



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carla Fabíola Sampaio de Moura

**Casa de Parto David Capistrano Filho: a participação das
enfermeiras nas lutas do campo obstétrico**

Rio de Janeiro

2009

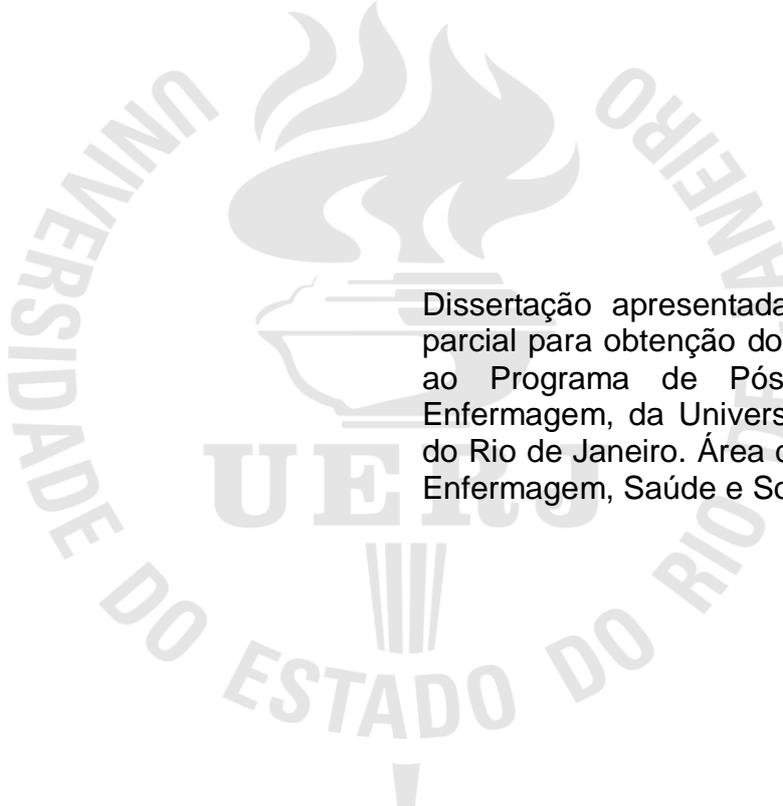
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carla Fabíola Sampaio de Moura

**Casa de Parto David Capistrano Filho: a participação das enfermeiras nas lutas
do campo obstétrico**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a

Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Franco Santos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M865 Moura, Carla Fabíola Sampaio de.
Casa de Parto David Capistrano Filho : a participação das enfermeiras nas lutas do campo obstétrico / Carla Fabíola Sampaio de Moura. - 2009.
115 f.

Orientadora: Gertrudes Teixeira Lopes.
Co-orientadora: Tânia Cristina Franco Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. 3. Enfermagem – História. 4. Enfermeiras. 5. Humanização do parto. I. Lopes, Gertrudes Teixeira. II. Santos, Tânia Cristina Franco Santos. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Carla Fabíola Sampaio de Moura

**Casa de Parto David Capistrano Filho: a participação das enfermeiras nas lutas
do campo obstétrico**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 26 de março de 2009
Banca Examinadora:

Dra. Gertrudes Teixeira Lopes (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Dra. Tânia Cristina Franco Santos (Co-Orientadora)
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dr. Wellington Mendonça de Amorim
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO

Dra. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Ao meu grande amor Hélio de Moura, meu marido, amigo e fiel
companheiro nesses anos de estudo, e à minha filha Bárbara
Sampaio de Moura, inspiração da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença em minha vida.

Ao meu marido Hélio, por seu amor, incentivo e colaboração para que eu chegasse até aqui.

À Dra. Gertrudes Teixeira Lopes, minha mestre e querida orientadora, por seu incentivo para que eu ingressasse no mestrado, por todo o aprendizado proporcionado, por sua paciência com meus limites e pelo apoio para que eu os superasse.

À Dra. Tânia Cristina Franco Santos, pela generosidade com que disponibilizou seu tempo e conhecimento para enriquecer este trabalho.

À minha filha Bárbara, por seu enorme carinho.

À minha mãe e minha à sogra, por compreenderem as ausências e dividirem comigo algumas tarefas diárias.

À professora Dra. Suely Baptista, por sua ajuda na fase de construção do projeto da pesquisa.

À Rosemary de Moura, minha cunhada, por sua fundamental colaboração na construção desta dissertação.

À minha sobrinha Rachel Fabíola, pela ajuda na elaboração dos muitos *abstracts*.

Às minhas irmãs, cunhadas, cunhados e sobrinhos, por suas amizades.

Às professoras Dra. Jane Márcia Proganti, Dra. Lúcia Helena Penna e Ms. Maysa Ludovice, por especiais colaborações para este estudo.

À enfermeira Ruth Mesquita, pela ajuda e colaboração na identificação e localização dos depoentes.

Aos depoentes deste trabalho, pela disponibilidade e carinho com que concederam suas memórias para construção desta pesquisa.

Aos Doutores da Banca Examinadora, pelas valorosas contribuições para este trabalho.

Aos colegas do curso de mestrado Ricardo Mouta, Leila Azevedo, Sandra Caixeiro, Bárbara Cristina dos Santos e Alberto Hott, pelas parcerias, trocas e apoio para aquisição do nosso capital cultural.

Aos demais colegas de turma, pelo carinho e amizade na construção do nosso conhecimento.

Aos companheiros docentes Dra. Luzia Marques, Dr. Marcos Tosoli, Julia Trindade, Ms.Márcia Americano, Carlana de Andrade, Éliisa Rollemberg e Dr. Márcio Tadeu, por suas amizades e estímulos à realização deste estudo.

Ao Departamento de Fundamentos de Enfermagem e ao Departamento Médico Cirúrgico, pelo apoio durante o desenvolvimento da pesquisa.

Aos caros Renan, Marcelo e Fabíola, pelos muitos e incansáveis auxílios às questões administrativas.

À FAPERJ, pela bolsa de mestrado, sem a qual seria difícil dedicar muito tempo ao estudo.

A todos que, de alguma forma, estiveram envolvidos na construção da pesquisa.

RESUMO

MOURA, C. F. S. de. **Casa de Parto David Capistrano Filho**: a participação das enfermeiras nas lutas do campo obstétrico. 2009. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Trata-se de um estudo de natureza histórico-social, cujo objeto são as lutas simbólicas para criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho. A delimitação temporal do estudo abrange o período de 2002 a 2004. Os objetivos da pesquisa são: descrever as circunstâncias que determinaram a criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF) no Rio de Janeiro; analisar as lutas empreendidas pelos diferentes agentes para a criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho; e discutir os efeitos simbólicos das lutas para as enfermeiras no campo da obstetrícia. A pesquisa teve como suporte teórico os conceitos do sociólogo francês Pierre Bourdieu e utilizou o método da história oral temática. O estudo contou com treze agentes, cujas entrevistas foram gravadas e transcritas, respeitando-se os aspectos éticos da Resolução 196/96. As fontes primárias do estudo foram os depoimentos, legislações, decisões judiciais, projetos, atas e artigos. Os resultados revelam que as concepções do Movimento Feminista, os pressupostos teóricos do movimento de humanização do parto e nascimento, a posição política liderada pela OMS e pelo Ministério da Saúde e as condições sociais e políticas no município do Rio de Janeiro se constituíram em estímulos para a criação da CPDCF. Diante disso, agentes do campo obstétrico se envolveram em lutas simbólicas, e associações da classe médica passaram a lutar contra a criação e implantação da CPDCF. Nessa luta, as enfermeiras foram instigadas a transformar em práticas as disposições incorporadas (*habitus*) durante sua trajetória social e profissional, quando fizeram alianças com diversos segmentos sociais, buscando implantar a CPDCF e, posteriormente, manter essa unidade de saúde como um espaço da enfermagem obstétrica. Com a implantação da CPDCF, as enfermeiras obstétricas aumentaram seu capital global, conquistando autonomia, o que lhes proporcionou ocupação de posição em uma estrutura hierarquizada e hegemonicamente médica, gerando prestígio para essas profissionais e publicidade para os resultados de seus trabalhos, embora isso seja limitado a alguns espaços da SMS/RJ. A falta de articulação da enfermagem foi considerada um dificultador para a expansão do trabalho das enfermeiras obstétricas e desse modelo assistencial, corroborando o modelo medicalizado de assistência a mulher em processo de parturição, predominante nas unidades de saúde do município. Face às questões levantadas no estudo, dá-se como sugestão que os gestores da saúde estimulem a criação de ambientes favoráveis ao parto e nascimento saudáveis, e que as associações de classe da enfermagem se articulem para desenvolver estratégias de apoio ao trabalho das enfermeiras obstétricas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. História da Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Centros Independentes de Assistência à Gravidez e ao Parto. Parto Humanizado.

ABSTRACT

It is a historical-social study, whose object is the symbolic fights for creation and implantation of the David Capistrano Filho Childbirth House (CPDCF). The temporary delimitation of the study includes the period from 2002 to 2004. The aims of the research are: to describe the circumstances that determined the creation and implantation of the David Capistrano Filho Childbirth House in Rio de Janeiro; to analyze the fights undertaken by the different agents for the creation and implantation of the David Capistrano Filho Childbirth House; and to discuss the symbolic effects of the fights for the nurses in the field of obstetrics. The research has as theoretical support the concepts of the french sociologist Pierre Bourdieu and uses the method of thematic oral history. The study counted on thirteen agents, whose interviews were recorded and transcribed, being respected the ethical aspects of the Resolution 196/96. The primary sources of the study were interviews, legislations, judgments, projects, minutes and articles. The results revealed that conceptions of the Feminist Movement, theoretical assumptions of the movement of humanizing delivery, political position led by WHO and Brazil's Health Ministry and social and political conditions in the district of Rio de Janeiro constituted in incentives for the creation of the CPDCF. Agents of the obstetric field engaged themselves in symbolical fights. Therefore, associations of the medical class started to struggle against the creation and implantation of CPDCF. Thereby, nurses were stimulated to transform in practices their *habitus* during their social and professional path, making alliances with several social segments, looking for implant CPDCF and, later on, maintain that unit of health as a space of the obstetric nursing. With the implantation of CPDCF, the obstetric nurses increased their global capital, earned autonomy and occupied positions at the field structure, achieving prestige for those professionals and publicity for the results of their work, although that is limited in some spaces of the Health Department of Rio de Janeiro City. The lack of articulation of nursing professionals was considered the problem to expand the obstetric nurses' work and care model, corroborating to the medical model, predominant in the Rio de Janeiro's health units. To sum up, it's suggested that health managers stimulate the creation of favorable places to the healthy childbirth and, that professionals of nursing associations pronounce to develop support strategies to the obstetric nurses' work.

Keywords: Women's Health. History of Nursing. Obstetrical Nursing. Birthing Centers. Humanizing Delivery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstétricos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AP	Área Programática
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
COREN/RJ	Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro
CPDCF	Casa de Parto David Capistrano Filho
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
DEMI	Departamento Materno-infantil
FENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IMMFM	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PIBIC-CNPq	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
PSF	Programa de Saúde da Família
ReHuNa	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
RMM	Razão de Morte Materna

SINMED	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SOMERJ	Sociedade Médica do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratories</i>

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA	26
1.1	Conceitos do estudo	26
1.2	Percurso Metodológico	30
2	AS CIRCUNSTÂNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS PARA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	36
3	AS ESTRATÉGIAS DE LUTA PARA IMPLANTAÇÃO DA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	55
4	AS LUTAS SIMBÓLICAS E SUAS CONSEQÜÊNCIAS PARA AS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
	REFERÊNCIAS	81
	BIBLIOGRAFIA	88
	APÊNDICE A - Quadro de documentos utilizados como fontes primárias do estudo	90
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
	APÊNDICE C – Roteiro para entrevista	92
	ANEXO A - Protocolo de Aprovação da Pesquisa pelo CEP/SMS	96
	ANEXO B - Projeto de Implantação de Centros de Parto Normal na Cidade do Rio de Janeiro	97
	ANEXO C - Convênio Financeiro entre o MS e a SMS/RJ para a construção de Casas de Parto	104
	ANEXO D - Decreto nº 22116 de 07 de outubro de 2002	105
	ANEXO E – Resolução nº 1041 da SMS/RJ	106
	ANEXO F - Indeferimento da liminar concedida ao SINMED na 5ª Vara de Fazenda Pública (mimeo)	110
	ANEXO G - Documento de Fundação da ReHuNa - Carta de Campinas (mimeo)	112

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estímulo ao desenvolvimento deste estudo é fruto, inicialmente, da minha atuação como bolsista PIBIC-CNPq, no período de 2001 a 2002, quando participei do projeto: Assistência de enfermagem à gestante: construindo uma proposta terapêutica no pré-natal de baixo risco, coordenado pela Professora Dra. Gertrudes Teixeira Lopes, durante a graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Nesse período, última fase do projeto, eu atuava coletando dados obtidos por meio de entrevistas com gestantes que tinham o pré-natal assistido por enfermeiras obstétricas, momento em que pude constatar o alto nível de satisfação das mulheres com essa assistência.

Em 2002, ainda na graduação, tive a oportunidade de assistir a uma palestra de Michel Odent¹, no Campus da UERJ, me convencendo dos benefícios do parto fisiológico para a mulher e a criança, já que do parto normal eu sempre fora defensora.

Por fim, no último período da graduação, em 2004, quando iniciava o estágio em uma maternidade, meu grupo foi convidado a estar presente na inauguração da Casa de Parto David Capistrano Filho, o que percebo, hoje, ter sido um grande privilégio. Aquele dia teve um gosto de conquista, vitória, realização, ainda que eu não tivesse profundo conhecimento sobre o caminho percorrido para se chegar até aquele momento. Assim, quando me decidi a fazer o mestrado, não tive dúvida de que meu estudo seria relacionado ao trabalho das enfermeiras obstétricas e a essa Casa de Parto que, no meu entender, é locus da maior importância para os estudos da saúde reprodutiva e sexual da mulher, da saúde da criança, da saúde coletiva e, finalmente, da enfermagem obstétrica.

Assim, a presente pesquisa tem como objeto as lutas simbólicas para criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho², 2002 – 2004. Esse período temporal toma como marco inicial o ano de 2002, quando foi criada a Casa de Parto David Capistrano Filho, por meio do Decreto Municipal 22.116 de 07 de outubro de

¹ Michel Odent é médico obstetra francês. Introduziu em um hospital público francês os conceitos de salas de parto, à semelhança de lares e de piscinas de parto. É autor dos livros “A cientificação do amor” e “O renascimento do parto”. Esteve no Brasil em 2002, no I Congresso de Ecologia do Parto e Nascimento.

² David Capistrano da Costa Filho foi médico sanitário, Secretário Municipal de Saúde de Bauru e Santos, Prefeito de Santos e consultor do Ministério da Saúde. (1948-2000)

2002 e, como marco final, o ano de 2004, quando a Casa de Parto foi implantada, no dia 08 de março, dia Internacional da Mulher.

As Casas de Parto, ou Centros de Parto Normal, foram instituídas no Brasil ao fim da década de 1990, como resposta a iniciativas políticas relacionadas à humanização e desmedicalização da assistência à mulher durante o período gravídico puerperal.

Nesse sentido, a dificuldade de acesso aos serviços, a falta de acolhimento, a desvalorização das necessidades subjetivas, culturais e pessoais da mulher, a supervalorização das tecnologias, bem como intervenções desnecessárias no processo de parturição têm sido entendidas como práticas e modelos desumanizantes dessa assistência (DESLANDES, 2005).

Quanto à desmedicalização, concordo com Progianti e Vargens, (2004), que ela significa eliminar a visão biomédica como única alternativa para assistir o processo de parturição e, também, dar à mulher a opção de escolha por práticas não-invasivas durante esse processo. Contudo, percebe-se que a medicalização do parto está intimamente relacionada ao poder simbólico que os profissionais médicos detêm no campo da obstetrícia, poder que foi capaz de desnaturalizar o processo de parturição, fazendo crer, a quem exerce o poder e a quem a ele está submetido, que o parto é um evento de risco e, por isso, necessita de intervenções médicas, justificando a inserção do parto no ambiente hospitalar.

Cabe destacar que é a partir de meados do século XX, com o desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde, aumento de leitos hospitalares e uma política voltada para assistência individual e curativa, que o campo obstétrico se tornou hegemonicamente médico. Assim, é possível entender, também, que a medicalização da sociedade, como a do corpo da mulher e, nesse sentido, do próprio parto, se estabeleceu a partir do desenvolvimento histórico da prática médica (CORDEIRO, 1985).

A OMS mantém fóruns para discussão da saúde da mulher e, desde a década de 1980, tem chamado a atenção para a falta de compromisso e para o desrespeito com os direitos das mulheres, realizando duas importantes conferências nessa mesma década.

A primeira se destacou com relação à assistência obstétrica: I Conferência Internacional: Tecnologia Apropriada para o Nascimento, realizada em 1985 em Fortaleza, Ceará; dela participaram representantes das Américas do Norte e Sul e da

Europa, entre eles enfermeiras, obstetrias, pediatras, sociólogos, psicólogos e usuários dos serviços de saúde, resultando na "Carta de Fortaleza", que teve como foco resgatar a dimensão fisiológica do processo de parto. Esse encontro foi considerado um marco na saúde pública e defesa de direitos das mulheres (WHO, 1985; LAURENTI, JORGE; GOTLIEB, 2000).

No segundo encontro - Conferência Internacional sobre Maternidade Segura - realizada em 1987, em Nairobi, no Quênia, representantes de governos mundiais teriam sido alertados sobre a grave situação da saúde das mulheres e da mortalidade por complicações na gravidez, parto e puerpério. Lançou-se nesse momento o projeto "Safe Motherhood" (Maternidade Segura), visando à melhora na assistência obstétrica e à redução das taxas de mortalidade materna. Nesse encontro, ainda, foram selados compromissos para que até o ano 2000, os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, reduzissem em 50% a mortalidade por causas maternas³ (GALLI, 2005).

Cabe destacar que, também, na década de 1980, expandia-se, no mundo e no Brasil, o movimento feminista contemporâneo. Esse movimento, na realidade, se constituiu de diversos movimentos de mulheres, e se diferenciavam por suas reivindicações, ocorrendo numa temporalidade variada, de acordo, inclusive, com os cenários sociais, políticos e econômicos de cada país (PERROT, 2007).

No Brasil, em consequência da volta de muitas mulheres que estavam no exílio⁴, principalmente na Europa, e da abertura política no país, os movimentos de mulheres adquiriram uma perspectiva de luta por cidadania real e justiça social, estendendo a democracia para as dimensões da vida cotidiana, quando, então, passaram a reivindicar do Estado uma atitude coerente em torno da saúde, pressionando-o às mudanças legislativas e políticas na área da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. Até a década de 1960, a atenção médica a esse grupo populacional privilegiava o ciclo gravídico puerperal em consequência da mortalidade infantil (VIEIRA, 1999). Para as feministas, essa forma de atenção à saúde das mulheres era intimamente ligada ao poder e saber médicos, pautados na

³ A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define morte materna como a morte de uma mulher ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, estando relacionada com gravidez ou por medidas em relação a ela.

⁴ Durante o período da ditadura do Regime Militar (1964-1984) no Brasil, como forma de repressão à oposição, intelectuais, artistas, estudantes, políticos, entre estes, muitas mulheres, teriam sido exilados, retornando ao país com a Anistia Política concedida ao final da década de 70 pelo então presidente General João Baptista Figueiredo (1979-1984) (SILVA, 1990).

fragmentação e dominação do corpo da mulher. Logo, desde o início, esse movimento também passou a questionar o discurso e as práticas biomédicas para assistir a mulher, que hora se voltavam a assegurar ações pró-natalistas, hora a ideologia malthusiana⁵, sem respeitar a autodeterminação da mulher sobre seu corpo (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

O movimento feminista, reconhecendo o direito das mulheres de vivenciarem a maternidade como opção, passou a lutar para que o Estado desenvolvesse ações em saúde reprodutiva. Aproveitando-se do fato de que muitas feministas ocupavam cargos em instituições públicas, esse movimento passou a ter relevante participação na elaboração e execução de políticas públicas. (PITANGUY, 1999).

Nesse momento, também, alguns profissionais médicos que trabalhavam no Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) passaram a discutir qual seria a melhor e mais adequada forma para atender a necessidade da clientela que procurava os serviços oferecidos nessa área (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Foi assim que, a partir de um trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, universidades e o Movimento de Mulheres, seria criado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), primeiro programa público com bases em princípios feministas, que concentrava esforços na solução dos problemas de todas as fases de vida da mulher, e com o qual se buscou a implementação gradativa de uma assistência integral e o estímulo da autodeterminação da mulher (BRASIL, 1984; ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Em meados da década de 1980 a sociedade brasileira mobilizava-se exigindo democracia e eleições diretas para presidente da república⁶, quando também ganharam forças os movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida e acesso universal aos serviços de saúde. Cientes dos fatos e das mazelas da saúde, os profissionais dessa área passaram a se organizar em defesa dos direitos dos pacientes (BERTOLLI FILHO, 1996).

Em 1986, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, importante por sua influência na formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebe-se, nesse momento, a interação entre os movimentos de mulheres e os sanitaristas, tendo,

⁵ Thomas Malthus, economista inglês do século XIX, ficou conhecido por defender a teoria de que o crescimento demográfico tende sempre a superar a produção de alimentos, o que explicaria a pobreza dos países, tornando necessário o controle da natalidade.

⁶ Em 1989, foi eleito por voto direto presidente da República Fernando Collor de Mello.

durante os debates, os aspectos de saúde relacionados às mulheres recebido especial atenção. Naquele momento, fizeram-se críticas à falta de ação e compromisso do governo com a saúde desse grupo e denunciaram-se nesse momento, o abuso e o desrespeito a elas, tanto nas clínicas e programas de planejamento familiar como na assistência ao pré-natal e parto na rede pública (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Chega-se ao fim da década de 1980, quando é promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo nela instituído o SUS sob as diretrizes de descentralização de sua direção, integralidade da assistência e participação da comunidade.

No cenário internacional, a década de 1990 inicia com o fim da Guerra Fria e da divisão leste e oeste do mundo. Começava, então, a se estabelecer um novo ordenamento internacional, agora menos voltado aos problemas bélicos, e ganhando importância temas como direitos humanos e meio ambiente (SALES, 2007). Assim, no Rio de Janeiro, em 1992, realizou-se a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável – ECO/92, importante por ter reunido diversos chefes de Estados, organizações não-governamentais e movimentos sociais de várias partes do mundo, entre eles, movimentos de mulheres de todo o mundo.

Naquele momento, o Brasil buscava obter maior importância no processo decisório internacional, desejando assumir uma posição de líder regional. Diante disso, procurou melhorar o relacionamento com a comunidade internacional, abrindo-se para a discussão de temas sobre direitos humanos, desenvolvimento social, meio ambiente e não proliferação nuclear (SALES, 2007).

Porém, o país entrava na última década do século XX mergulhado em uma crise social, política e econômica. Os repasses ao SUS foram substancialmente reduzidos, com conseqüente piora dos serviços de saúde. O primeiro presidente eleito pelo voto direto após o regime militar, Fernando Affonso Collor de Melo, sofre *impeachment* em 1992, assumindo o restante do mandato o vice-presidente Itamar Augusto Cautiero Franco. Naquele momento, o desemprego e a disparada da inflação agravavam a situação da classe trabalhadora. Em 1994, último ano do governo de Itamar Franco, é implantado um plano para estabilização econômica: o

Plano Real⁷ (LUNA; KLEIN, 2007).

Nesse cenário, em 1993, na cidade de Campinas, um grupo, na sua maioria mulheres, muitas vindas do Movimento Feminista, fundou a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa⁸). Nascia, a partir da ReHuNa, um movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil. Esse grupo, que buscava modificar a assistência ao parto de forma geral e exortava a mulher a assumir seu papel de sujeito nas questões reprodutivas e de nascimento dos filhos, considerou as recomendações da OMS, feitas na citada I Conferência Internacional: Tecnologia Apropriada para o Nascimento, como ponto-chave para a humanização dessa assistência. O movimento passou a incentivar o parto vaginal, o uso de tecnologias apropriadas no trabalho de parto e parto, a interação entre as mulheres e os profissionais de saúde, a presença do pai ou de um acompanhante no processo de parturição e a desmedicalização do parto (TORNQUIST, 2002; 2007).

Em 1994, o sociólogo Fernando Henrique Cardoso, que, no governo de Itamar Franco participara da elaboração do Plano Real como Ministro da Fazenda, elegeu-se presidente da República. Na área da saúde, em 1997, durante a gestão do Ministro da Saúde Adib Jatene (1995-1996), foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), destinada ao custeio da saúde pública, da previdência social e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, sendo extinta em 2007. Ao fim do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, intensificaram-se as políticas e programas para redução da morbimortalidade materna e infantil, pois, diante dos resultados apresentados, ficava evidente que o país chegaria ao ano 2000 sem ter conseguido cumprir os compromissos assumidos nos acordos internacionais para assegurar, proteger e garantir os direitos das mulheres e a redução da mortalidade materna em todo território, o que repercutia na imagem do país no exterior.

⁷ Em fevereiro de 1994, no governo de Itamar Franco, o Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso anunciou o Plano Real. Esse Plano Econômico defendia a paridade monetária entre o real e o dólar por meio de uma política de intervenção, onde o governo manteria a economia estável mediante a venda de dólares e a elevação das taxas de juros, substituindo, ainda, a antiga moeda pelo Real.

⁸ Em seu documento de fundação - Carta de Campinas - essa rede foi denominada Rede de Humanização do Nascimento. Somente em 2000, durante a Assembléia Geral, foi incorporada a palavra "parto", porém, mantendo-se a mesma sigla, já que era conhecida e reforçava o sentido de reunião (TORNQUIST, 2007).

A OMS (WHO, 1996), em 1996, com base nas orientações contidas na “Carta de Fortaleza”⁹ (WHO, 1985) e em estudos realizados ao longo das décadas anteriores, publicou, sob o título em português “Assistência ao Parto Normal - um guia prático”, uma coletânea de revisões sobre a assistência ao parto, classificando as práticas intervencionistas. Considerava que muitas práticas, utilizadas de forma inapropriada, provocam mais danos que benefícios à saúde da mulher e da criança; nesse guia, a OMS fazia recomendações sobre os recursos físicos e humanos necessários à assistência ao parto e nascimento, e destacava a atuação de profissionais não médicos no cenário de assistência ao parto e nascimento de baixo risco, como enfermeiras obstétricas e parteiras (WHO, 1996). Nesse momento, o Ministério da Saúde lança o projeto Maternidade Segura, oferecendo esse título às maternidades que promovessem a educação, o preparo técnico e a humanização do parto e do nascimento.

Com a reeleição do Presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1998, José Serra¹⁰ que se tornara Ministro da Saúde naquele mesmo ano, é mantido no cargo durante o segundo mandato. A visão econômica e a personalidade forte de José Serra impeliram-no a enfrentar as grandes multinacionais farmacêuticas, conseguindo quebrar a patente de diversos medicamentos considerados de interesse para saúde pública, entre eles os anti-retrovirais, que passaram a ser distribuídos gratuitamente a todos os portadores de HIV, e reduzir a incidência de impostos sobre os medicamentos.

Ao fim da década de 1990, o Ministério da Saúde priorizou, também, políticas e ações voltadas à saúde da mulher com vista à redução da morbimortalidade materna e perinatal, à diminuição do número de cesáreas e à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e de atendimento digno e de qualidade durante o período gravídico puerperal.

