem juntava a criança era o pai. Se o filho fosse menino ele o erguia e cortava o cordão umbilical, no entanto, se nascesse menina quem erguia e cortava o cordão era a mãe ou algum parente próximo (GOMES, 1974).

Após o parto a mulher tomava um banho e banhava a criança no rio, lagoa mais próxima, retornando aos afazeres habituais. A alimentação no pós-parto não continha restrição. Já, o pai deitava-se à rede até o cordão da criança secar e recebia as visitas dos parentes e amigos. Entendia-se que a mulher era apenas uma depositária da criança e que a gestação ocorria “mesmo” no corpo do pai, por isso

seu resguardo durante a gestação e mesmo após o nascimento do filho (GOMES, 1974).

É neste cenário que os portugueses chegam ao Brasil em 1500. E é a partir de 1521 que surgem as primeiras legislações com o intuito de fiscalizar as pessoas que detinham a arte de curar na forma de físicos, cirurgiões, barbeiros, boticários, sangradores, curadores de ossos ou parteiras (JORGE, 1975).

Do séc. XVI ao XIX, as mulheres que desejassem assistir os partos de outras mulheres deveriam possuir uma “carta de examinação”, sendo submetidas a exames para obtenção de tal documento (JORGE, 1975).

Em 1521, o Físico-mor Dr. Diogo de Souza, tinha a chancela do rei de Portugal para conceder as “cartas de examinação” a quem quisesse desenvolver a não somente a arte de partejar, mas, também, a arte de curar. A carta era cedida através de uma avaliação realizada por um físico-mor e outros dois físicos. Na falta dos outros dois físicos, o exame poderia ser realizado por qualquer pessoa que tivesse experiência na profissão contanto que portasse uma certidão que comprovasse sua experiência oficialmente. Quem exercesse a profissão sem a autorização concedida pelo físico-mor, poderia ser punido com a prisão e pagamento de multa (JORGE, 1975).

Ao final de 1631 os exames de avaliação para concessão das “cartas de examinação” não eram mais coordenados por um Físico-mor e sim por um Cirurgião-mor juntamente com duas parteiras de escolha do cirurgião. Caso o cirurgião concedesse a “carta de examinação”, a parteira deveria ir à Chancelaria para obter a assinatura do chanceler. Além disso, a cada um dos membros da banca de avaliação deveria ser pago a quantia de trezentos réis além da taxa de três cruzados ao Chanceler (JORGE, 1975).

Entre 1742 e 1782 a Ordem do Conselho Ultramarino para Físico-mor do Reino determinava que as funções de delegado e comissários do Físico-Mor e do Cirurgião-mor deveriam ser exercidas por médicos formados pela universidade de Coimbra (JORGE, 1975).

Em 1782 D. Maria I, “por graça de Deos Rainha de Portugal e dos Algarves” (JORGE, 1975, p. 154) cria uma lei que modifica os exames retirando o Físico-Mor e o Cirurgião-Mor das avaliações. Cria-se a Junta do Protomedicato com sede em Lisboa composta por sete deputados (três médicos da Câmara Real, dois médicos da Casa Real, um Cirurgião da Câmara), que se reuniam nas segundas, quartas e

sextas-feiras à tarde para concessão das “cartas de examinação” e seriam substituídos a cada três anos. A lei afirma textualmente que a rainha se mostrava insatisfeita com as “obviedades inconvenientes” (JORGE, 1975, p. 154) como, a falta de princípios de pessoas na concessão de licenças para o exercício de suas artes, o que colocava em risco a vida de seus vassallos. No entanto, a escassez de profissionais que levaram aos abusos em relação ao exercício das profissões como na concessão das licenças para trabalhar não cessaram com tal lei e, a partir de 1808, ano em que a família real se instala no país, as “cartas de examinação” foram substituídas por alvarás concedidos pelos físicos e cirurgiões-mor dentro do Brasil (JORGE, 1975).

Entre 1828 e 1850 a fiscalização e concessão de licenças para o exercício da profissão passam às Câmaras Municipais e às Justiças Ordinárias; em 1850 foi criada a Junta de Higiene e Saúde pública (JORGE, 1975).

Em 1832 criasse as faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e o ensino formal das parteiras passa a ocorrer junto às escolas médicas com a criação dos cursos de Parto. De 1832 a 1949 toda legislação referente ao ensino das parteiras esteve inserido na legislação do ensino da medicina. Mas, nota-se antes, disso a legislação referente à prática das parteiras também esteve atrelada ao exercício das ocupações referentes à área da saúde. Pode-se dizer, então, que em relação ao exercício da profissão (JORGE, 1975).

Os Cursos de Parto criados em 1832 junto às faculdades de medicina da Bahia e Rio de Janeiro tinham a duração de dois anos e pretendiam diplomar um número razoável de parteiras “para melhor assistir a população, pelo menos dessas duas capitais” (p. 52).

As candidatas ao Curso de Partos deveriam ter idade mínima de 16 anos, saber ler, escrever, contar e apresentar atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da Freguesia respectiva. A exigência de tais critérios excluía a maior parte das moças da época visto que poucas tinham acesso a um ensino que lhes dessem condições de concorrer a estas vagas. Além disso, aspectos culturais de como as famílias e a sociedade se estruturavam mantidas por um sistema educacional que previa a manutenção das famílias no lar, diminuía ainda mais o desejo das mulheres em frequentar tal curso (JORGE, 1975).

A sociedade configurada como patriarcal, onde o homem mantinha o controle sobre a esposa, filhos, noras, escravos e agregados, desconsiderou a possibilidade

de tal formação evidenciada no número de alunas que se formaram no Curso de Partos: 14, no período de 1832 a 1901 (JORGE, 1975).

Desta maneira, enquanto as faculdades de Medicina do Rio de Janeiro buscavam formar médicos para esta assistência, a sociedade mantinha-se com baixa cobertura de assistência qualificada por ocasião do parto e nascimento, que continuava sendo suprida por mulheres consideradas curiosas e pertencentes a categoria menos instruída da sociedade (JORGE, 1975).

A mulher na sociedade brasileira do séc. XIX é percebida em registros de estrangeiros como Debret, um francês, como segue:

O domínio absoluto sobre a mulher e filha, o resguardo da mulher, a sua incapacidade decretada por qualquer coisa que não fosse o governo da casa. As gelosias, rótulas que tornaram as casas patriarcais uma espécie de gaiolas para dissimular mulheres e filhas. Após dois meses de travessia percorrendo pela primeira vez as ruas do rio de Janeiro obstruídas por uma turba agitada de negros carregadores e negras vendedoras de frutas, sentimo-nos nós franceses, estranhamente impressionados com o fato de não ver nenhuma senhora nos balcões ou nos passeios (p. 54).

Josephine Neuvillle (1864), de origem europeia, nasceu no Brasil e criticava o modo de vida no Brasil dizendo que “os fidalgos saiam de carro, ou cadeirinhas; mulheres de qualidade só eram vistas no átrio da igreja ou quando muito às tardes no passeio público para meia hora de refrigério” (apud JORGE, 1975, p. 54). De seus estudos, Gilberto Freire (1964) afirma que até 1844 não era uso andar a boa gente fluminense nas ruas. Descreve, também, a forma como as moças paulistas eram vistas por outro francês, Charles Expelly, a esta época:

Os bordados, os doces, a conversa com os negros, o cafuné o manejo do chicote, e os domingos uma visita à igreja eram as distrações que o despotismo paternal e a polícia conjugal permitiam às moças (JORGE, 1975, p. 54).

Saint Hilaire descreveu características das mulheres brasileiras do século XIX ao referir nunca ter visto qualquer uma nas casas paulistas que visitou. Afirmava que “as mulheres ficavam o dia todo em casa, cosendo, embalando-se na rede, espiando os homens pelas finchas das portas [...] parindo, morrendo de parto. As senhoras vivem como aves noturnas que só aparecem nas trevas” (p. 55). Em relação às mulheres de engenho, disse que “quase nunca apareciam aos estranhos, era entrar

um homem estranho em casa e ouvia-se o ruído de saias de mulher fugindo” (JORGE, 1975, p. 55).

Neste quadro social as alunas do curso tinham aulas de anatomia, fisiologia, higiene e ação de medicamentos (SOUZA, 1998).

As atribuições das parteiras então formadas pelo curso de Partos foram determinadas pelo Decreto 8397, de 1882, sendo esse a primeira prescrição legislativa que determinava os cuidados que as parteiras deveriam seguir no exercício de sua profissão. Elas deveriam limitar-se

a prestar cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos por partos naturais. Em caso de dystocia ou parto laborioso deverão sem demora reclamar a presença do médico e, até que este se apresente, empregarão tão somente os meios conhecidos para se prevenir qualquer acidente que possa comprometer a vida da parturiente e a do feto. São-lhe expressa e absolutamente proibidos: o tratamento médico ou cirúrgico das moléstias das mulheres e das crianças, os anúncios de consultas e as receitas, salvo as de medicamentos destinados a evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente ou do feto, ou recém-nascido. Tais receitas deverão conter a declaração de urgência. As infrações serão aplicadas as penas do artigo 41 (JORGE, 1975.p. 32).

Em 1884 foi emitido o Decreto 9.311 de 25 de outubro que preconizava o juramento das parteiras, qual foi, “Juro que no exercício de minha profissão serei fiel às leis da honra e da probidade; que nunca me servirei dela para corromper os costumes ou favorecer o crime. Assim Deus me ajude” (p. 51). Desta feita fica claro para quem lê este juramento nos dias atuais que seu trabalho era solitário e que a entidade com que podia contar era Deus.

Já o Rio Grande do Sul traz em sua memória sobre as parteiras a figura de mulheres simples, do povo, solidárias às grávidas e comprometidas com seus afazeres domésticos. Num período em que não havia ensino formal sobre partos, as parteiras contavam com suas experiências próprias ao assistir as mulheres (BRANDÃO, 1998).

A personagem Ana Terra de Erico Veríssimo retrata um pouco do que era ou do que se esperava das mulheres do Rio Grande do Sul no final do século XVIII e início do século XIX.

Ana Terra adota a profissão de parteira enquanto ao redor ocorrem guerras, revoluções e mortes. Em meio a estes horrores destaca-se sua índole pacífica e seu

entranhamanto ao ódio e à mesma violência que os homens parecem se comprazer. Ana Terra é personagem solitária que se apaixona perdidamente por Pedro Missioneiro de quem engravida. O filho nasce pelas mãos da mãe Henriqueta que, utiliza uma velha tesoura de podar para cortar o cordão umbilical. Henriqueta encontra-se sozinha com a filha uma vez que todos os homens saíram da casa ao saberem que Ana encontrava-se em trabalho de parto (VERÍSSIMO, 2004).

Ao fugir da guerra, Ana Terra carrega poucos utensílios entre os quais a roca de fiar e a tesoura com que sua mãe cortara o cordão de seu filho. É no povoado de santa Fé que Ana Terra vai trabalhar na lavoura, fiar na roca e atender aos partos de quase todas as crianças da região adquirindo a fama de ter “boa mão” (p. 22).

Salienta-se aqui o pensamento da sociedade local que creditava esta “boa mão” a uma sabedoria passada entre mulheres dentro da família Terra. A referência de dona Henriqueta cortando o cordão umbilical do neto evidencia um ofício provindo de experiências femininas ao decorrer do tempo. A tesoura, durante séculos, foi objeto da qual só tinham acesso às mulheres que acompanhavam os partos de perto. Assim, as filhas ou parentes dessas “parteiras”, com quem usufruíam desse intercâmbio de experiências, recebiam-na como uma herança familiar ou experiencial. A tesoura, neste contexto é, também, um objeto de socialização visto que “é através dos partos que Ana faz que ela conhecerá os habitantes de Santa Fé e conquistará o respeito de todos” (FAGUNDES, 2013, p. 36).

Ana terra teve vida longa enquanto parteira e “às vezes era chamada para atender casos a muitas léguas de distância” (VERÍSSIMO, 2004, p. 174). Pode assistir ao parto de sua neta: “No inverno de 1806. Ana ajudou a trazer para o mundo [...] uma menina que recebeu o nome de Bibiana. Ao ver-lhe o sexo, a avó resmungou: - ‘Mais uma escrava’. E atirou a tesoura em cima da mesa num gesto de raiva e ao mesmo tempo de alegria” (p. 186). O pensamento de Ana Terra sobre a mulher não é corroborado na atualidade que reconhece na mulher uma geradora de riquezas para a sociedade. O trabalho de Ana Terra enquanto parteira encontrava-se no rol de atividades desvalorizadas, até certo ponto invisíveis, pouco ou nada remunerados, que cuida dos homens, das crianças e dos idosos de forma privada, nos domicílios e sem os quais é impossível gerar riquezas (VERÍSSIMO, 2004).

