

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RN
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

GABRIELA TRINDADE DE AZEVEDO

FORMAÇÃO DE PARTEIRAS NO SERIDÓ

**CAICÓ/RN
2019**

GABRIELA TRINDADE DE AZEVEDO

FORMAÇÃO DE PARTEIRAS NO SERIDÓ

Trabalho de conclusão de Residência apresentado à Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção de título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof.^a Dra. Liliane Pereira Braga

Co-orientadora: Dayane Shirley de Lima Santiago, especialista em preceptoria no SUS pelo IEP do Hospital Sírio Libanês.

BANCA EXAMINADORA

O trabalho de conclusão de curso “**Formação de parteiras no Seridó**”, apresentado por Gabriela Trindade de Azevedo ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para a obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

Profa. Dra. Liliane Pereira Braga
Escola Multicampi de Ciências Médicas-EMCM/UFRN
Orientadora e Membro Interna

Profa. Dra. Cristiane Spadacio
FACERES- São José do Rio Preto, SP
Membro Externa

Ms. Alexandra do Nascimento Cassiano
Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN
Membro Externa

AGRADECIMENTOS

“Tudo está em deixar amadurecer e então dar à luz. Deixar cada impressão, cada semente de um sentimento germinar por completo dentro de si, na escuridão do indizível e do inconsciente em um ponto inalcançável para o próprio entendimento, e esperar com profunda humildade e paciência a hora do nascimento de uma nova clareza: só isso se chama viver artisticamente, tanto na compreensão quanto na criação” (Rilke, Cartas a um jovem poeta, pg.36)

Nesse processo de finalizar projetos somos tomados por um sentimento de gratidão que por vezes me parece inexplicável, tendo em vista todos os cansaços e desânimos de outrora, dando a sensação que a vida, considerada por mim como uma entidade sábia, apesar dos percalços e dificuldades nos leva a caminhos de aprendizado e crescimento.

O trecho acima retirado de um livro que uma professora da graduação e amiga me presenteou me faz refletir sobre um aspecto importante da criação, a paciência. Criar é um processo vivido por ciclos muito diferentes entre si e o que mais me angustia é aquele em que nos damos de cara com o vazio, o momento que você deve produzir algo, contudo ele está perdido, pairando em outros lugares.

Esse trabalho foi antes de tudo um exercício de paciência e de aceitação do vazio e sou grata ao universo por não ter passado por ele sozinha. Agradeço a vida por ter me colocado nesse exercício de escrita científica, que particularmente é um desafio grande. Agradeço às orientadoras, pelo suporte e pela escuta serena e atenta. Agradeço à minha família e amigos por serem companhias fiéis, até quando eu estava na crise do vazio.

Esse produto foi o recorte que pude amadurecer durante a caminhada na residência e hoje posso semear, não como algo completo, mas como um abrir caminhos para outras versões possíveis e apontar a necessidade de novas investigações científicas para o município de Caicó-RN.

RESUMO

As parteiras foram por muito tempo referência na assistência ao parto, contudo, com o avanço das ciências biomédicas o lugar ocupado por elas foi tomado por médicos obstetras. Apesar dessa realidade, ainda existem parteiras atuando pelo Brasil, seja assistindo parto à domicílio, seja atuando em hospitais maternidades. Nesse sentido, propõe-se a pesquisa com o objetivo de descrever e facilitar o processo de formação de parteiras no município de Caicó-RN. Caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa com o delineamento de pesquisa intervenção. Para isso, utiliza-se os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada, a observação participante do grupo operativo que se baseia em metodologias participativas da Educação Popular em Saúde. Após a transcrição das entrevistas se deu a análise dos dados coletados que foi feita com base na análise de conteúdo na modalidade análise temática. Os resultados da categorização das entrevistas apontam os seguintes eixos de sentido: profissão e/ou vocação, trajetória profissional, constrangimentos da prática, valorização e experiências marcantes. Ademais as atividades do grupo sugerem necessidade de atividades formativas para as parteiras, tanto para obter melhora na assistência prestada quanto, estimular a formação de profissionais mais qualificados e questionadores.

Palavras chave: Práticas de Humanização, Parteiras, Formação.

ABSTRACT

Midwives were for a long time a reference in childbirth care, however with the advancement of the biomedical sciences the place occupied by them was taken by obstetricians. Despite this reality, there are still midwives working in Brazil, whether attending childbirth at home or working in maternity hospitals. In this sense, research is proposed with the aim of describing and facilitating the process of training midwives in the municipality of Caicó-RN. It is characterized as a qualitative approach study with the design of intervention research. For this, the following instruments are used: semi-structured interview, participant observation of the operative group that is based on participative methodologies of Popular Education in Health. After transcription of the interviews, the analysis of the collected data will be made based on the content analysis in the thematic analysis modality. The results of the categorization of interviews point to the following sense axes: profession and / or vocation, professional trajectory, constraints of practice, valorization and outstanding experiences. In addition, the activities of the group suggest the need for training activities for midwives, both to improve the assistance rendered and to stimulate the formation of more qualified professionals and questioners.

Keywords: Humanization Practices, Midwives, Training.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	15
TABELA 2 –.....	23

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Histórico das parteiras	8
1.2 Movimentos de Humanização e os Direitos Reprodutivos no Brasil.....	9
1.3 Educação Popular em saúde e formação	11
1.4 Justificativa	11
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	12
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	14
3.1 Profissão e Vocação.....	15
3.2 Trajetória Profissional.....	17
3.2.1 Percursos Singulares.....	17
3.2.2 Historicidade Local	19
3.3 Constrangimentos da prática	21
3.4 Valorização	22
3.5 Experiências marcantes	23
3.6 Intervenção: grupo experimental de formação.	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
ANEXOS	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico das parteiras

Adentrar esse tema mostra a interdependência entre o histórico das parteiras e as mudanças sofridas pelos modelos de assistência ao parto, de forma que tenta-se fazer uma costura entre esses eixos.

O modelo hegemônico de assistência obstétrica, nos dias atuais, é predominantemente hospitalar e médico centrado, trazendo com ele algumas concepções que influenciam o modo como a assistência é prestada. É importante ressaltar a ideia de corpo máquina, difundida pela medicina ocidental do período iluminista e a figura do médico como “mecânico” do corpo, aquele que faria os reparos (MAIA, 2010). Sob essa visão, o corpo teria defeitos ou existiriam situações em que não funcionaria bem, necessitando do saber médico para retornar seu funcionamento. Contudo, nem sempre esse modelo foi vigente, sendo fruto de inúmeras transformações sociais e culturais.