Em 1998, duas portarias regulamentaram a assistência obstétrica prestada por enfermeiras. A Portaria GM n°2815 de 29/05/1998 (BRASIL, 1998a) que incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) os procedimentos para o parto normal sem distocia realizados por enfermeira obstetra e por parteira, e a

⁹ Durante a I Conferência Internacional, “Tecnologia Apropriada para o Nascimento”, elaborou-se um documento intitulado Carta de Fortaleza, no qual se fizeram recomendações para uso de tecnologias durante o trabalho de parto e parto.

¹⁰ O economista e político José Serra foi Ministro do Planejamento (1995-1996) e da Saúde (1998-2002) nos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso.

Portaria GM nº 163 de 22/09/1998 (BRASIL, 1998 b), regulamentando a realização do parto normal sem distocia por enfermeira obstétrica nas organizações de saúde públicas do SUS.

Apesar de serem legalmente qualificadas para atuarem na assistência ao parto normal sem distocia, as enfermeiras obstétricas até aquele momento não tinham seu trabalho regulamentado no âmbito do SUS, pois, mesmo prestando assistência obstétrica durante o parto, o procedimento burocrático legal dessa assistência era assumido por um profissional médico que assinava a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e recebia por esse procedimento, o que pode ser considerado como uma violência simbólica, que subordinava as enfermeiras obstétricas ao poder de agentes dominantes do campo obstétrico.

Assim, o Ministério da Saúde, por meio de seu poder de regulação, implementou ações que viabilizaram uma política para humanização do parto e nascimento, favorecendo, inclusive, um movimento contra-hegemônico no campo da obstetrícia.

Para Jowett (1998), a melhoria do acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade tem sido considerada a chave para redução da mortalidade materna nos países em desenvolvimento, sem que para isso sejam necessários investimentos de alto custo.

Na assistência obstétrica, o exemplo das cesáreas é bastante simbólico, pois essa prática médica, que surgiu como a possibilidade de reduzir os riscos àquelas mulheres que não pudessem parir de forma fisiológica, pois colocariam em risco a sua própria saúde ou a do bebê, a partir da década de 1970 tornou-se uma prática indiscriminada, apontando o abuso dessa intervenção médica, seduzindo a quem assiste como a quem é assistido (CECATTI; PIRES; GOLDENBERG, 1999).

Hotimsky e Schraiber (2005), investigando alunos de um curso de medicina, identificaram que, tanto nas salas de aula como nos plantões, os professores e assistentes médicos apontam como desvantagem do parto fisiológico a possibilidade de afetar o tônus do períneo ou a elasticidade da vagina, reforçando, principalmente entre as alunas, receios em relação à vida sexual. De acordo com Cordeiro (1985), isso seria uma forma de manipulação da dependência de consumo médico, servindo à inculcação nos indivíduos das normas e representações das necessidades de consumo de serviços médicos, tanto em sua própria classe de agentes como na sociedade de forma geral.

Segundo, ainda, essas autoras, para esses alunos, a prática de cesáreas estaria relacionada, também, à comodidade e à economia de tempo que representa para o médico, assegurando disponibilidade para seus outros compromissos profissionais, o que indica que fatores não-médicos têm justificado a realização deste procedimento.

Em 2001, no município do Rio de Janeiro, dos 82.463 nascimentos ocorridos nas principais maternidades, 34.060 ocorreram por meio de cesarianas, o que representou uma razão de 41,3%. As maiores taxas de cesarianas no município foram verificadas nas organizações de saúde privadas (85%) e nas privadas contratadas pelo SUS (51,2%) (BOARETTO, 2003). Cabe ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que os partos cirúrgicos não devem ultrapassar 15% do total de nascimentos.

Se considerada apenas a via de parto, a cesárea apresenta risco materno várias vezes maior do que o do parto vaginal, como infecções, embolia pulmonar, acidentes anestésicos e hemorragias, podendo levar à necessidade de transfusão sangüínea, com risco da transmissão do vírus HIV e de outras doenças (CECATTI; PIRES; GOLDENBERG, 1999).

Pesquisa realizada sobre a mortalidade materna em uma unidade de assistência obstétrica em hospital terciário no Rio Grande do Sul verificou que, de 41 casos de morte em pacientes submetidas à cesariana, 18 (43,9%) estavam relacionados com o ato operatório-anestésico e 13 (31,70%) eram relacionadas à infecção pós-cesárea (RAMOS et al, 2003).

De acordo com o Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna (BRASIL, 1995), em meados da década de 1990, o Brasil ocupava a quinta posição em mortalidade materna na América Latina, apresentando a Razão de Morte Materna (RMM) de 134,7 óbitos para 100.000 nascidos vivos, o que é visto como um sério problema de saúde pública, já que 90% das mortes seriam evitadas com condições de vida dignas, atenção à saúde e serviços de qualidade no pré-natal, parto e no puerpério. Esse valor torna-se ainda mais preocupante considerando-se a existência de sub-registros dos óbitos maternos, não dando a conhecer a real magnitude desse evento no país (D'ORSI; SILVA; REIS, 1999).

Estudo realizado em 27 capitais brasileiras sobre os óbitos maternos ocorridos no primeiro semestre de 2002 constatou uma queda nessa razão, quando se observou 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (GALLI, 2005).

Porém, esse valor seria considerado ainda muito superior ao que a OMS considera razoável, ou seja, 20 óbitos para 100.000 nascidos vivos, sendo que em alguns países desenvolvidos esse coeficiente não tem ultrapassado 5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (BOARETTO, 2003).

No município do Rio de Janeiro, a média da taxa de óbitos maternos no período de 1995 a 2000 foi de 52,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos, onde mais da metade dos óbitos foi relacionada a causas obstétricas diretas, ou seja, decorrentes de problemas desenvolvidos durante o período gravídico puerperal. Nesse momento também, constatou-se que as mortes poderiam ter sido evitados sem uso de tecnologia sofisticada e com recursos já disponíveis no município (RIO DE JANEIRO, 2007).

Assim como as mortes maternas, as mortes perinatais¹¹ têm configurado importante indicador das condições de assistência ao grupo materno-infantil. Estudo amostral realizado em organizações de saúde públicas e privadas do município do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001, apontou para uma taxa de mortalidade perinatal de 16% e, quando considerados apenas os hospitais municipais e federais, a taxa encontrada foi de 29% (LEAL et al, 2004). Dados estatísticos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) referentes ao período de 2001 apontaram uma redução em 15% na taxa de mortalidade perinatal, com relação à série histórica de 1995 a 2000. Entretanto, esse movimento de decréscimo não foi verificado na Área Programática (AP) 5.1¹², onde está localizada a Casa de Parto David Capistrano Filho (RIO DE JANEIRO, 2007).

Em 2002, 52,3% dos óbitos ocorridos no primeiro ano de vida, dentro do município do Rio de Janeiro, aconteceram nos primeiros sete dias de vida e, em relação à mortalidade perinatal, o componente fetal respondeu a 57,1% dos óbitos. Sobre as causas dos óbitos, a SMS/RJ identificou a hipóxia intra-uterina como principal causa, correspondendo a 40%; em segundo lugar foram apontadas as complicações do cordão umbilical, membranas e placenta e, em terceiro, os transtornos maternos (com destaque para a hipertensão arterial). Cabe destacar

¹¹ De acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10), o período perinatal começa com 22 semanas de gestação, época em que o peso ao nascimento é igual a 500g, e termina com 7 dias completos após o nascimento.

¹² O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas. A AP 5.1 engloba os bairros de Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos e Realengo.

que, entre as cinco principais causas de morte, a sífilis congênita ocupou o 5º lugar (5,2%), sendo esta uma causa de morte evitável com adequada atenção ao pré-natal e ao parto (RIO DE JANEIRO, 2007).

Com isso, buscando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e estabelecer critérios para qualificar as consultas de pré-natal, em 2000 o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) estabeleceu, dentro do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o mínimo de seis consultas, devendo a primeira iniciar-se até o 4º mês de gestação.

Durante o pré-natal, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores, compartilhando saberes, buscando devolver à mulher autoconfiança para viver o parto de forma positiva, com menos riscos de complicações no parto e puerpério, além de possibilitar maior sucesso na amamentação (RIOS; VIEIRA, 2007).

A falta da qualidade de assistência durante o pré-natal e a ineficiente oferta desse serviço vêm sendo apontadas como agravante para a morbimortalidade materna e perinatal. Estudo preliminar para avaliação nacional do PHPN, realizado em 2001 e 2002, demonstrou que a maioria das mulheres recebeu assistência desarticulada e parcial no pré-natal; menos de 25% realizaram seis ou mais consultas. Sobre as rotinas do exame de VDRL e da vacinação antitetânica, esse estudo verificou incongruência a respeito do consenso técnico acerca de sua importância, já que não se traduziu na sistemática realização (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

No município do Rio de Janeiro, em 2001, apenas em 58% dos nascidos vivos as mulheres realizaram mais de seis consultas de pré-natal, sendo essa taxa relativa a estabelecimentos de saúde públicos e privados dentro do município, considerada longe do razoável, pois as causas de mortalidade neonatal e fetal tornam evidentes as falhas nesse acompanhamento (RIO DE JANEIRO, 2007).

Assim, o Ministério da Saúde criou, em 1999, os Centros de Parto Normal, por meio da Portaria GM 985/99 (BRASIL, 1999b), visando regulamentar esse tipo de organização de saúde, considerando, entre outros, as experiências positivas existentes no país desse modelo de organização com filosofia do parto normal e humanizado, e a sua importância para a “formação dos recursos humanos indispensáveis à superior qualificação do pré-natal, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido” (BRASIL, 1999a)

Além disso, os Centros de Parto Normal ou Casas de Parto surgiram como representação simbólica de um conjunto de idéias guiadas por um paradigma próprio, diferente do modelo hospitalocêntrico vigente, e necessário à transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto e nascimento. Para a enfermagem, a Casa de Parto possibilita a atuação autônoma do enfermeiro obstétrico e, por se tratar de uma estrutura institucional menor, facilita a integração da equipe de trabalho, possibilitando a colaboração e respeito mútuo entre o grupo profissional e os clientes (HOGA, 2004a; 2004b).

Com base na Portaria 985/99, no início desta década, a SMS/RJ criou a Casa de Parto David Capistrano Filho, uma unidade de saúde extra-hospitalar, localizada na zona oeste da cidade, no bairro de Realengo, que faz parte da Área Programática 5.1. Por meio da Resolução SMS nº 1041 de 11 de fevereiro de 2004 (ANEXO E), a SMS/RJ normalizou o funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho. Dessa forma, seus serviços são integrados às unidades de saúde dessa AP, configurando-se, ainda, em estratégia dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), prestando assistência às mulheres que são referenciadas de uma região adscrita (RIO DE JANEIRO, 2004).

Quanto aos recursos humanos das Casas de Parto, ou centros de parto normal, a Portaria GM 985/99 (BRASIL, 1999b) refere que a assistência não tem que ser necessariamente realizada por profissional médico, podendo funcionar com uma equipe mínima de enfermagem ou mesmo com parteiras. Assim, no modelo adotado pela SMS/RJ para a Casa de Parto David Capistrano Filho, apenas as enfermeiras obstétricas¹³ respondem pela administração e condução técnica das atividades desenvolvidas, com base em um protocolo de assistência ao período gravídico puerperal de baixo risco. Além das enfermeiras obstétricas, fazem parte da equipe da Casa de Parto auxiliares de enfermagem, assistente social, motorista de ambulância e pessoal de limpeza (RIO DE JANEIRO, 2004).

Sobre essa organização de saúde, Roseni Pinheiro, coordenadora do Laboratório de Práticas e Pesquisa em Integralidade na Saúde (LAPPIS), ressalta:

¹³ O Parecer 169/72 do Ministério da Educação e Cultura (MEC) estabeleceu o currículo mínimo da formação da Enfermeira em 3 anos, e, no último ano, as habilitações em Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica. Em 1986, a Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, definiu como enfermeiros os titulares de diploma ou certificado de enfermeiro, a obstetriz ou a enfermeira obstétrica. Em 1994, com a modificação do currículo de enfermagem (Portaria 1721 do MEC), as habilitações foram extintas e, a partir de então, a formação específica nessa área passou a ser feita por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu*.

“A Casa de Parto é favorável às práticas da integralidade voltadas para a mulher. A opção de escolha, o acolhimento, a escuta e o respeito à individualidade compõem práticas contextualizadas que não podem ser privativas de nenhum núcleo profissional” (LAPPIS, 2008).

Entretanto, o trabalho autônomo das enfermeiras obstétricas tem sido percebido pela classe médica como uma invasão aos atos dessa classe de profissionais, já que estes consideram que somente eles têm competência para assistir a mulher e à criança no processo de parturição. Com isso, os agentes do campo da obstetrícia, médicos e enfermeiras obstétricas, têm-se envolvido em lutas simbólicas por posições dentro desse campo, visando manter ou, no caso das enfermeiras obstétricas, contestar e subverter as estruturas hierárquicas vigentes nesse campo.

Entendendo que as propostas de reordenação e reclassificação do campo obstétrico não têm sido incorporadas por todos os agentes desse campo, e que, entre as propostas, a mudança do parto para o ambiente fora do hospital tem se configurado em uma questão de luta dentro desse campo, questionamos:

Quais os determinantes para a criação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

Como ocorreu a criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

Quem eram os agentes envolvidos no processo de criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho e como estes se articularam?

Quais as repercussões desse processo, no campo da obstetrícia, para as enfermeiras obstétricas?

Para respondermos a essas questões, foram traçados três objetivos:

- 1) Descrever as circunstâncias que determinaram a criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho no Rio de Janeiro.
- 2) Analisar as lutas empreendidas pelos diferentes agentes para a criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho.
- 3) Discutir os efeitos simbólicos das lutas para as enfermeiras no campo da obstetrícia.

Esta é uma pesquisa relevante, porque a reconstrução da história da criação da Casa de Parto David Capistrano Filho suscita significativas questões sociais e profissionais do campo da saúde, em particular do município do Rio de Janeiro,

dando visibilidade a um período da trajetória da Enfermagem Obstétrica Brasileira e da história das políticas de saúde no Brasil.

Nesse sentido, espera-se que esta análise contribua para construir a história da Enfermagem Brasileira, inscrevendo-se nas páginas da enfermagem obstétrica. É pretensão, também, que os achados deste estudo possam servir de reflexão aos profissionais, às instituições de ensino e pesquisa e às representações de classe da enfermagem, que devem buscar, nas experiências do passado, subsídios para as lutas futuras e fortalecimento da categoria.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

1.1 Conceitos do estudo

O suporte teórico deste estudo baseia-se na Teoria do Mundo Social, do sociólogo francês Pierre Bourdieu, especificamente no que se refere aos conceitos de campo, espaço social, habitus, capital cultural, poder e luta simbólica. Bourdieu analisou os diferentes espaços sociais, sua configuração e origem, bem como as hierarquias e lutas entre os agentes no interior desses espaços, analisando, desse modo, as relações dialéticas entre as estruturas desses espaços e o *habitus* dos agentes.

O argumento central do esquema explicativo de Bourdieu é que os indivíduos ocupam as posições diferenciadas e mais ou menos privilegiadas em função do volume e da natureza de seus recursos, ou seja, de acordo com o volume de capital importante para o espaço em questão; na perspectiva de Bourdieu, os capitais (cultural, econômico, social, simbólico etc) são instrumentos de acumulação, pois quanto maior o volume possuído e investido pelo indivíduo em determinado mercado (econômico, de trabalho, escolar, matrimonial, entre outros), maiores são as possibilidades de um retorno eficiente, mediante ocupações de posições de poder e prestígio.

Assim, o espaço social é construído de tal modo que os agentes ou os grupos são distribuídos em função de sua posição, de acordo com dois princípios de diferenciação, que, em sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento, como o Brasil, os mais eficientes são o capital econômico e o capital cultural (BOURDIEU, 1996).

Nesta pesquisa, o espaço social global se constitui no município do Rio de Janeiro, onde está inserido o campo da saúde sob seu domínio, uma vez que o Estado é o resultado da concentração de diferentes tipos de capitais, quais sejam: capital de força física ou de instrumentos de coerção (Exército, Polícia), capital econômico, capital de informação, capital simbólico, entre outros. Essa concentração de capitais “confere ao Estado um espécie de metacapital” (BOURDIEU, 1996, p. 99), dando-lhe poder sobre os outros tipos de capital e seus detentores.

Na teoria de Bourdieu, os campos sociais são considerados também campos de lutas, estando seus agentes em constante conflito para conservar ou conquistar posições, garantindo, respectivamente, que sua estrutura se mantenha ou seja transformada. Assim, sempre que o valor do capital (poder) de um campo é questionado, as lutas dentro desse campo se intensificam, pois se torna uma ameaça ao equilíbrio no interior do campo e, conseqüentemente, às posições dos agentes detentores desse capital (poder) dentro do campo (BOURDIEU, 1996).

Com isso, dentro de um campo, os agentes que ocupam posições dominantes buscarão, na luta, a conservação da ordem do campo, mantendo suas posições, enquanto os dominados lutarão para subvertê-lo, ganhando novas posições, ou aceitarão a estrutura hierárquica do campo e, conseqüentemente, o reconhecimento de sua inferioridade (BOURDIEU, 1998).

E, assim, “de maneira mais ou menos consciente, os grupos em conflito querem ver triunfar sua interpretação do que as coisas foram, são e serão” (BOURDIEU, 1996, p.83) fazendo, para isso, uso de estratégias. Entretanto, na teoria social de Bourdieu, por mais que as estratégias possam parecer sistemáticas, não decorrem de modo algum de uma sistematização: para ele, os indivíduos se utilizam de estratégias, entre outras motivações, para conservarem ou acumularem as formas de capital, principalmente o capital simbólico, e para a reprodução, de forma a garantir as suas posições em dado campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

No campo obstétrico, as estratégias dos agentes envolvidos nas lutas empreendidas têm como objetivo, por um lado, garantir as posições ocupadas pela classe médica que, enquanto agentes dominantes, desejam manter sob seu poder as demais classes de agentes e assim, a estrutura deste campo. Por outro lado, enquanto classe de agentes dominados, as enfermeiras obstétricas têm buscado alcançar posições dentro deste campo, mediante às tentativas de contestação e subversão das estruturas hierárquicas vigentes no campo.

O conceito de campo e *habitus* são relacionais, ou seja, funciona um em relação ao outro, com o campo estruturando o *habitus* e o *habitus* constituindo o campo (LOYOLA, 2002). Nesse sentido, o *habitus* funciona como mediador entre as dimensões objetiva e subjetiva do mundo social, ou seja, entre estrutura e prática. Sendo o produto de uma aquisição histórica, o *habitus* é o resultado de incorporações que se iniciam no convívio familiar (*habitus* primário), e vão sendo acrescidas através das relações com diversas estruturas sociais, tendendo a

atualizar as experiências do passado com as do presente. Neste sentido, o *habitus* contribui para dar forma às instituições em que seus detentores estão inseridos (BOURDIEU, 1998).

Para Bourdieu, o conceito de *habitus* tem o papel de elo articulador entre três dimensões fundamentais de análise que nesta pesquisa são: a) a estrutura das posições objetivas, uma vez que o lugar de cada sujeito no campo propicia um conjunto de vivências que tendem a consolidar um *habitus*; b) a subjetividade dos indivíduos, fazendo com que o sujeito desenvolva estratégias não como um sujeito qualquer, mas como membro típico de determinado grupo que ocupa determinada posição; e c) as situações concretas que fazem com que, mesmo sem saber, o sujeito reproduza a própria estrutura em que foi formado (BRANDÃO; ALTTMAN, 2008).

Nessa linha de raciocínio, o *habitus* é entendido como sistema de disposições duráveis, estruturadas de acordo com o meio social dos sujeitos e predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações, segundo o princípio de divisão dominante (BOURDIEU, 1996). Nesse sentido, as práticas sociais são estruturadas, isto é, apresentam propriedades típicas da posição social de quem as produz, porque a própria subjetividade dos indivíduos, sua forma de perceber o mundo, suas preferências e motivações estão previamente estruturadas em relação ao momento da ação.

Dessa forma, como a cada classe de posições ou de agentes corresponde um *habitus*, estes são, então, considerados “esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes” (BOURDIEU, 1996, p.22). Assim, é o modo distinto e distintivo de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, que permite aos agentes agirem de determinada forma em dada situação, de forma natural, motivados não só por interesses (econômicos), mas também pela vontade de se situarem numa escala de poder (BOURDIEU, 1996). No campo obstétrico, o *habitus* profissional de médicos e enfermeiras obstétricas distinguem suas práticas e visão de mundo de cada um.

Com relação a isso, Bourdieu (1998, p.199) declara:

[...] certos *habitus* acham as condições de sua realização, e até mesmo do seu desenvolvimento, na lógica do aparelho; ou, inversamente, que a lógica do aparelho <<explora>> (grifo do autor) em seu proveito as tendências inscritas nos *habitus*.

Na teoria social de Bourdieu, os indivíduos que ocupam posições privilegiadas nos espaços sociais, o que decorre da acumulação dos diferentes tipos de capital, tendem a obter uma outra forma de capital - o capital simbólico. Entendendo que ter capital é ter poder, os agentes detentores de maior montante de capital são também os que detêm maior poder, ou seja, quem é detentor de maior capital simbólico é também detentor de maior poder simbólico, o que lhes permite impor o mundo social conforme seus interesses (BOURDIEU, 1998; LOYOLA, 2002).

Assim, poder simbólico é o poder capaz de fazer ver, de fazer crer, de produzir e de impor uma visão de mundo e ação sobre o próprio mundo. Este poder permite que se obtenha o equivalente daquilo que se obtém pela força, porém, produzindo efeitos reais sem aparente gasto de energia. O poder simbólico, considerado como a forma transfigurada de outras formas de poder (cultural, econômico, social, político), se define a partir da relação entre os que exercem o poder e os que estão sujeitos a ele, mas que não o reconhecem com um poder arbitrário (BOURDIEU, 1998).

O poder simbólico é, então, reconhecido por diferentes classes de agentes de acordo com:

[...] as categorias de percepção, os princípios de visão e divisão, os sistemas de classificação, os esquemas classificatórios, os esquemas cognitivos, que são, em parte, produto da incorporação das estruturas objetivas do campo considerado, isto é, da estrutura de distribuição do capital no campo considerado (BOURDIEU, 1996, p.149).

Historicamente, o campo obstétrico é um campo de dominação masculina, em que foram incorporados esquemas e estruturas históricas da ordem masculina, que envolvem, por questão de gênero, entre outras, estas duas classes de agentes (médicos e enfermeiras) e, as mulheres, objeto desta dominação.

Para Bourdieu (2005, p.45):

A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social [...] bem como nos esquemas imanentes a todos os habitus, (que) funcionam como matrizes das percepções, dos pensamentos e das ações de todos os membros da sociedade, como transcendentais históricos, que sendo universalmente partilhados, impõem-se a cada agente como transcendententes.

Bourdieu (2001b) considera que o campo é produto da história, e sua estrutura e a distribuição de capital dentro dele são resultado das disposições privilegiadas pela história em dado momento, e acrescenta:

[...] por maior que seja autonomia do campo, o resultado dessas lutas nunca é completamente independente de fatores externos. Assim, as relações de forças [...] dependem fortemente do estado das lutas externas e do reforço que uns e outros possam encontrar fora (do campo) [...] (BOURDIEU, 1996, p.65).

Numa tentativa de aplicar esses conceitos à realidade investigada no presente estudo, pode-se supor que, quanto à história pregressa do campo obstétrico, alguns agentes e instituições já ocupam as posições dominantes, como é o caso dos médicos obstetras. Segundo essa perspectiva teórica de análise, de forma consciente ou não, eles tenderão a adotar estratégias de conservação das estruturas desse campo, bem como os critérios de classificação que os beneficiam. Outros agentes que, por sua vez, ocupam posições dominadas, em alguns momentos representados pelas enfermeiras obstétricas, adotaram estratégias de contestação à ordem social estabelecida, mediante a participação ativa no processo de criação da Casa de Parto.

1.2 Percorso Metodológico

Trata-se de um estudo histórico-social com abordagem qualitativa descritiva. A definição de um objeto social para esta pesquisa o torna, por consequência, um objeto histórico e, nesse sentido, a história oral temática se tornou uma alternativa para realizarmos este estudo, esperando que os acontecimentos investigados possam ir além do conhecimento de uma versão do passado, e que sejam capazes de gerar mudanças e revelar novos sentidos, pois, nesse método de investigação, as entrevistas gravadas se constituem em pistas para conhecer o passado que, na

história oral, são encontradas nos relatos surgidos *a posteriori* (ALBERTI, 2004).

Para Alberti (2004), essa metodologia é adequada quando as fontes de informações disponíveis não nos dão as respostas que buscamos para o estudo e a memória de indivíduos, vinculados pelas experiências vividas, pode revelá-las.

Diante disso, busquei conhecer as pessoas que participaram diretamente do processo de criação e implantação da Casa de Parto, o que se deu, inicialmente, por meio das resoluções da SMS/RJ, que instituíam grupos de trabalho para o processo de criação e implantação da Casa de Parto e, posteriormente, por meio dos contatos estabelecidos com essas e outras pessoas, que me indicavam a participação de outros agentes nesse processo. Elas deram-me, ainda, pistas para que chegasse aos relatos obtidos por Patrícia Jacques Fernandes na sua dissertação de mestrado, intitulada “Ato Médico, versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil”, e que se encontram no Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Imagem IOC (I) 11, e que passaram a compor o conjunto de relatos deste estudo. Assim, estabeleceram-se vinte e seis agentes preferenciais para este estudo.

O passo seguinte foi contatar o grupo selecionado, a fim de apresentar o projeto e verificar suas disponibilidades para nos fornecer seus relatos. Buscaram-se os contatos por meio de e-mail, telefonemas e pessoalmente (em poucas vezes), quando também eu apresentava o projeto de pesquisa e o roteiro de entrevista (APÊNDICE C), composto por vinte e uma perguntas abertas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), entregue a cada entrevistado antes do início da gravação da entrevista, era lido e assinado por ele, momento em que também autorizava, por escrito, a doação da entrevista ao Centro de Memória Professora Nalva Pereira Caldas da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Sendo um processo dialógico, a entrevista na história oral envolve pelo menos duas pessoas: o entrevistador, que neste estudo foi a própria pesquisadora (exceto nas entrevistas obtidas no Acervo da Casa de Oswaldo Cruz), e o entrevistado. A entrevista gravada na história oral é o que chamamos de documento oral, e se deriva da linguagem verbal expressada para esse fim, tornando-se uma fonte oral (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Para obter os relatos durante as entrevistas, utilizei como recurso de gravação um aparelho Digital Mp3 Player, específico para gravação e reprodução de som.

Ao início da gravação, a pesquisadora falava o número da entrevista, data, local e hora onde estava sendo realizada, e perguntava ao entrevistado se autorizava sua identificação no estudo.

O critério utilizado na determinação do número de depoimentos para esta pesquisa foi a repetição das respostas dos agentes, indicando o ponto de saturação das entrevistas, momento em que já não surgem mais dados novos para o estudo (TURATO, 2003).

Dessa forma, o estudo contou com dez depoimentos orais, obtidos pela pesquisadora, além dos três depoimentos dos médicos Aloísio Tibiriçá Miranda, Marcos Augusto Bastos Dias e Mauro Brandão Carneiro, obtidos no Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, totalizando treze depoimentos para o estudo. No quadro a seguir, são caracterizados os treze agentes da pesquisa.