Em 1815 é fundada oficialmente a Santa casa de Misericórdia de Porto Alegre. O principal objetivo das Misericórdias era abrigar os mais pobres e atender

aos menos favorecidos. A primeira Santa Casa foi criada em 1498 em Lisboa. No Brasil atualmente existem cerca de 2.500 instituições que fazem parte da irmandade, entre as quais o Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, onde se destaca o Hospital Santa Clara; este é o maior e mais antigo hospital do complexo, fundado em 1803 e inaugurado em 1826, dentro do qual encontra-se a maternidade. (FRANCO, 2003).

A missão das unidades da Irmandade da Santa Casa, em sua criação, foi descrita em 14 obras de misericórdia: sete espirituais (ensinar os simples, dar bons conselhos, castigar os que erram e consolar os tristes, perdoar as ofensas, sofrer com paciência, orar pelos vivos e pelos mortos) e sete corporais (visitar os enfermos e os presos, remir os cativos, vestir os nus, dar de comer aos famintos e de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e enterrar os mortos). Em sua história e dependências houve a assistência aos "expostos", nome dado aos recém-nascidos abandonados numa roda para que não se conhecessem os pais (FRANCO, 2003).

No Rio Grande do Sul, como em todo o mundo, as Santas Casas foram regidas e mantidas por católicos e, alinhada a esta fé, promovia o batismo das crianças abandonadas a fim de que suas almas fossem. Oferecia, também, a amamentação por meio de amas de leite para que suas vidas fossem salvas. E atenção especial era dada às meninas: estas, por precisarem ter sua honra salva, eram criadas em ala juntamente com as irmãs de caridade que geriam o local. Desta forma as meninas “permaneciam preservadas até o casamento, quando receberiam um chamado para serem boas esposas e mães cristãs” (FRANCO, 2003). Nota-se que o catolicismo no Rio Grande do Sul do início do século XIX evidenciava-se fortemente nas práticas caritativas e da saúde.

Os imigrantes alemães recém-chegados à região cultuavam o trabalho e acreditavam que a mulher deveria permanecer no lar realizando atividades domésticas. Exceção era feita às atividades relacionadas ao magistério ou à enfermagem, quando a mulher poderia se ausentar temporariamente destes afazeres. Por isso, as freiras alemãs, que não tinham os compromissos de um casamento foram muito bem aceitas para as atividades hospitalares: elas cuidaram do hospital como de “seu próprio lar” (BRANDÃO, 1998, p. 82) colocando como foco o atendimento aos pobres, doentes e grávidas. Com isso evitaram “que as mulheres se afastassem de seu destino natural de esposa e mães” (p. 82).

Em 1897 criou-se o Curso de Partos na Santa Casa de Porto Alegre com duração de um ano. Dois anos mais tarde, houve a fusão dos cursos de parto e de farmácia para a criação da Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, sendo que o Curso de Partos foi retirado do nome da faculdade recém-criada a partir do mesmo (BRANDÃO, 1998).

Para ingressar no Curso de Parto, era preciso realizar duas provas, uma de Língua Portuguesa, juntamente com um ditado e uma prova de Matemática. Esta prova foi estruturada de forma simples devido ao fato da maioria da população da época não saber ler e nem escrever. O recenseamento brasileiro de 1872 indicou que 76% da população feminina do RS era analfabeta. Poucos indivíduos, na maioria homens, conseguiam concluir o ginásio, que corresponde ao ensino fundamental na atualidade (BRANDÃO, 1998).

O Curso de partos tinha por objetivo o preparo de mulheres interessadas em partejar. Era considerado adequado que estas mulheres fossem casadas e que, preferencialmente conhecessem a dor do parto e tivessem ciência de que era o ato sexual que levava a mulher a engravidar, levando-se em consideração que as mulheres solteiras eram virgens e que não detinham este conhecimento. Portanto, este não era tido como um curso de “nível superior”, mas a cidade que era considerada muito populosa não contava com pessoal habilitado para atender todas as parturientes e tal falta era percebida pelos óbitos maternos e infantis (BRANDÃO, 1998).

De 1889 a 1920, 31 anos, foram diplomadas 22 parteiras no curso de obstetrícia da Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre (BRANDÃO, 1998).

4.2 Marie Josephine Mathilde Durochere e Marie-Louise Lachapelle: destaques no ensino e na arte de partejar

Nem só de mulheres e parteiras descritas como incultas e ignorantes se fez a história da obstetrícia no Brasil e no mundo. Muito se fez e faz por meio de um trabalho anônimo e que insistem em desqualificar. Destacamos duas personalidades que emergem da modernidade e da ciência para mostrar algumas dificuldades e práticas que conservaram a memória destas mulheres até a atualidade.

Em 1834, no Rio de Janeiro, formou-se Marie Josephine Mathilde Durocher. Ela foi à primeira aluna a se matricular no curso de parto da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro criada dois anos antes, com 24 anos de idade e, já no primeiro ano de curso, realizou 24 partos (SOUZA, 1998).

Entre os principais atributos estão o título de parteira da Casa Imperial recebido em 1866 e a inserção na Academia Nacional de Medicina em 1871 onde passou a frequentar as reuniões da entidade e publicou diversos artigos sobre saúde. Sua influência ali foi tamanha que a academia criou, em 1909, o Prêmio Durocher, dado até hoje a trabalhos de destaque em obstetrícia e ginecologia (ANM, 2018). A cadeira foi ocupada até recentemente por Carlos Antonio Barbosa Montenegro, falecido em agosto de 2018, agora ocupada por Samir Rasslan.

Madame Durocher atendeu a Princesa Isabel por ocasião do parto da princesa Leopoldina, filha de D. Pedro II. Mesmo atendendo a elite, Durocher continuou dando assistência para a população mais carente, pois para ela não havia distinção racial ou social (SOUZA, 1998).

A “inspiração” para dedicar-se a profissão de parteira deve-se ao contato que teve ao final da década de 1920 com Madame Pipar e Berthouque, por sua vez, parteira na Santa Casa de Misericórdia (SOUZA, 1998).

Dois acontecimentos importantes ocorreram na vida de Durocher: a mudança para a nacionalidade brasileira em agradecimento ao país que lhe acolheu e que foi berço de sua segunda infância; e ser a primeira brasileira a se matricular no curso de partos (SOUZA, 1998).

No final do curso Durocher passou a anunciar seus serviços no Jornal da seguinte forma:

Maria Josefina Matilde Durocher, moradora na rua dos Ciganos nº 61, participa ao respeitável público que tendo concluído o seu curso de parto na Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro foi nela no dia 25 aprovada plenamente no seu exame, e em consequência do exposto oferece o seu préstimo a quem dela precisar, não exceptuando pessoa alguma, qualquer que seja sua condição, tendo por única ambição. desempenhar dignamente os deveres que lhe impõe o honrado título de parteira (JORNAL DO COMÉRCIO, 02/12/1834 apud SOUZA, 1998).

As práticas das parteiras eram realizadas nas casas das parturientes, de parteiras, em consultórios ou Casas de Maternidade. As parteiras diplomadas divulgavam seus serviços em anúncios de jornais e revistas. Já as parteiras leigas anunciavam entregando panfletos nas ruas ou colocando tabuletas nas portas de suas residências com um símbolo de uma cruz branca. Durocher tinha uma parceria com o professor da faculdade de medicina do Rio de Janeiro, Luiz da Cunha Feijó, na Maternidade da Casa de Saúde da Ajuda. Porém a maiorias das parteiras diplomadas fundavam Casas de Maternidade que, anos depois, passaram a ser questionadas pelos médicos (PORTO; CARDOSO, 2009).

O modo de ser era bastante peculiar, visto que adotava o estilo masculino de se vestir considerando-o mais cômodo e pelo fato de diminuir a possibilidade de ser confundida com prostitutas, assim evitava de ser confundida com as prostitutas, quando necessitava deslocar-se à noite à casa das parturientes. Havia sofrido algumas tentativas de abuso sexual. Ao cortar os cabelos, masculinizou suas feições e distinguiu-se bastante das demais mulheres da época. Dizia que as parteiras eram pouco respeitadas sendo vistas como mulheres de vida fácil, que atendiam as prostitutas internadas na Santa Casa de Misericórdia. A mudança em seu visual acarretou alterações na forma como a tratada: com mais respeito e autoridade perante os médicos e instituições, embora fosse ridicularizada e perseguida pelos jornais e alguns médicos conservadores (SOUZA, 1998).

Seu trabalho passou a ser mais reconhecido e visibilizado ao atender partos complicados e difíceis (PORTO; CARDOSO, 2009). Os atendimentos prestados por Durocher iam além do parto, ela atendia a consultas ginecológicas, fazia perícia para a medicina legal, cuidava das doenças dos recém-nascidos (JORNAL DO COMÉRCIO, 1843 apud SOUZA, 1998).

A publicação que resume *a Clínica Obstétrica da Parteira Durocher - de 1833 A 1868* indica que a mesma já havia atendido cinco partos antes do início do curso e que as cinco mulheres e os bebês sobreviveram (SOUZA, 1998).

Em suas anotações encontram-se registradas técnicas obstétricas que ela dominava como o uso de fórceps, a versão, a embriotomia, a encerebração, o cuidado a mulheres com eclâmpsia e hemorragias, o toque vaginal e complicações consideradas por outras parteiras, fatais à gestante e/ou feto. Realizava a reanimação e cuidados à saúde do recém-nascido. Atendimentos na área da ginecologia, apesar de ser proibido para as parteiras, e as perícias médicas nos

casos de atentado violento ao pudor, estupro e outros. Realizava o parto, examinava as ama de leite, calculava a data provável do parto. Tratava de febre amarela, cólera e dava pareceres sobre defloramento (PORTO; CARDOSO, 2009).

Durocher não era condizente com as parteiras da época e entre descrições realizadas por volta de 1830, afirmava que, em grande parte, trabalhavam ilegalmente sem portar uma “carta de examinação” ou alvará. Criticava as atuações e as condições em que trabalhavam descrevendo-as como caboclas, portuguesas, negras velhas, analfabetas e pertencentes à última classe da sociedade; muitas vezes exmeretrizes, levavam debaixo das mantilhas ou capotes, cartas, presentes, filtros, feitiçarias de simpatia ou repulsão, de ventura ou de desgraça. Dizia que provocavam abortos, infanticídios e abandonavam recém-nascidos nas ruas, estradas (SOUZA, 1998).

As anotações demonstram uma Durocher preocupada com os rumos do ofício, mas, ao mesmo tempo, evidenciam as dificuldades que as mulheres enfrentavam no exercício da profissão, no modo de vida e os preconceitos que rondavam seus fazeres frente às necessidades de resolução de certos problemas da sociedade feminina que não tinha como resolver situações de gestações indesejadas, ou de comunicação entre amores proibidos (SOUZA, 1998).

Durocher publicou 25 trabalhos entre os quais apenas 4 foram tipografados. Os trabalhos foram publicados nos Anais Brasileiros de Medicina, nos Anais da Academia de Medicina e no Boletim da Academia Imperial de Medicina. A participação como integrante oficial da Academia Imperial de Medicina, hoje Academia Nacional de Medicina, iniciou-se em 1871 e foi até os anos de 1890. Faleceu em 1893 (SOUZA, 1998).

Longe do Brasil, na França, Marie-Louise Lachapelle destaca-se entre o período que vai até 1829 (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002), quando no Brasil, fervilham as ideias para a formação de parteiras junto às faculdades de Medicina ainda não criadas.

O cenário de atuação de Lachapelle é o antigo prédio do Oratório e do convento de Port-Royal, em que o Serviço das Parturientes (Office dês Accouchées) funcionava desde o final do séc. XVI, em Paris, agora como o nome de Asilo da maternidade (Hospice de La Martenité) (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Neste momento, 1795, no organograma da instituição havia um parteiro-chefe que acumulava as funções de diretor, um médico e uma parteira-chefa que, por sua

vez, era quem, na prática, assumia todos os papéis da direção. Na maternidade se desenvolvia o curso de partos e as alunas atendiam mulheres em trabalho de parto e parto (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Maria Dugêsera a parteira-chefa e tinha Marie-Louise Lachapelle, sua filha, como assistente e colaboradora (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Marie-Louise Lachapelle substituiu a mãe entre os anos de 1789 a 1821 mantendo a qualidade do trabalho na instituição. Incansável nas funções de direção da escola e de professora do curso. Ministrava o dobro de horas de aulas em relação ao parteiro-chefe e seu ensino perante as aulas era focado na observação, no atendimento aos casos clínicos e na repetição dos temas. Quando um caso era difícil reunia as alunas no anfiteatro para demonstrar “o caso” em manequim. Ao supor que as alunas detinham conhecimento do assunto fazia com que as mesmas repetissem o que haviam aprendido para as demais, pois um de seus principais objetivos era formar boas parteiras. Por isso, enfatizava a importância do cuidado especial com as mulheres pobres que procuravam atendimento no Asilo da Maternidade, pois eram o objeto de seus fazeres e delas emanava o conhecimento prático do parto (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Lachapelle e as discípulas examinavam as mulheres que procuravam a maternidade e a partir desta avaliação definia quais parturientes deveriam ficar no Asilo e quais deveriam voltar para casa. Além disso, realizava operações obstétricas e resolvia situações de distócia, versão externa, redução de prolapso umbilical, colocação de tampões, sangrias e aplicação de fórceps (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

É nesta prática, a aplicação de fórceps, que este estudo se deterá brevemente.