Antes da medicina e da obstetrícia firmarem como conhecimento científico, o parto era vivenciado entre mulheres, tendo a figura da parteira ou aparadeiras como referência. Elas eram, geralmente, mulheres leigas que dispunham de ferramentas como massagens, chás e rezas e traziam um tom de vivência sagrada para o cuidado ao parto. O corpo feminino era visto como criação da natureza, não necessitando de muitas intervenções, pois ao longo da vida passaria por transformações biológicas que o prepararam para parir. Somente em partos complicados, chamava-se os cirurgiões-parteiros para intervir. Nesta época, foi possível observar convivência relativamente harmoniosa entre os médicos e as parteiras, eles davam assistência aos partos complicados e elas, aos partos “normais”. (SIMAS, 2016; MAIA, 2010)

Após o período do Renascimento, em que a medicina consolidou seu discurso científico, apropriando-se do corpo feminino e de sua natureza, houve investimento técnico para elaboração de utensílios de parto, subjugando as parteiras que usavam apenas as mãos para realizar a assistência. A igreja, instituição de poder social, aliou-se ao discurso médico comparando as parteiras a bruxas e feiticeiras, pelas suspeitas de atividades místicas que estavam associadas ao infanticídio e aborto. Mais à frente, no período iluminista a medicina associa-se ao Estado, disseminando a ideia de que parteiras seriam sujas. (MAIA,2010)

Quando iniciou a assistência obstétrica, a medicina da época incorreu em alguns erros que só foram sanados muitos anos depois com o avanço dos instrumentais e protocolos médicos. As parteiras ressurgem, temporariamente, com função de contribuir para a redução da mortalidade materna, aliando-se aos saberes biomédicos. A vasta experiência acumulada

das aparadeiras colaborou com a classe médica que, por serem em sua maioria homens, não tinham segurança prática para realizar tais procedimentos. Nesse momento, surge uma marca que estratifica as parteiras, os cursos introdutórios das práticas biomédicas, tornando as participantes parteiras diplomadas e aquelas que não participavam, parteiras leigas ou tradicionais. Sendo assim, a obstetrícia institucionaliza o parto, protagonizado pela figura do obstetra e acontecendo prioritariamente nos hospitais maternidade. (SIMAS, 2016; MAIA, 2010)

Alguns fatores, no Brasil, influenciaram o processo de hospitalização do parto, como: partos complicados com altas taxas de mortalidade, devido ao despreparo dos médicos e das parteiras; a separação das maternidades dos hospitais gerais; a adoção de rotinas de isolamento e higienização que ajudaram a reduzir o número de mortes maternas e a ampla divulgação, por parte dos médicos, dos sucessos obtidos com a técnica da cesariana. (SIMAS, 2016; MAIA, 2010) Apesar disso, a obstetrícia teve algumas resistências para ser vista como referência entre as gestantes e por isso foi imposta apenas a uma classe da população, geralmente mulheres brancas e abastadas.

Tais resistências foram vencidas, o modelo biomédico de parto se consolidou no país, contudo com ele vieram alguns problemas como o aumento da taxa de cesarianas e do número de violências obstétricas, além da insatisfação com os serviços prestados na assistência ao parto nos hospitais maternidade.

A indignação com a realidade vivida por muitas mulheres nas suas vivências de parto instigou vários setores sociais a se unirem travando luta política que questiona os procedimentos do parto hospitalar. Surge no cenário nacional o movimento da humanização, que conta com parceria das parteiras para propor novas formas de parir. Além disso, o Ministério da Saúde formulou o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), iniciado no ano 2000, em parceria com as gestões dos estados e municípios, com intuito de articular e inserir parteiras nos serviços de saúde locais. (GUSMAN et al, 2015)

1.2 Movimentos de Humanização e os Direitos Reprodutivos no Brasil

A modernização e urbanização do país a partir da década de 70 acompanhou a ida do parto da casa para o âmbito hospitalar, com isso é constatada a medicalização do corpo feminino e do parto, assim como o aumento de cirurgias cesarianas. Entre os anos de 1950 até 1980 começam a surgir no cenário mundial o movimento de “humanização” e a concepção de direitos reprodutivos, os quais estão na interface da luta pela garantia dos direitos maternos.

O movimento de humanização do parto surge na esteira dos movimentos de humanização de práticas de saúde em geral e carrega o status de contracultura, dentro da obstetrícia, na figura do médico inglês Gantly Dick-Read e do francês Fernand Lamaze, como uma forma de revisão do atendimento do obstetra. Sua principal bandeira sugere desnecessários alguns protocolos médicos e do hospital, os quais trariam mais problemas de saúde tanto para o bebê, como para a mãe. Como alternativa a esses protocolos, se baseiam em práticas e conhecimentos que preconizam o parto como oferta de cuidado singular a cada gestante, reservando seu direito à privacidade, autonomia de decisão, devolvendo o protagonismo à mulher. Além de ofertar serviços visando a não maleficência e a redução de procedimentos desnecessários. (MAIA, 2010; SIMAS, 2016)

Outro contraponto feito é ao significado de segurança disseminado, que está atrelado a utilização de tecnologias. Explica que segurança não é sinônimo de intervenção tecnológica, ao contrário, ela está atrelada a prudência no uso de cada tecnologia a depender do caso e não protocolando o ato de partejar.

No Brasil, o movimento teve a influência dos médicos Moysés e Cláudio Parcionik, estudando o parto de cócoras das índias no sul do país. (SIMAS, 2016; MAIA, 2010). Esse movimento foi crescendo, a ponto de em 1993 ser criada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) levantando a bandeira do parto humanizado. A Carta de Campinas, documento fundador da ReHuNa, realça as condições indignas da assistência ao parto a que são submetidas gestantes e recém-nascidos, além de refletir sobre os prejuízos das rotinas hospitalares. Sobre isso, determina que tais procedimentos representam barreiras para o desencadeamento fisiológico do parto, elementos que podem transformar o parto em sinônimo de patologia, simbolizado em sentimento de impotência e dor. (REHUNA, 1993)

O marco dos direitos reprodutivos (DR) surgiu na década de 1980, como prática discursiva feminista na luta política pela liberdade, igualdade, justiça social e dignidade no exercício de sua sexualidade e da função reprodutiva. De acordo com o documento final da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada em 1994, se definiu os DR como o direito básico do casal e do indivíduo de decidir sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter informação e os meios de assim o fazer. Nessa discussão, rejeita-se a reprodução como um destino feminino e traz para o debate público temas restritos à esfera privada (gestação, parto, contracepção, aborto) e até então deixados de lado no tocante ao interesse das políticas públicas e cidadania. A partir daí os estados e governos são convocados a garantir esses direitos por via de lei e de políticas e programas específicos (MAIA, 2010).

1.3 Educação Popular em saúde e formação

A educação popular em saúde é um referencial fundamentado no diálogo enquanto ferramenta formativa, acreditando que só se atinge a humanização das práticas a partir da educação e pela compreensão integral das dimensões humanas. Acredita-se também na construção de práticas colaborativas de trabalho, dadas em relação, pois somente superamos as situações limites da realidade em relação com outros atores ou atrizes.

Tal perspectiva de incentivo ao protagonismo promove também a valorização das culturas locais, possibilitando a expressão de seus pensamentos para o enfrentamento dos problemas cotidianos, aproximando assim, os movimentos sociais e populares. (BRASIL,2014)

Nesse sentido, o agir educativo é um processo em construção e se retroalimenta dele, partindo da participação popular para construção de projetos que promovam uma vida digna e com qualidade. Construiu, assim, espaço para que a classe trabalhadora se sinta parte do fazer coletivo em prol da sociedade, incentivando uma gestão e execução participativa, além de considerar como indispensável a atuação nas instâncias de controle social, dialogando assim com as políticas públicas. Foi com base nessas prerrogativas, que a Educação Popular em Saúde acumulou experiências exitosas em módulos de formação de profissionais da esfera pública. (BRASIL, 2014)

1.4 Justificativa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a questão das violências obstétricas vividas por mulheres em todo o mundo, reafirma o direito ao acesso a serviços de assistência de qualidade no tocante a saúde sexual e reprodutiva, além de ofertar outras providências. A OMS também aponta medidas a serem tomadas com urgência para rompermos com essa lógica de violência, como por exemplo: começar, apoiar ou manter programas para aumentar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com enfoque no respeito a mulher; enfatizar os direitos das mulheres gestantes a assistência humanizada e de qualidade (OMS, 2014).