Nome Profissão	Cargo ou Função na época de elaboração da Casa de Parto	Cargo ou Função na época da entrevista
Carla Lopes Porto Brasil médica	Coordenadora da Assistência Integral da SMS/RJ	Superintendente da Atenção Especializada da SMS/RJ
Louise Mara Santos da Silva enfermeira	Coordenadora do Centro de Treinamento Espaço Mulher e Assistente da Coordenação de Programas de Saúde da SMS/RJ	Coordenadora do Centro de Treinamento Espaço Mulher e Assistente da Assessoria de Informações em Saúde da SMS/RJ
Leila Gomes Ferreira de Azevedo enfermeira obstétrica	Enfermeira plantonista da maternidade Leila Diniz	Diretora da Casa de Parto David Capistrano Filho
Marco Antonio de Carvalho Esser enfermeiro	Assessor chefe da Assessoria de Planejamento de Recursos Humanos da SMS/RJ	Assessor chefe da Assessoria de Planejamento de Recursos Humanos da SMS/RJ
Ludugério Antonio da Silva Membro do Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1	Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1, Bangu	Presidente do Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1, Bangu
Diana do Prado Valladares antropóloga	Gerente do Programa de Saúde da Mulher da SMS/RJ	Coordenadora da coordenadoria de saúde da AP 2.1 da SMS/RJ
Kátia Maria Netto Ratto Médica	Coordenadora de Atendimento Integral de Saúde da SMS/RJ	Pesquisadora no Dpto. De Epidemiologia da Fundação Oswaldo Cruz
Maysa Ludovice Gomes enfermeira obstétrica	Chefe do Dpto. Enfermagem Materno- infantil da FENF/UERJ,	Prof. Assistente do Dpto. de Enfermagem Materno-infantil da FENF/UERJ
Heloísa Ferreira Lessa enfermeira obstétrica	Enfermeira Obstétrica	Enfermeira Obstétrica
Fábio Oliveira Bitencourt Filho arquiteto	Coordenador de Engenharia e Arquitetura da SMS/RJ	Vice-Presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento de Edifício Hospitalar
Aloísio Tibiriçá Miranda médico	Conselheiro do CREMERJ no CFM	Conselheiro do CFM
Marcos Augusto Bastos Dias médico	Gerente do Programa de Saúde da Mulher da SMS/RJ	Médico ginecologista-obstetra do Ministério da Saúde cedido ao Departamento de Obstetrícia do Instituto Fernandes Figueira
Mauro Brandão Carneiro médico	Membro da Comissão de Defesa pelo Ato Médico	Consultor do CFM e Conselheiro do CREMERJ

Quadro 1 – Identificação dos agentes participantes da pesquisa – Rio de Janeiro,
2008

Fonte: a autora, 2008

Com exceção do relato de Heloísa Lessa, que optou por fornecê-lo em sua residência, os demais foram obtidos no local de trabalho dos entrevistados, também

por opção destes.

Este trabalho utilizou como fontes primárias a documentação oral, obtida mediante as entrevistas, e documentos escritos, como legislações, decisões judiciais, projetos, atas e artigos (APÊNDICE A). Como fontes secundárias, utilizaram-se legislações, livros, artigos científicos, dissertações, teses e pesquisas.

Entendendo que, o produto das entrevistas deve resultar em documentos escritos (MEIHY; HOLANDA, 2007), os depoimentos orais foram transcritos pela autora da pesquisa e por colaboradores especializados nesse processo. Os documentos resultantes das transcrições foram encaminhados aos entrevistados para que estes pudessem anuir seu conteúdo, o que se constituiu como etapa de validação das fontes documentais utilizadas no estudo. Terminadas essas fases, iniciou-se a análise interpretativa do conteúdo das entrevistas.

No método da história oral, os relatos são pontos fundamentais das análises da pesquisa, servindo à verificação de aspectos não revelados, subjetivos e alternativos aos documentos escritos (ALBERTI, 2004).

A coletividade em história oral é o resultado das experiências individuais que se vinculam por meio de “pressupostos articuladores de construção de identidades decorrentes de suas memórias expressadas em termos comunitários”. Assim, o que caracteriza a memória coletiva é a repetição de certos fatores que emergem durante a análise do conjunto das entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2007, p.27)

Este estudo se baseou na trajetória sugerida por Gomes (2007) para realização da análise de conteúdo dos depoimentos, que ocorreu em três etapas.

Na primeira etapa, procedi a exaustivas leituras e releituras das entrevistas para conhecer mais profundamente o seu conjunto, deixando-me impregnar pelo conteúdo do material, o que também me possibilitou aprender suas particularidades.

Na segunda etapa, tomando os objetivos da pesquisa como norteadores, realizei a análise propriamente dita do material, e retirei dos textos fragmentos de falas, agrupando-os por temas. Após essa etapa, os grupos temáticos foram reagrupados, dando origem aos capítulos 2, 3 e 4 deste estudo.

Wolcott apud Gomes (2007) distingue as diferenças conceituais entre descrição, análise e interpretação. Para este autor, na descrição, os dados fornecidos pelos informantes são apresentados da forma mais fiel possível, como se os dados falassem por si; na análise, o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre partes que foram

decompostas; na interpretação, que vai além do descrito e analisado, buscam-se os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão.

Assim, à última etapa coube a construção e interpretação do texto de cada capítulo. Para isso, as falas retiradas das entrevistas foram colocadas em uma seqüência lógica, e articuladas aos conceitos teóricos da pesquisa, a textos, a estudos e às conclusões da própria autora da pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, estando registrada no Protocolo de Pesquisa nº213/07 (ANEXO A).

2 AS CIRCUNSTÂNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS PARA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO

Neste capítulo, são apresentadas e discutidas as circunstâncias históricas que envolveram a criação e implantação da Casa de Parto no município do Rio de Janeiro. Dentre elas, o Movimento Feminista, que surge como elo unificador e modelador do grupo de agentes que lutavam pela transformação do campo obstétrico no município do Rio de Janeiro, havendo interação de mulheres do Movimento Feminista tanto no nível federal como municipal, o que foi fundamental para que se infundisse a perspectiva do movimento nas instâncias políticas e nos serviços de saúde. Essa assertiva é confirmada pelas entrevistadas:

Dentro da secretaria municipal do Rio de Janeiro, durante muitos anos, tinha um grupo de mulheres feministas que sempre trabalharam com a causa da mulher, do atendimento à mulher (Leila Azevedo).

Diana do Prado Valladares, Gisele Israel¹⁴, que era sua assistente, eram pessoas do Movimento Feminista e traziam para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher toda uma possibilidade, todo um arejamento, falando de integralidade, de participação dessa mulher, sendo sujeito às escolhas. E isso, ambas [...] partilharam dessas idéias e dessas proposições políticas da assistência [...] (Carla Brasil).

[...] uma equipe de pessoas encabeçada pela Dra. [Maria] Cristina Boaretto¹⁵, que eram, coincidentemente ou não, feministas, e que tinham, nessa questão, obviamente da assistência à mulher, um olhar muito especial [...] E nós, como feministas, ficávamos extremamente incomodadas, porque estávamos ocupando agora um cargo de responsabilidade enorme e de poder, porque éramos gestoras¹⁶ daquela coisa. Como não fazer nada nesse sentido? Era quase uma coisa impossível. Para que estávamos ali se não fosse, inclusive, para isto? Para tentar mudar este quadro de assistência (Diana Valladares).

Embora não ocupassem, efetivamente, a função de gestoras da saúde, percebe-se a homologia feita entre seus cargos e o de secretário da saúde, o que pode estar relacionado à percepção de poder que estas mulheres tinham de seus cargos, ou mesmo, da influência que exerciam no nível central da saúde.

¹⁴ Atuou na Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED) do Ministério da Saúde e na SMS/RJ.

¹⁵ Médica Sanitarista, foi Superintendente de Saúde Coletiva da SMS/RJ durante a década de 1990 e no período de criação e implantação da Casa de Parto.

¹⁶ A Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), em seu capítulo quatro, caracteriza como gestores do SUS os Secretários de Saúde Municipais e Estaduais e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal, e, como gerentes os administradores de unidades ou órgãos da saúde pertencentes a umas dessas esferas políticas.

A inserção de feministas em todos os níveis da administração pública garantia uma rede de contato e de acesso social e político no campo da saúde, facilitando, inclusive, a articulação política entre os níveis de gestão, já que a ocupação desses espaços possibilitava o estabelecimento de alianças com agentes que ocupavam posições dominantes e, também, conferia-lhes capital social e simbólico, uma vez que o “espaço habitado (ou apropriado) funciona como uma espécie de simbolização espontânea do espaço social” (BOURDIEU, 2001^a, p.120). As falas a seguir ilustram essa afirmação:

[...] esse apoio que a gente tinha ao longo desse tempo todo da Gerência da Mulher do Ministério da Saúde que compartilhava perfeitamente dessa proposta e do Movimento Feminista. [...] estadual [...] tinha um apoio [...] a Tizuko¹⁷ era uma pessoa que na época apoiava do ponto de vista institucional nas reuniões, participava de todos os seminários que a gente fez. Tinha esse apoio institucional sim, operacional, não (Diana Valladares).

Quem estava no comando do governo [Programa da Mulher no Ministério da Saúde] era Janine Schirmer¹⁸, que é uma super-enfermeira obstetra. A gente tinha um apoio [...] (Heloisa Lessa).

Nesse sentido, a fala de Heloísa Lessa destaca a importância da posição estratégica ocupada pela enfermeira obstétrica Janine Schirmer no Ministério da Saúde; desde o final da década de 1990, ela ocupava o cargo de chefe do Serviço de Assistência à Mulher, na Área Técnica de Saúde da Mulher/Secretaria de Políticas Públicas do MS. Essa enfermeira, entre outras profissionais da área da saúde, teve participação vital no nível dos serviços e de suas organizações profissionais e políticas, infundindo nesses espaços a perspectiva do movimento feminista (ÁVILA; CORREIA, 1999).

Assim, o ganho simbólico da ocupação da enfermeira Janine nesse espaço é exemplar, no sentido de evidenciar que os agentes estão inseridos na estrutura e em posições dos espaços sociais que dependem do seu capital e cujas estratégias resultam, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições.

¹⁷ Tizuko Shiraiva foi assessora DAS-5 para coordenação do PAISMCA e representação da SES-RJ na área materno-infantil no período de 1998-2004.

¹⁸ Janine Schirmer é enfermeira obstétrica, docente da UNIFESP/EPM; é uma das autoras do Manual de Parto, Aborto e Puerpério do MS (2001).

Por outro lado, o trabalho simbólico de consagração para criar um grupo unido pode ser mais bem-sucedido se os agentes, sobre os quais ele se exerce, “se reconhecerem mutuamente e se reconhecerem em um mesmo projeto” (BOURDIEU, 1996, p.50-51).

Eu trabalhei com a Diana Valladares há vinte anos [...], naquele momento, a gente estava lendo o primeiro livro do Michel Odent juntas, e, ali, a gente já tinha um pouco esse pensamento da Casa de Parto. Eu acho que, na verdade, ela [Casa de Parto] tem quatro anos, mas está sendo gestada há uns dez anos (Heloísa Lessa).

[...] porque a gente já sabia, já tinha trabalhos escritos sobre a influência do ambiente hospitalar no desenvolvimento, no trabalho de parto e tudo mais. [...] o município contou com um grupo na gestão que trabalhou junto durante muitos anos, [...] era um grupo que tinha algumas feministas, e a gente já tinha uma idéia de Casa de Parto, porque uma parte desse grupo morava em Niterói, e Niterói já tinha uma Casa de Parto¹⁹, nós trabalhávamos com essas pessoas que fizeram a Casa de Parto em Niterói, então conhecíamos outras propostas de Casa de Parto pelo Brasil, como a de Ceres²⁰ [...] (Kátia Ratto).

[...] [a Casa de Parto foi baseada] nesses pressupostos que vêm do movimento feminista, que vêm com o do movimento de mulheres, respaldados pelos movimentos do Ministério, respaldados por pesquisas que são feitas fora do Brasil - Michel Odent, com outras figuras [...] (Louise Mara).

Além de Michel Odent, que trazia uma argumentação fortemente cientificista para naturalização do parto, outras figuras, desde a década de 1970, propunham, inclusive com trabalhos publicados, práticas consideradas importantes dentro do conceito de humanização da assistência ao processo de parturição, embora nessa época não se falasse em um movimento de humanização do parto. Podem ser destacados os de Galba de Araújo²¹ e Caldeyro-Barcia²² sobre a vantagem do parto vertical, o do médico Moysés Paciornick²³ sobre os benefícios do parto de cócoras, do contato precoce entre a mãe e o recém-nascido, da mamada imediata e do

¹⁹A Casa de Parto referida é a Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova em Niterói, RJ.

²⁰ O Hospital São Pio X localiza-se em Ceres – Goiás, e possuía uma proposta diferenciada na assistência ao parto, servindo de modelo para muitas a outras instituições. Tem sua história intimamente relacionada com os movimentos populares das décadas de 1970 e 1980, sendo uma referência no atendimento à população pobre da região.

²¹ José Galba de Araújo, médico que trabalhou com Ginecologia e Obstetrícia, foi defensor do parto natural, lutou para melhorar a qualidade do parto domiciliar junto com as parteiras de comunidades pobres. Em sua homenagem foi instituído o Prêmio Galba de Araújo para reconhecer estabelecimentos de saúde integrantes da rede do Sistema Único de Saúde - SUS que se destaquem no atendimento obstétrico e neonatal.

²² Roberto Caldeyro Barcia é médico e autor, com Hugo Sabatino e Peter M. Dunn, do livro “Parto Humanizado”, 1992.

²³ Moyses Parcionick é médico especialista em mastologia, ginecologia, obstetrícia e homeopatia e autor do livro “Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios”.

retardo do clampeamento do cordão umbilical (VALLADARES, 1999; DINIZ, 2005).

Mas é a partir do início da década de noventa que surge, efetivamente, um movimento pela humanização do parto e nascimento, e que se intensificaria com a criação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), em 1993. Apesar de ter sido criada em Campinas, essa rede reunia profissionais de saúde e de outros segmentos sociais oriundos de diversas partes do Brasil. Dentre as fundadoras da ReHuNa, apontados na Carta de Campinas²⁴, quatro eram do Rio de Janeiro, como Lúcia Maria Pires da Silva e Vânia de Freitas Maciel, da Casa de Parto Lua Nova Nove Luas, em Niterói; Maria de Lourdes da S. Teixeira, a Fadinha, do Instituto de Terapias Alternativas Aurora, local onde, em 1994, se realizou a primeira plenária da ReHuNa; e Solange Dacach, da Rede de Defesa da Espécie Humana. Além dessas, Lívia Martins Carneiro e Maria Ester Vilela do Hospital Pio X em Ceres, Goiás; Hugo Sabatino e William Alexandre de Oliveira, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Unicamp, Campinas; Lucia Caldeyro de Sabatino e Marisa Rodrigues, do Grupo de Parto Alternativo Unicamp, Campinas, entre outros oriundos de Minas Gerais, Pernambuco, Amazonas e Santa Catarina. Fica evidente a estreita relação desse movimento com segmentos da sociedade do Rio de Janeiro e com membros da equipe da SMS/RJ.

A presença de feministas na SMS/RJ parece também ter sido relevante para implementação de estratégias do PAISM. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Resolução nº SMS 427 de 27 de janeiro de 1993, criou o Centro de Treinamento em Atenção Integral a Saúde da Mulher – Espaço Mulher, com o objetivo de oferecer treinamento e capacitação aos profissionais de saúde, para desenvolverem ações no Programa de Saúde da Mulher na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, bem como nas redes de outros municípios do estado do Rio de Janeiro. Os depoimentos a seguir enfatizam que o grupo que trabalhava na SMS/RJ era coeso no sentido de pensar o processo de gestar e parir de forma humanizada:

Porque esse grupo que estava aqui [SMS/RJ] era envolvido com o movimento de mulheres, era um grupo feminista que estava aqui, então ele já tem essa coisa de repensar a saúde da mulher, repensar a questão de gestar, parir e nascer das mulheres do município do Rio de Janeiro. [...] elas já bebem dessa água mesmo antes de serem profissionais do município do Rio. Elas vêm de uma atividade já nessa área de militância [...] (Louise Mara).

²⁴ ANEXO G – Carta de Campinas, elaborada em 17 de outubro de 1993

[...] o grupo que estava coordenando a discussão da assistência materna no Município do Rio de Janeiro era um grupo muito voltado para essa questão da humanização da assistência materna (Fábio Bitencourt).

As concepções da humanização do parto e nascimento se constituíram em estímulo para que alguns agentes do campo político buscassem desenvolver estudos nessa área, adquirindo capital cultural institucionalizado, obtido por meio de títulos acadêmicos.

[...] não foi uma coisa tirada da cabeça de mulheres enlouquecidas, foram pessoas que estavam antenadas em toda uma discussão técnica [...] A gente procurou, primeiro, embasar todas essas escolhas com trabalhos científicos que comprovassem a eficácia de um conjunto de medidas pelas quais a gente estava optando. Nós tínhamos várias teses que foram desenvolvidas, mestrado, doutorado, vários trabalhos ligados. Eu estou falando da Escola de Saúde Pública, do IFF, das Universidades mesmo, da UERJ, teses de enfermeiros, teses de mestrado, doutorado. Várias dessas colegas tinham teses dessa área, mestrado, doutorado. A Maria [Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes] doutora, coordenadora hoje do curso do IFF. Kátia [Ratto] já tinha defesa de tese; Rosa Madeira, que era uma outra assistente da superintendente, também tem tese ligada à humanização, e a própria Cristina [Boaretto] que era superintendente à época [...] (Carla Brasil).

Estudo desenvolvido por Pereira et al. (2007 a) identificou 30 trabalhos, entre teses e dissertações, relacionados à humanização do parto e nascimento desenvolvidos, principalmente a partir da segunda metade da década de 1990, dos quais 9 foram realizados em cursos de pós-graduação no município do Rio de Janeiro, e destes, três eram de instituições acadêmicas de enfermagem.

Nesse sentido, a aquisição, na forma institucionalizada, de capital cultural, ao mesmo tempo em que serviu de acumulação simbólica para esses agentes, os respaldava a falar e a agir dentro desse campo.

[...] o cara pode ser mais radicalmente contra, mas quando você começa a trazer a verdade científica, não tem discussão, porque é ciência, é estudo, é randomizado. Você convence as pessoas (Helôisa Lessa).

Para contrapor ao modelo médico-hospitalocêntrico dentro do campo obstétrico, esses agentes recorreram ao campo científico, passando a adquirir estruturas objetivas desse campo, e isso aumentava seu capital específico. Porém, é apenas com a criação da Maternidade Leila Diniz²⁵ que se inicia a perspectiva de um atendimento humanizado e menos intervencionista no município do Rio de Janeiro, quando se considerou o ambiente e as práticas desmedicalizadas para assistir a

²⁵ A Maternidade Leila Diniz localizava-se em Curicica, Jacarepaguá, junto ao Hospital Rafael de Paula Souza. Foi inaugurada em 1994 e teve suas atividades encerradas em 2005. Em 2007, a SMS/RJ inaugurou uma outra maternidade, ao lado do Hospital Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, dando a esta também o nome Leila Diniz.

mulher, sendo essa a primeira maternidade a elaborar normas técnicas e a regulamentar os aspectos relativos ao acolhimento, humanização e autonomia da mulher na rede pública (BOARETTO, 2005). O depoimento seguinte expressa as expectativas inerentes ao atendimento da referida maternidade:

[...] nós já tínhamos imbuído esse pensamento de abrir [a Maternidade Leila Diniz] com um outro perfil [...] foi um pensamento inicial que ela fosse o mais parecido possível com uma casa (Kátia Ratto).

A nova forma de pensar o parto e nascimento e a experiência com a Maternidade Leila Diniz deram visibilidade ao trabalho da enfermeira obstétrica, embora, desde 1988, essas profissionais já atuassem nas salas de parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM), reconhecendo-se, naquele momento, a eficácia do seu trabalho para reduzir os índices de asfixia perinatal nessa organização de saúde (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003; SANTOS, 2006).

Eu não posso afirmar com certeza, mas eu acho que começa lá na Fernando Magalhães [a se pensar uma nova forma de parir], quando a enfermeira começa a entrar na sala de parto. Ela começa por aí. Inclusive, quando a equipe da Leila Diniz é capacitada, todos eles passam pela [Maternidade] Fernando Magalhães, por um pouco do olhar, pela prática. Então, eu acho que tudo isso serve de base pra se pensar a Casa [de Parto] (Louise Mara).

Com a arquitetura ajustada para a Maternidade Leila Diniz, houve a possibilidade de que, de forma inovadora, a mulher passasse a desfrutar da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, ao mesmo tempo em que podia gozar de privacidade. Vale a pena ressaltar que, apenas em 1998, esse privilégio das mulheres que tinham seus filhos na Maternidade Leila Diniz foi reconhecido como um direito legal da mulher e estendido a outras unidades de saúde do município (RIO DE JANEIRO, 1998b). Já no âmbito do SUS, esse direito foi normalizado em 2005, com a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), passando a complementar o texto da Lei 8.080/1990²⁶.

A Maternidade Leila Diniz foi considerada uma inovação dentro do campo obstétrico no município do Rio de Janeiro, momento em que as enfermeiras

²⁶ A Lei 8080/1990, que criou o SUS, teve acrescido em seu texto o Art. 19-J: Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Parágrafo 1º - O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

obstétricas passaram a reproduzir as novas concepções humanísticas para assistir a mulher durante o trabalho de parto e parto.

Essas profissionais passaram, a partir daquele momento, a ser consideradas agentes estratégicos para a implementação das atividades humanizadas (MOUTA, 2008).

[...] a gente construiu a [Maternidade] Leila [Diniz] e fomos vendo os resultados. A Leila passou a ter um trabalho com a enfermagem que se diferenciou. Num primeiro momento não se pensou na enfermagem como essa categoria que iria dar o diferencial, se pensou em trabalhar essa questão da humanização com os profissionais como um todo, com os médicos incluídos (Kátia Ratto).

Tanto na assistência dentro do IMMFM como na maternidade Leila Diniz, o *habitus* das enfermeiras reproduzia as estruturas incorporadas durante sua formação. Ao mesmo tempo, a inserção delas nesses campos e contato com as novas concepções de assistência à mulher e à criança atualizavam seu *habitus*.

Nesse sentido, a formação das enfermeiras, que é voltada para o cuidar, as orientava a adotar formas menos invasivas para assistir a mulher em processo de parturição e a demonstrar maior respeito pela autonomia da mulher, o que é considerado um capital eficiente para o campo da obstetrícia, embora, no discurso de agentes dominantes, isso seja percebido como uma condição da profissão, imprimindo um sentido de menos valia nesse capital, como é verbalizado nos depoimentos abaixo:

Porque na gênese da formação, acho que tinham duas coisas importantes: a própria limitação das intervenções [...], mas tinha, eu acho o mais precioso, o outro lado da questão: do cuidado. A possibilidade do cuidar que a enfermagem, acho, tem mais intensamente estimulada, que é a possibilidade do olhar diferenciado pra pessoas [...] (Carla Brasil).

[...]embora muitos [enfermeiros obstétricos] fossem muito intervencionistas, também, por outro lado, ela tinha as limitações naturais da sua profissão, ela não pode fazer cesárea. Nesse aspecto, eu acho que era mais fácil trabalhar a enfermagem (Kátia Ratto).

O cuidar da enfermeira obstétrica se baseia na compreensão de que o parto não é apenas um evento biológico, de que exige cuidados e não controle, de que a parturiente e seu bebê são protagonistas desse evento e devem gozar de um ambiente que promova sua privacidade e segurança (PROGIANTI; VARGENS, 2004). Isso porque a enfermagem, enquanto ciência e disciplina, se baseia em um metaparadigma formado por quatro conceitos: a pessoa, que pode representar um

indivíduo, uma família, uma comunidade ou toda a humanidade, sendo aquele que recebe o cuidado de enfermagem; a saúde, que representa um bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e pela enfermeira; o ambiente que pode representar os arredores imediatos, a comunidade ou o universo com tudo que contém e a enfermagem, que corresponde à ciência e à arte da disciplina (HICKMAN, 2000).

Assim, a trajetória percorrida pelas enfermeiras no campo da obstetrícia do município do Rio de Janeiro permitiu-lhes acumular capital específico desse campo, possibilitando a atualização de seu *habitus*, passando elas a ser percebidas como profissionais com práticas mais eficientes para promover a mudança do paradigma assistencial na área obstétrica e dar forma às instituições onde estão inseridas.

[...] a gente achava que, para um baixo risco, é o profissional, quer dizer, a gente caminhou pra ver isso, isso não estava dado pra mim, quando fui trabalhar na prefeitura em 91, mas em 2000, com certeza, já estava clarinho. Acho que em 97 já estava muito claro. [...] teve uma crise de mortes de bebê nas maternidades em 98 [...] a gente foi chamado no gabinete [do Secretário Municipal de Saúde], e perguntaram pra gente: 'O que vocês acham que a gente pode fazer para melhorar essa questão?' A gente falou: 'Tem que botar enfermagem na assistência ao parto' (Kátia Ratto).

Mediante as regulamentações do Ministério da Saúde para esse campo e o respaldo das orientações da OMS, a SMS/RJ buscou, em 1998, ampliar a atuação de enfermeiras obstétricas na sua rede de saúde, inserindo-as em outras maternidades do município. Diante dos índices de morte materna e neonatal, em 1998 a SMS/RJ criou, por meio da Resolução SMS nº 651 de 14 de maio de 1998 (RIO DE JANEIRO, 1998a), uma Comissão de Mortes Maternas, que identificou, entre outros problemas, a baixa cobertura assistencial na AP 3.3²⁷, sugerindo no relatório final que o trabalho das enfermeiras obstétricas fosse expandido para a assistência ao pré-natal e ao parto dos serviços municipais dessa área, que apresentava, naquela ocasião, maior volume de nascimento (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Havia uma intenção já, anterior a Casa de Parto, pra que os enfermeiros pudessem atuar como enfermeiros obstetras. Então, a secretaria já tinha esse projeto de ampliar a atuação de enfermeiros na obstetrícia (Marco Esser).

²⁷A AP 3.3 engloba os bairros de Vila Cosmos, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Osvaldo Cruz, Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna e Parque Colúmbia.

Entretanto, naquele momento, verificou-se que o quantitativo de enfermeiras obstétricas na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, e também no Brasil, não era suficiente para se ampliar a assistência prestada por essas profissionais. Esse fato pode ser considerado como reflexo da hegemonia do modelo medicalizado dentro do campo da obstetrícia, pois a falta de espaço dentro desse campo teria feito com que muitas enfermeiras deixassem de se interessar por essa especialização ou de atuar no campo obstétrico, levando muitas escolas e faculdades de enfermagem a fecharem os cursos de especialização na área de obstetrícia. Possivelmente, essa situação já era percebida em 1995, quando o Ministério da Saúde, ao publicar o Plano de Ação para a Mortalidade Materna (BRASIL, 1995), apresentou como estratégia comum aos três níveis de governo estimular a formação e atuação de enfermeiras obstétricas.

Assim, ao final da década de 1990, como medida para ampliar a participação de enfermeiras obstétricas na rede do SUS, o Ministério da Saúde financiou 55 cursos de especialização em enfermagem obstétrica nas faculdades e escolas de enfermagem de todo o país, capacitando 854 enfermeiros. No Rio de Janeiro, essa parceria foi realizada com a Faculdade de Enfermagem da UERJ, com a Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - e com a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense (UFF).

[...] nós já tínhamos uma parceria grande também com as universidades, que aí, eu destaco dois grupos importantes. Tanto UERJ, quanto o grupo da UFRJ, na questão da área obstétrica, tiveram um papel fundamental, e trabalhamos em conjunto, sim, desde então (Carla Brasil).

Nesse período, a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) reformulou seu currículo acadêmico e seu corpo docente e os enfermeiros (as) dos campos de estágio da faculdade foram capacitados em cursos e oficinas de trabalhos, fundamentados na Concepção Crítica da Educação, na construção coletiva de um currículo integrado e na metodologia da problematização, objetivando-se, com isso, formar enfermeiros (as) voltados para a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde na perspectiva de humanização e integralidade de ações (CORREIA et al, 2004; PENNA et al, 2006).