O fórceps e sua aplicação são descritos como tecnologias revolucionárias, misteriosas e eficazes, que consolidou a inserção da ciência ao nascimento e afastou as parteiras da prática para atenção ao parto. A aplicação era restrita a quem poderia adquirir o instrumento e conhecer seu manejo. Em dado momento histórico a aplicação foi prejudicada pelo fornecimento de uma única colher e, mais tarde, na vigência das duas era tida como perigosa quando inábil. A aquisição de tal tecnologia e o aprendizado do manuseio tinham um custo inacessível as parteiras dirigindo tal prática para quem poderia adquiri-la e receber treinamento para usá-la: os homens. Eles tinham a possibilidade de cursar medicina e adquirir o

equipamento. Faltava que a tecnologia médica tivesse uma população alvo suficiente para que fosse difundida e, ao mesmo tempo, servisse de campo de treinamento (OSAVA; TANAKA, 1997).

O fórceps, criado por Peter Chamberlain no final do séc. XVI era instrumento de prática familiar cujo segredo de aplicação foi guardado a sete chaves por aproximadamente 150 anos. Para que o segredo se mantivesse, Chamberlain retirava os presentes no ambiente do parto tornando a aplicação do fórcepe o segredo. Hugo Chamberlain, um dos sucessores da família, por razões políticas, se exila na Holanda em 1698, onde se relaciona com Roger Van Roonhuysen, cirurgião e parteiro da cidade de Amsterdã. Hugo vende apenas uma das colheres do fórceps a Roger Van Roonhuysen mantendo assim o segredo em família. Sem saber que o instrumento estava incompleto, Roger cria adaptações a fim de poder utilizar o instrumento (OLMOS, 2008).

Por muito tempo foram criadas adaptações até que, finalmente, a outra colher fosse revelada em 1753, quando a família Chamberlain recebeu grandes críticas de toda a comunidade médica e científica da época (OLMOS, 2008). O que antes era um segredo tornou-se conhecido não apenas por sua utilidade como pelo escândalo provocado na comunidade internacional, disseminando-o ainda mais.

A partir daí o fórceps é percebido como prática que separa definitivamente os saberes empíricos da tecnologia e da ciência. Tal circunstância é bem evidenciada ainda no século XVIII, pela descrição dos instrumentos que parteiras e médicos poderiam utilizar. As parteiras poderiam se utilizar de uma tesoura, uma sonda feminina, um tubo para laringe e uma cânula de injeção. Às parteiras coube a continuidade da utilização de práticas ancestrais de observação e intervenções que prescindiam de tecnologias pesadas (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

Mesmo que na prática parteiras como Marie Josephine Mathilde Durocher e Marie-Louise Lachapelle utilizassem o fórceps com habilidade mestra, como consta nas publicações estudadas, criou-se a interdição pelo crescente número de médicos formados e a diminuta presença de parteiras diplomadas na comunidade. (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 2002).

4.3 O ensino da enfermagem obstétrica no Brasil

Em três de outubro de 1832 promulga-se a primeira lei do ensino para parteiras. As Faculdades de Medicina são consideradas Academias Médico-Cirúrgicas no Rio de Janeiro e Bahia, e concedem títulos de Doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira através dos cursos de Medicina, Farmácia e Partos (JORGE, 1975).

Até o período, “o exercício da obstetrícia estava entregue às mulheres, não raro negras escravas, ou velhas chamadas parteiras, ou comadres, cuja ignorância e métodos de assistência se adivinhavam” (p. 27). E a mulher, mulher “rica ou pobre, escrava ou nobre, não se utilizava, neste período, do físico ou cirurgião para os trabalhos do parto” (p. 27).

Cinquenta anos após a publicação da lei, em 1882, é editado o decreto nº 8387 onde, pela primeira vez, fixam-se explicitamente as atribuições das parteiras conforme segue.

As parteiras, no exercício de sua profissão, limitar-se-ão a prestar cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos partos naturais. Em caso de distócia ou parto laborioso deverão sem demora reclamar a presença do médico e, até que este se apresente, empregarão tão somente os meios conhecidos para se prevenir qualquer acidente que possa comprometer a vida da parturiente e do feto. São-lhes expressa e absolutamente proibidos: o tratamento médico ou cirúrgico das moléstias das mulheres e das crianças, os anúncios de consultas e as receitas, salvo as de medicamentos destinados a evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente ou do feto, ou recém-nascido. Tais receitas deverão conter a declaração de urgentes. Às infrações serão aplicadas as penas do artigo 41 (p. 32).

A primeira escola de enfermagem no Brasil foi criada em 1890 na Universidade do Rio de Janeiro para a atenção a alienados (BRASIL, 1890). A formação estabelecida na Escola tinha por modelo as Escolas Salpêtrère, na França, com duração de dois anos de curso e currículo voltado para assistência hospitalar, predominantemente curativa. A Escola Alfredo Pinto teve seu ensino reformado e a duração ampliada para três anos em 1939 (OLIVEIRA; LIMA; BALUTA, 2014) caracterizado tal ensino como o de enfermeiras auxiliares.

Em 1923 surge a primeira escola de enfermagem, Escola Ana Nery, que iniciou o curso com 14 alunas, também na cidade do Rio de Janeiro, diplomando a primeira turma em 1925. A escola apontava a necessidade de formar enfermeiras para o trabalho preventivo, por outro lado enfatizava os benefícios de qualificar

profissionais para cuidar dos doentes particulares tanto nas residências quanto nos hospitais (OLIVEIRA; LIMA; BALUTA, 2014).

O processo de seleção das alunas exigia a apresentação de certificados de exames preparatórios de Português, Aritmética, Francês, Inglês, Geografia e História do Brasil, Física, Química, História Natural, diploma da Escola Normal ou ainda, curso oficial equivalente, fora atestado médico que comprovasse perfeita condição física e mental, além do atestado de boa conduta e estado civil de solteira, viúva ou separada legalmente do marido, portanto, as casadas estavam excluídas destes critérios. A idade exigida entre 20 e 35 anos (OLIVEIRA; LIMA; BALUTA, 2014).

O curso tinha por objetivo melhorar o prestígio social do trabalho da enfermagem e despertar o interesse para o ingresso de maior número de alunas. Para isso, adotou os princípios nightingaleanos, centrados na disciplina, no treinamento e no regime disciplinar, carregados de forte apelo moral e nos critérios estabelecidos para a seleção das candidatas (BRASIL, 1931).

A divisão social do trabalho em enfermagem caracterizada pela existência de parteiras diplomadas ou não, e enfermeiras auxiliares contextualizou a formação das alunas desta escola para a execução de tarefas de maior complexidade intelectual tanto que o Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931 (BRASIL, 1931), estabeleceu que as demais escolas criadas para formação em Enfermagem deveriam funcionar, conforme os padrões da Escola Ana Néry (OLIVEIRA; LIMA; BALUTA, 2014).

Em 1932 promulgou-se o decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, destinado a regular e fiscalizar o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira. Nada constou sobre a regulação da profissão, porém foi a primeira vez que a denominação apareceu enquanto profissão na legislação. Lei que não aparece às funções do enfermeiro (BRASIL, 1932).

Em 1925 suprimem-se os cursos de parteiras e cria-se o curso para enfermeiras das maternidades anexas às Faculdades de Medicina, com a duração de dois anos. O curso foi regularizado pelo decreto nº 20.865 de 1931 (BRASIL, 1931). A partir dele exige-se o curso primário completo ou prova de admissão, equivalendo ao certificado do curso primário. Porém, na esperança de implantar cursos de especialização em enfermagem obstétrica, nível de pós-graduação, o curso é extinto em 1949 pela lei nº 775 (BRASIL, 1949).

Em 1931 cria-se o Ministério de Educação e Saúde enquanto o quadro administrativo e da educação nacional em enfermagem se consolidava junto aos programas universitários e governamentais, contando com enfermeiros e enfermeiras inseridos nos hospitais, além do crescimento quantitativo de outras categorias da enfermagem, de acordo com as novas exigências do mercado. O exercício das profissões relacionadas à enfermagem (enfermeiro, obstetrix, auxiliar de enfermagem, parteira e enfermeiro prático ou prático de enfermagem) foi regulamentado pela Lei nº 2.604 em 1955 (BRASIL, 1955).

Durante 434 anos, de 1521 a 1955, a legislação do exercício profissional da parteira está contida na legislação do exercício da medicina. Somente em 1955 é promulgada a lei nº 2604 "que regula o exercício da enfermagem profissional" e torna privativo o exercício da enfermagem obstétrica na qualidade de obstetrix e parteira. Porém, nada consta de específico sobre a assistência prestada à mulher, portanto, para isso, permanecendo válido o mesmo texto publicado em 1882 (BRASIL, 1955).

Os cursos de enfermagem obstétrica criados em anexo às Faculdades de Medicina foram equiparados aos do curso superior a partir de 1961 pelo decreto nº 50.387 (BRASIL, 1961) que em seu parágrafo único do capítulo 11º afirma que:

É da responsabilidade da obstetrix e da parteira:a) prestar assistência de enfermagem obstétrica à mulher no ciclo grávido-puerperal, em domicílio ou no hospital;b) acompanhar o parto e puerpério normais, limitando-se aos cuidados indispensáveis à parturiente e ao recém-nascido;c) solicitar a presença do médico, com urgência, em qualquer anormalidade;d) avisar à família, a ocorrência de qualquer sintoma anormal, cabendo-lhe, outrossim, a responsabilidade criminal pelos acidentes atribuíveis à imperícia de sua intervenção.

O art. 12 preconiza a permissão de obstetrizes e parteiras para que

a) em casos urgentes em que não possa fazer delivramento manual, ocorrência de hemorragia grave, aplicar injeções cardiotônicas de soro glicosado de soluto fisiológico; providenciar a autorização médica para a transfusão sanguínea e a oxigenação materna ou fetal, praticar manobras respiratórias e oxigenoterápicas visando a reanimação do recém-nascido;b) aplicar injeções que provoquem a contração do músculo uterino, após o delivramento.

Quanto às proibições, destaca-se a do inciso "e" do artigo 15, em que é vedado à enfermeira realizar qualquer intervenção cirúrgica, salvo a episiotomia, quando exigida. Como a sutura é considerada um ato cirúrgico e a lei salientava que a única intervenção cirúrgica permitida era a episiotomia, a puérpera precisava aguardar até

que houvesse um profissional disponível para que tivesse o períneo suturado, o que podia representar muitas horas, até mesmo a transferência para instituição em que este profissional estivesse presente (BRASIL, 1961).

Em 1972 estipula-se o currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia. A partir daí, com o intuito de “vedar a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes”, exige-se o pré-requisito da graduação para a concessão do título de enfermeira obstétrica (RESOLUÇÃO, 1973).

Em seu Art. 4º especificava que para estar habilitado nesta área era necessário que cursasse disciplinas das seguintes áreas: Obstetrícia; Enfermagem Obstétrica, Ginecologia e Neonatal; Administração de Serviços de Enfermagem em Maternidades e Dispensários pré-natais.

A partir de 1980, novas disposições para o exercício profissional foram criadas com a aprovação da Lei nº 7498/86 (BRASIL, 1986) em substituição à Lei nº 2.604/55, mais especificamente às relacionadas ao período expulsivo, episiotomia e episiorrafia que assim se expressa quanto ao exercício do enfermeiro obstetra: I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; III - realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local quando necessária.

De acordo com esta lei, em caso de necessidade, a mulher que fosse atendida por uma enfermeira obstétrica e precisasse receber uma episiotomia, teria o direito de ser suturada por esta profissional além de receber anestesia que lhe retirasse a dor tanto para a realização quanto para a sutura e, com isso, não ter que aguardar horas até que houvesse um profissional disponível para a recomposição dos tecidos (BRASIL, 1986).

O conteúdo da lei reconhece outras categorias diferenciadas na área da enfermagem como o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira (BRASIL, 1986).

As especializações e as novas tecnologias implementaram a inter e multidisciplinaridade, com o objetivo da manutenção da saúde do indivíduo integrado ao ecossistema e tentavam superar a abordagem biologicista e tecnológica. Em meio à arena de lutas entre diversas profissões regulamentadas na década de 1950, o enfermeiro assumiu posições de comando, embora quase sempre subordinado à categoria médica (OLIVEIRA; LIMA; BALUTA, 2014).