Apesar de o Brasil ter avançado em alguns sentidos nos direitos a gestantes, como a promulgação em 2004 da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e em 2011 a efetivação da Rede Cegonha, como estratégia operativa da PAISM, ainda há muito caminho a percorrer. De acordo com pesquisa de satisfação com mulheres puérperas

atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS entre maio e outubro de 2012, alguns dados conclusivos mostram que:

41,5% não foram orientadas sobre os benefícios do parto normal durante o pré-natal pelo SUS; 64,0% não tiveram acompanhante de sua escolha durante o parto. Destas, 56,7% das mulheres não tiveram acompanhante porque o serviço de saúde não permitiu. (BRASIL, 2012, p. 82).

Ao longo da inserção de campo proporcionada pela residência em atenção básica, tive a oportunidade de participar do grupo ‘Mães Artesãs’, localizado no bairro Paraíba, no município de Caicó, RN. Em uma reunião do grupo foi discutido o empoderamento feminino, contexto no qual surgiram relatos em que o sentimento de violação foi despertado pela assistência prestada pelo Hospital do Seridó, maternidade do município, o que mostra uma realidade destoante do que é pregado pela OMS.

Partindo da visão de que o município não estava dando a devida atenção aos problemas discutidos acima, o Movimento de Mulheres do Seridó (MMS), movimento social composto por mulheres da região, defende a transformação dessa maternidade em um Hospital Público de Referência à Mulher que garanta acesso e assistência de qualidade. No período entre 2015 e 2016, encabeçou uma luta a fim de denunciar ao poder público os inúmeros casos de mortes maternas e de recém nascidos, além da precarização da estrutura física e de aparelhagem tecnológica. O movimento fez um Dossiê em que investigou a realidade de Caicó e cidades vizinhas e o mesmo mostra que entre 2007 e 2014, ocorreram 19 mortes maternas e 165 óbitos de fetos e recém-nascidos.

Dado tal realidade, se faz necessária pesquisas para alinhar as expectativas da OMS supracitadas com a realidade local. Em consonância, no referido município não há investigações científicas nessa área temática, de forma que se abriria campo para outros projetos para fortalecer a luta, além de convocar a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para sua responsabilidade social diante da realidade do município.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo adota perspectiva qualitativa de caráter descritivo e transversal, delimitado como uma pesquisa intervenção. Os sujeitos participantes da pesquisa são 3 parteiras e 1 parteiro lotadas e lotado, respectivamente, no quadro de funcionários do Hospital do Seridó, maternidade localizada no município de Caicó-RN, que oferta retaguarda ao Seridó potiguar, além de 3 parteiras aposentadas que moram próximo ao hospital. A escolha da amostra foi por conveniência, com auxílio de indicações de agentes comunitários de saúde da área adstrita ao

hospital. O estudo aconteceu com o apoio das equipes multiprofissionais de Residência Materno Infantil e com as equipes do hospital.

O objetivo geral deste estudo é construir um grupo operativo (AFONSO Et al, 2015) de formação de parteiras no município de Caicó-RN. Além disso, pretende-se alcançar alguns objetivos secundários, como: identificar e descrever como a prática do partejar foi tecida no município, identificar e traçar perfil histórico-social das parteiras vinculadas ou não ao Hospital; qualificar a práxis no Hospital do Seridó; organizar um esquema baseado na educação popular para construção do grupo e contribuir com o estabelecimento das prerrogativas da Humanização do parto e o respeito às práticas de cuidado à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho de campo dividiu-se em dois momentos: o primeiro foi a entrevista semi estruturada feita individualmente, com duração de 20 minutos em média. A escolha da entrevista é justificada por proporcionar narrativas de vida guiadas por algumas perguntas prévias, contudo preservando discreta flexibilidade para outros questionamentos. Todas foram registradas pelo gravador de voz e em seguida transcritas. A fim de preservar suas identidades, quando são utilizados trechos das falas dos sujeitos participantes, os nomes foram substituídos por nomes de cores.

Em seguida, foram promovidos os encontros do grupo experimental. Para registro do grupo de formação, foi adotada a observação participante e anotações em diário de campo, armazenando notas sobre impressões disparadas pelas atividades de pesquisa (FLICK, 2009).

Os objetivos do grupo cumprem um formato de grupo operativo, na medida em que proporcionam enfrentamento a uma dada realidade, transformando formas de pensar e as práticas desenvolvidas na interação com a realidade. (AFONSO M., 2015). Aconteceram, no auditório do Hospital do Seridó, três encontros de uma hora de duração, com temas sugeridos pelas parteiras, utilizando metodologias participativas inspiradas na Educação Popular.

Ficha esquemática dos encontros

1º momento- sondagem: O que sabemos sobre esse assunto?

2º momento- com a utilização de ferramentas audiovisuais e literárias, oferta-se subsídios para enriquecer a discussão.

3º momento- tematização conjunta sobre o assunto.

(Fonte: a própria pesquisadora)

As análises de todo o material produzido fundamentam-se na Análise de Conteúdo Temático, uma técnica que busca os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência dizem algo do objeto analítico. Neste estudo, optou-se por utilizar uma corrente mais interpretativa, sem uso de estatísticas ou análises de frequências. Desta forma, ancora-se na flexibilidade validada por Bardin de que o conceito da técnica não define sua especificidade e que a intenção é a inferência de conhecimentos relativos a como os textos ou narrativas foram produzidos, podendo ocorrer por indicadores quantitativos ou não (CAMPOS CJG, 2004; BARDIN, 1977). Operacionalmente, acontece em três etapas: pré análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após o processo de transcrição das entrevistas, a fase da pré análise requer uma sequência de leituras flutuantes de todo o texto das entrevistas para aproximação do pesquisador com o conteúdo. Em seguida, na fase da exploração do material ocorre a sistematização das ideias, visando o agrupamento de unidades de sentido a partir das quais surgirão as categorias de análise.

Nesse estudo, a partir da quinta pergunta do roteiro foram construídas as seguintes categorias: Profissão e/ou vocação, Trajetória profissional que abarca percursos singulares e historicidade local, Constrangimentos da prática que apresenta como extensão as barreiras institucionais, valorização e Experiências marcantes. A vivência da entrevista possibilitou as parteiras momentos de autoconhecimento e a oportunidade de lembrar e ressignificar situações vivenciadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Antes de tratar das categorias analíticas, algumas informações indicam o contexto social dessas parteiras. Tais informações sociais encontradas estão descritas na tabela a seguir:

Tabela 1

Sexo	Moradia	Qualificação
<p>6 mulheres</p> <p>1 homem</p>	<p>7 moram na cidade, em casas de alvenaria, que variam entre própria ou alugada.</p>	<p>3 aposentadas, sendo uma recontratada;</p> <p>3 parteiras e técnicas de enfermagem</p> <p>1 auxiliar de parto</p>

Depois do processo de categorização do corpus das entrevistas, foram encontradas algumas categorias analíticas que serão descritas e discutidas nos parágrafos a seguir.

3.1 Profissão e Vocação

A categoria Profissão e/ou vocação surgiu a partir da seguinte pergunta disparadora: ‘o que é ser parteira para você?’, permitindo elaborações conceituais que caracterizam existência e função da prática de partejar, com base em experiências cotidianas. Lançando o olhar para as entrevistas, percebe-se associação do ato de partejar à concepção de profissão ou de vocação.

Quando ligada a ideia de profissão traz em si um sentido voltado ao ‘trabalho em favor das pessoas’ e que por isso exige responsabilidade, perfil e dedicação. Além desse sentido, profissão também está atrelada aos procedimentos atribuídos às parteiras no hospital maternidade, como podemos constatar na fala de Verde: “é auxiliar o médico na hora do parto e acompanhar o trabalho de parto”. A fala expõe o que é esperado de uma/um parteira/parteiro na instituição. Quando ligada a ideia de vocação, traz cunho religioso forte e significa um presente divino cuja função seria mostrar sua missão perante a sociedade, a fala de Rosa e Vermelho ilustram esse aspecto: “é um dom de Deus. É que a gente aprende sem fazer curso.” (Rosa); “é uma dádiva de Deus. Acho muito importante ajudar pessoas a vir ao mundo” (Vermelho).