Naquele momento, o novo currículo acadêmico da FENF/UERJ, voltado para

concepções filosóficas que valorizam a dialética e transformação da realidade, colaborou para que o Departamento Materno-Infantil (DEMI) mudasse suas estratégias pedagógicas, rompendo com o modelo biomédico nas práticas docentes da enfermagem na atenção à mulher, a fim de desmedicalizar essa assistência (PROGIANTI; VARGENS, 2004).

Diante disso, os docentes do DEMI da FENF/UERJ buscaram substituir o modelo biomédico, atuando na desmedicalização dos docentes, do currículo e dos alunos.

Assim, quanto à desmedicalização das docentes, esta foi resultante do envolvimento destes profissionais com o pensamento do Movimento Feminista, da incorporação do gênero às suas práticas, da interpretação dos fenômenos relacionados à enfermagem e à mulher, aliado a um capital cultural adquirido numa história de lutas anteriores pela ocupação de posição e espaços no campo gineco-obstétrico, quando, então, também, o habitus das docentes eram atualizados.

Com relação à desmedicalização do currículo, a instituição começou a instrumentar as enfermeiras obstétricas para questionarem a hegemonia e o saber médico autoritário, visando estabelecer relações menos assimétricas nos campos de práticas e desenvolver práticas que dessem outras opções à clientela.

Por fim, para a desmedicalização dos alunos, as docentes buscaram redefinir conceitos e práticas assistenciais, implementar nos campos de estágio um paradigma baseado em práticas não médicas de assistência e fortalecer a identidade da enfermeira obstétrica por meio do conhecimento de sua história.

A FENF/UERJ/DEMI, com o seu pioneirismo nas discussões sobre a humanização do parto e nascimento, não podia se furtar da participação nos debates em voga na saúde da mulher, campo que vinha avançando tanto nos estudos teóricos como em suas práticas cotidianas. Essa é uma das funções da universidade, que essa faculdade tem cumprido, ampliando as redes de contato, tanto em relação ao debate quanto à abertura de seus espaços.

Nesse sentido, em 1999, docentes do DEMI promoveram o Fórum Permanente de Enfermeiras Obstétricas, criado em 1997, e que tinha, entre outros objetivos, produzir conhecimentos e propor estratégias de padrões mínimos da assistência de enfermagem à mulher. Esse fórum, que reuniu enfermeiras de maternidades do município do Rio de Janeiro e docentes do DEMI, com apoio da ABENFO-RJ, teve suas atividades interrompidas para que se realizasse o II

Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal - COBEON, ocorrido no Campus da UERJ, no período de 13 a 16 de julho de 1999 (PROGIANTI, 1999).

A partir desse momento, evidenciava-se, também, a posição privilegiada que os docentes do DEMI passaram a ocupar no espaço político da SMS/RJ.

Nesse momento, eles me convidaram pra promover, pra fazer mesmo uma parceria, e promover um treinamento. Que a idéia seria fazer um investimento pra que, no pré-natal da rede municipal de saúde e nas maternidades próprias da rede de saúde do município houvesse a participação da enfermagem obstétrica atendendo ao pré-natal de baixo risco e à gestação de baixo risco na atenção ao parto (Maysa Luduvicé).

Desse modo, é possível afirmar que a mudança do currículo da FENF/UERJ e as estratégias pedagógicas que o DEMI passou a adotar no ensino da enfermagem obstétrica e ginecológica, bem como as reflexões que promovia nos seus espaços sobre as práticas diárias da enfermagem obstétrica, correspondiam aos interesses do MS e da SMS/RJ para essa área. Não obstante, as mudanças curriculares promovidas pela FENF/UERJ reforçam a idéia de que enfermeiras envolvidas no processo de formação profissional reconheceram que os diversos campos são lugares de relações de força que implicam tendências imanentes e probabilidades objetivas, onde o domínio de conhecimentos desse campo funciona como arma simbólica na luta pela reconversão da estrutura dominante do campo (BOURDIEU, 2004).

Com respeito às intervenções do Ministério da Saúde no campo obstétrico, é possível inferir que a vontade política de um Ministro não médico, favorável à transformação do campo, tornou-se um ganho para as enfermeiras obstétricas, com aquisição de capital político.

[...] as ações de treinamento das enfermeiras obstétricas com recursos do próprio Ministério da Saúde, seja formando enfermeiras, seja pelo investimento [...], eles reconheceram e fizeram o pagamento do parto feito por enfermeiro obstetra, o Ministério da Saúde tem uma política clara nesse sentido, uma reação da sociedade a medicalização excessiva do parto [...] (Marcos Dias).

[...] eu acho que é uma virada na história super importante [...] ali a gente [enfermeiras obstétricas] começou a ter apoio político para poder realmente modificar. Eu acho que tem uma questão importante que é o Ministério na mão, no comando de alguém que não era médico. E, aí, a gente fala do [Ministro da Saúde José] Serra (Heloísa Lessa).

As falas de Leila Azevedo e Maysa Luduvicé dão uma pista: era necessário investir nas enfermeiras obstétricas para avançar na política de humanização, ou

melhor, no projeto das Casas de Parto.

[...] tivemos o [José] Serra, e no governo dele nós tivemos muito apoio, nós como enfermeiras obstétricas [...] os cursos de capacitação, tentando capacitar cada vez mais enfermeiros obstétricos, na visão de que seria necessário você ter um quantitativo para estar abarcando maternidades e Casas de Parto (Leila Azevedo).

Era mais ou menos em 1999, nesse meio tempo, final do período de 1998, que coincide um pouco com a regulamentação pelo [José] Serra, na época da AIH, dando autorização à enfermeira para fazer, para ser responsável tanto pela internação quanto pela atenção ao parto. Nesse mesmo momento, tinha a discussão, que era uma discussão um pouco nacional, de investimento nas questões da diminuição de cesáreas. Entre várias propostas, uma proposta era investir na enfermagem obstétrica, na atenção de baixo risco, na criação de Casas de Parto (Maysa Ludovice).

A partir desse momento, o governo realizou articulações políticas para desenvolvimento de ações e de investimentos eficientes no campo obstétrico que, nesse sentido, estão relacionados à melhor alocação dos recursos disponíveis, levando-se em consideração a segurança, a eficácia e efetividade das intervenções avaliadas.

[...] eu fui a convite da secretaria, junto com a Diana [Valladares] e com Marcos Dias, na época diretor da Leila Diniz, a São Paulo, no Fórum que aconteceu na Escola de Enfermagem de São Paulo, na USP, com David Capistrano Filho pelo Ministério da Saúde, apontando um intercâmbio entre Japão e Brasil com a JAICA²⁸, a Ruth Osava²⁹, sendo a pessoa que já estava à frente da formulação da primeira Casa de Parto, da concretização dessa política através dessa Casa de Parto, e o Adib Jatene³⁰, que na época, foi dentro desse projeto que ele fez essa defesa, e a Casa de Parto lá, em São Paulo, surgiu naquela rede, dentro do projeto QUALIS³¹. Então, nós fomos discutir, nesse dia, a proposta que ali se estabelecesse a regulamentação da Casa de Parto (Maysa Ludovice).

A participação de pessoas do nível central da SMS/RJ e de uma das docentes da FENF/UERJ na articulação para construção do projeto das Casas de Parto levamos a acreditar que a SMS/RJ já vinha pensando em investir nesse modelo de organização de saúde.

²⁸ Agência de Cooperação Internacional Japonesa (JICA), que em meados da década de 90, em atuação conjunta com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, promoveu o Seminário sobre a Assistência ao Parto e Nascimento. No início desta década, firmou convênio com o Ministério da Saúde, financiando cursos para enfermeiras obstétricas no Japão.

²⁹ Ruth Hitomi Osava é enfermeira obstétrica e diretora da Casa de Parto de Sapopemba, SP.

³⁰ Adib Jatene é médico, foi diretor do Incor até 1999 e Ministro da Saúde em 1992, durante o governo do Presidente Fernando Collor de Melo, e 1995-1996, durante o primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso. É considerado o "pai" da CPFM.

³¹ O Projeto Qualis foi implantado em 2000, pela Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, objetivando apoiar financeiramente os municípios com menor IDH no estado que optassem pela Estratégia de Saúde da Família.

[...] no ano de 2000 [...] o doutor David Capistrano foi trabalhar no Ministério da Saúde, ou foi em 98, em torno desse ano. Quando [José] Serra sai ministro, ele foi ser assessor, e ele já tinha experiência da Casa de Parto em Sapopemba, que era ligada ao Programa de Saúde da Família lá em São Paulo, e o David era dessa coordenação [do] [...] projeto [...] que era ligado ao Adib Jatene, do Incor. O David já foi com essa idéia pra o Ministério, de propor abrir Casa de Parto pelo Brasil inteiro (Kátia Ratto).

Nesse sentido, cabe destacar as alianças que têm sido estabelecidas entre as enfermeiras e os sanitaristas na mudança do modelo medicalizado de assistência à saúde da mulher para um modelo desmedicalizado, integral e humanizado, que se adequava às diretrizes do SUS.

Então, em 12 de julho de 1999, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 888, instituiu o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo no SUS, nomeando para sua coordenação e supervisão o Dr. David Capistrano da Costa Filho. Em 5 de agosto de 1999, o Ministério da Saúde criava e regulamentava os Centros de Partos Normal (Casa de Parto) pela Portaria GM nº 985. A proximidade entre as datas de criação dessas portarias evidencia que o Projeto de Casas de Parto já se encontrava, se não pronto, em vias de finalização dentro do Ministério da Saúde. Estes agentes assim expressaram a regulamentação dos Centros de Parto Normal:

A partir desse bojo [regulamentação] é que começamos a discutir como seria a Casa de Parto do Rio de Janeiro. Fizemos um projeto [...] naquele momento nós começamos a discutir como seria, a deslumbrar a possibilidade da Casa de Parto no Rio (Maysa Ludovice).

Baseada nessa proposta [do Ministério da Saúde], a gente desenhou como é que a gente acreditava que deveria ser essa Casa de Parto, com a enfermagem obstétrica, esse era um ponto fundamental (Carla Brasil).

[...] de uma certa maneira, a legislação do Ministério sobre Casa de Parto foi fundamental [...] foi fundamental pra que a gente pudesse estar fazendo esse contraponto, se não a gente estaria também sem nenhum anteparo pra estar assegurando as decisões (Marcos Dias).

Nessa ocasião, era secretário do Município do Rio de Janeiro o médico Ronaldo Luiz Gazolla, que ficou à frente da SMS/RJ durante toda a década de 1990, assumindo a gestão ao final do mandato do prefeito Marcello Nunes de Alencar, em 1991, permanecendo no cargo durante os mandatos dos prefeitos César Epitácio Maia (1993-1996) e Luiz Paulo Fernandez Conde (1997-2000), o que denota ter sido possuidor de significativo capital social e político. Desde essa época, algumas pessoas que tiveram cargos de gerência na SMS/RJ no período de criação e

implantação da Casa de Parto, como Kátia Maria de Ratto, Maria Cristina Boaretto, Diana do Prado Valladares, Gisele Israel e Carla Brasil já faziam parte da sua equipe. E Kátia Ratto assim revela:

[...] o Gazolla [Secretário Municipal de Saúde Ronaldo Luiz Gazolla] era uma pessoa muito respeitada, muito ouvida, então o David [Capistrano Filho] chegou e marcou com ele. Nós fomos chamados - tudo que era técnica, Gazolla chamava a área técnica envolvida - então a gente foi, e quando David falou, os olhinhos ficaram assim, brilhando, nós todas [gerentes da SMS/RJ]. 'Vamos fazer e pronto!' [...] Quando o Ministro veio com a proposta: 'Está bom, vamos fazer três [Casas de Parto]. Vamos começar com três' [...] porque para nós, ter esse guarda-chuva do Ministério era uma coisa muito favorável, o Ministério estava puxando. Então, quem vai dizer não para o Ministério? [...] tinha uma dificuldade grande aqui [Rio de Janeiro] com o nosso Conselho de Medicina. Já com a [Maternidade] Leila Diniz tinha tido alguns embates, e a gente, sendo do Rio de Janeiro, acho que a gente não teve muita coragem de fazer isso sem ter uma coisa puxada (Kátia Ratto).

Em 2000, César Maia foi eleito novamente para o cargo de prefeito e, nesse momento, Ronaldo César Coelho³² assumiu a gestão da SMS/RJ, dando continuidade à construção da Casa de Parto.

Eu sei que quem foi o grande defensor, foi o Ronaldo César Coelho [Secretário de Saúde do Município], o cara se encantou com a proposta. Aí, vem a própria história pessoal. Parece que ele tem alguém na família que nasceu de parteira [...] De alguma maneira a gente teve uma pessoa ali que se encantou com a proposta (Heloísa Lessa).

Segundo a regulamentação dos Centros de Parto Normal, para que pudessem pleitear o financiamento de Casas de Parto, as Secretarias de Saúde dos Municípios ou dos Estados tinham de encaminhar ao Ministério da Saúde as propostas para implantação dessas unidades (BRASIL, 1999b). Mediante essa exigência, entre 1999 e 2000, a SMS/RJ elaborou o PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE CENTROS DE PARTO NORMAL PARA A CIDADE DO RIO DE JANEIRO (ANEXO B).

Nesse momento, pode-se destacar a posição estratégica da enfermeira Roseni Pinheiro³³, viabilizando alianças com agentes que desfrutavam de prestígio e poder dentro dos espaços políticos, o que conferia capital social e simbólico às enfermeiras, mas, também, à própria Faculdade de Enfermagem da UERJ:

³² A gestão da SMS/RJ iniciou com Sérgio Arouca, que permanece nesse cargo de janeiro a maio de 2001. Com sua saída, assume o cargo Ronaldo César Coelho, permanecendo após a reeleição de César Maia em 2004.

³³ Roseni Pinheiro é enfermeira, graduada pela Faculdade de Enfermagem da UERJ e pós-graduada em Saúde Coletiva pela UERJ. Nesse período, era Membro do Grupo de Coordenação do Subprojeto Experiências Inovadoras no SUS - MS-SA

David vinha muito ao Rio. E ele ia se reunir com a gente, acho que, na época, era final de tarde sempre, era ele e Roseni [Pinheiro], que é da UERJ. Vinha aquela dupla, e a gente ficava discutindo e melhorando o projeto até que a gente fechou tudo (Kátia Ratto).

No documento do projeto, a SMS/RJ propôs que fossem criados três Centros de Parto Normal que funcionariam em articulação com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); estabelecia, ainda, que o treinamento das enfermeiras obstétricas fosse de responsabilidade conjunta da SMS/RJ e da Faculdade de Enfermagem da UERJ, que também seria responsável por realizar a supervisão permanente da Casa de Parto, juntamente com Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ e com a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas e Neonatais (ABENFO).

Além da normalização do campo obstétrico, aproximadamente um ano após a Portaria de criação dos centros de parto normal - em 30 de junho de 2000 - o Ministério da Saúde e a SMS/RJ firmaram um convênio de apoio financeiro ao projeto de construção dos centros de parto normal no valor de R\$739.818,00 (setecentos e trinta e nove mil oitocentos e dezoito reais) (ANEXO C).

Esse aporte financeiro, bem como as legislações do Ministério da Saúde respaldando as ações dentro do campo obstétrico, é entendido como forma de regulação, ou seja, uma intervenção estatal que busca corrigir “falhas do mercado” (grifo do autor) utilizando-se de instrumentos de incentivos financeiros, de comando e controle. Na saúde, a regulação é considerada como uma “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde” (SANTOS; MERHY, 2006, p.27).

Com relação ao processo regulatório, há dois níveis. A macrorregulação, que são mecanismos mais estratégicos da regulação, como definições orçamentárias, política de recursos humanos, estabelecimento de planos estratégicos, entre outros, e que era realizada pelo Ministério da Saúde, e a microrregulação, ou seja, a operacionalização do sistema que, com relação à Casa de Parto, foi implementada pela SMS/RJ (SANTOS; MERHY, 2006).

Para operacionalizar o projeto da Casa de Parto, a equipe da SMS/RJ levou em consideração, entre outros fatores, os indicadores de saúde do município. Em 2000, a AP 5.1 apresentava uma proporção de 80 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, sendo essa a maior proporção encontrada entre as dez AP do

município. Nesse sentido, alguns detalhes são revelados:

[...] a proposta, ela surge na medida em que eles, a própria secretaria, um grupo da secretaria, estudam a mortalidade, a morbimortalidade materno-infantil, e constata que esses índices estavam muito ruins [...] eles começam a perceber que alguma coisa deveria ser feita pra que se mudasse esse cenário. [...] a partir desses estudos surge a idéia da criação de uma Casa de Parto [...] (Leila Azevedo).

Tinha e tem na AP 5.1 uma maternidade conveniada com nome Santa Helena, e essa maternidade é que dava sustentação, praticamente, a toda Zona Oeste. [...] houve muitos problemas de óbitos no parto, e a gente estava tentando fazer com que tivesse aqui na área uma grande maternidade, mas surgiu a Casa de Parto: pra nós a Casa de Parto ia dar um grande suporte a essa situação. [...] a maternidade Santa Helena [...] devido ao não cumprimento das normas legais que ela tinha que cumprir, acabou o convênio dela com o SUS, e a população ficou sem opção aqui para uma maternidade (Sr. Silva).

O artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2008) e o artigo 7º da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), que regula as ações e serviços de saúde no país, estabelecem como uma das diretrizes e princípios do SUS, a participação da comunidade na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde, o que deve ocorrer por meio da participação dos usuários nas instâncias colegiadas do SUS, sendo estas as Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde³⁴ Ao que se refere ao processo de implantação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro, os Conselhos Distritais tiveram expressiva participação.

[...] a primeira Casa [de Parto], ela tinha uma demanda do pessoal lá da área de Sepetiba, se eu não me engano. A própria comunidade estava brigando pra que a primeira fosse lá e não em Realengo, porque eles queriam - isso era legal -, porque já tinha a população de lá brigando para isso. Chegaram cartas, chegaram pedidos aqui (SMS/RJ), querendo (Louise Mara).

[...] Bangu sempre teve uma atuação intensa [...] E eles eram muito atuantes, decidiam muito dentro do espaço lá da gente, da secretaria. [...] a área lá evidenciava muito cada proposta dessa. Não tinha um caráter impositivo, tinha um caráter de demonstrar que era uma novidade - naturalmente há em princípio uma resistência à novidade (Fábio Bitencourt).

[...] eles acabaram, todos os dez Conselhos, concordando comigo e com o Conselho [Distrital de Saúde] que fosse na AP 5.1 e que, posteriormente, eles continuariam lutando para que eles também tivessem [uma Casa de Parto]. Mas concordaram que o início dela fosse na AP 5.1. Até porque eles achavam, eles mesmos achavam, que foi a gente que mais lutou por essa coisa, então [...] devia ser contemplado na AP 5.1. [...] Esse é o motivo dela estar na AP 5.1, nós pedimos [a Casa de Parto] [...] e nós tínhamos esse terreno. Porque, na época, o Governo Federal disse que [tinha que ter de] imediato um terreno de fácil localidade, livre e público e do município. Então, o próprio secretário de saúde, Ronaldo Luiz Gazolla, disse: 'Aquele espaço lá, se vocês apontarem como local da Casa de Parto, que é do município, será lá' [...] (Sr. Silva).

³⁴ Cada AP possui um Conselho Distrital de Saúde, totalizando dez Conselhos de Saúde, com representação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

[...] como a sociedade local correu atrás para conseguir [o terreno], porque o Ministério da Saúde daria a verba para comprar o terreno, mas a sociedade local tinha que se disponibilizar a achar um terreno que pudesse ser criada a Casa [de Parto], construída. Me parece que a história foi esta, Realengo conseguiu na frente um terreno (Leila Azevedo).

Entretanto, naquele momento, apesar da solicitação de outras AP para que fossem implantadas Casas de Parto em suas áreas, a SMS/RJ considerou as especificações da distância entre a Casa de Parto e a maternidade de referência e a rede de serviços para apoio à Casa de Parto. Os depoimentos abaixo elucidam essa preocupação:

[...]essa escolha de Bangu, é porque tinha coordenação de área, tinha a enfermeira Maria Luiza, que também era uma enfermeira. A coordenação de área próxima, [...] ela é da área da 5.1, é considerada a área de Bangu, então ela aderiu, ela tinha aderido à proposta [...] (Carla Brasil).

[...] a portaria [nº985] fala de uma hora de distância, lá tem 7 minutos [distância entre a Casa de Parto e a maternidade de referência]. Porque ali, [Realengo] o trânsito não é tão ruim, por mais que demore. Tanto que a gente não quis fazer: tinha um terreno lá em Santa Cruz, mas ia ter que passar por Grota Funda pra chegar na Leila Diniz, e aquilo ali é uma interrogação. Até daria, pelos critérios da portaria, mas a nossa preocupação é de que qualquer engarrafamentozinho ia ser um problema. Mas ali não, ali é super fácil (Kátia Ratto).

Em decorrência do poder médico no campo hospitalar, e visando garantir uma assistência desmedicalizada ao parto, era intenção da SMS/RJ que a Casa de Parto fosse uma unidade extra-hospitalar:

[...] na época, a gente meio que fincou o pé de ser extra-hospitalar. A gente preferia que fosse extra-hospitalar para não ficar sob o jugo [...] (Kátia Ratto).

Com isso, é possível afirmar que as condições históricas e os estímulos conjunturais dentro do campo obstétrico foram determinantes para que as disposições incorporadas (*habitus*) pelas enfermeiras fossem colocadas em prática. Assim, suas ações, comportamentos, escolhas ou aspirações podem ser considerados como produto entre de seu *habitus* e das pressões e estímulos da conjuntura do campo da obstetrícia naquele momento.

[...] acho que foi uma relação que ambas as partes aproveitaram. A secretaria, no sentido de que: 'Poxa, esse profissional, se ele bancar, a gente vai estar conseguindo'. E a gente: 'Ah, que bom, é a secretaria, ela vai nos garantir, então a gente vai' (Leila Azevedo).

A lógica do campo obstétrico hospitalar e os interesses específicos que se geraram nele predispueram uma fração dos médicos envolvidos nesse campo (dominantes) que, naquele momento, ocupavam posições políticas estratégicas, a oferecer instrumentos de ruptura das representações sociais e mentais do campo às enfermeiras obstétricas (dominados) para que estas pudessem, então, exprimir seu ponto de vista e suas práticas. Porém, é percebido que se manteve uma hierarquização das espécies de capital, garantindo os limites das homologias de posições, pois quem ocupa posições de dominação no espaço social tende a ocupar essas posições nos campos de produções culturais, como exemplifica o depoimento a seguir:

Foi fundamental ter o Marcos [Dias]; sem o Marcos a gente não teria avançado de jeito nenhum, porque, assim, ele era o nosso respaldo técnico nos embates, porque ia ficar a palavra do profissional da enfermagem, que eram das nossas amigas professoras da UERJ, contra os da medicina, e não dava. Tinha que ter alguém ... E a ReHuNa, os participantes da ReHuNa, principalmente na figura do João Batista, que foi fundamental, todos os outros médicos que são da ReHuNa, as enfermeiras também, mas eu digo assim, no embate, era importante ter os médicos, na hora de ir para o Ministério Público e ele falar, e ele mostrar por A mais B na nossa procuradoria também. Nós médicos, eu e ele, falávamos que era por aí, que o caminho era esse, que o mundo inteiro era assim... Foi super importante (Kátia Ratto).

A estratégia de estabelecer alianças com médicos que usufruíam posições de poder e prestígio no campo da saúde é emblemática, no sentido de evidenciar a influência do capital social das enfermeiras, ou seja, os contatos profissionais que lhes permitiram a aquisição de benefícios materiais e simbólicos no processo de implantação da Casa de Parto. Não obstante, evidencia, também, um dos efeitos da violência simbólica, mediante a transfiguração das relações de dominação através do reconhecimento da necessidade de estabelecer alianças com médicos, tendo em vista sua posição dominante no campo, no que diz respeito ao campo hospitalar.

Dentro dessa visão, Bourdieu (1990) apresenta uma interação que reforça a dominação, ou melhor, a estrutura de dominação, embora nesse caso busque-se negar as distâncias sociais. Trata-se das estratégias de condescendência, por meio das quais agentes que ocupam posições privilegiadas em um espaço social negam simbolicamente as diferenças sociais, que, nem por isso, deixam de existir, garantindo as vantagens do reconhecimento concedido.

Em nenhum momento [foi] considerado que aquilo não seria gestado, que não pela área de enfermagem. Especificamente, esta era a condição *sine qua non*. [...] embora toda a concepção tivesse profissionais diversos envolvidos neste processo, médicos, sanitaristas especialistas em saúde pública, enfermeiros e pessoas diversas [...] (Fábio Bitencourt).

Assim, por meio do Decreto Municipal nº 22.116 de 7 de outubro de 2002 (ANEXO D), assinado pelo Prefeito do Rio de Janeiro, César Maia, foi criada a Casa de Parto David Capistrano Filho, nome dado em homenagem, ao “médico renomado e um entusiasta na implantação das Casas de Parto, que não poupou esforços em assessorar a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro na elaboração de seu projeto” (RIO DE JANEIRO, 2002). Porém, tal homenagem, ao tempo em que expressa o reconhecimento da luta de David Capistrano Filho pela institucionalização da Casa de Parto em estudo, também evoca a figura de um homem e médico como denominação de um lugar que se constitui um *locus* eminentemente feminino em que atuam mulheres inseridas em uma profissão essencialmente feminina.

3 AS ESTRATÉGIAS DE LUTA PARA IMPLANTAÇÃO DA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO

Neste capítulo são discutidas as estratégias para implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho a partir das estratégias de lutas dos agentes que, numa relação de forças internas e externas ao campo da obstetrícia, desejavam fazer prevalecer suas visões de mundo.

As lutas dentro do campo obstétrico se intensificaram no Rio de Janeiro quando a criação da Casa de Parto passou a ser um fato, sendo percebido pela classe médica como uma ameaça ao seu poder dentro desse campo. Diante disso, essa categoria profissional passou a fazer uso de estratégias que lhes permitissem conservar suas posições. A depoente abaixo cita algumas dessas estratégias:

Já, diante de tudo que a gente publicou, grupos de trabalho e tudo mais, eles [associações da classe médica] ficaram de orelha em pé e começaram a acionar os Conselhos nas áreas programáticas, os Conselhos Distritais [...]. O Conselho de Medicina nunca procurou nenhum Conselho Distrital, até então [...] (Kátia Ratto).

Naquele momento, as associações da classe médica, entendendo a relevância da posição dos Conselhos Distritais de Saúde nas decisões políticas, buscaram cooptá-los para a luta de não abertura de Casas de Parto, valendo-se de seu poder simbólico para influenciar essa instância política.

Com isso, as associações de classe médica, orientadas pelo habitus próprio dessa classe de agentes, que estrutura tanto a sua percepção sobre o mundo como a ação nesse campo, passaram a argumentar que a ausência de instrumental tecnológico e de profissional médico em uma unidade de saúde estava relacionada a investimentos de baixo custo, já que estava sendo implantado em uma área com população de menor poder aquisitivo. Isso pode ser percebido nas falas a seguir:

Uma equipe de saúde segregatória, excluindo o médico, porque torna a assistência mais cara. E torna mesmo, porque o médico faz diagnóstico, pede mais exames, quando ele tem que intervir. Quando a saúde está em risco, todo gasto é pouco (Mauro Brandão).

[...] os Conselhos Distritais, eles já estavam com a cabeça voltada que aquilo era uma coisa pra atendimento pra pobre, e era o que o CRM falava, que era pra pobre, porque não tinha médico, e que era uma coisa de menos valia, uma proposta pra economizar (Kátia Ratto).