A criação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) teve origem na Associação Brasileira de Obstetras (ABO), fundada em 04 de agosto de 1954. A ABENFO congrega Obstetras, Enfermeiras (os) Obstetras, habilitadas ou especialistas na área da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. A ABENFO NACIONAL, no site oficial (<http://abenfo.wixsite.com/meusite/institucional>), evidencia o trabalho de assessoria), consultoria e cooperação mútuas entre a OPAS/OMS, a Coordenação do PAISMCA/MS, de algumas Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde (em especial do Rio de Janeiro e de São Paulo) e de Escolas de Enfermagem de Universidades Federais, Estaduais e Privadas, demonstrando um espírito de integração nacional e internacional.

A história da ABENFO inicia-se em 1980 quando houve a aproximação entre da presidente do Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro e de professoras da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Tal aproximação deve-se à decadência da ABO em decorrência do término da formação dos profissionais no Brasil no início da década de 1970 e da possibilidade de agregar as enfermeiras obstétricas a este órgão, tornando-as herdeiras do patrimônio conquistado. Diziam elas: “você ficam com a sala do sindicato, pois esta sala nos pertence, e a gente tem que passar isso, você precisam herdar da gente este imóvel, telefone, uma sala no centro da cidade do Rio de Janeiro” (MOUTA; PROGIANTI, 2017, p. 4). Quando a professora Marilanda Lopes de Lima foi apresentada como enfermeira obstétrica em congresso internacional no Chile em 1989, a presidenta da Federação, Sabina Pineda Rojas, perguntou: - “como enfermeira obstétrica? Não temos essa categoria aqui” (p. 5). Marilanda respondeu-lhe que no Brasil não se formavam mais obstetras e que as enfermeiras obstetras estavam assumindo a assistência materno-infantil. A resposta foi bem acolhida e foi-lhe incumbido de “reproduzir no Brasil as metas e as propostas tiradas da Federação Interamericana de Obstetrícia” (p. 5). A ABO transformou-se em ABENFO no ano de 1992 tendo como a primeira presidente Marilanda Lopes de Lima. E, desde o momento, a Instituição esteve ligada às mais importantes modificações da enfermagem obstétrica do país.

Assim, o século XXI, a ABENFO e o Conselho Nacional de Saúde, inauguram um novo modelo de formação voltado à nova realidade brasileira, focando o ensino nas melhores evidências que a ciência, estudiosos e governos conseguem

disponibilizar. O ensino da enfermagem obstétrica a partir da graduação tem por orientação as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde conforme estabelece a Resolução nº 3/2001 (CNE, 2001) cujas competências e habilidades a serem desenvolvidas são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Para a formação de enfermeiros obstétricos, a Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Federal de Enfermagem elaborou recomendações guiadas por três grandes temas: a) modelos assistenciais e sua relação com a formação, b) conteúdo programático e a interface nas dimensões teóricas, teórico práticas e práticas e c) marcos regulatórios para o exercício profissional da enfermagem obstétrica e a relação com a formação (ALVES, et al, 2013).

Em uma reunião para a elaboração das recomendações o Cofen ratificou os critérios estabelecidos pelo Conselho de Educação Superior que fixou em 360 o número mínimo de horas presenciais para a concessão do título de especialistas (CES, 1999) e os critérios descritos pela ABENFO em 1998 que preconiza um número mínimo de práticas para a concessão do título, sejam partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto, 15 atendimentos a recém-nascidos na sala de partos e 15 consultas de pré-natal: (PEREIRA, 2010; COFEN, 2015) .

Apesar das conquistas legais, muito há que se pleitear, tanto no terreno jurídico quanto na prática para o efetivo exercício da profissão. Sabe-se que, no Rio Grande do Sul, os partos com ou sem episiotomia raramente são assistidos pela enfermeira obstétrica.

A seguir serão abordados alguns aspectos do ensino da enfermagem obstétrica na UFRGS e alguns marcos regulatórios relacionados a práticas, saberes e poderes direcionados às mulheres do Brasil e do mundo, evidenciando uma forte influência do gênero masculino sobre o feminino nestas questões.

4.4 Aspectos do ensino da enfermagem obstétrica na UFRGS e alguns marcos regulatórios relacionados a práticas

Propostas descritas como inovadoras, por si sós, não efetivam as competências descritas para o exercício da enfermagem obstétrica. A estrutura dos Cursos além de precisarem atuar em meio aos avanços precisam flexibilizar os

currículos. As práticas baseadas em evidências científicas necessitam ser mais e melhores discutidos para que sirvam de base de argumentação às profissionais e aos gestores. Mudanças nos processos de trabalho e na postura da enfermeira determinando formas mais autônoma e respeitosa de atuação frente a outras categorias profissionais e sociedades.

É no desejo de repensar a formação deste “novo” profissional do qual se pretende conhecer a formação e a forma como trabalham nas diferentes instituições hospitalares do Rio Grande do Sul.

A escola de Enfermagem da UFRGS foi criada em 4 de dezembro de 1950 sendo a pioneira para os cursos de graduação de enfermeiras do Rio Grande do Sul. Como na maior parte dos cursos de graduação das universidades públicas da época, a escola surge como curso anexo a Faculdade de Medicina da UFRGS.

A implantação do curso de Enfermagem ficou a cargo das Enfermeiras e professoras Maria de Lourdes Verderese e Olga Verderese, que nomeiam o anfiteatro do novo prédio da escola. A referência de modelo de ensino foi a Escola de Enfermagem Anna Nery do Rio de Janeiro, no entanto sua ênfase estava direcionada à saúde pública (FERTIG, 2000).

A Escola de Enfermagem da UFRGS manteve-se anexa à Faculdade de Medicina até 1968, quando conquistou um prédio próprio. Mais tarde, em 27 de setembro de 1985, foi entregue um prédio especialmente construído para abrigar as salas de aula e área administrativa. Na transição, a escola passou a contar com mais docentes oriundas de cursos de enfermagem e gradualmente os médicos deixaram o ensino dos alunos de enfermagem.

As atividades do novo curso da UFRGS se iniciaram em 09 de março de 1951 com aulas às alunas que se formaram em 1954. O curso, com duração de quatro anos, exigia tempo integral das alunas e professoras. Muitas compartilhavam a residência, alimentação, biblioteca, uniforme e transporte, oferecidos pela universidade e eram chamadas de “pupilas do senhor reitor”. A forma de convivência propiciava a uniformização e a monitorização de comportamentos, o exercício da obediência, da dedicação, da disciplina e da abnegação. O regime de internato mantido até a década de 1960 (PRUSS, 2014).

Professores da faculdade de medicina ministravam aulas em disciplinas como fisiologia, anatomia humana e obstetrícia. A parturição não ficava restrita somente aos professores da medicina: docentes enfermeiras da escola de enfermagem

davam aulas em áreas como: vestuário das gestantes, higiene na gestação, psicologia da gestação. Eram utilizadas salas de aula da Faculdade de Medicina e práticas ocorriam na Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (PRUSS, 2014).

As candidatas ao curso de enfermagem deveriam ter o ginásio completo, fornecer atestado de sanidade física e mental, de idoneidade moral e de vacinas, além de realizar provas de química, física e biologia. A idade requerida entre 18 a 38 anos (PRUSS, 2014).

Um encontro interessante se dava durante as aulas práticas na Santa Casa: o das alunas da graduação com as parteiras da Santa Casa, formadas pelo curso de Enfermagem Obstétrica que funcionava na instituição desde 1925. Neste momento, e posteriormente, até o início do milênio, as professoras da área obstétrica tanto quanto as alunas conduziam a gestante no parto de forma intervencionista ao aplicarem enema, realizarem tricotomia pubiana, punção de acesso venoso, entre outras práticas (PRUSS, 2014).

As alunas de enfermagem detinham conhecimentos dentro da disciplina de enfermagem obstétrica referentes às temáticas de cuidados às mulheres com tuberculose, eclâmpsia e doenças hipertensivas específicas da gestação, gonorreia, sífilis, trabalho de parto, medicamentos, parto domiciliar, cuidados com as mamas, alimentação do RN, asfixia do RN (PRUSS, 2014).

Durante as aulas sobre Assistência ao Pré-natal abordavam-se temas como diagnóstico de gravidez, toque vaginal, palpação abdominal, pelvimetria, diagnóstico de sífilis, imunologia, elaboração de panfletos para orientar as gestantes, sobre parto psicoprofilático, nos partos naturais com ênfase às teorias comportamentais de Read e Pavlov; ginástica no puerpério (PRUSS, 2014).

A criação dos currículos mínimos para a enfermagem destacou a manutenção das especialidades ao reduzir a duração dos cursos de graduação para três anos e criar as especializações optativas no quarto ano. Desta forma excluiu as disciplinas de enfermagem em Saúde Pública e Obstetrícia, que passaram a fazer parte do conteúdo ministrado nas especializações/habilitações. A graduação tinha duração mínima prevista de 2.500 horas, integralizadas entre três e cinco anos, e o ciclo completo, com a habilitação em uma das áreas, de no mínimo 500 horas, passava para o total de 3.000 horas, cursadas no período de quatro a seis anos. No entanto o curso de enfermagem da UFRGS que já durava quatro anos não sofreu com essas

alterações (PRUSS, 2014), mas dava oportunidade para que as egressas realizassem tais especializações após a graduação sem seleção adicional visto que os mesmos tinham o caráter de continuação da graduação. A reforma curricular deste ano de 1962 foi consolidada em 1968 com o movimento da Reforma Universitária. O novo currículo emergiu em momento de turbulências políticas em que “a economia brasileira começava a tender para um processo de exclusão e acumulação, priorizava as disciplinas técnicas com caráter curativo, com a crescente evolução técnico-científica, em detrimento das de saúde preventiva e de saúde pública” (TEÓFILO; GUBERT; XIMENES NETO, 2012, p. 140). Nesta época, a disciplina de saúde pública, antes considerada básica, passou a ter caráter optativo e os cursos da área da saúde tinham currículos que valorizavam a aprendizagem no ambiente hospitalar, “considerando impróprio uso de outros serviços; limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisavam de internação; e ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele” (p. 140).

A enfermagem auxiliava as gestantes (os médicos e também aliviavam o trabalho do quadro fixo do hospital). A responsabilidade pelo parto era de quem permanecia com a gestante desde sua internação, mas, muitas vezes, as alunas da enfermagem concluíam o atendimento que era iniciado pelo médico (PRUSS, 2014). Tais práticas sofreram grande distanciamento na atualidade, quando o seguimento do trabalho de parto, período expulsivo e atenção ao recém-nascido em sala de parto são, eminentemente, atividades em que a enfermeira obstétrica realiza práticas coadjuvantes, mesmo para enfermeiras obstétricas.

No curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul existe uma disciplina Obrigatória intitulada *Cuidado em enfermagem às mulheres e aos recém-nascidos*, em cujo plano de Ensino estão conteúdos específicos relacionados à gestação ao parto e ao puerpério (ANEXO C), pautado nas políticas governamentais e no Programa de Humanização do Parto e Nascimento - PHPN – cujos objetivos, fluxos de operacionalização e normas de operacionalização encontram-se, em grande parte, descritas na Estratégia da Rede Cegonha implantada em 2011. A disciplina localiza-se no quinto semestre de um curso que possui dez semestres de duração. Esta disciplina foi realocada e reorganizada em 2013 quando o currículo da Escola de Enfermagem da UFRGS foi modificado de quatro anos e meio para cinco e ampliado para 4121 horas (UFRGS, 2000-2018).

Nota-se um grande interesse dos alunos em relação aos aspectos e a forma de abordagem dos conteúdos da disciplina, em especial a atenção às atuações em cenários de prática como no cuidado às gestantes no pré-natal e às mulheres no ciclo reprodutivo e no climatério. No entanto, consideram o que observam nos cenários hospitalares onde há atenção ao parto, em descompasso com o que as melhores evidências preconizadas pela Organização Mundial da Saúde ao parto, sendo que consideram as atuações e as práticas realizadas nos cenários hospitalares, frustrantes.

A formação profissional da enfermeira obstétrica, obstetritz, passou a ser de responsabilidade exclusiva das escolas de enfermagem a partir de 1972 e, em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi novamente modificado e as habilitações foram extintas (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional permite a formação de enfermeiras obstétricas de diferentes maneiras no âmbito da educação superior, “respeitando as possibilidades, finalidades e autonomia de cada instituição de ensino” (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002, p. 457). As possibilidades apresentadas para isso são os programas de Residência em Enfermagem Obstétrica e especialização em enfermagem obstétrica, ambas exigindo com requisito a graduação em enfermagem; a partir de 2005 o Brasil permitiu, novamente, o funcionamento de um curso para a formação de obstettrizes, com entrada direta em um curso de graduação específico para atenção às mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como aos recém-nascidos.