O campo da Ciências Sociais, despertou interesse desde seu surgimento em estudar as atividades profissionais, várias perspectivas de estudo observaram e criaram conhecimento sobre esse fenômeno. Dentre as correntes, aquela que se assemelha aos achados deste estudo foi o funcionalismo que se ocupa, dentre tantos aspectos, em descrever as características de

uma profissão (ANGELIN,2010). Para os teóricos dessa corrente as profissões foram criações sociais que exigem um corpo de conhecimentos técnico-científicos além de, na modernidade, está ligada a prestação de serviços para a coletividade, retribuída tanto pela remuneração, quanto pelo reconhecimento social da função desempenhada. (ANGELIN APUD PARSONS, 2001). Ao serem associadas ao conhecimento científico, as profissões dão destaque a educação formal, prestigiando as universidades e seus projetos. (MACHADO APUD MOORE, 1970)

Para esse estudo podemos entender profissão como “ocupações cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente individual ou coletivo” (MACHADO, M.H., 1995). De forma que ser parteira enquanto profissão seria servir às gestantes com seus conhecimentos acumulados no momento delicado do parto, seguindo todo o protocolo exigido pelo hospital maternidade.

A sociologia também se ocupou em analisar o conceito de vocação e suas transformações ao longo da história. Destaca-se vocação com sentido de identidade profissional e expressão de transcendência. A vocação entendida como identidade profissional é a ponte entre a função exercida e o sentido a ela atribuído e, por isso, seria um caminho para a crise que o trabalho enfrenta na modernidade. Ela teria a função de retirar o mundo do trabalho do desencanto, reatando as esferas do fazer e do ser, através de valores e crenças a fim de resgatar a ética perdida. (PERRUSI, SEM ANO)

Com sentido de ‘dom’, vocação configura um evento igualitário, à medida que não respeita hierarquia social; singular; que ocorre ao acaso, sem conhecimento dos critérios de elegibilidade e concede ao sujeito o status de eleito. Nesse sentido, une a natureza, representada pelo dom concedido por alguma entidade sagrada, com a cultura, representada pelos processos de aprendizagem das atividades concernentes aquela profissão. Seria por fim, uma escolha de vida, com engajamento subjetivo que motivaria o profissional a seguir sua carreira apesar das dificuldades existentes. (PERRUSI, SEM ANO)

Nessa pesquisa, o aspecto de vocação apresenta tanto aspectos de identidade profissional, quanto de ‘dom’. O aspecto de ‘dom’ pode ser mais claramente percebido quando elencam que mesmo sem fazer cursos já sabiam partejar, associando a algo natural, atributo com o qual elas nasceram com. A fala a seguir retrata esse aspecto: “ É a minha profissão, gosto muito da minha profissão. É um dom de Deus, porque a gente aprende sem fazer curso.” (ROSA) O aspecto da identidade profissional é retratado na fala dos sujeitos participantes através do reconhecimento da importância da sua função na sociedade, enchendo de sentido sua prática profissional.

Quanto aos debates sobre tal tema na área da enfermagem, alguns estudos (TEODÓSIO SSC, PADILHA MI, 2016; RODRIGUES RM, 2001) indicam a associação da profissão ao modelo vocacional, influenciado fortemente por Florence Nightingale quando define enfermagem como profissão e vocação. Tal associação está muito relacionada a apropriação de assuntos de saúde e de doença pela igreja, pelos serviços de enfermagem estarem ligados as grandes guerras pelo voluntarismo e espírito de serviço, construindo uma identidade romântica posta em cheque pelos estudos. Há um investimento em problematizar tal questão a fim de ampliar o olhar e firmar a enfermagem enquanto trabalho e profissão, inserida no contexto capitalista neoliberal que vivemos.

3.2 Trajetória Profissional

A categoria Trajetória profissional descreve etapas percorridas pelas entrevistadas para a construção da sua prática profissional, elencando tanto fatores da história local, quanto suas motivações singulares. Diante disso, para favorecer a didática, foram elencadas duas subcategorias, Percursos singulares e Historicidade local.

3.2.1 Percursos Singulares

Os percursos singulares mostram os fatores que impulsionaram as entrevistadas a escolher tal prática profissional. No início da carreira os fatores foram diversos, como a inspiração em ‘mães parteiras’, que são parteiras mais experientes; a curiosidade e o desejo pela admiração das colegas de trabalho que desempenham tal função; a falta de parteiras no município de origem. Em momentos posteriores todas as parteiras deste estudo procuraram cursos formativos, nos hospitais maternidades locais e com eles puderam ingressar de forma consistente no quadro de funcionário do hospital maternidade de Caicó.

Alguns estudos da literatura apontam como forma de iniciação de carreira os saberes transmitidos por uma mãe parteira, corroborando com os achados deste estudo. Os saberes tradicionais ancoram-se em transmissividade oral, como forma de cultivar o saber, pois, a cada geração novos saberes serão agregados, novas experiências e descobertas, podendo dialogar entre si, abrindo processos de reinvenção e ressignificação (PINTO, 2001; SANTOS ET AL, 2017; FLEISCHER, 2007).

Sendo assim, percebe-se interação entre gerações, em que cada uma teria função perante a seguinte. As mais novas observam as mais experientes e assumem o compromisso de repassar para os próximos componentes da comunidade o conhecimento adquirido.

Entende-se que o processo de criação do conhecimento é dinâmico e sofre alterações conforme a cultura transforma-se. Ilustra-se tal dinamicidade com a fala da parteira Rosa:

“Minha avó era parteira ociosa, aquelas de casa e minha mãe já era parteira de maternidade. Desde pequena acompanhava minha mãe no trabalho e pela observação fui aprendendo. Quando completei 18 anos comecei a trabalhar como atendente, depois fui para auxiliar e depois fiz o técnico de enfermagem. No início, eu entrava com minha mãe na sala de parto e foi assim que eu aprendi, não fiz curso de parteira”.

Assim, por contar com parteiras em seu cotidiano doméstico ela foi, com o tempo, socializada aos conhecimentos obstétricos.

No decorrer da carreira, as parteiras deste estudo tiveram acesso aos cursos curtos de formação com enfoque na prática e ministrados por graduados em medicina ou enfermagem. Muitas delas já estavam inseridas no hospital, como atendentes, e tiveram acesso ao curso, mostrando que por terem ampla experiência em outras clínicas, decidiram aprofundar os conhecimentos na área de mais afinidade para elas, a sala de parto. Dessa forma, elas são parteiras diplomadas que possuem conhecimentos técnicos aplicado na prática e aparentemente, carecem de discussões que ampliem os significados dessa prática.

Em estudo antropológico sobre as parteiras da região do Melgaço, norte do Brasil, FLEISHCER (2007) expõe que o acesso aos cursos de formação afasta a visão natural da arte de partejar, onde qualquer mulher que tivesse filho e estivesse acompanhando a gestante durante o trabalho de parto poderia fazer. Os cursos trazem para o ato de partejar o status de trabalho difícil, com uma gama de conhecimentos, termos técnicos, tecnologias e técnicas a seu serviço.