[...] montar um centro de parteiros fazendo parto. [...] Será que é aplicação do Banco Mundial a baixo custo? Pra pobre? Bota a enfermeira que serve! Por que não bota lá em Ipanema? Foi botar lá pra pobre. Lá não sei onde! (Aloísio Tibiriçá)

Fica evidente, a associação que a classe médica e, também, a própria sociedade, faz entre os serviços e ações no nível de atenção primária à saúde - onde está inserida a Casa de Parto - e investimentos de baixo custo. Isso porque, esse nível de atenção à saúde utiliza tecnologias de baixa densidade, embora de elevada complexidade, já que requer o conhecimento de diversas ciências.

Nesse sentido, as categorias de classificação, – baixo e alto custo; enfermeira e médico (homem e mulher); Realengo e Ipanema – aplicadas no discurso dessa classe de agentes, têm visado à desqualificação da assistência prestada por esse modelo de organização de saúde e, conseqüentemente, do trabalho da enfermeira obstétrica, já que, simbolicamente, o que se relaciona à Casa de Parto goza de menor prestígio para sociedade.

Essas categorias evocam poderosas marcas de posição social relativas ao capital econômico no que diz respeito ao espaço físico habitado ou apropriado pelos agentes. Nesse sentido, a enfermeira encarna os atributos de um agente cujas disposições lhe permitem atuar no processo de parturição daquelas cujo capital econômico não lhes dá acesso à assistência médica, representada por um capital científico e cultural próprios dos espaços onde se concentram as necessidades complexas. A fala do médico Marcos Dias confirma a percepção de que o valor atribuído ao trabalho do médico está relacionado ao uso e domínio das tecnologias.

[...] na Casa de Parto não tem nada que o médico possa fazer e que o enfermeiro não possa. A gente não tem cesárea, não tem nenhuma tecnologia que o médico pudesse utilizar e que o enfermeiro que está lá não vá utilizar. Então, não tem justificativa para um médico ficar lá. Se quiser transformar uma Casa de Parto numa maternidade, ela não presta. Porque ela não tem estrutura de uma maternidade, ela tem estrutura de uma casa. [...] a idéia é que a gente possa ter essa filosofia da Casa de Parto, esse modelo concomitante com o modelo hospitalar, concomitante com o modelo de risco (Marcos Dias).

Cabe lembrar que a implantação da Casa de Parto em Realengo cumpre diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) - a hierarquização dos serviços, a integralidade e a equidade da assistência - já que essa região do município tinha menor capacidade de assistência obstétrica, o que também foi motivo da implantação da maternidade Leila Diniz na Zona Oeste da cidade (VALLADARES, 1999).

Com isso, uma das primeiras estratégias adotadas para implantação da Casa

de Parto David Capistrano Filho foi conquistar as pessoas para esta proposta singular no município: desconstruir o modelo hegemônico de assistência, tanto no que se referia ao ambiente de nascimento como às práticas assistenciais. Os depoimentos abaixo refletem as lutas no sentido de dar visibilidade à Casa de Parto como um espaço de assistência humanizada, prestada por profissionais altamente qualificados.

[...] Precisava ganhar as pessoas para uma idéia, que era uma idéia contra-hegemônica [...] acho que essas relações, que precisavam ser mais trabalhadas, deram bastante trabalho (Maysa Luduvíce).

Na própria arquitetura, até a gente conquistar... No início, quem fez a planta foram duas estagiárias, e depois que eles foram vendo a dimensão das coisas, foram mudando de mãos, passando para os arquitetos (Kátia Ratto).

Sobre isso, Fábio Bitencourt comenta:

Eu também trago as mesmas resistências e preocupações que têm outros tantos profissionais. [...] E aí, eu acho que tem um grande mérito do secretário Ronaldo Gazolla, que era fazer com que esta multidisciplinariedade se encontrasse, no sentido de que esta interligação fosse feita muito olho no olho. Nós nos reuníamos numa mesa redonda com quarenta, cinquenta pessoas. E aí, as exposições, por mais transversais, ou por mais distantes que elas pudessem estar de você, ela sempre alertava, acendia um sinal de que era preciso refletir um pouco sobre aquilo [o modelo assistencial proposto com a Casa de Parto] [...] Eu diria, que se não fosse alguém [arquitetos] que tivesse compreendido isso, e que fosse integrado na equipe, teria uma facilidade de inviabilizar [a implantação da Casa de Parto], pra não fazer acontecer.

Nessa época, diante das estratégias adotadas pelo CREMERJ, os agentes envolvidos com a criação e implantação da Casa de Parto perceberam a necessidade de ampliar as discussões sobre o modelo assistencial que se buscava implementar, abrindo-a para a sociedade de forma geral, mas especialmente para a comunidade onde seria implantada a Casa de Parto. Essa situação pode ser observada nos depoimentos a seguir:

[...] tivemos contato, vários contatos com a associação de moradores, com o Conselho Distrital e com a sociedade civil em geral, no sentido de explicitar a proposta, na medida em que não havia, não há, nenhuma outra Casa de Parto aqui no Rio de Janeiro, e isso causou e causaria um estranhamento da população (Leila Azevedo).

[...] houve algumas reuniões, e lembro especificamente de uma com o Conselho Distrital, CREMERJ, COREN, Associação de Mulheres, houve mais umas instituições, ABENFO, REHUNA, no Cassino Bangu, para discutir a Casa de Parto. Nesse sentido, a gente viajou bastante por aquela área (Louise Mara).

Isso porque:

O conhecimento do mundo social e, mais precisamente as categorias que o tornam possível, são o que está, por excelência, em jogo na luta política, luta ao mesmo tempo teórica e prática pelo poder de conservar ou de transformar o mundo social conservando ou transformando as categorias de percepção desse mundo (BOURDIEU, 1998; p.142).

Os esquemas de percepções do mundo social comportam incertezas que se oferecem como objeto de disputa à ação daqueles que desejam conservar ou transformar o mundo social ou campo (BOURDIEU, 1998).

Nesse sentido, Kátia Ratto revela:

[...] a gente viu que tinha que trabalhar com a comunidade também, esclarecer o que era a Casa de Parto, mostrar para as mulheres. E as meninas que já estavam com isso, a Leila [Azevedo], Edymara [Tatagiba Medina]³⁵, [...] junto com a Maria Luiza [de Oliveira e Castro]³⁶, foram às comunidades do entorno esclarecer o que era, discutir com as mulheres, as creches, em tudo que era lugar elas foram, e isso foi de fundamental importância.

Como os resultados de lutas externas ao campo tendem a exercer influência na relação de forças internas do campo, o trabalho de cooptação que os agentes do campo obstétrico buscaram realizar junto à sociedade, mas principalmente, junto à comunidade local, visava acrescentar forças às suas lutas dentro deste campo.

Naquele momento, as enfermeiras envolvidas no processo de implantação da Casa de Parto, juntamente com alguns gerentes do nível central, passaram a estabelecer contato com mulheres da comunidade a fim de esclarecer a proposta da Casa de Parto, desconstruindo o discurso proferido pelas associações de classe médica sobre as Casas de Parto e o trabalho das enfermeiras obstétricas. Esta situação é relatada a seguir:

[...] Leila [Azevedo], que já estava indicada como diretora, Edymara [Tatagiba Medina], a vice dela, Kátia [Ratto], um grupo foi visitar todas as associações de mulheres daquela área. Então foram vários encontros com as mulheres daquela área, porque elas não estavam entendendo a proposta [...], eles foram, levaram a proposta, apresentaram, tiraram dúvidas. Eles iam e ficavam a manhã inteira ou a tarde inteira com elas, e conversavam bastante sobre o que seria a Casa de Parto, como seria, tinha médico, não ia ter, se ficasse grávida, se não ficasse, como é que ia ser essa história. Eles foram e fizeram um cronograma de reuniões [...] (Louise Mara).

³⁵ Enfermeira obstétrica, atualmente é vice-diretora da Casa de Parto David Capistrano Filho.

³⁶ Enfermeira, durante a implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho era coordenadora da AP 5.1.

A gente chamou a comunidade, tentando explicar, para que as pessoas fossem sendo conquistadas e entendessem que aquilo era uma proposta muito boa, inclusive para a classe A. A idéia era essa, isso foi uma preocupação grande, que a gente teve. A gente sabia que não adiantava abrir a Casa de Parto e não ter cliente [...] Teve um congresso que a gente fez em 2002³⁷, eu acho que a gente fez um fórum popular, para o qual a gente chamou as pessoas, as mulheres (Heloisa Lessa).

[...] havia essa movimentação no sentido de elucidar as dúvidas, o que seria proposto; então, havia uma participação popular através dos Conselhos Distritais e o Conselho Municipal de Saúde (Marco Esser).

De acordo com Bourdieu (1998, p.11), “as tomadas de posição ideológica dos dominantes são estratégias de reprodução” que tendem a reforçar fora do grupo, mas também dentro do próprio grupo, a crença na legitimidade da dominação pela classe de agentes dominantes.

Nesse sentido, o CREMERJ teria se valido de sua influência dentro da corporação médica buscando mobilizar forças na luta contra a implantação da Casa de Parto.

[...] o CRM do Rio de Janeiro é extremamente influente no Conselho Federal de Medicina. Na verdade, as cabeças do CFM são do Rio de Janeiro, então existe uma conexão política muito grande do Rio de Janeiro. Você vê que muita resolução do CRM do Rio de Janeiro se transforma em resolução do CFM [...] com uma abrangência, então, maior. O que a gente percebe é que se sabe pouco de Casa de Parto até o Rio de Janeiro implementar essa ação (Marcos Dias).

Nesta lógica, em 1998, por meio da Resolução CREMERJ 121/98 (CREMERJ, 1998), o CRM do Rio de Janeiro, considerando, entre outras questões, “que as diversas categorias profissionais de saúde não estão tecnicamente capacitadas para a execução do ATO MÉDICO”, enunciou critérios e exigências para o exercício da profissão médica. Em 2001, o CFM retomou a discussão do ato médico, dando maior abrangência à questão, já que no ano seguinte, era apresentado ao Senado Federal o Projeto de Lei nº 25/2002, pelo ex-Senador Geraldo Althoff³⁸ (PFL/SC), estabelecendo que procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento são atos privativos desses profissionais (FERNANDES, 2004), e Marcos Dias conclui:

³⁷ I Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento: Celebração da Vida, realizado no Rio de Janeiro em 2002.

³⁸ Geraldo Althoff é médico pediatra, foi senador federal por Santa Catarina de 01/02/1995 até 31/01/1999, e de 01/02/1999 até 31/01/2003. É autor do PROJETO DE LEI DO SENADO para definir o ato médico.

O CRM tem brigado. Cada vez que fala do ato médico dá como exemplo a atuação da Casa de Parto. Existe, claramente, uma bandeira que levanta a questão do ato médico [...] tem toda uma associação nessa luta da categoria [...] (Marcos Dias).

Assim, pode-se inferir que a Casa de Parto tornou-se uma ameaça à autoridade da *expertise*³⁹ desses profissionais, ou seja, à capacidade de eles convencerem a sociedade de que somente médicos estão capacitados para assistirem a mulher durante o período gravídico puerperal, já que essas unidades de saúde apresentam excelentes resultados sem trabalhar com médicos.

Para Fernandes (2004), essa categoria profissional buscou, com a definição do ato médico, convencer a sociedade, com base na autoridade da *expertise*, de que somente os profissionais médicos detêm a formação mais completa, pretendendo, com isso, justificar a manutenção da hierarquia dentro da equipe de saúde. Os argumentos a seguir são controversos, na medida em que reconhecem as enfermeiras obstétricas como profissionais legalmente habilitadas para assistir a mulher em processo de parturição, mas negam que estas possam atuar com autonomia. Estes argumentos revelam, então, a percepção médica - que se confirma no campo obstétrico hospitalar - de que as posições de maior prestígio e poder devem ser ocupadas por essa classe de agentes.

Por várias vezes, [...] os representantes das entidades médicas ressaltaram que a figura mais importante nas casas de parto será o motorista da ambulância. Como não há médicos na unidade, em caso de complicações, o motorista será o responsável por chegar o quanto antes no hospital de referência (SOMERJ, 2003).

Há também os profissionais da Enfermagem, que atuam em íntima participação e coadjuvância nas atividades médicas. [...] Ninguém trabalha pela saúde da população isoladamente, mas **a presença do médico é indispensável** (DIRETORIA, 2004, grifo do autor)

O enfermeiro obstetra faz o parto normal, não só por estar previsto na lei do Exercício Profissional, isso é absolutamente correto e é consagrado ao longo da história. Agora, o médico é indispensável. [...] a gente remonta à época das parteiras, por carência mesmo de assistência médica especializada, realizavam a grande maioria dos partos, não só em regiões mais carentes, mas a parteira era uma profissional consagrada. Agora, é inegável, em todos os discursos que você pegar desse período, você vai ver como a mortalidade materna por complicações era muito mais elevada do que hoje. Com o desenvolvimento da obstetrícia, de técnicas cirúrgicas, muitas complicações do parto passaram a ser evitadas por técnicas novas, que foram sendo desenvolvidas para tentar reverter essas distorções e salvar a mãe e a criança. É um absurdo promover esse retrocesso (Mauro Brandão).

³⁹ Autoridade da *Expertise* é a capacidade para convencer a sociedade de que a *expertise* (conhecimento aliado à competência) tem utilidade para resolver problemas práticos na sociedade (FREIDSON, 1973 apud FERNADES, 2004)

A fala de Mauro Brandão revela que, não ser assistida por um profissional médico se deve, possivelmente, à falta de opção da mulher e, nesse sentido, ele procurou comparar o trabalho das enfermeiras obstétricas ao das parteiras, numa tentativa de desqualificar a assistência das enfermeiras à mulher em processo de parturição. Para isso, Mauro Brandão aponta como sendo por questões de falta de acesso aos serviços médicos que as mulheres realizam seus partos com as parteiras ou, nesse caso, com enfermeiras. Entretanto, o que é verificado nos dias atuais é que, cada vez mais, um número de mulheres com acesso aos serviços médicos-hospitalares têm buscado o trabalho das enfermeiras obstétricas para que possam ter seus filhos no ambiente domiciliar (LEMOS, 2007).

Embora, hoje, em muitas especialidades, a medicina seja praticada por um número superior de mulheres, fica evidente, também, as relações de gênero que esse agente apresenta em sua fala, e que são relações construídas socialmente, revelando, ainda nos dias atuais, uma dominação masculina no campo obstétrico. A dominação desse campo, que se consolidou durante o século XX, por meio de violência simbólica, concedeu posições às mulheres, desde que estas apresentassem os mesmos atributos masculinos (PROGIANTI, 2001). Nesse sentido, compreende-se o motivo para que o trabalho das parteiras e das enfermeiras obstétricas seja marginalizado.

Com isso, é possível inferir que, nas grandes cidades, onde, de forma geral, a oferta de serviços médicos é maior, ser assistido por um não médico é colocar em questão o capital simbólico desses profissionais, tornando-se uma ameaça ao poder desses agentes, justificando a luta simbólica dentro do campo obstétrico.

Entretanto, a relação de dominação que existe entre a enfermagem e os médicos, e que se instaura por meio de uma violência simbólica, tem feito com que dominados reconheçam a sua submissão e apliquem categorias do ponto de vista dos dominantes às relações de dominação (BOURDIEU, 2005, p.47). A percepção de que existe uma relação desigual entre os agentes do campo obstétrico é verbalizada pelos depoentes abaixo:

Uma ocasião saiu uma manifestação de um enfermeiro, e aí algumas pessoas se manifestaram em relação a não ter médicos na Casa de Parto. Porque ele achava aquilo um absurdo. [...] mas sempre tinha aquela dúvida, era aquele medinho que ficava lá atrás: 'Será que vale a pena essa briga?' Não do núcleo principal que era a superintendência, a coordenação e a gerência do programa, mas eram outros grupos da secretaria. Então, a gente sempre ouvia: 'Mas será, gente, que a gente não vai estar dando um tiro no pé? Será que é esse o momento?' (Louise Mara)

Porque o enfermeiro ficou submetido a um risco que ele não tem condição de suportar. [...] Ele não tem condição de responder pela irresponsabilidade colocada na mão dele. Acaba criando traumas e trazendo problemas profissionais para ele também (Mauro Brandão).

Elas sabem, as enfermeiras, com todo respeito, que não têm condições de atuar em complicações do parto (Aloísio Tibiriçá).

Nesse sentido, a atitude de enfrentar o poder médico não parece ter sido assumida de imediato pelas representações de classe da enfermagem que, naquele momento, possivelmente, expressavam a divisão e a discordância acerca do trabalho das enfermeiras obstétricas na Casa de Parto; a grande maioria dos enfermeiros não apoiava o trabalho dessas profissionais. Possivelmente, essa falta de apoio, percebida pelas enfermeiras obstétricas, as tornou inseguras para assumir o trabalho na Casa de Parto.

Assim, quando a SMS/RJ, por meio da Resolução SMS/RJ 1010 de 17 de setembro de 2003, abriu inscrições para selecionar as enfermeiras obstétricas para Casa de Parto, o que ocorreu por remanejamento dentro da rede de saúde do município, as enfermeiras teriam demorado a responder às inscrições, sendo necessário prorrogar o prazo estabelecido. Então, a luta simbólica para implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho também foi travada contra a própria enfermagem, como revelam as enfermeiras, a seguir:

[...] eu e um grupo fomos para o COREN, fomos conversar com o COREN [...] já que o CREMERJ estava tão dentro dessa história e a gente não via o COREN lá dentro. [...] O COREN, os órgãos da enfermagem, a gente sentia falta inicialmente do respaldo desses órgãos. A gente fica aqui [SMS/RJ]: 'Mas cadê? Isso não é de fisioterapeuta, isso é de enfermeiro e isso vai dar um plus para a categoria' [...] Mas, depois, o COREN se agregou e estava lá com representação. COREN, ABENFO, com representação, junto todas as vezes que tinha que entrar no ministério [Ministério Público], ou responder ao CREMERJ [...] porque elas [enfermeiras obstétricas] sabiam que, se algo desse errado, acabou, acabou mesmo pra todas elas, inclusive do ponto de vista dos seus COREN. Porque o COREN falou: 'Se algo der errado aqui, o COREN será o primeiro a começar a processar enfermeiros'. O COREN falou isso numa audiência pública (Louise Mara).

[...] quando abriu a inscrição pra seleção de profissionais, quem seriam as profissionais que vão trabalhar na Casa de Parto, eu me lembro do comentário: 'Ué, são tantas vagas, mas as enfermeiras ainda não se inscreveram!'. [...] não foi muito simples tomar essa posição de dizer: 'Eu quero trabalhar na Casa de Parto. Eu estou disposta a incorporar de fato, de direito, e ser protagonista dessa história'. [...] foi um processo, inicialmente, de uma decisão importante e que, depois, ao longo do processo de treinamento, de preparo delas [enfermeiras], elas foram cada vez mais se apropriando de todo aquele arsenal, instrumental, que estava sendo oferecido pra elas, e se identificando com esse projeto, e aderindo completamente ao projeto (Maysa Ludovice).

Naquele momento, o cenário do processo de implantação da Casa de Parto tornava-se conflituoso. Além de se pensar detalhadamente os aspectos físicos e administrativos foi preciso investir na seleção e treinamento das enfermeiras obstétricas e do pessoal técnico que foram trabalhar na Casa de Parto. Isso se tornou uma preocupação, já que eles deveriam estar capacitados, inclusive emocionalmente, para suportarem todo tipo de pressão no desenvolvimento de seu trabalho. Nesse sentido, o *habitus* de classe, que é a ideologia característica de um grupo de agentes, pode ser considerado o elo unificador das aspirações e projetos do grupo que era preparado para atuar na Casa de Parto. Os depoimentos abaixo evidenciam o preparo das enfermeiras, no plano emocional, para trabalhar na Casa de Parto:

Já havia tido a seleção toda do pessoal [...] e se fizeram esses psicodramas. [...] na verdade, a gente estava trabalhando, de uma forma lúdica, o que seria trabalhar na Casa de Parto, que impacto aquilo ia trazer pra vida profissional e pessoal de cada um, e como é que isso ia mexer com as suas próprias relações e tudo mais. [...] através das dramatizações, dramatizava atendimento, dramatizava uma serie de coisas, desde o nosso próprio nascimento (Maysa Ludovice).

E esse psicodrama foi fundamental, aquele grupo saiu dali muito unido. (Kátia Ratto)

Embora não tivesse ocorrido uma mobilização efetiva da categoria, as lutas dentro do campo passaram a dar visibilidade ao trabalho das enfermeiras obstétricas e a um novo paradigma assistencial no campo da obstetrícia, ao mesmo tempo em que evidenciavam as inadequações do modelo assistencial dominante de assistência à mulher.

[...] a gente, de uma certa maneira, com o trabalho do CREMERJ, acaba tendo grandes possibilidades de dar visibilidade a essa questão [o parto assistido por enfermeira obstétrica] (Marcos Dias).

[...] o caso do Rio de Janeiro é bem, bem exemplar nesse processo. Acabamos sendo uma referência de buscarem aqui, além lá de Juiz de Fora, de São Paulo, Sapopemba, estas experiências todas. Elas não tiveram a repercussão que a do Rio de Janeiro teve. Porque aí, eu digo que, quem estava contra, facilitou a evidenciar uma solução que poderia ter passado absolutamente com discrição no processo [...] de uma certa maneira, com o trabalho do CREMERJ, acaba tendo grandes possibilidades de dar visibilidade a essa questão [o parto assistido por enfermeira obstétrica] (Fábio Bitencourt).

[...] acho que poderia ter sido sem esse obstáculo [postura do CREMERJ], mas eu acho que ele foi mais um estímulo pra quem estava querendo provar que ia dar certo (Marco Esser).

Segundo Bourdieu (1996), há sempre uma razão para os agentes agirem como agem, e que nunca é por atos gratuitos, já que o gratuito é por nada, não é lucrativo. Desse modo, pode-se relacionar a razão de ser de uma conduta à busca de ganhos econômicos. Assim:

No mercado de trabalho, como um todo, você certamente diminui o mercado de trabalho do médico. [...] Potencializa o mercado de trabalho dos enfermeiros, provavelmente (Aloísio Tibiriçá).

Então, o que a gente percebe é que a categoria [enfermeiros] tem brigado muito, porque tem muita coisa de prevenção, de promoção, que tem muita coisa a ver com a enfermagem. A categoria ganha sem dúvida. Mesmo do ponto de vista econômico-financeiro, [...] uma assistência que já é do enfermeiro em outros lugares, que os enfermeiros fazem e cobram essa assistência no escopo de atuação, e que estava fechada aqui [Brasil] (Marcos Dias).

As lutas em que os agentes se envolvem para conquistar ou manter posições em um campo, que podem ser tanto explícitas como simbólicas, são orientadas pelo montante de capital que cada agente ou classe de agente possui. Para isso, cada agente irá, inconscientemente, fazer uso de estratégias que orientarão a busca de soluções (BOURDIEU, 1996).

Nesse momento, o CREMERJ passou a buscar, pela via política e judicial, demover a SMS/RJ da implantação da Casa de Parto. Porém, a posição favorável do grupo de gestores da saúde e o capital político destes se constituíram em importante fator de resistência ao poder simbólico desses agentes.

[...]o CRM começou a querer discutir, quando a Casa de Parto estava se finalizando, ele começa pressionar a Secretaria no sentido de não abrir a Casa de Parto. E é aí que começa a marcar reuniões, marca reuniões com o secretário, faz seminários, discute a Casa de Parto. Nós apresentamos o projeto, fomos lá duas vezes, depois o CRM vem com o secretário aqui, pressiona, faz carta ao prefeito e, como eles não conseguem, a nível da secretaria, paralisar o processo, literalmente pedem ao secretário que paralise o processo de construção da Casa de Parto (Marcos Dias).

Diante da postura da SMS/RJ em não acatar as solicitações das representações médicas para interromper o processo de implantação da Casa de Parto, o CREMERJ acionou o Ministério Público, no Inquérito Civil Público 1676/2003, visando impedir esse processo. Mais uma vez, a equipe de gerentes da SMS/RJ precisou trabalhar o desconhecimento, as dúvidas e incertezas, nesse caso, da Promotoria Pública, buscando desconstruir as estruturas incorporadas pelos indivíduos ao longo dos anos de dominação do campo obstétrico. Tal situação pode

ser observada nas falas que se seguem:

[...] a primeira promotora, lá do Ministério [Público], que chamou, ela não conhecia nada de nada, o que era o trabalho da enfermeira obstetra, ela não sabia que existia isso (Kátia Ratto).

Quando aparecia mais uma coisa, o Ministério [Público] chamava o Programa [da Mulher, da Criança e do Adolescente da SMS/RJ], a Kátia [Ratto], o Marcos [Dias] e quem mais eles convidavam. E, aí, o Ministério começa, e daqui a pouco - geralmente eram mulheres representantes do Ministério [Público]: 'Ah, mas é? Mas pode? Mas isso, mas aquilo? Como é que é?' E já acabou e já virou outra coisa (Louise Mara).

A gente foi convocado pelo Ministério Público para prestar esclarecimentos, na verdade, o processo começa no começo de 2003[...] O sindicato dos médicos entra com uma ação na Vara da Cidadania e o CRM entra com uma ação na Vara da Infância. A gente começa a trabalhar com essas duas Varas em separado, respondendo a mesma coisa, até que a gente consegue fazer uma audiência pública, e junta os procuradores da Infância e da Juventude e da Cidadania e a Secretaria Municipal de Saúde. A gente apresenta o projeto, discute todos esses aspectos da legislação do exercício [profissional], a proposta de assistência, como que vai funcionar, e consegue, no final do trabalho com o Ministério Público, marcar uma visita na Casa de Parto, numa maternidade de baixo risco e numa maternidade de alto risco, para eles verem os vários níveis da assistência, as várias diferenças de possibilidades. E, depois de todo esse processo, a gente consegue um parecer favorável, tanto na [Vara da] Infância como na Cidadania, que não dão acolhida ao pedido de impugnação da Casa de Parto (Marcos Dias).

Contudo, a postura da corporação médica causava certa desestabilização no grupo envolvido com a implantação da Casa de Parto, como nos revela Maysa Luduvicé:

Cada vez que tinha algum obstáculo colocado pelo CREMERJ, causa, de novo, um incômodo, uma desestruturação num pensamento, ou numa maneira, numa linha de ação, que traduz um modelo, um pensamento, um conjunto de crenças e valores que estão se consolidando. Então, pra quem não estava confiante, eu acho que isso, de alguma forma, abalava, e eu acho que, talvez, fosse mesmo a intenção. A intenção era de que as pessoas tivessem impedimento legal ou que se enchessem de medo e desistissem dessa idéia. Acho que influenciou nesse sentido, porque atrasou, atrapalhou, atrasou bastante e desgastou as pessoas, desgastou as pessoas publicamente, que tiveram que se expor. [...] Você enfrentar o Ministério Público, a Justiça, responder a todos esses obstáculos, é diferente de você ter uma discussão, ou um discurso, ou um embate dentro da própria unidade, é completamente diferente, a proporção é diferente (Maysa Luduvicé).