Houve apoio à criação do curso de enfermagem, mas não se tinha ideia do quê de fato essa nova profissão interferiria na área da saúde e na profissão médica. Com o aumento dos cursos de medicina no RS, os médicos foram cada vez mais se apropriando da área obstétrica, ficando nas mãos dos médicos o ato de parir (BRANDÃO, 1998; PRUSS, 2014).

Os cursos de especialização e de habilitação em enfermagem obstétrica acontecem na Escola de Enfermagem na UFRGS desde 1966 (ANEXO D) e sempre foram gratuitos para as acadêmicas. A partir de 1999, em meio a grandes discussões sobre a assistência ao parto e nascimento (RIFFEL, 2005) o Ministério da Saúde tem se dedicado à mudança no modelo de atenção de forma a aproximar as práticas nelas envolvidas às melhores evidências disponíveis. Desta maneira o país se coloca ao encontro dos acordos internacionais dos quais é signatário para a redução da pobreza e das mortalidades maternas e infantis. Por isso tem firmado

convênios com universidades e secretarias de saúde em todo o território, intensificado o financiamento e a promoção de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, principalmente junto às universidades federais. Neste percurso tem privilegiado enfermeiros que trabalham em maternidades cujas instituições são vinculadas à estratégia criada em 2011, para a operacionalização do PNHP, denominada Rede Cegonha.

Os objetivos da Rede Cegonha são:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A estratégia foi criada para organizar a rede a partir de quatro Componentes, quais sejam: I - Pré-Natal II - Parto e Nascimento III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

Com a Rede Cegonha houve a expectativa de abertura de um grande número de Centros de Parto Normal, local onde a gestante pode ser acompanhada por uma Enfermeira Obstétrica, uma Obstetrix, que não se materializou até o momento.

As articulações do Ministério da Saúde para a formação de um grande número de enfermeira obstétricas (900) no mais curto espaço de tempo possível recaíram sobre a Universidade Federal de Minas Gerais que assumiu a coordenação da formação em 18 instituições de ensino superior – IFES – de diferentes estados da federação. Desta maneira o Rio Grande do Sul foi o único estado das Regiões Sul e Sudeste do país a formar 12 profissionais em 2016.

Interessante ressaltar que logo após o início do curso, que ocorreu em novembro de 2014, o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, editou a Resolução n 2 /2015. A resolução considerou nociva “a possibilidade de realização de parto sem a presença de pediatra, de neonatologista e, até mesmo, sem a presença de médico” e julga que as “políticas públicas objetivam a redução da assistência médica prestada às gestantes e recém-nascidos [citando] “como exemplo, Cadernos HumanizaSUS, Vol. 4 - Humanização do Parto e do nascimento”. Por isso afirmaram não serem “ obrigados a realizar internação hospitalar em nome e não podem delegar ou assumir a responsabilidade por atos ,

atribuições da profissão médica praticados por outros profissionais” [e ser] “dever do médico do Corpo Clínico comunicar o ocorrido à Direção Clínica e à Comissão de Ética, quando existentes, e ao CREMERS, conforme preceitua o artigo 57 do Código de Ética Médica (Res. CFM nº 1931/09) entre outras interdições. Isto provocou um movimento na categoria de médicos obstetras que trabalhavam nas maternidades, impedindo que qualquer enfermeira sequer se aproximasse de alguma parturiente em período próximo do expulsivo (RIFFEL, 2005). Mas não apenas da área médica são provenientes as interdições e algumas vezes de instituições onde menos se espera, apoiadas pela área médica como indica o documento em anexo (ANEXO E).

Os entraves burocráticos em consequência da resolução n 2/2015 determinaram o cancelamento, a dificuldade em ocupar cenários de prática para a assistência de no mínimo 20 partos conforme determinação da ABENFO e do COFEN (1998) para a concessão do certificado de enfermeira obstétrica¹. Com isso as enfermeiras do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha UFRGS/UFMG - foram deslocadas para a Maternidade do Bairro Novo na cidade de Curitiba-PR. A segunda edição do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica coordenado pela UFMG iniciou sem a participação do Rio Grande do Sul que, em 2017 começou com as tratativas para a abertura de mais 15 vagas diretamente com o Ministério da saúde que iniciou em 2018 (RIFFEL; ARMELLINI; MORETTO, 2015); cuja grade curricular prevê uma carga horária de 720 horas de formação (ANEXO F).

As histórias relatadas até o momento demonstram que a formação da enfermeira obstetra envolve habilidades e competências que possibilitam a prestação de um cuidado integral, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno-infantil. No entanto esta história é marcada por influências europeias, legais e políticas. Além de portuguesas, o Brasil recebeu mulheres e parteiras oriundas da Inglaterra, França e Holanda, por meio das invasões que se deram mais intensamente entre 1580 a 1640, mas que já vinham ocorrendo desde 1530. Estas parteiras, nem sempre mulheres “bem vistas” em seus países de origem, adquiriam, no Brasil, um status elevado.

¹ Este número foi definido devido à dificuldade das acadêmicas conseguirem realizar um mínimo de dez partos, estipulado informalmente, saindo egressas com número de três partos, eventualmente (informações da orientadora que ministrou aulas nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica a partir do ano de 1989).

No plano legal, nas histórias contadas, houve grande influência de Portugal até a instalação da República. A partir daí, a formação das enfermeiras teve grande influência dos Estados Unidos cujo ápice se deu na década de 1980, no Brasil.

Nesta década, a Europa criticava o modelo tecnocrático da atenção à saúde que não conseguia reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Os custos com a saúde só aumentavam e não havia melhoria nos resultados da assistência nem consenso sobre os melhores procedimentos e opiniões. Cria-se, em 1979, um Comitê Europeu para estudar o problema a partir do qual vários outros grupos se organizam para sistematizar os estudos sobre eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiados pela OMS. Os estudos continuam questionando e constatando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança bem como a organização das práticas. Evidenciam o poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento de pesquisas, mas colocam como “forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes” (DINIZ, 2005).

No Brasil, em 1985, aconteceu a Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento, quando foi editada a Carta de Fortaleza, cujo texto inspirou muitas mudanças. Nela, foi recomendado que os ministérios da saúde devessem estabelecer políticas específicas sobre tecnologia apropriada para os serviços de saúde privados e públicos; os países deveriam realizar pesquisas conjuntas para avaliar as tecnologias de cuidado ao parto e toda a comunidade deveria ser informada sobre os vários procedimentos no cuidado do nascimento, a fim de permitir que cada mulher pudesse escolher o tipo de cuidados de parto que ela gostaria. Além disso, as mulheres deveriam participar na elaboração e avaliação de programas, ter liberdade de posições no parto, presença de acompanhantes; o fim dos enemas, raspagens de pelos e amniotomia, do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto; quando dão à luz em uma instituição devem manter seu direito de decidir sobre roupas, alimentos, descarte da placenta e outras práticas culturalmente significativas; e o recém-nascido saudável deve permanecer com a mãe sempre que possível (WHO, 1985).

Para poder escolher é necessário conhecer e é neste cenário que a enfermagem obstétrica tem sido descrita como instrumento privilegiado para a inclusão das práticas baseadas nas melhores evidências, entre elas a elaboração do Plano de Parto que aponta para escolhas compartilhadas, éticas e,

consequentemente, a melhoria da qualidade da assistência prestada, ratificando o que dispões a regulamentação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A carta de fortaleza foi publicada na revista Lancet pela OMS (WHO, 1985) e provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (DINIZ, 2005).

Uma das reações da conferência foi a realização de uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o parto e nascimento desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança cuja síntese foi publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1996, e conhecida como Recomendações da OMS, publicadas no Brasil sob o título de Assistência ao Parto Normal: um guia prático (OMS, 1996).

Para que a mudança seja possível necessita-se a formação de profissionais de acordo com a nova ordem preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996). e assumida por meio de convênios dos quais o Brasil é signatário para a redução da mortalidade materna e melhoria da qualidade da assistência a população Materno Infantil (ONU, 2000; NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015).

As recomendações indicadas na carta de Fortaleza integraram um conjunto de propostas elaboradas na Conferência Internacional sobre Maternidade Segura no ano de 1987 em Nairobi, no Quênia. A assistência ao parto e nascimento tem sido incluída em debates sobre questões relacionadas ao gênero, equidade e direitos humanos entre as quais se destacam a Conferência de Meio Ambiente e Desenvolvimento, na cidade do Rio de Janeiro em 1992 quando o movimento nacional e internacional de mulheres teve participação destacada pela e formulação de uma plataforma própria denominada Agenda 21 (CASTRO; ABRAMOVAY, 2005).

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, na cidade de Viena, na Áustria, em 1993; A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, na cidade do Cairo, no Egito em 1994 promovida pela ONU onde se estabeleceu noção de saúde reprodutiva e dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. Os direitos reprodutivos, assim como a igualdade de gênero, o empoderamento (empowerment) e a eliminação da violência contra a mulher foram caracterizados como fundamentais em todo e qualquer programa integrado de população e desenvolvimento (BRASIL, 2006 p. 163);

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, na cidade de Beijing, na China, o maior encontro de governantes e representantes de Organizações Não-Governamentais já realizado. Nesta conferência enfatizou-se a importância da

garantia aos direitos de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres, como determinantes para a afirmação dos direitos reprodutivos (BRASIL, 2006).

Com a persistência de desafios impostos à população mundial, a ONU estabelece as Metas do Milênio em 2000, num encontro que reuniu 147 chefes de Estado. Um conjunto de oito objetivos elaborou-se e também metas decididas para que fossem atingidas até 2015: o desenvolvimento humano, a erradicação da pobreza extrema, o acesso à educação básica, a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna, combate ao HIV/ Aids e outras doenças. O principal objetivo da meta sobre melhoria da saúde materna é a redução da mortalidade materna em três quartos (metade das taxas de 1990 até o ano 2000, e metade desta última até 2015) significando ações diretamente relacionadas à qualidade da atenção obstétrica (BRASIL, 2004) que, no entanto, não foi alcançado no Brasil.

O Brasil considerou a redução da mortalidade Materna uma das prioridades governamentais reconhecida no documento intitulado Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna, visando a enfrentar a morte materna e neonatal e garantir que as políticas nacionais atendessem as necessidades brasileiras. Várias instituições signatárias do documento fundador deste pacto. Além do Ministério da Saúde o documento foi assinado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO-, Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP -, Conselho Federal de Medicina – CFM -, Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras – ABENFO -, Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS -, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF-, entre outras.

As propostas descreviam a necessidade de assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados; de garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência, tendo em vista que o parto é urgência prevista; de qualificar e humanizar a atenção ao parto, o nascimento, o abortamento legal e ao abortamento inseguro; de investir na qualificação de maternidades e hospitais que realizam o parto e serviços de urgência para atenção às mulheres e aos recém-nascidos, e de apoiar Centros de Parto Normal (BRASIL, 2004).

A assinatura aos diversos pactos internacionais ou saber que, desde 1985 a OMS vem alertando que as menores taxas de mortalidade perinatal estão em países cujos índices de cesárea permanecem abaixo de 10% e que não deveria haver justificativas para taxas maiores do que 10%-15%, não são motivos suficientes para impedir que o Brasil esteja entre os três primeiros colocado no ranking mundial de países que mais realizam cesarianas desde a década de 1980 (RIFFEL, 2005; NAÇÕES UNIDAS 2017). Para contenção da crescente taxa de cesarianas no mundo a OMS publica em 2018 novas recomendações, entre elas a realização de mais pesquisas que indiquem a efetividade do modelo colaborativo em obstetrícia onde os cuidados fornecidos, principalmente por parteiras (com 24 horas de acompanhamento de um obstetra) ou estratégias financeiras relacionadas aos planos públicos e privados de saúde onde haja equalização das taxas para partos vaginais e cesarianas (WHO, 2018).

As práticas que atuam sobre o corpo feminino, relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos estão incluídas em outros acordos internacionais assinados pelo Brasil: no Consenso de Montevideo, são considerados como essenciais para que sejam alcançados a justiça social e os compromissos nacionais, regionais e globais junto aos pilares do desenvolvimento sustentável; nos Objetivos do Desenvolvimento do milênio- ODM - (ONU, 2000) e nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2015), evidenciados no de número três, sobre saúde, e no de número cinco, sobre igualdade de gênero, indicando uma correlação entre a igualdade de gênero, o empoderamento das mulheres e o acesso a informações, insumos e serviços de saúde de qualidade.

O Ministério da Saúde, preocupado com o ensino de práticas que perpetuam a patologização da fisiologia e medicalização da assistência na presença de ampla divulgação de metanálises e revisões sistemáticas que evidenciam a importância da mudança de modelo assistencial e da consequente inclusão de práticas baseadas nas melhores evidências lança, em 2017, o Programa de Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia – APICEON (BRASIL, 2017).