Os cursos de formação surgiram no Brasil no século XIX agregados às escolas médicas, com o intuito de controlar e higienizar suas práticas, introduzindo-as aos saberes biomédicos. Inicialmente foram ministrados pelos médicos, que também eram os formadores das enfermeiras e após a consolidação da enfermagem enquanto ciência, os cursos passaram aos seus domínios. (GONZALEZ RIESCO e TSUNECHIRO, 2002; MOTT, 1999)

Na década de 90, altos números de mortalidade materna e mortes neonatais, fizeram com que o referencial da qualificação profissional fosse uma solução para melhorar os índices da assistência à saúde, tal pensamento vem se consolidando no cenário nacional. Assim, o Ministério da Saúde financiou algumas edições de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, em parceria com universidades e secretarias de saúde dos estados. Esses cursos apresentam enfoque no ensino da assistência pré-natal e no parto, com carga horária reduzida, focada na prática. Representa um marco no projeto de capacitação dos recursos humanos para

o cuidado da gestante e do bebê. (GONZALEZ RIESCO e TSUNECHIRO, 2002; Mott LM, 1999)

3.2.2 Historicidade Local

A historicidade local retrata as mudanças que essa prática sofreu ao longo do tempo, com destaque para o surgimento de tecnologias, incluindo os hospitais maternidade e a perspectiva do trabalho em equipe. Nessa categoria é importante compreender as práticas das parteiras como culturalmente e socialmente contextualizadas. (SANTOS et al, 2017).

De modo geral, de acordo com a experiência dos entrevistados, o exercício do partear em Caicó esteve ancorado no hospital maternidade e fortemente ligado a figuras políticas que ocupavam cargos administrativos, função que na época permitia a escolha dos profissionais que ocupariam cargos dentro da organização. Durante a experiência dentro da organização, reconhecem que a dinâmica do trabalho mudou para melhor, destacando o trabalho em equipe que permitiu mudar algumas rotinas do hospital, melhorando a comunicação, por exemplo. Ademais, destacam a valorização das tecnologias associadas ao parto, que ampliaram sua inserção no hospital.

Quanto ao trabalho em equipes, mencionam que ao iniciarem suas carreiras no hospital maternidade, havia carência de médicos plantonistas, dessa forma o trabalho em equipe ficava inviabilizado, pois os médicos que haviam estavam sobrecarregados com demandas de diversas alas do hospital. Diante dessa circunstância, as parteiras tinham que realizar partos sem o apoio do obstetra. Atualmente, existe um plantonista obstetra, exclusivo para a ala da maternidade, além da parteira e do corpo de enfermeiros para auxiliar na sala de parto. Assim, a condição de equipe e a ampliação do quadro de funcionários, favoreceu a comunicação entre eles tendo em vista que o trabalho desempenhado seria focado na ala que daria seu plantão, admitindo tempo para o compartilhamento de informações e decisões conjuntas.

Sobre as diferenças sofridas por essa atividade social, as parteiras entrevistadas ao relembrem o exercício das 'parteiras de sítio', associam-no a práticas sem conhecimento, aprendidas no susto. Devido a carência de serviços de saúde, as mulheres que já tinham parido ajudavam aquelas de primeira viagem com os recursos disponíveis na hora do parto, tendo em vista que não estavam preparadas para receber essa mulher. Nesse momento, ao pensar sobre tais fatos refletem sobre eles com impessoalidade, trazendo o conhecimento como marca de

diferença, criando dois pólos, das parteiras leigas e outro, parteiras diplomadas. A fala de Vermelho nos conta sobre as realidades de antigamente:

“(...) tinha umas que era a base de reza, outras era não paria nem numa cama, era num pilão”/ “tem, nesse caso tem, a assistência de hoje é superior. Eu acho que antigamente nem o anti-hemorrágico, não existia” “é uma injeção que toma para não dar hemorragia pós parto. Para não sangrar muito. Antigamente era...era chá, chá de pedregoso...era água inglesa, que ainda tem médico que considera, que ainda manda tomar.”

Fica claro os dois campos de saberes que abarcam o ato de partejar. Os saberes biomédicos, representados pela injeção anti-hemorrágica, aplicada para evitar sangramento demasiado após o parto e os saberes tradicionais e populares, representado na fala por meio das rezas, chás e água inglesa. Bem como, existe a marca de um juízo de valor, quando ela trás a noção de superioridade para as práticas modernas com alta densidade tecnológica.

O uso das tecnologias assistenciais no cenário do parto sem dúvida tanto permitiu gestantes com complicações a possibilidade de parir, reduzindo os riscos tanto para ela quanto para o bebê, como também, a redução da taxa de mortalidade materno-infantil. Contudo, na modernidade seu uso sem base em evidências científicas é frequente e vem sendo associado a insatisfação devido a intervenções médicas exageradas que causam dor e exposição vexatória do corpo feminino. (SANTOS ET AL, 2017)

O parto ainda hegemônico no Brasil é baseado em um modelo tecnocrático o qual preconiza a padronização da assistência, com intervenções agressivas que utilizam tecnologias muito avançadas, diminuindo o grau de relação entre profissional e cliente. O profissional nesse modelo é muito valorizado, tido como detentor da verdade e por isso teria o poder de escolha, sabendo qual o melhor caminho a ser seguido. O modelo tem foco lucrativo e é pouco tolerante a outras formas de assistência. (MAIA APUD DAVIS-FLOYD, 2010)

Esse modelo ao transformar as relações médico-paciente, produziu, ao longo de sua inserção, maior intolerância pelas adversidades e complicações (MAIA,2010) A partir do exposto prévio, a tecnologia constrói-se culturalmente enquanto salvação, como artefato que protege os seres humanos das complicações, apresentando o sucesso como desfecho. A crença na beneficência da tecnologia, por si, e que males só advém da privação de seu uso foi culturalmente construída e constatada na prática, quando os procedimentos mais valorizados em termos lucrativos e subjetivos são aqueles com alta tecnologia (MAIA APUD HOTIMSKY E SCHRAIBER,2010) A tecnologia e seus usos iatrogênicos ainda é um assunto recente para ciência, que precisa ser ampliado a fim de apontar caminhos coerentes e seguros.

3.3 Constrangimentos da prática

Essa categoria decorre da análise do corpus das perguntas ‘Quais as dificuldades/desafios você encontra na prática da sua profissão’ e ‘Quais as dificuldades você enfrenta para exercer seu ofício na instituição?’. Compreende-se **constrangimentos da prática** como entraves, dificuldades ou desafios vivenciados por elas, impostos pela prática. Essa categoria apresenta uma extensão denominada barreiras institucionais, levando os sujeitos participantes a refletirem sobre obstáculos enfrentados especificamente no hospital maternidade a que estão vinculados.

Os constrangimentos da prática desdobram-se em quatro unidades de sentido: relações de trabalho, falta de parteiras, multitarefas e atitude responsável. Durante as entrevistas foram relatados alguns problemas de relação entre algumas colegas parteiras, especialmente a dificuldade de troca de saberes entre elas que foi chamado ‘*relação aborrecida no trabalho*’, tendo em vista a resistência a deixar o lugar de suposto saber quando somos questionados e convidados a refletir sobre nossas práticas. Ainda na esfera das relações, foi mencionado constantemente o desconforto em lidar com os acompanhantes na sala de parto. Sobre esse tópico, o que mais incomodava é a falta de conhecimento sobre o trabalho de parto, relatam que muito acompanhantes chegam sem saber sequer o que vai acontecer, como vemos na fala de Amarelo:

Gente rebelde. As pessoas vêm para o hospital com trauma, com vários traumas, porque já vem sentindo dores e é mal recebido. Aí quer se estressar com a gente. A gente tenta ajeitar e acaba se estressando. E aí eu me retiro para não falar bruta com eles. A dificuldade maior é lidar com os acompanhantes desinformados.
(AMARELO)

Os sujeitos participantes também elencam a internet como adversária, pois serve de influência para alguns acompanhantes questionarem algumas posturas tomadas pela equipe obstétrica da maternidade. Essa constatação revela sobretudo um incômodo diante do empoderamento dos usuários, facilitado pela ampla disseminação de informações via internet.