Além da equipe da SMS/RJ, que trabalhava para implantação da Casa de Parto, diversos segmentos da sociedade se uniram na luta para implantação dessa organização de saúde, passando a defender abertamente o modelo assistencial proposto para a Casa de Parto e a contestar a estrutura historicamente hegemônica do campo obstétrico. Muitos participantes dessas organizações civis, entre eles alguns médicos, já militavam na luta pela humanização do parto, o que demonstra

que nem todos os médicos compactuavam com a postura assumida pelas corporações de classe médicas com relação à Casa de Parto. Essa participação de segmentos da sociedade na implantação da Casa de Parto é mencionada nas falas a seguir:

[...] o CREMERJ entrou com um processo no Ministério Público, entrou com um processo na Justiça comum também, [...] então, eu pedia a todo mundo que fosse. O movimento feminista, foram advogadas daquele grupo da Miriam Ventura⁴⁰. Todo mundo foi, todo mundo acudiu. A gente se cercou de tudo isso e, na audiência pública do Ministério Público, a ReHuNa teve voz na mesa, e foi o João Batista, que era um médico que já trabalhava com Sofia Feldman⁴¹ [Maternidade] [...] tivemos muito apoio, embora não seja do CREMERJ (Kátia Ratto).

[...]a gente teve também um grande apoio de alguns artistas que já tinham essa vivência do parto mais natural, e isso foi muito importante, porque a sociedade civil, ela se espelha muito no que os artistas falam e fazem em sua vida privada. A ABENFO, a ReHuNa, as Amigas do Peito, as Amigas do Parto, com certeza se colocaram de uma forma muito favorável, uma participação ativa mesmo. Tanto é que na audiência foram com faixas, com blusas. A sociedade ficou muito dividida: tinha os favoráveis e tinha aqueles que eram muito contra e que falavam barbaridades, mesmo (Leila Azevedo).

Embora os médicos, enquanto classe profissional, não tenham apoiado a criação da Casa de Parto, vários segmentos da sociedade e a própria comunidade local uniram forças à SMS/RJ e às enfermeiras na luta pela implantação da Casa de Parto, o que se evidenciou em uma luta social por direitos, nesse caso, das mulheres, dos seus bebês, de seus familiares de receberem uma assistência de qualidade, mas também de uma classe profissional legalmente habilitada e preparada para assisti-los.

Assim, a luta das enfermeiras pela criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho ilustra a noção de que todo campo tende a obter daqueles que nele entram uma relação: a *illusio* ou investimento, ou seja, a crença de que vale a pena jogar, de que vale a pena morrer pelo jogo.

Tinha já um movimento antigo de conquista de espaço. Também a gente tentava, já há algum tempo, se inserir efetivamente nas maternidades com uma proposta diferenciada, e isso, na enfermagem obstétrica, gerava muita angústia. Porque você estava em uma instituição hospitalar, mas você não tinha autonomia para poder dar autonomia à mulher (Leila Azevedo).

[...]a gente tinha uma câmara técnica de enfermeiros obstetras que se reuniam semanalmente com o Marcos e que [...] estava muito desanimada com todos os embates. Não saber pra onde caminhar (Kátia Ratto).

⁴⁰ Miriam Ventura é advogada e membro da ONG Advocaci; atua na área de direitos humanos.

⁴¹ A Maternidade Sofia Feldman localiza-se em Belo Horizonte (MG) e adota práticas humanizadoras na assistência ao parto

As enfermeiras possuíam o senso do jogo e, por isso, acreditaram que valia a pena investir nos alvos que estavam em jogo. Assim, a luta das enfermeiras pela implantação da Casa de Parto é exemplar, no sentido de demonstrar que uma vez reconhecida as posições dominantes dos médicos no campo obstétrico e suas estratégias conservadoras para manter a ordem social vigente, elas, ao tempo em que fizeram alianças com os detentores do poder nesse campo, também empreenderam estratégias de contestação e subversão das estruturas hierárquicas e hegemônicas do campo, produzindo efeitos materiais e simbólicos. O primeiro, mediante a implantação da Casa de Parto, e o segundo pelo reconhecimento de seu capital cultural para produzir o discurso legítimo sobre o parto humanizado. Assim, em 8 de março de 2004 foi inaugurada a Casa de Parto David Capistrano Filho.

4 AS LUTAS SIMBÓLICAS E SUAS CONSEQÜÊNCIAS PARA AS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

Neste último capítulo, abordamos as repercussões das lutas para as enfermeiras obstétricas com a criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho, entendendo que:

[...] a razão de ser de uma instituição [...] e dos seus efeitos sociais, não está na <<vontade>> de um indivíduo ou de um grupo, mas sim no campo de forças antagonistas ou complementares no qual, em função dos interesses associados às diferentes posições e dos *habitus* dos seus ocupantes, se geram as <<vontades>> e no qual se define e redefine continuamente, na luta - e através da luta - a realidade das instituições e dos seus efeitos sociais previstos e imprevistos (BOURDIEU, 1998, p.81, grifo do autor).

Embora, mesmo antes da criação da Casa de Parto, o *habitus* profissional das enfermeiras obstétricas estivesse sendo atualizado com aquisição de capital específico e nas lutas dentro do campo obstétrico, foi com a implantação dessa organização de saúde que elas puderam aumentar seu capital e conquistar maior autonomia, o que lhes deu condições de serem bem sucedidas nas lutas por posições dentro do campo.

E tinha uma questão, que a própria enfermagem trazia consigo, a intervenção, que foi uma possibilidade de redefinição, de reestruturação do seu próprio *habitus*, como Bourdieu coloca (Maysa Ludovice).

[...] em 2002, o Brasil faz um acordo de cooperação técnica com o Japão, cujo objetivo principal era selecionar enfermeiras do Brasil como um todo, desde a região Sul à região Norte. Enfermeiras que tivessem um perfil para estarem sendo capacitadas para trabalhar na Casa de Parto [...] para estarmos sendo capacitadas com as enfermeiras, as *midwives* [parteiras] japonesas, que trabalhavam nas Casas de Parto do Japão. [...] E este era o grande objetivo, capacitar essas enfermeiras. [...] Com a possibilidade de ir ao Japão, o que eu percebi? Eu vim muito fortalecida. Vim fortalecida na proposta [...] você chegar num país de primeiro mundo, onde tem alta tecnologia, e ver pessoas iguais a mim, fazendo o que a gente gostaria de fazer e pensa em fazer, sem intervenção alguma... (Leila Azevedo).

A diferenciação do *habitus* das enfermeiras - decorrente do capital que acumularam ao longo de sua trajetória profissional - influenciou, naquele momento, a ocupação de posições estratégicas dentro do campo da obstetrícia durante o processo de implantação da CPDCF. Cabe ressaltar, que Leila Azevedo, até então, atuava na maternidade Leila Diniz e, por isso, possivelmente, tinha um *habitus* profissional diferenciado. Isso porque:

Leila [Azevedo] volta do Japão com uma luz a mais, então a gente escolheu ela como coordenadora, a Edymara [Tatagiba Medina] também. Assim que já tinha sido pensada desde antes. A Silma [de Fátima Nagipe] também tinha ido ao Japão, também tinha sido pensada, mas a gente precisava de alguém na [Maternidade Alexander] Fleming que assegurasse [...], embora eu ache que o perfil da Silma é um perfil mais hospitalar (Kátia Ratto).

Como o volume de capital adquirido nos campos, durante as lutas, implica variável complexidade do *habitus*, quanto mais campos os agentes se movimentarem e jogarem, mais complexo se torna o *habitus* e, conseqüentemente, maior são suas possibilidades de conversões e reconversões das disposições para pensar, agir, sentir e gostar (BRANDÃO; ALTMANN, 2007). Nesse sentido, Leila Azevedo revela:

[...] Quando eu vim pra o Brasil, e também não fui só eu, tinha um grupo muito sensível na Leila Diniz [Maternidade], das minhas colegas, a gente começou a treinar, a gente tinha um campo. [...] E a gente foi pegando, como diz, a mão, pegando a mão na mão intervenção. E a gente ousou muito, e ousou mais, até porque tinha o médico. 'Qualquer coisa tem o médico'. Quando abre a Casa de Parto, a gente aprende no dia-a-dia o que é identificar um risco real, o que é a mulher que precisa ir pra maternidade, mesmo que seja pra parir de parto normal, de uma maneira muito segura, e o que é aquela mulher que a gente dá conta, mesmo que ela tenha horas de trabalho de parto (Leila Azevedo).

Naquele momento, com o curso no Japão, as enfermeiras aumentaram seu capital global e, com isso, a complexidade de seus *habitus*. Ao retornarem, essas profissionais aproveitam-se da relação entre o campo (maternidade) onde estavam inseridas, seu *habitus* e o capital específico adquirido para buscarem sua autonomia.

Nesse sentido, Maysa Ludovice destaca a autonomia das enfermeiras como uma vantagem da Casa de Parto:

[...] do ponto de vista do crescimento profissional da enfermagem, que se apropria e tem a Casa de Parto como um espaço em que ela pode exercer a sua possibilidade de cuidado com mais criatividade, liberdade e autonomia [...].

Contudo, o que está em jogo na autonomia que os agentes de um campo buscam obter é o poder de se apropriarem de “vantagens simbólicas associadas à posse de uma identidade legítima, quer dizer, susceptível de ser publicamente e oficialmente afirmada e reconhecida” (BOURDIEU, 1998, p.125), ou, simplesmente, de não ser avaliado ou ter que avaliar-se a todo o tempo sob critérios desfavoráveis.

Nesse sentido, Leila Azevedo menciona alguns ganhos simbólicos com a autonomia conquistada dentro do campo desmedicalizado:

[...] essa autonomia que a gente tem, e até o status de você ser enfermeiro obstétrico, de trabalhar em uma Casa de Parto, de poder estar divulgando esses indicadores, isso é muito legal, te facilita muito a vida. De você ter voz, de levantar numa platéia e dizer: “Lá na Casa de Parto é assim”.

Por outro lado, também, a autonomia das enfermeiras, dentro desse campo, foi relacionada à ocupação de posição em uma estrutura hierarquizada e hegemonicamente médica, gerando prestígio para essas profissionais e publicidade para os resultados de seus trabalhos.

[...] nós fomos a uma reunião só de diretores de maternidades, nós duas, eu e Edymara [Tatagiba Medina]. Éramos as únicas da Casa de Parto. Já causa mal-estar, porque são todos médicos e nós enfermeiras. E quando mostra os indicadores, eles pulam: “Isso é covardia, Casa de Parto é só baixo risco, Casa de Parto só tem enfermeiro”. Mas é muito legal! Guardadas as devidas proporções, a Casa de Parto tem indicadores muito legais, e isso já é impactante vindo da Secretaria [Municipal de Saúde]. Porque a gente informa e a secretaria montou e fez uma análise, e isso foi muito interessante, você ver a gerência do programa [de Saúde da Mulher] mostrando esses dados (Leila Azevedo).

A OMS tem ressaltado em seus documentos a importância das ações de enfermagem dentre as profissões de saúde. Diante disso, essa organização sugere que haja comprometimento político com o desenvolvimento nacional da prestação de serviços de enfermagem obstétrica com o intuito de facilitar a liderança das enfermeiras obstétricas e parteiras no cuidado e promoção à saúde. A OMS entende que essas profissionais devem, em sua prática profissional e acadêmica, exercer uma liderança de impacto, dando início e sendo responsáveis por mudanças no cuidado à saúde (MENDES; MARZIALE, 2003; WHO, 2005).

Reconhecendo a importância de manter recursos humanos preparados para atuarem na política de humanização do parto e nascimento, a SMS/RJ criou o curso de especialização em enfermagem obstétrica, na modalidade de residência, em convênio com a Faculdade de Enfermagem da UERJ, podendo isso ser relacionado ao capital científico que suas docentes têm acumulado ao longo das lutas para desmedicalização e humanização da assistência à mulher. Tal fato foi assim expressado:

[...] fazer a Casa de Parto e pensar a capacitação dos profissionais foi interessante porque, daí, a gente tirou a residência e a capacitação de futuros enfermeiros que, provavelmente, vão estar agora nos planos de saúde⁴², se Deus quiser, fazendo parto por aí, dentro das maternidades particulares. [...] se tiver a segunda Casa [de Parto], a gente já vai ter esse profissional na rede, vai estar por aí, é só a gente catar [...] (Louise Mara).

Nesse sentido, pode-se inferir que esse curso permite a ocupação de espaços pelas enfermeiras obstétricas e, assim, a disseminação de suas práticas no campo obstétrico medicalizado, já que as maternidades e hospitais do município se constituem em *locus* para prática do curso. Por outro lado, também, tais investimentos possibilitam a ampliação do trabalho dessas profissionais para outros espaços do campo obstétrico, inclusive o privado e o domiciliar.

Sobre o apoio dado ao desenvolvimento do trabalho das enfermeiras obstétricas na CPDCF, ficou evidente o reconhecimento, pela sociedade, dessas profissionais como porta-vozes do discurso autorizado sobre a assistência à mulher. Tal fato foi registrado nestes depoimentos:

[...] a participação das mulheres, das mulheres da Leila Diniz que estiveram presentes [na audiência pública], que deram seus depoimentos de como foi bom parir desse jeito, e algumas das mulheres que tinham parido em outras situações e elas fizeram contra-ponto. [...] a última audiência, que a gente teve no Ministério, o Ministério Público estava cheio, com gente dentro, gente fora, mulheres, feministas, ABENFO, COREN, todo mundo dentro do Ministério Público, Conselhos Distritais, Conselho Municipal, representação das Mulheres Negras [...] (Louise Mara).

[...] houve uma mobilização da sociedade civil, de artistas, da própria comunidade, de irem lá para cidade [para o Ministério Público], para o centro da cidade, se colocarem favoravelmente a abertura, e outros se colocarem desfavoravelmente (Leila Azevedo).

Assim, a confiança no trabalho das enfermeiras obstétricas estaria relacionada à efetividade de suas práticas para assistir a mulher, mas, também, a uma longa e lenta elaboração coletiva que passou a colocar em questão o modelo assistencial dominante no campo obstétrico, materializado nas instituições e nas atitudes dos agentes que as fazem funcionar.

Como já referido, os agentes envolvidos no processo de implantação da CPDCF buscaram cooptar a comunidade local para a luta dentro do campo obstétrico. Como resultado dessa luta simbólica, a comunidade assistida pela Casa

⁴² A Agência Nacional de Saúde (ANS), por meio da Resolução Normativa - RN Nº 167, de 9 de janeiro de 2007, autorizou os planos de saúde a pagarem a assistência obstétrica ao parto normal realizado por enfermeiros obstétricos.

de Parto passou a lutar para a manutenção dessa unidade de saúde e, até, para que seu trabalho fosse estendido a outras comunidades. Os depoimentos abaixo evidenciam o reconhecimento da importância da Casa de Parto para a comunidade e a confiança no trabalho das enfermeiras:

Tinham dois bairros que a gente não tinha posto sob responsabilidade da Casa [de Parto], porque não tinha PSF. [...] depois de inaugurada [a Casa de Parto] a comunidade de lá quis [...] E aí o que é que a gente fez? Chamou os postos de saúde, as duas direções, eles se responsabilizaram pelo atendimento precoce das crianças, e a gente conseguiu incluir (Kátia Ratto).

[...] muitas pessoas das associações dos moradores, do Conselho Distrital, que antes eram contra a abertura da Casa [de Parto] sem o profissional médico, hoje são as pessoas que defendem a permanência da Casa [de Parto] com essa roupagem, com essa modelagem. Então, assim, no segundo ano, a gente já tinha credibilidade da comunidade, da sociedade local. [...] Hoje em dia, todas as mulheres, não todas, noventa e pouco por cento de mulheres que vêm procurando a Casa [de Parto] sabem que não tem profissional médico. Você não tem na mídia nada falando: "Procurem a Casa de Parto de Realengo." Então, elas vêm porque outras já tiveram bebê aqui, já fizeram pré-natal, falam de como é acolhida, e isso para gente é muito legal. Porque você recomendando, você já cria mais credibilidade. Isso é o que eu acho que é o fator determinante para a sustentabilidade da Casa [de Parto]. [...] 33% dos partos são de adolescentes, [...] o que denota uma credibilidade da comunidade com a Casa [de Parto]. Adolescente, primeiro bebê, por ser adolescente poderia gerar uma insegurança, até por parte da família, e as meninas vêm. Então, é muito legal isso (Leila Azevedo).

[...] a capacidade dela [Casa de Parto], essa é a reclamação que eu tenho. Tem gente querendo ser assistida e ela [Casa de Parto] não pode assistir. Que pena! [...] Vantagem, eu vejo todas as vantagens. Desvantagem, sinceramente, eu não tenho uma coisa para apontar pra você. A desvantagem, vamos dizer assim, para mim, é ela não atender à população dela, que é a AP 5.1, pelo menos isso (Sr. Silva).

Não conseguindo impedir a abertura da Casa de Parto, a corporação médica buscou, em meados de 2004, por meio do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SINMED), impetrar uma ação na 5ª Vara de Fazenda Pública contra a SMS/RJ, pedindo a inclusão de médico obstetra, pediatra e anestesista na equipe da Casa de Parto, alegando risco para as mulheres e bebês e ameaça ao livre exercício profissional dos médicos. Inicialmente, essa instância judicial concedeu a liminar ao SINMED, porém, tanto a SMS/RJ como o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN/RJ) recorreram dessa decisão, e a mesma juíza que concedeu a liminar ao SINMED a revogou em 31 de agosto de 2004, reconhecendo a inexistência de risco para as mulheres e para os bebês dentro da Casa de Parto, a capacidade profissional das enfermeiras para atuarem na Casa de Parto e a importância dessa organização de saúde para a saúde pública do país, independentemente da intervenção de médicos. Em um trecho da decisão (ANEXO

F), a juíza Eunice Bitencourt Haddad assim se pronunciou:

Eis que as gestantes são tratadas pessoalmente, sendo chamadas pelos nomes, tal qual na maioria das clínicas particulares, havendo, inclusive, possibilidade de acompanhamento dos familiares no momento do parto, o que sequer é imaginável dentro de um hospital público.[...]
 Não se está, de forma alguma, obstruindo o livre exercício da profissão, mas apenas humanizando as condições do parto, na forma da Portaria expedida pelo Ministério da Saúde em 1999.

Naquele momento, a decisão judicial representava, também, a posição que a sociedade tomava com relação à CPDCF e, com isso, à atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao período gravídico puerperal.

Nesse sentido, Bourdieu (1998, p.236) afirma que:

Confrontação de pontos de vista singulares, ao mesmo tempo cognitivos e avaliativos, que é resolvida pelo veredicto solenemente enunciado de uma <<autoridade>> socialmente mandatada, o pleito representa uma encenação paradigmática da luta simbólica que tem lugar no mundo social (grifo do autor).

Desse modo, a confiança no trabalho realizado pelas enfermeiras obstétricas decorreu do conhecimento e reconhecimento pela sociedade do capital específico dessas profissionais para atuarem no campo da saúde, o que foi determinante para manterem suas posições na estrutura do campo da obstetrícia. Porém, embora não se tenha conseguido impedir o funcionamento da CPDCF e a SMS/RJ tenha dado apoio ao trabalho das enfermeiras obstétricas, as ações políticas para que outras Casas de Parto fossem abertas não ocorreram.

No Decreto Municipal nº 22.116, que criou a Casa de Parto David Capistrano Filho, também foi criada a Casa de Parto Maria da Ponte, que se localizaria em Vargem Pequena, tendo seu nome dado em homenagem à Da. Maria Barbosa, parteira e benzedeira dessa localidade, mas que, até este momento, não foi construída. Sobre esse fato, uma das depoentes assim se expressou:

[...] Muitos gestores são médicos, a guerra é muito grande. [...] já poderia ter pelo menos umas duas Casas de Parto ou uns dois centros de parto normal. [...] Acho que a gente já está no momento de multiplicar essa Casa [de Parto] ou centro de parto normal. [...] O próprio ex-secretário, o Dr. Ronaldo [César Coelho], [...] disse: 'Eu não abro outra Casa de Parto'. Não? 'Não igual a de vocês'. Mas você não gosta? 'Gosto, tenho o maior orgulho, mas me deu muita dor de cabeça. Fui parar no juiz não sei quantas vezes pra responder' [...] Então, você vê que, até quem está na política acha que é um desgaste. Por isso, eu tenho certeza que não saíram outras [...] (Leila Azevedo).

Já para Heloísa Lessa e Diana Valladares, a ampliação de espaços para atuação das enfermeiras obstétricas está relacionada a uma participação mais efetiva da categoria nas lutas dentro do campo:

A ABENFO não faz nada. Eu amo os comandantes da ABENFO, só tem gente do bem. Mas enquanto a gente não assumir, [...] a enfermagem não fizer por si [...] (Heloísa Lessa).

A gente esperava que com este reforço que a instituição [SMS/RJ] deu a esta atuação, que a categoria, como categoria, tomasse para si essa bandeira, e em outras esferas tivesse a pressão para tal. Coisa que eu acho que nunca aconteceu. [...] Então, não sei se ainda temos que ter mais tempo de uma coisa meio tutora da secretaria ser o grande estimulador da enfermagem obstétrica, [...] pra que ela independa, a enfermagem independa de uma instituição pra ter seu espaço garantido. E não sei se a gente chegou nesse ponto. [...] porque a idéia era essa. A gente, a instituição, vai cumprir seu papel, que é: 'Vamos garantir o espaço, vamos dar o estímulo'. E a gente acha que está certo. E que esse é o espaço. Agora, tem um certo momento que não se pode também depender da secretaria [SMS/RJ] para que esse espaço exista. Esse espaço tem que ser conquistado também pela enfermagem (Diana Valladares).

Se por um lado, pôde-se perceber a *illusio*, ou seja, o interesse das enfermeiras obstétricas em participarem do jogo e fazerem investimento para manterem-se no jogo, por outro, a enfermagem, de forma geral, apresentou-se indiferente às lutas dentro do campo obstétrico, ou ao jogo, o que é chamado por Bourdieu (1996) de *ataraxia*. Tal indiferença pode ser relacionada ao fato de esses profissionais considerarem o trabalho de enfermagem coadjuvante ao dos médicos e acreditarem que a gestação e o parto sejam eventos de risco para a mulher e o bebê. Isso explica a dificuldade de mobilização da classe para apoio ao trabalho das enfermeiras obstétricas (PEREIRA, 2007 b).

Contudo, essa percepção de que as representações de classe da enfermagem não estão envolvidas na luta pela conquista de espaços para as enfermeiras obstétricas no município pode ser relacionada à pouca visibilidade dessas representações nas lutas dentro do campo, o que pode ser atribuído à falta de articulação entre as representatividades de classe, dificultando, inclusive, uma coordenação de ações nos campos político e da saúde pela e para a enfermagem.

[...] o fato de ter uma só enfraquece a proposta, porque é muito mais difícil você enfrentar todos esses leões que vêm pela frente com uma única Casa de Parto. [...] era uma coisa que seria interessante, esta experiência que a secretaria utiliza [...] a gente brinca assim: "cacarejar", que fala muito das experiências em outras instâncias, em outros locais, como uma forma de trazer conceito. [...] eu aqui, esqueça do passado, o que é que eu [...] sei da Casa de Parto do Rio de Janeiro? Praticamente nada. [...] a Casa de Parto aparece pouco (Diana Valladares).

Embora a CPDCF propicie maior privacidade às mulheres e, as enfermeiras obstétricas percebam-se com maior autonomia dentro dela, se considerarmos que a quase totalidade dos partos no país e no Rio de Janeiro são realizados dentro de hospitais, o trabalho das enfermeiras dentro dessas unidades de saúde torna-se fundamental à transformação do campo obstétrico. Sobre essa assertiva, uma das entrevistadas assim se expressou:

[...] elas [enfermeiras obstétricas] têm muito a caminhar, nas maternidades elas têm um peso maior. Não é pra se pensar que se iria conseguir colocar Casa de Parto na cidade inteira. Seria um projeto inviável, na minha opinião. Eu ainda repito: eu acho que tem papel importantíssimo para a enfermagem no hospital, na maternidade (Diana Valladares).

Mesmo sendo uma experiência bem sucedida, a CPDCF não estimulou a criação de outras organizações de saúde iguais e, tampouco, a expansão do trabalho das enfermeiras obstétricas para dentro das maternidades municipais, visto que ainda existem unidades onde apenas médicos atuam nos centros obstétricos (ABENFO, 2008). Com isso, é possível afirmar que, apesar das conquistas materiais e simbólicas alcançadas pelas enfermeiras com a criação da CPDCF, o modelo medicalizado de assistência à mulher em processo de parturição é, ainda, o modelo predominante nas unidades de saúde do campo obstétrico no Município do Rio de Janeiro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Casa de Parto David Capistrano Filho surgiu no município do Rio de Janeiro dentro de uma macropolítica do Ministério da Saúde para redução das taxas de cesáreas, redução da morbimortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, melhoria da qualidade da assistência obstétrica e humanização da assistência ao período gravídico puerperal, concomitante a uma tendência internacional, liderada pela OMS, para que os Estados membros passassem a garantir e a respeitar os direitos das mulheres e, com isso, o direito à maternidade segura. Por outro lado, essa política foi resultante da reação da sociedade a um modelo de assistência dominante que, pautado no autoritarismo, tornou as relações desiguais entre os profissionais de saúde e entre estes e as mulheres.

Nesse sentido, é possível inferir que os pressupostos teóricos do projeto de criação da CPDCF vieram do Movimento Feminista, do Movimento de Humanização do Parto e das orientações que a OMS fazia para a assistência à mulher em processo de parturição.

Evidenciou-se, também, que a participação de feministas na gestão do Ministério da Saúde e da SMS/RJ foi fundamental para que se formasse uma rede social nessas esferas de governo, facilitando a articulação política nesses níveis de gestão.

Além de serem, em sua maioria, mulheres e militantes do Movimento Feminista e de Humanização do Parto e Nascimento, o grupo que atuava na gestão da SMS/RJ desenvolvia, há muitos anos, um trabalho na área de assistência à mulher e de humanização do parto, com participação da enfermagem obstétrica.

As concepções libertárias do Movimento Feminista, os pressupostos teóricos do movimento de humanização do parto e nascimento, a posição política liderada pela OMS e pelo Ministério da Saúde e as condições sociais e políticas no município do Rio de Janeiro teriam se constituído em estímulos do campo obstétrico para que as enfermeiras transformassem em práticas as disposições incorporadas (*habitus*) durante sua trajetória social e profissional.

Assim, a inserção dessas profissionais no IMMFM e na Maternidade Leila Diniz permitiu a atualização de seu *habitus*, quando passaram a ser reconhecidas como profissionais mais ajustadas para prover a mudança do paradigma assistencial

na área obstétrica do município do Rio de Janeiro, onde sua a formação voltada para o cuidar, as orientava a adotar formas menos invasivas para assistir a mulher em processo de parturição e a demonstrar maior respeito pela autonomia da mulher, o que é considerado um capital eficiente para o campo da obstetrícia desmedicalizado.

Com isso, as experiências com o trabalho das enfermeiras obstétricas no município do Rio de Janeiro, bem como a regulamentação, os investimentos e o apoio técnico dado pelo Ministério da Saúde serviram de estímulo para que a SMS/RJ investisse nessa categoria de agentes, quando decidiram criar a CPDCF. Desde o início de seu projeto, a CPDCF foi criada para funcionar exclusivamente com enfermeiras obstétricas.

Embora a capacitação das enfermeiras obstétricas tenha ocorrido por meio de convênios firmados com as Escolas de Enfermagem da UFF e da UFRJ e com a Faculdade de Enfermagem da UERJ, percebeu-se que a FENF/UERJ, por meio do DEMI, foi quem participou ativamente desse processo e, posteriormente, da criação e implantação da CPDCF, fazendo-se presente durante o planejamento de criação e assumindo o treinamento da equipe de enfermagem para a Casa de Parto. Isso estaria, possivelmente, relacionado às estratégias pedagógicas adotadas pelo DEMI para desmedicalizar as práticas assistenciais obstétricas, o que se coadunava aos objetivos do MS e da SMS/RJ para a área da saúde da mulher, onde a FENF/UERJ teve papel relevante no processo de humanização e desmedicalização da assistência, contribuindo, ainda nos dias de hoje, para o campo obstétrico desmedicalizado.