O Programa propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento ampliando o alcance de atuação dos hospitais na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) com atividades de ensino para “reformular e/ou aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado [...], mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, balizadas por

uma ética do cuidado baseada nas relações” (p. 4). A proposta está presente em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal e visa capilarizar práticas de qualificação de profissionais nos campos de atenção e cuidado ao parto e nascimento; planejamento reprodutivo; atenção à mulher em situações de violência; abortamento e aborto legal em hospitais de ensino, universitários e/ou atuantes em unidades de ensino no âmbito da Rede Cegonha. Os critérios para a implementação do programa incluem a observância às evidências científicas, dos direitos e princípios da humanização durante as práticas formativas de forma a produzir mudanças que melhorem toda a rede de serviços.

O Apiceon (BRASIL, 2017) aponta a qualificação da atenção como importante possibilidade para a redução do uso excessivo de intervenções entre elas a episiotomia, a posição de litotomia, a administração de ocitocina no trabalho de parto e a Manobra de Kristeller resultando na diminuição de cesáreas e morbimortalidade materna e neonatal. O atendimento prestado a partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está vinculado a mudanças nos procedimentos e rotinas das instituições, e inserida no contexto da humanização do parto e nascimento (SENA et al., 2012).

Os órgãos gestores têm papel determinante na melhoria da qualidade da atenção. Nesse sentido, e também como efeito do PHPN e da estratégia que o regula, a Rede Cegonha, a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul tem intensificado o debate quanto à regionalização da atenção ao parto e nascimento visando não apenas a qualidade, mas, também, a segurança e destinação orçamentária para a atenção a esta população.

Entre os compromissos assumidos por ocasião da adesão à Resolução 206/17 da SES/RS, destacam-se dois critérios: o de que as instituições hospitalares devem garantir presença de enfermeiro disponível “nas 24 horas do dia e o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial [...] a fim de cumprir os dispositivos das diretrizes de atenção ao parto normal e ao parto cesariano, conforme recomendação da CONITEC” (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Foram os critérios que instigaram o levantamento de aspectos da formação da enfermeira para a atenção obstétrica como contribuição ao entendimento de como tais práticas se dão na atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O descobrimento do Brasil, no século XVI, trouxe o contato da cultura europeia à indígena. Sabe-se que as indígenas ganhavam seus filhos com a ajuda do marido, e quando este encontrava dificuldades pedia ajuda as outras mulheres para ajudar na hora do parto. Os portugueses trouxeram mulheres que exerciam o ofício de parteiras com licença da coroa, cuja legislação foi estendida a todas que a ela se submetessem e, tivessem, então, a anuência real a partir de 1521, com a concessão das “cartas de exame”, concedidas até 1832.

A chegada da família real ao Brasil mudou a perspectiva da formação de enfermeiras ao criar os Cursos de Partos junto às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia em 1832. É a Faculdade do Rio de Janeiro que forma Maria Josephine Mathilde Durocher, a primeira parteira a se matricular neste curso, em 1934. Durocher destacou-se na profissão pelo conhecimento e práticas utilizadas nos atendimentos ginecológicos e obstétricos, entre eles a aplicação de fórceps, instrumento que poucas mulheres tinham acesso devido ao custo.

As práticas realizadas pelas parteiras brasileiras tinham similaridade às europeias como indicam as descrições de realizações de Maria Louise Lachapelle, indicando a ligação brasileira às ideias francesas.

A partir da metade do século XX, outras grandes mudanças ocorrem na formação da enfermagem obstétrica no Brasil, com a separação de profissões como medicina, enfermagem, farmácia e odontologia em legislações próprias. A criação da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica na década de 1980 consolida a enfermeira obstétrica como profissional cuja graduação integra outros profissionais da área da saúde para atuação na área obstétrica.

As conferências Internacionais, que congregam a maior parte das nações mundiais, têm mostrado uma condição feminina de inferioridade, submissão e condições de trabalho e saúde, nem sempre dignas. O Brasil, como signatário de acordos que têm como finalidade a melhoria da qualidade da atenção ao parto e nascimento no país, tem criado programas direcionados a formação e inclusão da enfermeira e, em especial da enfermeira obstétrica, como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, a Rede Cegonha, o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia e o de Regionalização do Parto no Rio Grande do Sul.

A inclusão de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e da enfermeira na assistência ao parto e nascimento continua sendo desafio para a profissão que se inicia na graduação e se continua na formação específica de enfermeiras obstétricas e nas práticas cotidianas. Entre os desafios encontrados estão as negativas de cenários para o ensino da assistência ao parto e os entraves burocráticos entre a universidade e as instituições de saúde, quando os cenários são negados pelas próprias chefias de enfermagem, por motivos diversos.

Enquanto acadêmico da graduação em enfermagem da disciplina de Cuidado às Mulheres e aos Recém-Nascidos na UFRGS, aprendemos sobre a enfermagem obstétrica e observamos que nos cenários de práticas não encontramos nenhuma enfermeira que acompanhassem as mulheres no trabalho de parto, período expulsivo ou cuidados ao recém-nascidos como preconizado pela Rede Cegonha.

O Trabalho de Conclusão de Curso, prática obrigatória nos ensinos de graduação, trouxe a oportunidade de resgatar um pouco da história da enfermagem obstétrica no Brasil de modo a subsidiar as discussões decorrentes do objetivo de conhecer sobre a formação das enfermeira que atendem partos e nascimentos dentro das instituições hospitalares no projeto de estudo Mapeamento da Enfermagem Obstétrica no Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

- ABENFO. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras. **Quem somos/Missão**. 2018. Disponível em: <http://abenfo.wixsite.com/meusite/institucional>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- ALVES, Valdecyr Herdy et al. **Oficina para elaboração de recomendações sobre a formação em enfermagem obstétrica**: Recomendações sobre a formação em enfermagem obstétrica. Brasília: Cofen, 2013. 3 p. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/04/recomendacoes_enfermagem_obstetrica.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.
- ANM. Academia Nacional de Medicina. **Marie Josephine Mathilde Durocher (Cadeira Nº 63)**. Disponível em: <http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=574>. Acesso em: 21 nov. 2018
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Norma nº 10520, de agosto de 2002**. Informação e Documentação - Citações em Documentos - Apresentação. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/nbr10520-original.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p.403-413, dez. 2002.
- BRANDÃO, Nadja dos Santos. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras - 1897 - 1967**. 1998. 265 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica**: Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. 2004. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **APICE ON. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia Neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. In: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**.p. 147-258. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos). Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf. Acesso em: 24 nov. 2018.
- BRASIL. **Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890**. Crêa no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. 1890. Rio de

Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. Constituição (1884). Decreto nº 9.311, de 27 de outubro de 1884. Dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina. **Decreto Nº 9.311, de 25 de Outubro de 1884.** Rio de Janeiro, RJ Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9311-25-outubro-1884-545070-publicacaooriginal-56989-pe.html>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931.** Regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa, as condições para a equiparação das escolas de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20109-15-junho-1931-544273-publicacaooriginal-83805-pe.html>>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. Constituição (1931). Decreto nº 20.865, de 28 de dezembro de 1931. Aprova os regulamentos da Faculdade de Medicina, da Escola Politécnica e da Escola de Minas. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20865-28-dezembro-1931-515738-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRASIL. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20931-11-janeiro-1932-507782-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 17 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.** Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50387-28-marco-1961-389972-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 nov 2018.

BRASIL. **Lei Nº 775, de 6 de agosto de 1949.** Dispõe sobre ensino de enfermagem no país e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1940-1949/lei-775-6-agosto-1949-363891-norma-pl.html>. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955.** Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L2604.htm>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. Constituição (1998). **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.** Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 19 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9610.htm>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, June 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam. **Gênero e meio ambiente**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 138 p. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001120/112083POR.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

CES. Câmara de Educação Superior. **Resolução CES nº 3, de 5 de outubro de 1999**. 1999. Fixa condições de validade dos certificados de cursos presenciais de especialização. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Resolucao_CNE_CES_003_1999.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CNE. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **O Brasil precisa de milhares de enfermeiros obstetras**. 2016. Disponível em: <http://ms.corenrs.portalcofen.gov.br/brasil-precisa-de-milhares-de-enfermeiros-obstetras-diz-palestrante_6227.html>. Acesso em: 15 nov. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N 0479/2015**. Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04792015_30971.html> Acesso em: 22 nov. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2018.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 206/17 – CIB/RS**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/05110251-cibr206-17.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

FAGUNDES, Ludimilla Alves. **O tempo e o vento: Ana Terra e a cultura material.** Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação. UFRGS. 2013. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88677/000913156.pdf?sequence=1&locale=en..>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

FERTIG, A. **Missão Verderese: resgatando a fundação da Escola de Enfermagem da UFRGS.** 2000. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa da Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FRANCO, Sérgio da Costa; STIGGER, Ivo. **Santa Casa 200 anos: Caridade e ciência.** Porto Alegre: ISCMPA, 2001.

FREYRE, Gilberto. **Vida social no Brasil nos meados do século XX.** Recife: Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas sociais, 1964. 76 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Ordival Cassiano. **História da Medicina no Brasil no Século XVI.** Rio de Janeiro: Aurora, 1974. 365 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do povoamento: evolução da população brasileira.** In: Brasil 500 anos. 2007 (@2018). Disponível em: <<https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/evolucao-da-populacao-brasileira.html>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Recenseamento do Brasil em 1872.** Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv25477_v1_br.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

JORGE, Dilce Rizzo. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil.** Tese de doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: EEAN, 1975.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. O processo de criação da associação brasileira obstetrizes e enfermeiros obstetras. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p.1-8, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-5210015.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2015.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil.** 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

NEUVILLE, Josephina. **Memórias de minha vida**. Recordações de minhas viagens. Lisboa: [s.n.], 1864. 21 p.

OLIVEIRA, Maria Cecília Marins de; LIMA, Tatiana de Lurdes; BALUTA, Victor Hugo. A formação do profissional enfermeiro, no contexto das reformas de ensino no Brasil. **Revista Grifos**, Chapecó, n. 36, p.161-186, 2014. Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/2784/1766>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

OLMOS, José Lattus. El fórceps, su exótica e interesante historia. **Revista de Obstetricia y Ginecología**, Santiago, v. 3, n. 2, p.155-168, dez. 2008.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília/Genebra: Ministério da Saúde, 1996.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2000. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/omsambiental/media/ODMBrasil.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

OSAVA, Ruth Hitomi; TANAKA, Ana Cristina D'andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, 10 abr. 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/376.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

PEREIRA, Adriana Lenho de F.(Org.) **Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164 p. il. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/039_1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

PORTO F.; CARDOSO, T. C. A luta das parteiras diplomadas pela prática da obstetricia no Rio de Janeiro (Brasil). **Enfermeria Global**, fev. 2009. Disponível em: <<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/53195/1/A%20luta%20das%20parteiras%20diplomadas%20pela%20pr%C3%A1tica%20da.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PRUSS, Ana Carla dos Santos Fischer. **O ensino de graduação em enfermagem na universidade federal do rio grande do sul referente à parturição nas décadas de 1950 e 1960**. 2014. 57 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

RESOLUÇÃO N.º 04-72, DE 25 DE FEVEREIRO DE 1972. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 26, n. 4-5, p. 361-363, set. 1973. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671973000300017. Acessível em: 19 nov. 2018.

RIESCO, Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 10, p.449-459, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

RIFFEL, Mariene Jaeger; ARMELLINI, Cláudia Junqueira; MORETTO, Virgínia Leismann. **Dossiê**. Porto Alegre: Ufrgs, 2015. 13 p.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A ordem da humanização do parto na educação da vida**. 2005. 236 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7097/000539271.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico**. 2002. 271 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83519/189071.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SENA, Chalana Duarte de et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev. Enferm. UFSM., Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 523-529, set./dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SOUZA, Maria Lúcia de Barros Mott de Melo. Parto, parteiras, parturientes: Mme. Durocher e sua época. Universidade de Sao Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 1998.

TEÓFILO, Tiago José Silveira; GUBERT, Fabiane do Amaral; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Formação de enfermeiros no Brasil: Compreensão histórica de seus alicerces. **AvancesEnEnfermaria**, Colombia, v. 30, n. 3, p.135-142, 01 dez. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/00192380/Downloads/formaodeenfermeiros39970-182642-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

UFRGS. Comissão de Graduação de Enfermagem. **Projeto pedagógico do curso de enfermagem**: Detalhamento do projeto pedagógico. Porto Alegre: UFRGS, 2000-2018. 27 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/comgradenf/curso/Projeto-Pedagogico-do-Curso-e-MEC-18-04-2018.pdf/view>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

VERISSIMO, Erico. O tempo e o vento: tomo I: O continente. 3.ed. São Paulo: Companhia das letras, 2004.