As parteiras entrevistadas também apresentam como dificuldade as múltiplas tarefas que desempenham, como: preenchimento de fichas, observação e monitoramento da mãe e do bebê, organização dos instrumentais do parto, limpeza da sala e sua organização depois que acontece o parto, estímulo ao aleitamento materno, verificação do estado da mãe e do bebê após o parto e sua condução para o leito. Essa realidade é associada a uma atitude de cuidado

e vigilância para que não aconteça imprevistos, simbolizada na disponibilidade de si para ocupar-se com o bem-estar do outro.

Outra dificuldade que elas elencam é a falta de parteiras para continuar a exercer a profissão, por isso há sobrecarga, não existindo possibilidade de revezamento entre as plantonistas. Para ilustrar essa realidade, segundo Vermelho:

Agora a dificuldade que tá existindo é porque ninguém quer mais se interessar. para se especializar, para se dedicar, para dizer assim: não! Eu vou ser parteira. Ninguém quer, ninguém!” “Daqui há uns tempos não vai precisar mais de parteira não, porque eu acredito, que até o técnico daqui a uns anos vai ser extinto, vai ser todo mundo enfermeiro padrão. (VERMELHO)

Sobre as barreiras institucionais, chamou atenção a fala comum da ausência unânime de dificuldades, inclusive mencionando a facilidade e satisfação em trabalhar nesta instituição.

Sobre isso, Bardin (1977, p. 109) vem alertar sobre o significado da ausência, sugerindo alguns caminhos como, “manifestação de bloqueamento ou recalamentos e vontade escondida, em se tratando de uma declaração pública.” O relato não é entendido como declaração pública, até porque a identidade dos sujeitos participantes é preservada, contudo pode ser concebido enquanto declaração sobre instituição pública, recaindo peso maior, principalmente quando o conteúdo da narrativa traz elementos questionadores, mostrando muitas vezes as fragilidades da organização.

Outro fator a ser analisado foi o ambiente onde ocorreram algumas entrevistas. Para alguns profissionais que ainda trabalhavam em regime de plantão, foi feita a entrevista nas dependências do próprio hospital, fator que possivelmente pode bloquear a emissão da realidade vivenciada. Embora não exista grande discrepância entre as entrevistas feitas no hospital e aquelas feitas fora dele.

3.4 Valorização

Ao serem levadas a refletir sobre a **valorização**, colocam que é uma questão de ponto de vista. Foi comum o reconhecimento de que a maternidade enquanto instituição prezava pelo trabalho delas, inclusive sendo constatado mediante postura de colegas e até do próprio diretor do hospital, como vemos na fala a seguir: “o diretor quando vem gente que eles vão apresentar, apresentar naquele programa de gestantes que vem né, ai ele vai olhe essas daqui

são minhas parteiras muito eficiente, muito dedicada ao trabalho, quer dizer já é um elogio né?” (Amarelo). Sobre a interação com as gestantes, elas destacam que valorizam o trabalho, inclusive agradecem publicamente por meio das redes sociais e ainda repassam a informação para amigas, vizinhas quando elas precisam dos seus trabalhos.

Com relação aos médicos, relatam uma boa relação de trabalho, em que o diálogo entre eles era valorizado. Apesar disso, em outros trechos do relato surgem situações embaraçosas, principalmente quando se referiam ao início da carreira. Nessa época, os médicos plantonistas nem sempre estavam disponíveis, atendendo alguma situação fora do hospital ou em outras alas do hospital. Dessa forma, por inúmeras vezes, apesar do chamado frequente aos médicos, muitas parteiras faziam partos sozinhas, porém quem assinava pelo parto eram os médicos.

A despeito dessa trama, de modo geral elas se sentem valorizadas ao que percebi pelo olhar de pesquisadora, pela autovalorização e por constatarem a importância do seu trabalho na vida da população em geral, como retrata o trecho:

Já fui várias formaturas de (...) de médico, de dentistas, de muitos e muitas formaturas (...) professor. Tem uns que lembra né? Tem uns que lembra, que chama a mãe que me trouxe ao mundo ou então, a parteira que me pegou, eu me sinto altamente valorizada. (VERMELHO)

O aspecto da desvalorização é fortemente referenciado pela baixa remuneração em detrimento das especificidades do trabalho, como ressalta trechos da fala de Verde:

“A gente se sente desvalorizado principalmente na parte financeira, né? Porque a gente ainda é muito mal remunerado e o trabalho de quem trabalha partejando é diferenciado e as vezes não compensa.” (VERDE)

“(...) o que eu queria dizer era assim que os governantes, o ministro da saúde, os secretários de saúde dos municípios, das cidades grandes tinham que valorizar mais os profissionais da sala de parto né? Dar mais treinamento, ser mais bem remunerado né? Para que as gestantes possam ter um atendimento de qualidade.” (VERDE)

3.5 Experiências marcantes

As entrevistas foram marcadas por vários relatos sobre a prática nessa etapa do trabalho alguns relatos sobre tais vivências são discutidos.

“(...) Fiz o parto, foi tranquilo, não teve nenhum problema, finalizei e trouxe mãe e bebê para o alojamento. Já era seu terceiro filho e os partos anteriores foram cesáreos. Veja como eram feitas muitas cesáreas eletivas. Com um tempo, fui até o alojamento para ver como ela estava, quando cheguei ela estava muito feliz, andava pelo quarto, mexia-se na cama, vendo isso perguntei: você está desse jeito? Por que

está com os olhos brilhando tanto? Ela respondeu: Não sabia que parir normal era bom desse jeito. Então, fiquei muito feliz.” (BRANCO)

“Minha sobrinha veio do sítio, num sábado chegou na maternidade. Ainda não tinha chegado médico, o que estava de plantão tinha ido e a que ia entrar tinha ido tomar café. Quando chegou, minha sobrinha disse “tia bem fazer o toque, quando botei estava o pé bem pretinho. Nessa hora eu disse: ‘Jesus, me ajude’ eu só ia com Jesus. (...) Fiquei aflita, liguei para a médica de plantão (...), ela veio às pressas (...) Quando ela viu, disse ‘nasceu morto’. Ainda tentou reanimar, não conseguiu e colocou o corpinho em um cantinho com lençóis. Terminamos o parto, limpamos tudo. Aí antes disso, ele não chorava, eu ficava olhando para ele de vez em quando. Vi o dedinho dele branco. Não disse a médica porque eles diziam que eu estava inventando, porque eles sabem, ai você quer saber mais que eles. Ai, tiramos a placenta, deixei ela esticadinha. Quando olhei de novo, a mãozinha dele logo disse: esse menino tá vivo! A médica olhou, disse é mesmo. Fez nova reanimação e ele abriu os olhos. Mistério. Foi assistência total, a médica fez todos os procedimentos e ele sobreviveu.” (LILÁS)

O primeiro relato mostra a importância dos saberes não médicos habitarem a cena do parto, assim como da postura expectante de que fala Maia (2010). Talvez se ao invés da parteira fosse um médico, provavelmente devido aos partos cesarianos anteriores, ele impusesse outro parto cesariano. Contudo, não foi isso que aconteceu, a coragem e a postura expectante deram subsídio para um parto normal acontecer satisfatoriamente e permitir que mãe e bebê tivessem tal experiência.

O segundo diferentemente do primeiro, mostra um ‘*parto difícil*’ para as parteiras com uma ‘*apresentação de pé*’. Nessa situação a medicina foi chamada a dar retaguarda, contudo está presente a diferença entre as posturas profissionais. A parteira dispõe de ferramentas invisíveis, como a invocação de entidades sagradas, ao pedir a benção e o auxílio, além de uma postura que emana vida, retratada na recusa de achar que o recém nascido ia a óbito como a médica tinha sentenciado.