Dentre os agentes que participaram do processo de criação da CPDCF, destacaram-se os gestores e gerentes da saúde federal e municipal, docentes da FENF/UERJ/DEMI, a enfermeira Roseni Pinheiro do LAPPIS e o próprio Conselho Distrital de Saúde. Já durante o processo para implantação da Casa de Parto participaram, também, organizações sociais do movimento de mulheres, organizações não-governamentais, a ReHuNa, associações de classe da enfermagem como COREN-RJ e ABENFO e Conselhos Distritais de Saúde do município. Em oposição à implantação da CPDCF foram evidenciadas as participações das associações de classe médica como CREMERJ, SOPERJ, SGORJ, SINDMED, SOMERJ.

No contexto de implantação da Casa de Parto, a posição favorável dos gestores e da sociedade à sua criação e a autonomia do trabalho das enfermeiras

obstétricas colocaram em risco a manutenção da estrutura hierárquica do campo obstétrico do Rio de Janeiro, e, com isso, a aprovação do Projeto de Lei nº 25/2002, referente à instituição dos atos médicos, o que levou a corporação médica a se empenhar para que a Casa de Parto não fosse implantada no município do Rio de Janeiro.

Quanto à escolha do local para implantação da Casa de Parto, demonstrou-se que a equidade de atendimento, que é um princípio do SUS, foi adotada como critério de escolha, assim como se demonstrou a importância da participação da comunidade nessa decisão.

Na luta para implantação da CPDCF, tanto a corporação médica como as enfermeiras e a SMS/RJ perceberam a importância de obter o apoio da comunidade local, passando a utilizar estratégias para cooptá-la nessa luta. Assim, uma das primeiras estratégias adotadas pela SMS/RJ e pelas enfermeiras obstétricas para implantação da CPDCF foi conquistar as pessoas para essa proposta singular no município, o que significava desconstruir o modelo hegemônico medicalizado, tanto no que se referia ao ambiente de nascimento como às práticas assistenciais.

As enfermeiras obstétricas fizeram alianças com diversos segmentos sociais, buscando, inicialmente, implantar a CPDCF e, posteriormente, manter essa unidade de saúde como um espaço da enfermagem obstétrica, o que lhes agregou capital social para as lutas dentro do campo da obstetrícia, onde suas ações, escolhas ou aspirações foram consideradas produto entre seu *habitus* e as pressões e estímulos da conjuntura desse campo.

A enfermagem, enquanto classe, não esteve organizada e engajada no processo de criação e implantação da Casa de Parto, o que foi relacionado à percepção dessa classe de agentes sobre o processo de parturição, revelando a forma incorporada da relação de dominação que existe da enfermagem à classe médica. Nesse sentido, houve uma resistência em apoiar, mas também, no caso das enfermeiras obstétricas, em assumir o trabalho na CPDCF, o que ficou evidenciado na prorrogação do período de inscrição para seleção da equipe de enfermeiros. Assim, a luta empreendida para implantação da Casa de Parto foi estabelecida, também, contra a própria enfermagem.

Com a implantação da CPDCF, as enfermeiras obstétricas aumentaram seu capital global, conquistando autonomia, o que lhes proporcionou ocupação de posição em uma estrutura hierarquizada e hegemonicamente médica, gerando

prestígio para essas profissionais e publicidade para os resultados de seus trabalhos, embora isso seja limitado a alguns espaços da SMS/RJ.

Quanto à confiança da sociedade no trabalho realizado pelas enfermeiras obstétricas, e demonstrada nos diversos momentos de luta, inclusive judiciais, decorreu do conhecimento e reconhecimento do capital específico adquirido por essas profissionais e do fortalecimento do seu trabalho junto à comunidade local que, atualmente, deseja a sua expansão para outras AP do município.

Ainda que, com a implantação da CPDCF, tenha se demonstrado que é possível prestar uma assistência humanizada, desmedicalizada e segura à mulher e ao bebê, com provas cabais de que as enfermeiras obstétricas possuem *expertise* para assumir definitivamente a assistência obstétrica de baixo risco intra e extra hospitalar, as ações políticas para que outras Casas de Parto fossem implantadas no município do Rio de Janeiro não ocorreram. Isso pôde ser relacionado às pressões contrárias exercidas pela corporação médica à expansão do modelo de assistência obstétrica das Casas de Parto, já que, enquanto agentes dominantes do campo da saúde, esses profissionais ocupam grande parte dos cargos e funções de poder decisório.

Por outro lado, a falta de articulação da enfermagem foi considerada um dificultador para o fortalecimento e expansão do trabalho das enfermeiras obstétricas e desse modelo assistencial, corroborando o modelo medicalizado de assistência a mulher em processo de parturição, predominante nas unidades de saúde do município. Nesse sentido, o trabalho das enfermeiras dentro dessas unidades de saúde foi apontado como fundamental para a transformação do campo obstétrico.

Face às questões levantadas neste estudo, dá-se como sugestão que os gestores da saúde mantenham investimentos no campo obstétrico para a desmedicalização e humanização da assistência à mulher durante o período gravídico puerperal, estimulando a criação de ambientes favoráveis ao parto e nascimento saudáveis; que haja maior divulgação do conhecimento científico produzido nas Casas de Parto e Centros de Parto Normal, e que se realizem estudos epidemiológicos e de avaliação da assistência prestada por essas organizações de saúde.

Por fim, que as associações de classe da enfermagem - COFEN, COREN, ABEN, ABENFO, Sindicato dos Enfermeiros - se articulem para desenvolver estratégias de apoio ao trabalho das enfermeiras obstétricas, à mudança do paradigma assistencial, e, assim, à transformação do campo da obstetrícia.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Ouvir Contar**: textos em História Oral. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 194p

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTÉTRICOS - ABENFO. **Incentivo ao Parto Normal**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2008. Atualização em Enfermagem Obstétrica.

ÁVILA, M.B.; CORRÊA, S. Movimento de Saúde e Direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J.(Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.70-103.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.

BOARETTO, M.C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003. 141p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf.boaretto.mcm.pdf>> Acesso em: 3 abr. 2008

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990. 234p.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996. 224 p.

_____. **O Poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz (português de Portugal). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 311 p.

_____. **A Miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 2001a. 747p.

_____. **Meditações Pascalinas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001b. 324p.

_____. **Os usos sociais das ciências**. São Paulo: UNESP, 2004. 86p.

_____. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. 4. ed. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2005. 160p.

BRANDÃO, Z.; ALTTMAN, H. **Algumas hipótese sobre a transformação do habitus**. Disponível em:< http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/cgi-bin/PRG_0599.EXE/5915.PDF?NrOcoSis=16344&CdLinPrg=pt > Acesso em: 8 jul. 2008

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2008. 368p. Atualizada até 14 de janeiro de 2008.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 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 Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 abr. 2005. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em: 9 jul. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases para uma ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano de ação para redução da mortalidade materna**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.815 de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS grupo de procedimentos para o parto normal realizado por enfermeiro obstetra e parteira e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2 jun. 1998 a. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab1998.htm>> Acesso em: 6 abr. 2007

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 163 de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 29 mai. 1998 b. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab1998.htm>> Acesso em: 6 abr. 2007

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 888 de 12 de julho de 1999. Institui o projeto de Casa de Parto e Maternidade Modelo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 jul. 1999 a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab1999.htm>> Acesso em: 6 abr. 2007

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 985 de 05 de agosto de 1999. Cria e normaliza o funcionamento dos Centros de Parto Normal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 06 ago. 1999 b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab1999.htm>> Acesso em 6 abr. 2007

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 569 de 01º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 08 jun. 2000. 110-E . Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab2000.htm>> Acesso em: 6 abr. 2007

CECATTI, J.G.; PIRES, H.M.B; GOLDENBERG, P. Cesárea no Brasil: um direito de opção? In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J.(Org.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p.237-258.
CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. 229 p.

CORREIA, L.M. et al. Construção do Projeto Pedagógico: experiência da Faculdade de Enfermagem da UERJ. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p.649-53. 2004

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução CREMERJ nº 121/1998. Define "Ato Médico", enumera critérios e exigências para o exercício da profissão médica. **Documenta**, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em:< <http://www.cremerj.org.br/publicacoes/85.PDF>> Acesso em: 3 de mar. 2008.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 615-626. 2005.

DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 669-705. 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-635. 2005

D'ORSI, E; SILVA, K.S; REIS, A.C.C.V. A mortalidade materna no Brasil no período de 1980 a 1993 In: GIFFIN, K. (Org) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.205-225

FERNANDES, P.J. **Ato médico: versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil**. 2004. 203f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) - Casa Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

GALLI, M.B. **Mortalidade materna e direitos humanos: as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável**. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2005, p.100-115

GOMES, R. Análise e Interpretação de dados na pesquisa qualitativa. In: MINAYO, C.de S.(Org). , **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007, 79-107p.

HICKMAN, J.S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à Prática Profissional**. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.11

HOGA, L. A. K. Casas de parto: simbologia e princípios assistenciais. **Rev.Bras.Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 537-540, 2004a.

HOGA, L. A. K. Motivação das enfermeiras obstétricas para o desenvolvimento de seu trabalho em uma Casa de Parto. **REME rev. min. Enferm.**, v. 8, n. 3, p. 368-372. 2004b.

HOTIMSKY, S.N.; SCHRAIBER, L.B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.639-649, 2005.

JOWETT, M. **Cost-effective safe motherhood interventions in low-income countries: a review.** The University of York. Centre for Health Economics. Helinston (UK), Paper 181, 1998. Disponível em: <<http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/DP181/pdf>> Acesso em: 10 set. 2008.

LABORATÓRIO DE PESQUISA DE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE - LAPPIS. **Casas de parto são baseadas nos princípios da Integralidade.** Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infol=188&sid=20>> Acesso em: 08 ago. 2008.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P de; GOTLIEB, S.L.D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.23-30, 2000.

LEAL, M.C. et al Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.20, Sup n.1, p.S20-S33, 2004.

LEMOS, R. Bem nascidos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 13 maio 2007. Revista O Globo, p.22-7.

LOYOLA, M.A. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002. 98 p.

LUNA, F.V.; KLEIN, H.S. **O Brasil desde 1980.** São Paulo: A Girafa Editora, 2007. 335p.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer como pensar.** São Paulo: Contexto, 2007. 175p.

MENDES, I.A.C; MARZIALE, M.H.P. A liderança da a enfermagem no cuidado à saúde: orientações estratégicas da OMS para serviços de enfermagem e obstetrícia. **Rev. latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.407-8, 2003.

MOUTA, R.J.O. **A reconfiguração do espaço social da maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto.** 2008. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651-7, 2005.

PENNA, L.H.G et al . Projeto de Extensão Universitário: a enfermagem obstétrica no atendimento pré-natal de baixo-risco. **Rev. enferm. UERJ.**, v.14, n.2, p.253-9, 2006.
PEREIRA, A.L.F et al. Pesquisa acadêmica sobre a humanização do parto no Brasil: contribuições e tendências. **Acta paul. Enferm.**, v. 20, n.2, p.205-15, 2007 a

PEREIRA, A.L.F. **O processo de implantação da casa de parto no contexto do Sistema Único de Saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci.** 2007. 167p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007 b

PERROT, M. **Minha história das mulheres.** (Tradução Angela M.S. Côrrea). São Paulo: Contexto, 2007. 190p

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional dos direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K. (org) **Questões de saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.19-38.

PROGIANTI, J.M. (Rel). **Fórum permanente de enfermeiras obstétricas.** NEPEN/MUSAS. Rio de Janeiro, 1999. 53p.

PROGIANTI, J.M. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar – Rio de Janeiro 1934/1951.** 2001. 161p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PROGIANTI, J.M., LOPES, A.S.; GOMES, R.C.P. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.11, p.273-277, 2003.

PROGIANTI J.M, VARGENS O.M.C. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 38, n.1, p.46-50, 2004.

RAMOS, J.G.L., et al. Mortes maternas em um hospital terciário no Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.25,n.6, p.431-6, 2003.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Gabinete do Prefeito. Decreto nº 22.116 de 07 de outubro de 2002. Dá nome a Casa de Parto David Capistrano Filho e à Casa de Parto Maria da Ponte. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 08 out. 2002. Disponível em: <<http://doweb.rio.rj.gov.br>> Acesso em: 3 maio 2007

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 651 de 14 de maio de 1998 a. Cria a Comissão de Investigação de Morte Materna na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 19 mai. 1998. Disponível em: <<http://doweb.rio.rj.gov.br>> Acesso em: 3 maio 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 667 de 20 de outubro de 1998 b. Garante a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 21 out. 1998. Disponível em: <<http://doweb.rio.rj.gov.br>> Acesso em: 3 maio 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 1041 de 11 de fevereiro de 2004. Normaliza o funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho e em anexo apresenta o protocolo de funcionamento da Casa de Parto. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 08 mar. 2004. Disponível em: <<http://doweb.rio.rj.gov.br>> Acesso em: 3 maio 2007.

RIO DE JANEIRO. Banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em : <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/>> Acesso em 2 out. 2007.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.477-86, 2007.

SALES, C.M.R **Relações Internacionais e Política externa do Brasil nos governos FHC e Lula**. 2007. 156p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007 Disponível em: <<http://www.libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000407617>. Acesso em: 08 set 2008

SANTOS, S. P. dos . **A inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães - 1988/1992**. 2006. 70p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < <http://www.capes.org.br>> Acesso em: 6 jul. 2008.

SANTOS, F.P. dos; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro – uma visão. **Interface – comun. saúde educ.**, São Paulo. v.9, n18, p.25-41, jan/jun 2006.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. DE G. DO; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.517-25, 2004.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. adm. pública.**, Rio de Janeiro, v.40, n.1, p27-55, jan/fev, 2006

TORNQUIST, C.S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, Ano 10, 2º semestre, 2002.

TORNQUIST, C.S. **O parto humanizado e a ReHuNa**. Disponível em : <http://www.sociologia.ufsc.br/npms/carmen_susana_tornquist.pdf > Acesso em: 5 ago. 2007.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 688p.

VALLADARES, D. do P. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: GIFFIN, K. (org) **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.357-76.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K. (org) **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.67-78.

WOLCOTT, H. **Transforming qualitative data:** description, analysis, and interpretation. London: Sage Publication, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Joint Interregional Conference on Appropriate Thecnology for Birth**. Fortaleza, Brazil, 1985. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02\(s\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02(s).pdf)> Acesso em: 24 ago. 2007.

_____. **Safe Motherhood. Care in Normal Birth:** a practical guide. Report of a Technical Working Group. Genebra, 1996. Disponível em: <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/index.html. > Acesso em: 24 ago. 2007.

_____. **Promoting the health of mothers and newborns during birth and the postnatal period**. Genebra, 2005. Report of the Collaborative Safe Motherhood Pre Congress Workshop. Disponível em: <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0709/en/index.html> Acesso em: 10 jan. 2008.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, J.D'A. **O Projeto de pesquisa em história:** da escolha do tema ao quadro teórico. Petrópolis: Vozes, 2005. 236p.

BIO, E.; BITTAR, R.E; ZUGAIB, M. A influência da mobilidade materna na fase ativa da duração do trabalho de parto. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p. 671-9, 2006

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 1982. 361 p.

_____. **O campo econômico:** a dimensão simbólica da dominação. Tradução Roberto Leal Ferreira; Revisão técnica Daniel Lins. Campinas: Papyrus, 2000. 119 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. Manual técnico.

COSTA, A.M. O conceito de integralidade. In: Rede Feminista de Saúde. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde.** Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003. 212 p.

DIAS, M.A.B.; FILHA, M.M.T.; RATTO, K.M.N. Relatório do Comitê de Prevenção e Controle de Mortalidade Materna do Município do Rio de Janeiro – 2002. In: Organização Mundial de Saúde (OMS). **Promovendo maternidade segura através dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Edições CEPIA, 2003, p.110-14

LOPES, G.T.; CLOS, A.C.; SANTIAGO, M.M.de A. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos.** Rio de Janeiro: EPUB, 2006. 72p.

LUZ, M. **Medicina e ordem política brasileira.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. 218p.

MELO.C.R.M. **Parto:** mitos construídos, mitos em construção. Bauru: EDUSC, 2003. 92p.

MONTERO, P. et al. **O lugar da mulher.** LUZ, M. (Org). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. 146p.

ORTIZ, R. **Os usos sociais da ciência:** por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004. 85 p.

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. 129p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSIS, M.J.M.D., **Assistência integral à saúde da mulher, o conceito e o programa:** história de uma intervenção. 1994. 186p. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PEDROSA, J.I. dos S. **Promoção da Saúde e Educação em Saúde.** Texto apresentado na II Oficina Construindo a Política de Promoção da Saúde realizada nos dias 1 e 2 de abril de 2004. Brasília, 2004.

PINSKY, C.B. et al. **Fontes Históricas.** PINSKY, C.B (Org). 2.ed. São Paulo: Contexto, 2006. 302p.

SETTON, M. da G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. bras.de educ.**, São Paulo, nº 20, mai.jun.jul., 2002.

SILVA, F.C. T. Brasil em direção ao Século XXI. In: Linhares, M.Y. **História geral do Brasil.** 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1990, p. 366-395

SOUZA, H.R. **A arte de nascer em casa:** um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. 2005. 155p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2005.

VILELA, E.; CARNEIRO, L. Assim nasceu a ReHuNa. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, Ano V, n.14, p.50-5, 1996.

APÊNDICE A - Quadro de documentos utilizados como fontes primárias no estudo

DOCUMENTOS UTILIZADOS COMO FONTES PRIMÁRIAS NO ESTUDO		
Documentos	Conteúdo dos documentos	Fonte
Carta de Campinas (mimeo)	Documento de fundação da REHUNA	Site: http://www.amigasdoparto.org.br
Portaria GM nº888 de 12 de julho de 1999	Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidade Modelo	Site: http://www.saude.gov.br
Portaria GM nº985 de 05 de agosto de 1999	Cria os Centros de Parto Normal	Site: http://www.saude.gov.br
Projeto de Implantação de Centros de Parto Normal na Cidade do Rio de Janeiro 1999-2000	Implantação para três Centros de Parto Normal	Documento cedido pela Profª Maysa Ludovice
Extrato de Termo de Convênio nº622/2000	Convênio entre o MS e SMS/RJ para financiamento de três Casas de Parto	D.O. RIO 06/12/2000
Decreto nº 22.116 de 07 de outubro de 2002	Dá nome à Casa de Parto David Capistrano Filho e à Casa de Parto Maria da Ponte	Site: http://doweb.rio.rj.gov.br
Artigo da Associação Médica em Revista - jan/2003 (mimeo)	Aborda o posicionamento do CREMERJ e tece considerações sobre as Casas de Parto feitas no V Fórum da Assistência Materno-Infantil no Estado do RJ	Site: http://www.somerj.com.br/revista/200301/2003_01_casasdeparto.htm
Resolução SMS nº 1010 de 17 de setembro de 2003	Abre inscrições para enfermeiras obstétricas da Casa de Parto	Site: http://doweb.rio.rj.gov.br
Resolução SMS nº 1.015 de 24 de outubro de 2003	Prorroga o prazo de inscrições para enfermeiras obstétricas da Casa de Parto	Site: http://doweb.rio.rj.gov.br
Editorial da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Relaciona as Casas de Parto a Atos Médicos	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.v.26 n.3 Rio de Janeiro, 2004
Processo 2004.001.064259-2 da 5ª Vara de Fazenda Pública (mimeo)	Indeferimento ao Mandado de Segurança impetrado pelo SINMED	Documento cedido pela Profª Maysa Ludovice

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1 – Dados de Identificação do depoente

1.1 - Nome do depoente

1.2 - Profissão

1.3 – Atividade/Cargo/Função ocupados na época da criação da Casa de Parto

1.4 - Atividade/Cargo/Função ocupados atualmente

2 – Perguntas

2.1 – Como surgiu a proposta de criação de Casa de Parto no Município do Rio de Janeiro?

2.1.1 – Em que período ocorreu?

2.1.2 – Houve algum (ns) acontecimento (s) ou fato (s) que tenha (m) influenciado a proposta para criação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro?

2.1.3 – A quem interessava a criação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro?

2.1.4 – Quem eram as pessoas ou organismos envolvidos com a proposta de criação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro?

2.1.5 – O(a) Sr (a) estava envolvido com proposta para criação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro?

2.2 – Como foi estruturada a proposta de criação de Casa de Parto no município do

Rio de Janeiro?

2.2.1 - Quais os pressupostos teóricos para a criação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro?

2.2.2 – Que tipo de assistência foi proposta para Casa de Parto?

2.2.3 – O que se esperava alcançar com a criação de Casa de Parto?

2.2.4 – Foi estabelecido um quantitativo de Casas de Parto?

2.2.5 – Em que locais se pensou implantá-las?

2.2.6 – Algum desses locais seria priorizado com Casa de Parto? Por quê?

2.2.7 – Que perfil os profissionais de saúde deviam ter para prestarem assistência em Casa de Parto?

2.2.8 - Se pensou, a priori, em alguma categoria profissional, especificamente? Se positivo, por quê?

2.3 – Como a proposta para criação de Casa de Parto foi recebida pela Secretaria Municipal de Saúde/Gestor?

2.3.1 – Houve necessidade de ajustes à proposta? Quais? Por quê?

2.3.2 – Houve envolvimento das instâncias federal ou estadual com a proposta para criação de Casa de Parto no município?

2.4 – A Secretaria Municipal de Saúde realizou algum tipo de consulta popular ou às associações de classe, a instituições de ensino ou a outras organizações na sociedade, sobre a proposta de criação de Casa de Parto no município do Rio de Janeiro? A quais?

2.5 – Qual a receptividade dessas organizações à criação de Casa de Parto município do Rio de Janeiro?

2.6 – O que determinou a criação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

2.6.1 – Que instâncias governamentais (municipal, estadual e federal)

estiveram envolvidas na decisão de implantar apenas a Casa de Parto David Capistrano Filho? Como isso ocorreu?

2.6.2 - Como surgiu o nome para essa Casa de Parto?

2.7 – Que situações envolveram a implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

2.7.1 - Como era o trabalho das comissões no acompanhamento da implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

2.8 – Quais as dificuldades e facilidades para implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

2.9 – Que estratégias foram adotadas para viabilizar a implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

2.10 – A postura do CREMERJ influenciou no processo de implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho? De que forma?

2.11 – Como foi a sua participação na criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho?

2.12 – Qual era a sua posição sobre Casa de Parto?

2.13 - Como o(a) Sr(a) descreve a participação das enfermeiras na criação e implantação da CP no município do Rio de Janeiro?

2.13.1 – Poderia descrever como ocorreu durante a criação?

2.13.2 – E na implantação?

2.14 – A participação das enfermeiras repercutiu na ocupação do espaço da Casa de Parto David Capistrano Filho? De que maneira?

2.15 - Quais as vantagens e desvantagens de uma Casa de Parto?

2.16 – A criação da Casa de Parto causou algum impacto no campo da obstetrícia no município do Rio de Janeiro? De que forma?

ANEXO A - Protocolo de Aprovação da Pesquisa no CEP/SMSRJ**RIO****Comitê de Ética em Pesquisa**

Parecer nº 247A/2007

Rio de Janeiro, 17 de dezembro de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 213/07

TÍTULO: O movimento de criação e implantação da Casa de Parto David Capistrano Filho 2002-2004.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Carla Fabíola Sampaio de Moura.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Municipal de Saúde.

DATA DA APRECIÇÃO: 17/12/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Sálésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

relaxamento durante o período ativo do trabalho de parto, a possibilidade de escolha da posição de parir, a exclusão da tricotomia e da enteróclise da rotina, assim como um cuidadoso monitoramento das indicações de cesareanas constituíram algumas das inovações introduzidas na redefinição do modelo assistencial. A institucionalização da atuação da enfermagem obstétrica no pré-parto e na sala de parto foi, sem dúvida, um marco neste processo de reestruturação da assistência perinatal.

A expansão deste modelo para outras unidades públicas municipais ocorreu em 1998, com a incorporação de enfermeiras obstetras no atendimento pré-natal de 13 unidades ambulatoriais e no acompanhamento das parturientes durante o trabalho de parto e parto em duas maternidades. A SMS/RJ contou com a participação fundamental da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no treinamento, capacitação e supervisão das(os) enfermeiras(os). Hoje é possível observar resultados positivos que se traduzem pelo gradual fortalecimento e reconhecimento desta prática no cotidiano institucional.

Modelos de atenção ao parto e nascimento menos intervencionistas e baseados no acompanhamento da mulher, no estímulo à sua participação ativa e no suporte emocional têm sido desenvolvidos em serviços nacionais e internacionais, sejam estes hospitalares ou não.

A implantação de unidades não hospitalares, como os centros de parto normal, surge como uma outra possibilidade de resgatar a percepção do parto e nascimento como eventos fisiológicos, dissociados da imagem de doença normalmente vinculada ao hospital.

Para o biênio 1999-2000, a SMS/RJ tem como propostas a alocação de enfermeiras(os) obstetras em mais três maternidades municipais e 23 unidades ambulatoriais, e a implantação de três Centros de Parto Normal.

Objetivo geral

Implantação de três Centros de Parto Normal para assistência às gestantes de baixo risco durante a gestação, o trabalho de parto e parto e ao recém-nato, com um modelo de atenção humanizado, menos intervencionista, com maior possibilidade de escolha e participação da mulher e sua família, e promovido exclusivamente por enfermeiras(os) obstetras.

Objetivos específicos

- Prestar assistência pré-natal às gestantes de baixo risco da área de abrangência do Centro de Parto Normal segundo as normas do MS
- Desenvolver trabalho educativo com gestantes e puérperas, contribuindo: a) para uma vivência mais saudável e prazerosa da gestação, do parto e do puerpério; b) para uma maior autonomia da mulher com relação ao seu processo de gestar e parir; c) para o fortalecimento da relação mãe-filho(a); d) para o aleitamento materno
- Garantir a presença de acompanhante de escolha da parturiente durante todo o processo (gestação, parto e puerpério imediato)
- Prestar assistência ao parto daquelas gestantes acompanhadas durante o pré-natal no Centro de Parto Normal, baseada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996)
- Garantir a remoção oportuna e adequada de gestantes, puérperas e recém-natos com intercorrências para serviços ambulatoriais ou hospitalares com maior grau de complexidade
- Funcionar como campo de estágio para cursos de especialização em enfermagem obstétrica e neonatal
- Garantir o acompanhamento domiciliar de gestantes, puérperas e bebês através da articulação com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Os Centros de Parto Normal

Estrutura física

- 01 consultório de pré-natal com banheiro
- 01 sala de pré-consulta
- 02 salas para trabalho de grupo, reversíveis
- 01 sala de exames/parto com banheiro
- 01 sala de estar
- 04 suites, sendo 03 com banheira e uma para repouso de funcionárias(os)
- 01 copa-cozinha
- 01 saleta para recepção
- 01 sala para administração (secretaria) e arquivo
- 01 espaço para armazenamento de roupa, insumos e medicamentos
- 01 posto de coleta
- expurgo
- lavanderia e tanque
- garagem para ambulância

Equipamento

- 01 mesa ginecológica
- 01 balança adulto
- 01 balança infantil
- 01 módulo de parto vertical
- 03 berços aquecidos
- 02 estetoscópios e 02 esfigmomanômetros
- 03 sonares
- material médico-cirúrgico (bandeja de parto com pinças, tesoura, etc.)
- material para reanimação adulto e neonatal (laringoscópio, ambú, etc.)
- mesa de apoio
- foco portátil e foco cirúrgico portátil
- 01 cardiocógrafa portátil

Eletrodomésticos

- 01 geladeira
- 01 fogão de seis bocas
- 01 micro-ondas
- 01 cafeteira
- 01 liquidificador
- 01 batedeira
- 01 espremedor de laranja
- 01 máquina de lavar roupa
- 01 máquina de secar roupa
- 01 ferro elétrico
- 08 aparelhos de ar condicionado (1sala para trabalho educativo, 4 suites, 1 consultório, 1 sala de exames, 1 sala de administração)
- 03 ventiladores (recepção, copa-cozinha, sala de estar)
- utensílios de cozinha (panelas, talheres, pratos, etc.)