WHO.World Health Organization. Appropriate technology for birth.**Lancet**.1985. Aug 24;:436-7 p.

WHO.World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are availableat<<http://apps.who.in>>

ANEXOS

ANEXO A: REGISTRO DA CARTA DE EXAME DE PARTEIRA PASSADO A ANNA JOAQUINA EM 1828.

"Registro da carta de exame de Parteira passada a Anna Joaquina, a 23 de Fevereiro de 1828.

Joaquim José Marques Cavalheiro, Professo da Ordem de Christo, Cirurgião da Imperial Camara, lente do 12 anno d'Academia Medico-Cirurgica, Delegado do Cirurgião-Mor do Imperio na Côrte e que sirvo interinamente de Cirurgião-Mor do Imperio do Brasil & Faço saber a todos os Provedores, Corregedores, Ouvidores, e mais Justiças, Officiaes, e pessoas dellas, a quem em direito deva, e haja de pertencer que por esta Carta de Confirmação dou licença a Anna Joaquina, moradora nesta Côrte, para que possa usar do officio de Parteira, o que poderá exercitar em todo este Imperio do Brasil por quanto foi examinada em minha presença, tendo por examinadores a mim, e o Cirurgião da Imperial Camara Jeronimo Alves de Moura, que a de mos por approvada, Nemine Discrepante debaixo do juramento que havíamos dado lhe mandei passar a presente Carta e requeiro da parte de Sua Magestade Imperial que Deus guarde, às sobreditas justiças que não procederão contra dita Anna Joaquina, antes livremente a deixarão usar de todo o sobredito, e haverá o juramento dos Santos Evangelhos, dentro em tres mezes, na Camara onde pertencer e não dando juramento será condemnada nas penas que dispõe o Regimento deste Juizo, para que bem e verdadeiramente use como convém ao Serviço Nacional Dada e passada nesta Muito Leal e Heroica Cidade do Rio de Janeiro, em 23 de fevereiro de mil e oitocentos e vinte e oito, sétimo da Independência, e do Imperio. Pagou de feitiço e registro trez mil e duzentos e de assignatura mil e duzentos, e de impressão seis mil quatrocentos réis, e vai subscripto por Luiz Bandeira de Gouvêa, Secretário Vitalício do Officio do Escrivão do Cargo de Cirurgião-Mor do Imperio. E eu Luiz Bandeira de Gouvêa que a subscrevi - Joaquim José Marques - Registrada a folhas cento e treze no Livro sexto. - Bandeira - Numero Vinte e Um. Pagou mil e seiscentos réis de Sello. Rio, 4 de Março de mil e oitocentos e vinte e oito. - Oliveira - Por Despacho do Interino Cirurgião-Mor do Imperio de Quinze de Fevereiro de mil oito centos e vinte e oito. Cumpra-se e Registre-se e preste juramento. Rio em Vereação de vinte e seis de Abril de mil oito centos e vinte e oito. - Carneiro - Leite - Oliveira - Borges - Lisboa"

ANEXO B: PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

The screenshot displays a web browser window with the URL https://www.lufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms/form_index.php. The page features the UFRGS logo and a sidebar with navigation options such as 'Linhas de Pesquisa', 'Projetos de Pesquisa', and 'Áreas de Atuação'. The main content area shows a form with the following fields:

- Dados Gerais:**
 - Projeto:
 - Área de Atuação:
 - Situação:
 - Origem:
 - Local de Realização: não informado
 - Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.
 - Objetivo:
 - Palavras Chave: ENFERMAGEM OBSTÉTRICA, PERFIL DA ENFERMAGEM
 - Equipe UFRGS:

A text area at the top of the form contains the following text:

Estudo relacionado ao projeto maior : Mapeamento da Enfermagem Obstétrica no Rio Grande do Sul. O presente projeto terá como foco a formação e as práticas de trabalho das enfermeiras. Com dois objetivos específicos. A introdução apresenta aspectos principais sobre a trajetória da formação da enfermeira obstétrica no Brasil, incluindo a legislação. A introdução contém a fundamentação necessária para o delineamento do objeto. Será realizado um estudo quantitativo do tipo transversal com as enfermeiras de 102 instituições que realizam mais de 200 parto no RS. Será realizada análise descritiva. Os aspectos éticos estão contemplados. No entanto, o TCLE deve ser separado para gestores e enfermeiras. Sugere-se alteração antes de envio ao CEP. O Projeto tem relevância para gerar conhecimento sobre as características da formação das enfes e pode subsidiar políticas de formação de profissionais da área no ESTADO.

ANEXO C: PLANO DE ENSINO DA DISCIPLINA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS MULHERES E AOS RECÉM-NASCIDOS DA UFRGS.

17/11/2018

Visualização de Plano de Ensino

Escolade Enfermagem

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil

Dadosdeidentificação

Disciplina: **CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS MULHERES E AOS RECÉM-NASCIDOS**Período Letivo: **2018/2**. Período de Início de Validade: **2018/2**Sigla: **ENF02004** Créditos: 16

Carga Horária: 240h

Súmula

Saúde das mulheres e de neonatos de baixo risco. Ênfase ao ciclo reprodutivo e às morbidades ginecológicas e obstétricas de maior prevalência no país. Políticas e programas de atenção à saúde das mulheres e dos recém-nascidos. O cuidado em saúde e sua interface com a Enfermagem no âmbito do Sistema Único de Saúde. Direitos sexuais e reprodutivos. Violência de gênero. Aspectos históricos, éticos, morais, culturais, étnicos, epidemiológicos e de gênero.

Objetivos

Conhecer o perfil epidemiológico da população feminina e neonatal em nível nacional, regional e local. Desenvolver habilidades para identificar situações de vulnerabilidade de mulheres na atenção ginecológica, obstétrica e de recém-nascidos no contexto familiar ou assistencial. Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde de mulheres na atenção ginecológica, obstétrica e de recém-nascidos, tanto em nível de cuidado individual, quanto coletivo. Integrar a família nas ações de cuidado em enfermagem ginecológica, obstétrica e neonatal. Reconhecer as implicações da raça, etnia, diversidade sexual e de gênero na vulnerabilidade de mulheres e de recém nascidos. Articular as ações de cuidado com a rede de atenção à saúde, buscando integração intersetorial. Compreender a importância do trabalho em equipe, integrando práticas interdisciplinares nas ações de cuidado. Participar de ações de educação permanente em saúde, atuando como agente e sujeito dos processos de formação na atenção ginecológica, obstétrica e neonatal. Discutir os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Conteúdo Programático

Título	Conteúdo
Influência da diversidade de gênero, diversidade sexual, da raça e da etnia na saúde das mulheres	Revisa as questões de gênero e a saúde da mulher além de enfo
Violência contra as mulheres	Apresenta e discute situações de violência contra as mulheres e os encaminhamentos a serem realizados pelo Enfermeiro.
Direitos sexuais e reprodutivos	Apresenta e discute os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Planejamento familiar.

Cuidado de Enfermagem durante a o Pré-Natal	Todos os cuidados relacionados com o Pre-Natal
Cuidado de enfermagem às mulheres e suas famílias na utilização de métodos contraceptivos	Ciclo menstrual. Métodos contraceptivos.
Cuidado de enfermagem às mulheres com vaginites e vaginoses	Definição, caracterização, causas mais comuns, tratamento da mulher e do parceiro, cuidados de enfermagem.
Cuidado de enfermagem às mulheres no climatério	Definições, caracterização, etapas, fisiopatologia, aspectos emocionais e sociais, terapia de reposição hormonal, osteoporose, anticoncepção no climatério e cuidados de enfermagem.
Modelo de atenção ao parto e nascimento	Contextualiza a obstetrícia e a Enfermagem Obstétrica ao longo da história, no Brasil e no mundo. Aborda questões de humanização no cuidado as mulheres e sua família. Contextualiza as políticas de assistência a saúde das mulheres e dos recém-nascidos no Brasil.
Avaliação do risco gestacional. Mortalidade materna e infantil.	Mortalidade materna: definição, razão de mortalidade, causas evitáveis e inevitáveis. Mortalidade infantil: definição, taxa de mortalidade infantil e seus componentes e as causas por componente. Definição de gestação de risco. Classificação do risco gestacional.
Modificações do organismo na gestação.	Modificações fisiológicas de acordo com os trimestres de gestação.
Plano de Parto	Elaboração do plano de parto, segundo as escolhas das mulheres
Prática de cuidado	Prática de cuidado
Avaliação fetal	Avaliação do bem estar fetal: Métodos clínicos: registro diário de movimentação fetal e prova simplificada de aceleração cardíaca fetal. Métodos biofísicos: cardiocografia anteparto de repouso, perfil biofísico fetal e dopplervelocimentria. Avaliação da maturidade fetal: Métodos clínicos: estabelecimento da idade gestacional e exame do líquido amniótico. Métodos laboratoriais: exame do líquido amniótico.
Cuidado de enfermagem às mulheres com parto eutócico e distócico. Tipos de parto.	Mecanismo do parto, cuidado de enfermagem nos períodos clínicos do parto. Tipos de parto. Parto eutócico e distócico.
Cuidado de Enfermagem às mulheres no manejo da dor durante o processo de parturição	Fisiologia da dor durante o trabalho de parto e parto, métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor. Cuidados de enfermagem as mulheres com dor. analgesia e anestesia.
Boas práticas na atenção ao recém-nascido em sala de parto	Clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida.
Cuidado de enfermagem aos recém-nascidos no período de transição neonatal.	Avaliação do recém-nascido saudável: exame físico, sinais vitais, banho, vacinação, vitamina K e credeização.
Cuidado de enfermagem aos recém-nascidos com problemas mais frequentes no período neonatal	Hipoglicemia, hipotermia, taquipnéia transitória, icterícia, sepse neonatal e luxação congênita de quadril.

precoce	
Cuidado de enfermagem as mulheres durante o pós-parto	Cuidado de enfermagem as mulheres e aos recém-nascidos em alojamento conjunto e nas complicações do pós-parto (hemorragia pós-parto, doença tromboembólica e infecções). Incompatibilidade sanguínea materno fetal.
Cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos em aleitamento materno e suas	complicações Aleitamento materno: fisiologia, lactação, apoiadura, posição, boa pega e livre demanda. Tipos de aleitamento. Cuidados de enfermagem. Complicações mais frequentes: fissuras, ingurgitamento e mastite.
Cuidado de enfermagem relacionado aos aspectos emocionais das mulheres durante a gravidez, parto e pós- parto	Revisa as alterações emocionais nos três trimestres da gestação, do parto e do pós-parto: dúvidas, receios e expectativas.
Gestação na adolescência	Apresenta e discute os aspectos socioculturais da gravidez na adolescência
Cuidado de enfermagem as mulheres na duração da gestação	Definições, caracterizações, fatores de risco e cuidados de enfermagem às mulheres em situação de trabalho de parto prematuro e gestação prolongada.
Cuidado de enfermagem as mulheres com ruptura prematura de membranas.	Definição, caracterização e cuidados de enfermagem.
Cuidado de enfermagem às mulheres com diabete na gestação e no puerpério.	Definição, caracterização, fisiopatologia e fatores de risco. Cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos.
Cuidado de enfermagem às mulheres com síndromes hipertensivas.	Fisiopatologia, caracterização, fatores de risco, complicações e cuidados de enfermagem.
Cuidado de enfermagem às gestantes com síndromes hemorrágicas	Definições: Abortamento, gestação ectópica, mola hidatiforme e rotura uterina. Fisiopatologia, fatores de risco, complicações e cuidado de enfermagem: placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.
Doenças infecto contagiosas e suas repercussões na saúde das mulheres, fetos e recém-nascidos	HIV/Aids Sífilis Estrepto B HPV
Abortamento.	Aspectos clínicos, legais e sociais
Cuidado de enfermagem as mulheres em situações de perda e/ou mal formação fetal	Aspectos fisiopatológicos, sociais e emocionais nas situações de perda e/ou mal formação fetal. Cuidados de Enfermagem.

Metodologia

O estímulo ao desenvolvimento do aluno, e a sua autonomia e responsabilidade pelo próprio aprendizado integrará um conjunto de estratégias que visam a produção e o compartilhamento de saber e sem espaços de reflexão crítica e problematização. Durante as práticas de cuidado cada turma será acompanhada por professora da disciplina em cada grupo atividades específicas relacionadas ao campo de estágio serão desenvolvidas. Nas atividades de cuidado poderá haver a participação de monitores.

Carga Horária

Teórica: 90 horas

Prática: 150 horas

Experiências de Aprendizagem

Serão proporcionadas as seguintes experiências de aprendizagem: aulas expositivo-dialogadas, discussão de casos e de artigos científicos, trabalhos em grupos, oficinas, atividades de problematização, seminários, técnicas de grupos e práticas de cuidado de enfermagem. Também poderão ser realizadas visitas em determinados serviços de saúde relacionados com a assistência à saúde da mulher.