“Uma das enfermeiras que trabalham aqui está fazendo a especialização em obstetrícia, está pagando as disciplinas. Ela vai começar a fazer partos essa semana, semana retrasada eu a coloquei para fazer uma rafia que é a sutura de uma episio. Precisamos estimular, ensinar, olhe é assim, assim. Os estudantes de medicina vêm para a maternidade acompanhar os médicos. Alguns deles também me acompanham. Ai eu calço minhas luvas, eles calçam as deles, então eu fico ali do lado, não deixo realizarem nada sozinhos, eu estou ali auxiliando. Se é para fazer episio, eu estou fazendo junto com eles, para fazer sutura do períneo, eu digo não é assim, é assim, vou ensinando.” (VERMELHO)

Uma fala se destaca trazendo o significado das parteiras para a formação dos estudantes e residentes que fazem da maternidade seus cenários de práticas. Enriquecendo a visão que a sociedade tem delas por deixarem contribuições para sua terra, para a qualificação da assistência em uma maternidade referência para a região do Seridó.

Antes da elaboração do grupo, foi feita, durante a entrevista, sondagem de temas, detectando algumas demandas cotidianas de trabalho, que representam dúvidas, questionamentos e carências práticas. Segue tabela elaborada com os temas dos encontros que foram baseados nas demandas referidas acima.

Tabela 2

	Temática dos encontros
1° encontro	Apresentação do projeto
2° encontro	Violência Obstétrica: o que é? Isso Existe?
3° encontro	Valorização Humana
4° encontro	Acompanhante: como lidar?
5° encontro	Avaliação, devolutiva e finalização do grupo

[fonte: a própria pesquisadora]

3.6 Intervenção: grupo experimental de formação.

Nesse tópico a escrita será norteada pelo diário de campo e seguirá na modalidade de relato de experiência. Antes de iniciar os encontros algumas visitas foram feitas ao hospital do Seridó para apresentar o projeto ao corpo diretor e concatenar as disponibilidades do hospital e da pesquisadora para possível início do grupo. Nesse primeiro momento de organização e convite das parteiras, as responsabilidades foram divididas entre a pesquisadora e a equipe do hospital.

O momento inicial do grupo contou com a participação da pesquisadora responsável, três parteiras e alguns componentes da equipe de residência do programa materno infantil. Os objetivos desta reunião foram construir cronograma de atividades, elencar dias e os respectivos temas a serem debatidos. Nesse encontro, reafirmam a internet como dificultadora do trabalho devido ao aumento de informações acessadas pelas gestantes, a exigência por melhores atendimentos é mais frequente e qualquer deslize configura uma violência. Além disso, colocam a dificuldade de lidar com os acompanhantes, destacando a dificuldade particular do Hospital do Seridó, referindo falta de estrutura para uma sala de parto humanizado com espaço adequado para a gestante, a equipe de saúde e seu acompanhante.

Além desses assuntos, novos tópicos foram abordados, dentre eles o que chamou bastante atenção foi que as parteiras participantes não sabiam o que significava violência obstétrica, inclusive negam sua existência, alegando que tudo que era feito em um parto tinha a intenção de ajudar a gestante e o bebê. Diante dessa postura, foi acordado coletivamente a necessidade de o tema entrar para os encontros do grupo experimental.

Algumas impressões mostram que a chegada dos residentes do hospital intimidou algumas parteiras, especialmente aquelas que estavam afastadas do trabalho, pois a discussão girou em torno principalmente de situações vivenciadas no hospital, dando a impressão, para as parteiras aposentadas, que não havia lugar para elas neste grupo. De tal maneira que a única parteira aposentada presente no encontro, não compareceu aos seguintes. Para tentar amenizar, tentei organizar a participação deles, além de apresentá-los, mas não tive sucesso.

O segundo encontro do grupo teve como tema violência obstétrica, com o objetivo de refletirmos e trazermos exemplos, para que tenham parâmetros de identificação. Utilizou-se a ferramenta de associação livre, com a seguinte pergunta disparadora: ‘O que é violência obstétrica para você?’. Depois exibiu-se trechos do documentário “Renascimento do parto”, lançado em 2013, com direção de Eduardo Chauvet e roteiro de Érica de Paula, a fim de oferecer subsídios para o momento de discussão, no qual construímos uma definição e contextualizamos o surgimento desse termo na área da obstetrícia. Participou do encontro uma parteira e a orientadora deste estudo.

Nesse encontro, violência obstétrica foi caracterizada de formas distintas como: a falta de assistência ou negligência por parte da equipe de saúde, a violência verbal, representada pelo mal atendimento e pela realização do ‘toque’, porém destacam que é bastante requisitado pelos acompanhantes. Na época em que fizeram os cursos de obstetizes, as manobras feitas nas barrigas das gestantes foram aprendidas por elas com a crença de que estariam ajudando a gestante no trabalho de parto. Na tentativa de mostrar que essa realidade mudou na atualidade, trouxemos alguns dados de realidade e situações limite para introduzir a concepção de que tais manobras são violência obstétrica.

Construímos juntas o conceito de que violência obstétrica é toda intervenção sem indicação que muda o curso normal do parto, que é feito como procedimento de rotina no hospital. Esse dado representa um problema complexo que foi reconhecido pela parteira participante cuja opinião destaca a necessidade do envolvimento de todos os níveis de atenção à saúde do município, porque a cultura do parto intervencionista está bastante difundida de

modo que é demandado pela população, especialmente as gestantes, as quais muitas vezes marcam a cesária previamente. Finalizamos o encontro com a impressão de que conseguimos sensibilizar a parteira participante a refletir na sua prática sobre o tema, assim como ofertamos subsídios informativos dessa questão no Brasil, destacando uma trama complexa de interesses e de poder.

No terceiro encontro temático, ao chegar ao hospital maternidade recebo a notícia de que o auditório utilizado para os encontros estaria ocupado com outras atividades, encontro junto com a equipe do hospital a solução do encontro acontecer no jardim interno do hospital. Mas, para não acontecerem desencontros, fico próximo ao auditório aguardando as participantes. Espero quinze minutos e decidi ver na ala da obstetrícia se alguma parteira de plantão se interessa em participar, entretanto nenhuma estava disponível. Retorno para o auditório, não encontro nenhuma participante, mas aguardo um pouco mais. Esse encontro que teria a temática “Valorização Humana” não aconteceu por falta de quórum.

O quarto encontro foi desmarcado devido minha participação em um congresso em uma cidade vizinha, com apresentação de trabalho científico. Assim, para que o tema não fosse discutido, adiamos tal discussão para o encontro seguinte.

O quinto e último encontro teve o seguinte mote: “Como coordenadora do Hospital do Seridó, foi pedido a elaboração de uma proposta para inclusão do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, visando atender as prerrogativas da humanização do parto e do nascimento. Detalhe como seria feito, quais medidas precisam ser tomadas e quem seriam os colaboradores chave. Pense como se este projeto possivelmente fosse colocado em prática.”. O objetivo desse encontro consiste em desconstruir a visão de que somente a psicologia teria o papel de lidar com as dificuldades dos acompanhantes.