Mobiliário

- 04 camas com colchão
- 03 berços de acrílico com suporte
- 03 cadeiras para amamentação
- 03 sofás-cama
- 04 armários
- 03 cômodas
- 01 grupo estofado
- 01 mesa para refeição
- 01 tábua de passar roupa

- 03 mesas de escritório
- 01 mesa para computador e impressora
- 04 cadeiras de escritório
- 01 arquivo
- 02 estantes
- 20 cadeiras confortáveis

Outros equipamentos

- 01 micro-computador
- 01 impressora
- 01 linha telefônica
- 02 aparelhos de telefone
- 01 fax
- 01 aparelho de som com CD player

Recursos humanos

- 13 enfermeiras(os) obstetras (2 por plantão de 12 horas e 1 coordenadora do CPN)
- 13 auxiliares de enfermagem (2 por plantão de 12 horas e 1 diarista)
- 01 administrativo (40 horas)
- 01 assistente social (40 horas)
- 0? Motoristas

Funcionamento do Centro de Parto Normal

O Centro oferecerá o TIG "instantâneo" (já utilizado em toda a rede municipal) para todas as mulheres de sua área de referência, encaminhando as gestantes para o pré-natal do próprio Centro e as demais para o serviço de contracepção da unidade de referência.

A assistência pré-natal será oferecida a todas as gestantes da área de referência do Centro, que se enquadrem nos critérios de "baixo risco". Em caso de intercorrência que altere a classificação de risco da gestante, esta será encaminhada para a unidade de referência da área. A gestante encaminhada poderá ou não retornar ao Centro para dar continuidade ao pré-natal, dependendo da resolução do problema de **saúde apresentado.**

Além das consultas individuais de pré-natal, as gestantes participarão de grupos, onde o trabalho educativo estará voltado para as

questões relativas à gravidez: fisiologia, sexualidade, parto, pós-parto, aleitamento, relações afetivas, etc.

As gestantes que fizerem pré-natal no Centro terão garantido o leito obstétrico no próprio Centro ou na maternidade de referência.

Para a assistência ao parto o Centro de Parto Normal funcionará 24h por dia, com enfermeiras(os) obstetras e auxiliares de enfermagem prestando assistência às gestantes de baixo risco que ali tiveram atendimento pré-natal. No caso de intercorrência durante o trabalho de parto ou no pós parto imediato, a gestante e/ou o recém-nato serão removidos de ambulância para a unidade hospitalar de referência.

Como o tempo de internação previsto é de 24 horas, haverá um acompanhamento domiciliar diário da mãe e do bebê, pelo menos na primeira semana após o parto, por agentes comunitários de saúde e, caso seja necessário, por outros profissionais de saúde (do Centro ou da unidade de referência).

As puérperas contarão com um grupo que atue no sentido de dar suporte técnico, emocional e afetivo para este momento de suas vidas, com ênfase no aleitamento materno.

Os trabalhos educativos deverão ser coordenados por equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeira(o) e auxiliar de enfermagem. Agentes comunitários do PACS poderão também participar desta equipe.

As puérperas atendidas pelo Centro serão encaminhadas para a contracepção na unidade de referência da área.

Os recém-natos também serão encaminhados para a unidade de referência da área para iniciarem o acompanhamento pediátrico (teste do pezinho, imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento).

Os serviços de rouparia/lavanderia e nutrição serão realizados no próprio Centro. Outros serviços de apoio, tais como, esterilização de material, exames complementares, banco de sangue, farmácia, manutenção predial e de equipamentos serão fornecidos pela SMS/RJ, através da(s) unidade(s) de referência.

Os insumos hospitalares, gases medicinais e medicamentos, bem como os recursos humanos, serão de responsabilidade da SMS/RJ e de outras instituições que possam se tornar parceiras deste projeto.

Formação de recursos humanos

As(os) enfermeiras(as) responsáveis pelo funcionamento do Centro serão necessariamente enfermeiras(os) obstetras, com curso de habilitação e/ou especialização.

A preparação destes(as) profissionais (sensibilização, integração da equipe, reciclagem, treinamento para trabalho educativo) ficará sob a responsabilidade conjunta da SMS/RJ e da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

O Centro será campo de estágio para alunos(as) do curso de especialização em enfermagem obstétrica e neonatal e contará com supervisão permanente do corpo docente da(s) faculdade(s) responsável(is) pelos cursos (Faculdades de Enfermagem da UERJ e da UFRJ). A Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras e Neonatais – ABENFO também participará desta supervisão técnica.

Localização dos Centros de Parto Normal

Cronograma

Orçamento

ANEXO C - Convênio Financeiro entre o MS e a SMS/RJ para a construção de Casas de Parto.

EXPEDIENTE DO DIA 05/12/2000

(*) AVISO

Extrato de Termo de Convênio n.º 622/2000

Partes: União Federal através do Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

Processo Administrativo: 01/006.947/2000

Objeto: O presente Convênio tem por objeto dar apoio financeiro para PROJETO DE CONSTRUÇÃO DE 03 CENTROS DE PARTO NORMAL, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Valor Total: R\$739.818,00 (setecentos e trinta e nove mil, oitocentos e dezoito reais)

Vigência: 360 (trezentos e sessenta) dias

Fundamento: Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações posteriores

Data de Celebração: 30 de junho de 2000

(*) Omitido no D. O. RIO de 07 de julho de 2000

ANEXO D - Decreto Municipal de criação da Casas de Parto David Capistrano Filho

DECRETO Nº 22116 DE 07 DE OUTUBRO DE 2002.

Dá nome as Casas de Parto que menciona.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o que consta do processo n.º 09/034.528/2002 e,

considerando a implantação de Casas de Parto na Cidade do Rio de Janeiro;

considerando que David Capistrano da Costa Filho, médico renomado e um entusiasta na implantação das Casas de Parto, não poupou esforços em assessorar a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro na elaboração de seu projeto;

considerando a dedicação missionária como parteira e benzedeira de D. Maria Barbosa, moradora de Vargem Grande, que por muitos anos se dedicou à causa do nascimento e da saúde das pessoas deste lugar, tornando-se conhecida como "Maria da Ponte";

DECRETA

Art. 1.º Ficam denominadas como Casa de Parto David Capistrano da Costa Filho, a Casa de Parto de Realengo, situada na Av. Pontalina s/nº, e Casa de Parto Maria da Ponte, a Casa de Parto em Vargem Pequena, situada na Estrada do Chacrinha s/n.º, a serem inauguradas.

Art. 2.º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 07 de outubro de 2002 - 438º ano da fundação da Cidade.

CESAR MAIA

Publicado em D.O.RIO de 08.10.2002, p.03.

ANEXO E - Resolução 1041 da SMS/RJ que regulamenta o funcionamento da Casa de Parto e apresenta o Protocolo de assistência (Documento Parcial)

RESOLUÇÃO SMS Nº 1041 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor,

CONSIDERANDO a inauguração próxima da Casa de Parto David Capistrano Filho situada na Avenida Pontalina s/nº, Realengo – CAP – 5.1;

CONSIDERANDO que a Casa de Parto (CP) é parte integrante de um sistema de saúde que presta assistência às gestantes com gravidez de baixo risco e que deve atuar obrigatoriamente em parceria com uma Maternidade de Referência (MR) e com as Unidades de Saúde da Área Programática a que pertence;

CONSIDERANDO a necessidade de oficializar as referências que permitirão o bom funcionamento da CP e a sua inserção no conjunto de ações prestadas por esta Secretaria Municipal de Saúde;

CONSIDERANDO que a Casa de Parto (CP), que funciona como parte da estratégia de atuação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), prestará assistência às mulheres de uma região adscrita que para lá forem referidas com o diagnóstico inicial de gestação de baixo risco e que assim evoluírem até o momento do nascimento do recém-nascido não possuindo, portanto, as características de uma Unidade aberta para o atendimento de urgências ou emergências médicas;

CONSIDERANDO que para funcionar dentro dos melhores padrões de segurança para a gestante e o recém-nascido a CP deve ter nas 24 horas do dia uma ambulância para simples transferência com capacidade para incubadora de transporte à sua disposição;

CONSIDERANDO os protocolos de acompanhamento pré-natal, admissão e transferência de gestantes, assistência e transferência de recém-nascidos estabelecidos para o bom funcionamento da CP, publicados no anexo desta resolução;

CONSIDERANDO ainda o que consta na Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999, do Ministério da Saúde que regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal.

RESOLVE

Art. 1º A CP funcionará como Unidade de Saúde aberta 24 horas,

atendendo gestantes de baixo risco que na gestação forem para lá encaminhadas pelo PACS / PSF e outras Unidades Básicas de Saúde da CAP 5.1;

§ 1 - A CP configura-se como mais uma opção na assistência às gestantes de baixo risco devendo o atendimento neste serviço estar sempre condicionado à escolha da mulher por este tipo de atenção;

§ 2 - A equipe da CP será composta por 18 enfermeiras obstetras, uma assistente social, oito auxiliares de enfermagem, três agentes administrativos e também por funcionários terceirizados tais como copeiras, auxiliares de limpeza e vigilantes;

§ 3 - A equipe da CP realizará o acompanhamento pré-natal, atividades de preparação para o parto, assistência ao trabalho de parto, ao parto, ao recém-nascido, apoio ao aleitamento materno, cuidado puerperal e de planejamento familiar, oferecendo acompanhamento integral à mulher, conforme protocolos de atendimento publicados no anexo desta resolução;

§ 4 - Todos os atendimentos, consultas e procedimentos realizados na CP serão anotados de forma legível no prontuário da gestante, devendo constar ao final de cada um deles a assinatura e o carimbo com o registro do nome e da inscrição no Conselho Regional de Enfermagem;

Art. 2º Estabelecer as equipes do PACS / PSF da CAP 5.1 como parte do sistema de captação e encaminhamento de gestante de baixo risco da referida área programática para acompanhamento na Casa de Parto;

§ 1- As equipes do PACS / PSF deverão receber relatórios mensais do atendimento pré-natal das gestantes e ser comunicados do eventual surgimento de intercorrências clínicas ou obstétricas durante a gestação que levem a necessidade de referência da mulher para um acompanhamento pré-natal de risco;

§ 2- As equipes do PACS / PSF deverão ser comunicadas pela equipe da CP dos nascimentos ali ocorridos num período máximo de até 12 hs após o mesmo, possibilitando o acompanhamento pelas primeiras da mulher e do recém-nascido após a alta da Casa de Parto;

§ 3- As equipes do PACS / PSF deverão ser comunicadas pela equipe da CP das transferências realizadas para a MR num período máximo de até 24 hs após a mesma, possibilitando o acompanhamento pelas primeiras da evolução das condições de saúde da mulher e/ou do recém-nascido junto à maternidade;

§ 4- As equipes do PACS / PSF deverão acompanhar com visita domiciliar os 2º, 4º, 7º e 10º dias de vida do recém-nascido e do puerpério da mãe, referindo para a CP quaisquer situações que necessitem de cuidados de enfermagem e para a MR quaisquer situações em que considerarem necessária a intervenção de profissional médico;

Art 3º Estabelecer a Maternidade Alexander Fleming, situada à Rua Jorge Schimdt 331, Marechal Hermes – CAP 3.1, como Unidade de referência para a Casa de Parto David Capistrano Filho;

§ 1- Será feito contato prévio da equipe da CP com a equipe da MR sempre que for necessária a transferência de mãe e/ou do recém-nascido, antecipando o(s) diagnóstico(s) presumido(s) e as necessidades das(os) pacientes para a agilização do atendimento;

§ 2- A transferência de mãe e/ou do recém-nascido será sempre realizada pela ambulância da CP com a presença obrigatória de uma enfermeira obstetra que acompanhará a(o) paciente juntamente com relatório detalhado de todo o atendimento prestado até àquele momento;

§ 3- Os profissionais da MR uma vez contatados pela equipe da CP não poderão recusar o recebimento dos pacientes em transferência, independente das condições de lotação de seus leitos;

§ 4- Os exames de rotina solicitados durante o atendimento pré-natal, no momento da admissão da gestante e do nascimento do bebê serão realizados na MR;

Art. 4º A ambulância da CP só poderá ser utilizada para o transporte de mães e/ou recém-nascidos lá admitidos, não havendo justificativa para a ausência deste equipamento do local por outros motivos;

§ 1- Mesmo em situações de urgência / emergência na comunidade a que pertence a CP a ambulância não poderá ser deslocada para qualquer socorro, devendo nesses casos ser acionadas as instâncias responsáveis por esse tipo de atendimento;

§ 2- Em caso de ausência do serviço de ambulância na CP não poderão ser admitidas gestantes em trabalho de parto até a normalização do mesmo;

Art 5º A Coordenação e a Vice-Coordenação da CP serão exercidas por enfermeiras obstetras que serão responsáveis pela administração e condução técnica das atividades ali desenvolvidas;

§ 1- A Coordenadora e a Vice-Coordenadora da CP deverão apresentar à Coordenação dos Programas de Atenção Integral à Saúde relatórios mensais da produção e do resultado da assistência materna e perinatal ali prestadas, remetendo cópias para a Coordenação da CAP 5.1 e para a Direção da MR.

§ 2- O relatório dos casos de óbito materno, óbito fetal, óbito neonatal e asfixia perinatal deverão ser encaminhados para análise pela comissão de óbitos da MR, ampliada quando da discussão desses eventos com a presença de um técnico da gerência dos programas de saúde da mulher e de um técnico da gerência dos programas de saúde da criança;

§ 3 - A responsabilidade técnica pelos atendimentos prestados na CP será exclusivamente da enfermeira obstetra que assistirá a mulher e ao bebê, ficando os médicos da MR responsáveis pelos mesmos apenas após o atendimento inicial e internação na maternidade;

§ 4 - As questões éticas provenientes dos atendimentos prestados às mulheres e bebês transferidos para a MR serão resolvidas em primeira instância pela equipe de saúde multiprofissional responsável pelo acompanhamento da implantação e implementação da CP conforme Resolução SMS nº 1040 de 11/02/2004;

Art 6º A Casa de Parto contará com uma equipe multiprofissional de consultores técnicos em saúde que atuará junto à Coordenação e Vice-Coordenação da CP.

§ 1- esta equipe será composta minimamente por:

- Diretor da Maternidade de referência ou seu representante;
- Chefia do Serviço de Obstetrícia da Maternidade de referência;
- Chefia do Serviço de Neonatologia da Maternidade de referência;
- Gerência do Programa de Saúde da Mulher da SMS/RJ;
- Gerência do Programa de Saúde da Criança da SMS/RJ;
- Gerência do Programa de Saúde do Adolescente da SMS/RJ.

§ 2 – caberá aos consultores técnicos acompanhar o funcionamento da CP, analisar os resultados da assistência prestada e avaliar a necessidade de adequação de seus protocolos de atendimento.

Art 7º Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

RONALDO CEZAR COELHO
Secretário Municipal de Saúde

Publicada em D.O.Rio, de 12.02.2004, p.28.

Retificada em D.O.RIO, de 18.02.2004, p.23.

Republicada em D.O.RIO, de 08.03.2004, p.28.

ANEXO F - Indeferimento da liminar concedida ao SINMED na 5ª Vara de Fazenda Pública

Página 2 de 3

5ª VARA DE FAZENDA PÚBLICA
 PROCESSO 2004.001.064259-2
 MANDADO DE SEGURANÇA
 IMPETRANTE: SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO – SINMED
 AUTORIDADE COATORA: SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

DECISÃO

Trata-se de Mandado de Segurança impetrado pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro SINMED contra ato administrativo que, por meio de Resolução, criou Casas de Parto. Afirma o Impetrante que é necessária assistência médica, inexistente no local. Sustentando ameaça ao direito constitucional do livre exercício da profissão pelos profissionais da medicina. Às fls. 148/149, foi deferida liminar inaudita altera pars determinando a inclusão de médicos obstetras, pediatras e anestesiológicos nas equipes que integram as Casas de Parto. Insurgindo-se o Município intermêdo Recurso de Agravo de Instrumento (fls. 313), ainda não julgado. Informações, às fls. 158/161, salientando a importância das Casas de Parto, e observando que a inaugurada pelo Município atende ao que determina a Portaria n° 985, de 05 de agosto de 1999, do Ministério da Saúde. Juntou documentos de fls. 162/310. Manifestação do Conselho Regional de Enfermagem, às fls. 329/374, se habilitando como assistente litisconsorcial do Réu. Juntou documentos de fls. 375/574. O Município se manifestou, às fls. 576/587, requerendo a reconsideração da Decisão liminar. Juntou documentos de fls. 588/621.

É O BREVE RELATÓRIO. DECIDO.

... a vnia da Nobre Colega prolatora da Decisão de fls. 148/149, entendo que deve ser reconsiderada a liminar deferida. Até mesmo, em razão da vasta documentação trazida aos autos posteriormente ao mencionado interlocutório.

Primeiramente, deve ser observado que o Ministério da Saúde, através da Portaria n° 985, de 05 de agosto de 1999, criou o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS para o atendimento à mulher no período gravídico/puerperal, estabelecendo no artigo 6° a equipe mínima necessária para o funcionamento do mesmo.

Assim, ficou estabelecido que a equipe mínima deve ser constituída por um enfermeiro, com especialidade em obstetria, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância.

É fato, pois, que a Casa de Parto de Realengo encontra-se dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Sendo certo que a Casa de Parto em questão funciona como estabelecimento autônomo, porém, dispendo de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência às gestantes e aos nascituros, na forma do disposto do §3° do artigo 1° da Portaria já mencionada. Funcionando, outrossim, em parceria com o Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF), consoante o inciso II do artigo 2°. Ressaltando-se que o aludido nosocômio dista da Casa de Parto sete quilômetros, havendo uma ambulância de plantão 24 horas por dia na porta daquela.

Urge salientar que o enfermeiro possui capacitação profissional para tanto, na forma da Lei 7498/96, reguladora da profissão.

Ademais, não se pode olvidar da importância das Casas de Parto dentro do cenário da saúde pública no País. Eis que as gestantes são tratadas pessoalmente, sendo chamadas pelos nomes, tal qual na maioria das clínicas particulares; havendo, inclusive, possibilidade de acompanhamento dos familiares no momento do parto; o que sequer é imaginável dentro de um hospital público. Sendo certo que o momento do parto é de suma importância na vida da mulher e de seus familiares, devendo ser tratado com respeito e dignidade; que é exatamente o que busca o Município com a criação da Casa de Parto. Cuida-se, como afirmado na própria Portaria do Ministério da Saúde, da necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, priorizando ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal. Extrai-se outrossim, do Relatório de Funcionamento, acostado às fls. 165/174, que nos casos em que foi necessária a intervenção médica, a gestante foi transferida para a maternidade de referência (HMAF), sem qualquer prejuízo para a mesma ou para os bebês. Dai inexistir o risco apontado na Inicial. Não se está, de forma alguma, obstruindo o livre exercício da profissão, mas apenas humanizando as condições do parto, na forma de Portaria expedida pelo Ministério da Saúde em 1999.

Não é demais salientar que estão em funcionamento no País, em Estados como São Paulo, Minas Gerais, Ceará, Bahia, Pernambuco, e em outros Países, como Inglaterra, Holanda, EUA, Canadá, Suécia, Noruega, Austrália, Áustria, Casas de Parto nos moldes da criada pelo Município, em Realengo.

De maneira que RECONSIDERO a decisão de fls.148/149, indeferindo a liminar, retornando-se a situação ao estado anterior, com funcionamento da Casa de Parto, independentemente da intervenção de médicos.

Às partes e após ao Ministério Público sobre o pedido de assistência litisconsorcial formulado pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Intímem-se com urgência.

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2004

EUNICE BITENCOURT HADDAD

JUÍZA DE DIREITO

Unad@s na Rede é uma publicação da Rede Feminista de Saúde, sob a responsabilidade da Coordenação de Comunicação, que chegará ao seu e-mail sempre que a Secretaria Executiva considerar que um assunto relevante exige mobilização especial.

ANEXO G - Documento de Fundação da ReHuNa - Carta de Campinas

Carta de Campinas - Ato de fundação da Rede Pela Humanização do Parto – ReHuNa

Por ReHuNa

12 de Fevereiro de 2007

Movimento pela humanização do parto

17 de outubro de 1993

Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer.

Michel Odent

Nós, abaixo nomeadas pessoas, grupos e instituições de Saúde que há anos trabalhamos cotidianamente com a gestação, parto e nascimento, reunimo-nos em iniciativa autônoma, e independente na Chácara Catalina, no município de Joaquim Egidio, em Campinas, SP Brasil, entre os dias 15, e 17 de outubro de 1993, para conversar e discutir sobre a situação atual do nascer em nossa sociedade.

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos de reflexão à comunidade.

O Brasil é hoje, o país que apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais paulistas apresentam 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método normal de parir e de nascer, uma inversão total da naturalidade da vida. Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas.

Estes fenômenos vitais e existenciais cruciais tornaram-se momentos de terror, angústia, impotência alienação e dor. Seu custo social, psicológico e econômico é muito alto e a sociedade é vítima indefesa desta realidade.

Não espanta que as mulheres passaram a introjetar a cesárea como a melhor forma de nascer, buscando um parto sem dor, sem medo e sem risco. A cesárea é também a via de acesso à ligadura de trompas, método anticoncepcional que vem esterilizando definitivamente grandes massas de mulheres brasileiras.

Ninguém informa as gestantes que as cesáreas desnecessárias lhes trazem um risco de 3 a 30 vezes maior de morrer no parto além de uma morbidade muito maior que a do parto normal.

Também ninguém lhes diz que a cesárea desnecessária traz risco 13 vezes maiores de morbimortalidade para o bebê. Ninguém lhes informa ainda que o parto é tecnicamente o pior momento para a realização da laqueadura, expondo a mulher a grandes riscos.

Segundo a OMS 10% é a taxa máxima de cesáreas, encontrada em serviços e

países que apresentam os menores valores de mortalidade perinatal.

Arrolamos a seguir, resumidamente alguns outros fatores relacionados a este comportamento:

- Mudanças sociais profundas vêm fazendo com que as mulheres se distanciem de suas raízes e de seus corpos, se submetam à desapropriação de suas práticas e saberes milenares. Se alijando progressivamente de seu papel de sujeito no momento do nascimento. A esta situação se aliam tabus, a repressão da sexualidade e a opressão, subordinação e manipulação das mulheres em nossa sociedade.
- No modelo social e econômico, em que tempo é dinheiro, o parto vem sendo crescentemente realizado como se fosse linha de montagem, concentrando-se nas vésperas de feriados fins de semana, violentando o tempo e o ritmo natural da mãe e filho.
- Na sua estratégia de obter a presença do obstetra durante o parto, signo, na cabeça da mulher, de segurança, saber, cientificidade e eventualmente anestesia para a dor do parto ela assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se totalmente às recomendações e intervenções sugeridas pelo obstetra.
- Inseridos no contexto de crescente especialização e incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os obstetras se afastam cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, tendo perdido o conhecimento e a segurança da prática da arte da obstetrícia.

A Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa), criada nesta ocasião, pretende, face a esta situação, tendo como público alvo mulheres e homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde:

- mostrar os riscos para a saúde das mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
 - resgatar o momento do nascimento como evento existencial e socio-cultural crítico com profundas e extensas conseqüências pessoais;
 - revalorizar as posturas e condutas face ao nascimento de uma nova vida, humanizando o significado do parto e do nascimento;
 - incentivar as mulheres a se reapropriar de suas vidas, aumentando sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
 - aliadas ao conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado, resgatar práticas humanizadas tradicionais de assistência ao parto e nascimento.
- Estes objetivos, simples e diretos, já vêm sendo buscado através da prática diária de pessoas, profissionais, grupos e instituições preocupadas e atentas a melhoria da qualidade de vida, bem estar e bem nascer, comprometidas em fim pela busca de uma vida mais humana, mais digna, mais saudável.

Acreditamos que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre os quais lembramos:

- implementação integral das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;
- divulgação e aderência às recomendações da OMS, referendadas na Conferência Internacional para o Parto, realizada em Fortaleza, Brasil, de 22 a 28 de abril de 1985 (Tecnologias apropriadas para o nascimento) em anexo;

- trabalho educativo sobre sexualidade, nascimento e direitos reprodutivos voltados às mulheres e adolescentes;
- fortalecimento e apoio às iniciativas existentes de serviços públicos e privados de casas de partos, grupos de parteiras tradicionais e Doulas. Seu fortalecimento permitirá a ocorrência de mudanças essenciais na vida das pessoas e eventualmente da sociedade a partir da Humanização do Nascimento.

Signatários da Carta de Campinas:

1. Albinear Plaza Pinto - Goiânia GO
2. Aldevina Maria Dos Santos – Goiânia GO
3. Anna Volochko – Instituto de Saúde/MCCS – São Paulo SP
4. Carmen Lucia – Prefeitura Municipal de Florianópolis SC
5. Cecilia De Oliveira Lollato Lopes – Grupo de Parto Alternativo Unicamp – Campinas SP
6. Djanira Ribeiro – São Paulo SP
7. Fadinha – Maria De Lourdes Da S.Teixeira – Instituto de Terapias Alternativas Aurora – Rio de Janeiro RJ
8. Fatima Santa Rosa – Campinas SP
9. Gabriela Edith Gomes - Hospital Materno Provincial - Córdoba
10. Geralda Margarida Dos Santos - Maternidade Odete Valadares – Belo Horizonte MG
11. Helena Maria Carmo Schuch – Centro Int. de Estudo e Pesquisa do Homem – Florianópolis SC
12. Hugo Sabatino – CAISM Unicamp – Campinas SP
13. Isabel Regis – Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis SC
14. Jacira Curado Barbosa – Belo Horizonte MG
15. Livia Martins Carneiro – Hospital São Pio X – Ceres GO
16. Livia Pavitra – Brasília DF
17. Lourivaldo Rodrigues De Sousa – Manaus AM
18. Lucia Caldeyro De Sabatino – Grupo de Parto Alternativo Unicamp – Campinas SP
19. Lucia Maria Pires Da Silva – Casa de Parto “Nove Luas, Lua nova” – Niterói RJ
20. Maria Ester Vilela – Hospital São Pio X – Ceres GO
21. Maria Luiza Nicoletti Marques – Malu – FCM Unicamp – Campinas SP
22. Maria Silvia Setúbal – CAISM Unicamp – Campinas SP
23. Mario A. Salinas – Susana Morales - Córdoba
24. Marisa Rodrigues – Grupo de Parto Alternativo Unicamp – Campinas SP
25. Melodie Radler Venturi – Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – São Paulo SP
26. Myriam Marques – Contagem MG
27. Paola Frisoli – Grupo Inanna – Torre Boldone Itália
28. Paula Viana – Grupo Curumim – Recife PE
29. Silvia Nogueira – Grupo de Parto Alternativo Unicamp – Campinas SP
30. Solange Dacach – REDEH Rede de Defesa da Espécie Humana – Rio de Janeiro RJ
31. Suely Carvalho – C.A.I.S. do Parto – Olinda PE

32. Vania De Freitas Maciel – Casa de Parto “Nove luas, lua nova” – Niterói RJ
33. Veronica Gomes Alencar – Prefeitura Municipal de Campinas – Campinas SP
34. William Alexandre Oliveira – CAISM Unicamp – Campinas SP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)