As atividades serão realizadas com professores em sala de aula, em locais de atividade de cuidado.

Também serão realizadas atividades programadas com apoio de monitores, atividades de estudo individual programada com as docentes dos campos de atividade de cuidado.

São previstas também a participação em atividades programadas conduzidas em conjunto com estudantes de pós-graduação em estágio de docência e eventualmente convidados de relevância para o tema.

Crerios de Avaliaão

A avaliaão tem como finalidade orientar o aluno no seu processo de aprendizagem e de qualificaão.

A avaliaão ^{17/11/2018} ^{Visualizaão de Plano de Ensino} é entendida como um processo gradual e somativo que permeia a trajetória do aluno ao longo do curso possibilitando espaos de reflexão e orientaão para os estudos(UFRGS,2001).

Assim, o processo avaliativo do aluno será composto por Práticas de Cuidado, Prova(s) Escrita(s) e Seminário conforme descrião que segue:

Módulo de Práticas de Cuidado (PC):(40%)

As avaliaões das Práticas de Cuidado têm como base as competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos conforme as Diretrizes Curriculares vigentes do Curso de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Em cada campo(C) de PC, a docente avaliará o desempenho do aluno, considerando os aspectos descritos na ficha de avaliaão específica, e emitirá uma nota.

Ao final das práticas de cuidado será emitida uma nota que será a média aritmética de todas PC. Este módulo corresponde a 40% da avaliaão da ENF02004.

Módulo de Prova(P)(s) Escrita(s)(PE):(40%)

A(s) prova(s) incluirá(ão) questões sobre o conteúdo abordado durante o semestre. Este módulo corresponde a 40%da avaliaão da ENF02004.

Módulo do(s) Seminário(S) (20%)

Os seminários contemplarão abordagem sobre alguma temática relevante da área do cuidado às mulheres e aos recém-nascidos.

Este módulo corresponde a 20% da avaliaão da ENF02004.

A NOTA FINAL DA DISCIPLINA será composta pelo somatório dos módulos e seus devidos pesos

PC(40%)+PE(40%)+S(20%)

A conversão da nota final do aluno na disciplina segue a seguinte codificação: Conceito

A nota entre 9,0 a 10
Conceito B nota entre 8,0 a 8,9
Conceito C nota entre 7,0 a 7,9
Conceito D nota inferior a 7,0
Conceito FF reprovação por faltas

A disciplina estabelece o conceito C como mínimo para a aprovação.

O aluno que obtiver nota final menor que 7(sete) realizará prova de recuperação.
A conversão da nota final do aluno que realizou a prova de recuperação na disciplina segue a seguinte codificação: Conceito B: nota entre 8,5 a 10,0; Conceito C: nota entre 7,0 a 8,4; Conceito D :nota inferior a 7,0

AtividadesdeRecuperaçãoPrevistas

A prova de recuperação será única, por escrito, constando de todo conteúdo do semestre, podendo ser realizada após 3 dias a partir da divulgação da nota final.
A nota final na disciplina, para os alunos que ficarem de recuperação, será a nota da prova de recuperação. O aluno que obtiver nota final menor que 7(sete) na prova de recuperação, será reprovado.
Segundo indicado na Resolução11/2013, artigo 47, Parágrafo único -"As atividades de recuperação somente poderão ser realizadas após um intervalo mínimo de 3(três) dias contado a partir do dia seguinte à publicação aos discentes, pelo docente, dos resultados a que se referem"

**ANEXO D: LISTA DE EGRESSAS DOS CURSOS DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA NA UFRGS**

EGRESSAS EM 1966 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
AMÉLIA BROD
DULCE MARIA NUNES
EDI VITÓRIA HOMRICH
GUNILLA FAULHABER
LEOPOLDINA VIEIRA DA SILVA
NOELY ÂNGELO
NALBA CARVALHO DOS SANTOS
EGRESSAS DE 1971 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
ANA MARIA CONCLI
BEATRIZ INGRID HOFFMANN
EMILIA DOS SANTOS STOBBE
FLAVIA BEATRIZ LANGE
HERNA THUMMERER
JANE MOREIRA DE OLIVEIRA
LARIZA MARIA RIBEIRO
LUZIA PICKLER
MARTHA UTZIG
MARIA MARLI ECHER
MARIA BERNARDETE PADILHA FERREIRA
NILCÉA MARIA NERI DUARTE
SONIA MARIA MONTIK AGOSTINI
TEREZA ESPÍNDOLA
VERA RADÜNZ
EGRESSAS DE 1972 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
ANA MARIA WESPHAL
HILDE IRMA MARIA VAN DER STRAETEN
MARLI TEREZINHA AMMON
PETRONILA LIBANA RAUBER
SANDRA ELISABETH KICHLER
ZELI DOS SANTOS VERNES
EGRESSAS DE 1973 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
AMÉLIA CANCIAN
CERLI BEATRIZ ILHA BARCELLOS
ANNA MARIA HECKER LUZ
EUNICE VANUZZI
EVELY MARLENE PEREIRA
LORI RENI SCHNEIDER
MARIA JOAQUINA PEREIRA DA SILVA
MARIA DE LOURDES BRUXEL
SILDEÁ FOGAÇA
SILVIA TEIXEIRA
TEREZINHA SCHERER
UNIVERCINA CAMPOS SANT'ANNA
EGRESSAS 1978 – Habilitação em Enfermagem Obstétrica UFRGS

CRISTINA MARIA BLANKENHEIM MELOTTO
MARIA CECY DE QUADROS PORTO (segundas núpcias: Maria Cecy de Quadros Niederauer)
MARIA ELISABETH CARVALHO CESTARI
MARIENE JAEGER RIFFEL
SUELI ZAPPAS
Obs: a lista destas egressas não foi encontrada até o momento nas dependências desta UFRGS cujas informações foram possíveis por meio da memória de Mariene Jaeger Riffel
EGRESSAS DE 1989 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
ANNELISE CARVALHO GONÇALVES
CARMEN MARIA TOMAZELLI LUNARDI
CLAUDIA JUNQUEIRA ALMELINI
DIONE MARIA DERQUIN FRANCESCHI
INÊS MARIA MARCUZZO
IRENE LOURDES TABARELLI RUSSOVSKI
LISETE MARIA AMBROSI
LOURDES BEPLER
LUZIA FARIAS PINTO
MARA HELENA PICCININI SCHMITT
MARA NÚBIA LEITE LUZ
MÁRCIA CAROLINA CALSA NUNES
MARIA INES MARQUES VOIGT
SIMONE DUARTE DE OLIVEIRA
SONIA HELENA MACHADO DANESI
STELAMARIS BETTKER WESTPHALEN
SUZANA DE AZEVEDO ZACHIA
VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO
EGRESSAS DE 1991 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
ANA REGINA RUFINO
ANNE MARIE WEISSHEIMER
CARLA REJANE PAVANE RIGON
CÉLIA ABADE PERRUCHO
ELISABETHLINO DA CUNHA
INÊS REBELLO DILLENBURG
LETICIA MARIA MOTA
LIAMARA PORTELLA DE SOUZA
MARIA MARGARETH PERUZZOLO DE BITTENCOURT
MARISA REGINATTO VIEIRA
NEURI NILSON KAMMLER
NEUSA BERLESE OLIVEIRA JONES
PATRÍCIA HOFFMANN CARVALHO
ROSA MARIA DREY ESCOBAR
ROSIMERY BARÃO KRUNO
SONIA MARIA SCHMITZ
EGRESSAS DE 2005 – Especialização em Enfermagem Obstétrica UFRGS
ANA CARLA DOS SANTOS FISCHÉ
ANDREA STRADOLINI FREITAS VOLKMER
CINTIA ELIANE SENGER
CRISTIANE RAUPP NUNES

CRISTIANE RODRIGUES CARDOSO
DÉBORA FRANCIELI LAUTENSCHLAGER
DENILSE DAMASCENO TREVILATO
FABIANA SANTOS DOS SANTOS
JOSIANE FONSECA DE OLIVEIRA
LETICIA GONÇALVES DE ALMEIDA
LÍGIA MARIA TERRA FONTELLA
MARCIA RIBEIRO LIMA
MARI ANGELA GAEDKE
MICHELLE DEMICHEI
MILENA SILVA SALDANHA
PATRICE MARTINS AUGUSTO
SILVANIA EDINARA LIMA WITT
VANESSA FOCHEZATTO
VANINE ARIETA KREBS
EGRESSAS DE 2016 – Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede CegonhaUFRGS/UFMG
ANELISE NIEDERAUER MARQUES
ÂNGELA MENEGUZZI HEJAZI
CARLA ROCHANE PERES NAVARRO
CINTIA DE SOUZA SANTANA
CRISTIANE TOBIAS ALCAY
GRAZIELA EICK MARTINS
JOELZA CELESILVIA CHRISTÉ LINHARES
MÁRCIA DORNELLES MACHADO MARIOT
MÁRCIA DORNELLES MACHADO MARIOT
MARIA JUREMA BANDEIRA PONTES
PAULA KIRSCHKE SANTOS
RAFAELA QUINTANA DOMINGUES
SILVIA ANADIR MEDEIROS DA SILVA
PROVÁVEIS EGRESSAS de 2019 – Especialização em Enfermagem Obstétrica– Rede Cegonha UFRGS
ANDRESSA LUÇARDO BUENO
ANGELA APARECIDA STEFFLER
CATIANE DOS SANTOSFERREIRA
CINDI DE BARROS HOLDERBAUM
GIESE SOARES
GISELE KARASEK
JOICY DOS SANTOS COSTA
JULIANA JESSY BONINI
KAREN KNOPP DE CARVALHO
KELLEN FERNANDA BRUM DEOLINDO
LISIANE MARTINS BITENCOURT
MARIANA ARCOS MACHADO
MARIANA KARLING ZUBERBUHLER
SIMONE KONZEN RITTER
TAYLISE IRENY MASIEL SCHNEIDER DA SILVA

ANEXO E – RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO PARA PARTOS



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS



Of. nº 977/2015-HCPA/GENF/VPM


Porto Alegre, 17 de agosto de 2015

Prezadas Professoras:

Em resposta à solicitação de estágio para enfermeiras do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica promovido pelo Ministério da Saúde, informamos que o modelo de atenção obstétrica do HCPA contempla a participação da enfermeira em todas as etapas da atenção à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido no ambiente do Centro Obstétrico, porém a assistência ao parto é realizada pela equipe médica.

Desse modo, o HCPA se coloca à disposição para acolher as estagiárias no acompanhamento das atividades habitualmente exercidas pelas enfermeiras do Centro Obstétrico da Instituição, visto que, na condição de Hospital Universitário, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre tem como missão contribuir para o ensino na área da saúde.

Atenciosamente,


Profª Ana Maria Müller de Magalhães,
Coordenadora do Grupo de Enfermagem.


Profª Marlene Clausell,
Vice-Presidente Médica.

Ilmas. Sras.
Profª Mariene Jaeger Riffel
Coordenadora Local do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica
Profª Cláudia Junqueira Armellini
Vice-Coodenadora Local do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica
Escola de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua São Manoel, 963
90620-110 - Porto Alegre - RS

ANEXO F - DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS, CARGAS HORÁRIAS E CRÉDITOS CORRESPONDENTES.

DISCIPLINAS – 1º SEMESTRE	CH			CRÉDITOS		
	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL
Capacitação Pedagógica (CP)	15	-	15	1	-	1
Enfermagem Obstétrica I (EOI - pré-natal)	30	120	150	2	8	10
Enfermagem na Saúde da Mulher I (SMI)	30	30	60	2	2	4
Metodologia da Pesquisa I (MP I)	30	-	30	2	-	2
Gerenciando o Cuidado de Enfermagem (GCE)	15	-	15	1	-	1
SUB TOTAL	120	150	270	8	10	18
DISCIPLINAS – 2º SEMESTRE	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL
Enfermagem Neonatal I (NEOI)	30	15	45	2	1	3
Enfermagem Neonatal II (NEOII)	30	30	60	2	2	4
Enfermagem Obstétrica II- Centro obstétrico)	30	195	225	2	13	15
SUB TOTAL	90	240	330	6	16	22
DISCIPLINAS – 3º SEMESTRE	T	P	TOTAL	T	P	TOTAL
Metodologia da Pesquisa II (MP II)	-	15	15	-	1	1
Enfermagem na Saúde da Mulher II (SMII)	15	30	45	1	2	3
Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas (PO)	30	30	60	2	2	4
SUB-TOTAL	45	75	120	3	5	8
TOTAL	255	465	720	17	31	48

Fonte: Virgínia Leismann Moretto; Mariene Jaeger Riffel, 2017.