Novamente somente uma parteira, dentre sete, participou, e ela não acatou a proposta, se dizendo sem qualificação para elaborar tal proposta, pois a estrutura do hospital não poderia ser mudada. Tentei tornar mais fácil, expliquei novamente, contudo tivemos que reelaborar a proposta. A parteira participante sugeriu descrever oralmente como deveria funcionar, de acordo com sua experiência e seu saber. As sugestões elencadas apontam para o pré-natal como período propício para tomada da decisão de quem será o acompanhante e que é imprescindível que ele participe de todas as consultas com a gestante, além de preferir que sejam mulheres as quais tenham passado por partos anteriores e saibam qual a melhor postura para auxiliar a gestante nesse momento. Elenca também, necessidade de mudança da estrutura

do hospital, para que os leitos comportem menos pessoas, principalmente o pré parto e exige formação da Atenção Básica e da alta complexidade a fim de igualarem os discursos.

Após esse momento, finalizamos lembrando todos os temas e quais os aprendizados adquiridos, além de proporcionar espaço de avaliação dos encontros formativos.

Finalizo a vivência no hospital com algumas impressões e indagações discutidas a seguir. Apesar do investimento em agrupar as parteiras, visitando-as tanto no hospital quanto em suas residências, não foi possível a constituição do grupo, levando-me a desconfiar que algumas condições de vida representaram barreiras dificultando a frequência na atividade formativa. Uma barreira foi a participação de profissionais que residiam em municípios vizinhos, viajando a Caicó apenas para cumprirem seus plantões.

Outros fatores encontrados: três dos sete participantes estavam afastados da sala de parto há alguns anos, o duplo vínculo trabalhista, tendo em vista que algumas além de trabalharem no hospital maternidade em Caicó, também trabalhavam em outros locais. Dessa forma, os encontros foram atropelados pela aparente dispersão do grupo, tendo sua heterogeneidade um ponto central.

Fica claro pelas observações participantes que fiz dentro da instituição, a necessidade de ciclos de educação permanente, para repensar práticas e qualificar a assistência, tendo em vista que é referência regional para várias cidades do entorno no Seridó do Rio Grande do Norte. Um desafio para o município é romper com a cultura da falta de encontro entre as redes e os atores envolvidos, ainda não há uma aposta clara no diálogo como ferramenta de construção de um novo SUS para o município, sustento esse argumento baseado na imersão de dois anos da rede de atenção primária e secundária do município proporcionada pelas atividades teórico práticas do Programa de Residência em Atenção Básica.

Além disso, enquanto profissionais da rede temos muito o que avançar em termos de postura de trabalho. A complexidade da rede pede posturas que favoreçam o encontro, com práticas menos ambulatoriais e mais baseadas na formação para atuação na rede, enquanto matriciadores e articuladores de novos encontros. Colocando como prioridades agendas coletivas, colocando o 'usufrutuário' no centro e não tomando decisões pautadas em interesses de categorias específicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, podemos constatar a importância das entrevistas enquanto ferramenta de pesquisa, à medida que promove espaço em que os sujeitos de pesquisa rememoram e narram suas experiências profissionais ao mesmo tempo em que concebe oportunidade de escuta e reconhecimento às parteiras do município de Caicó-RN.

A experiência do grupo experimental aponta para necessidade de ciclos formativos sobre o debate social e político que cerca o campo da obstetrícia, tendo em vista que nos últimos anos houveram diversas mudanças, inclusive com a promulgação de algumas leis, que impactam o fazer desses profissionais, os quais se encontram alheios a tal realidade.

Um questionamento reflexivo reverbera a partir das afetações provocadas pelo campo. Aparentemente não há, entre os participantes da pesquisa, disponibilidade para trabalhos formativos em grupo. Isso se deve a escassez de espaços formativos ofertados pelas instâncias da gestão municipal, ou a falta de consciência coletiva de classe e empoderamento para entender a importância da ocupação de espaços como esse, tanto para prática, quanto para a construção de um SUS mais igualitário e menos biomédico e tecnicista?

Esse contexto pode estar atrelado a recente inserção da universidade na maternidade referência. Os cursos de enfermagem e odontologia que já fazem parte do cenário do município, foram fortalecidos com a chegada de outro braço da universidade, com cursos de graduação e residência multiprofissional em saúde cujas atividades práticas acontecem tanto na atenção básica, quanto no cenário do hospital maternidade, possibilitando ambiente favorável a processos formativos e ampliação das práticas.

Por fim, a tabela 2 nos resultados e discussões serve, pelo menos inicialmente, como norteador para pensar rodas de conversa com os profissionais e quem sabe sonhar com um núcleo de educação permanente do próprio hospital maternidade.

ANEXOS

Entrevista semiestruturada

· **Perfil histórico social:**

1. Nome:
2. Idade:

3. Onde mora hoje?
4. Ainda trabalha como parteira?
5. O que é ser parteira para você?
6. Como você tornou-se parteira?
7. Quais dificuldades/desafios você encontra na prática da sua profissão?
8. Você acha que as parteiras são valorizadas em Caicó?
9. Quais as diferenças em ser parteira antigamente e hoje?

Questões acrescentadas se a parteira for vinculada ao Hospital do Seridó.

· **Sobre a vinculação ao hospital:**

10. Qual vínculo trabalhista tens com o Hospital?
11. Você se sente valorizada nessa instituição?
12. Quais dificuldades você enfrenta para exercer seu ofício na instituição?

· **Sobre o grupo formativo?**

13. Se você fosse participar de capacitações, quais temas você gostaria de discutir?

(Fonte: a própria pesquisadora)

REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Lucia Miranda. (Org). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. São Paulo: 2º ed. Casa do Psicólogo, 2015. 62-64p.

ANGELIN, Paulo Eduardo. **Profissionalismo e profissão: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil**. Araraquara: REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão, v. 3, n. 1, jul/dez. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Sem edição Lisboa: Edições 70. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde –SUS. 2012. Brasília, DF. Disponível em:<
https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semestral_rede_cegon

ha_ouvidoria-sus_que-deu-a-noticia-de-64-porcento-sem-acompanhantes.pdf.>. Acesso em: 27 nov 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 11.108. (2005). Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/>. Acesso em: 27 nov 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde– Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

CONSUELO, Penha Castro Marques (Org.). Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha. São Luís, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil:** os muitos sentidos de um movimento. 2005.

FLEISHCER, Soraya Resende. **Parteiras, Buchudas e Aperreios:** Uma etnografia do atendimentos obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. 2007. Tese de doutorado do programa de pós-graduação de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ºed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 207-214p.

GONZALEZ RIESCO, Maria Luiza e TSUNECHIRO, Maria Alice. **Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas:** velhos problemas ou novas possibilidades? Revista Estudos Feministas. Ano 10. 2002.

GUSMAN, Christine Ranier et al. **Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil:** reflexão sobre desafios. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):365–70.

MACHADO, Maria Helena (Org.) **Sociologia das profissões:** uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, pp. 13-33. ISBN: 978-85-7541-607-5.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2010.

MINAYO, Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14^oed. São Paulo: Hucitec editora, 2014.

MOTT, Maria Lúcia. **O curso de partos: deve ou não haver parteiras?** Cadernos de Pesquisa, n° 108, p. 133-160, novembro/1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Autor. Disponível em:<
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=D99732903676368D976178127AE14195?sequence=3>. Acesso em: 27 nov 2017.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Parteiras e “poções” vindas das matas e “ribanceiras” dos rios. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, São Paulo, v. 23, p. 321-345, 2001.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (Rehuna) 1993. **Carta de Campinas.** (Mimeo)

SANTOS, Ana Maria Smith. Et al. As Parteiras e a arte de fazer partos em perspectivas cosmológicas na Ilha do Marajó. **Revista de Antropologia Vivência** 49. n. 49, p. 201-218. 2017.

SIMAS, Raquel. Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções. 2016. 142f. **Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Antropologia.** 2016.

TEODOSIO, SSC. PADILHA MI. “**To be a nurse**”: a professional choice and the construction of identity processes in the 1970s. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(3):401-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690303>