

Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro*

HEGEMONY AND COUNTER-HEGEMONY IN THE PROCESS OF IMPLEMENTING THE CASA DE PARTO BIRTH CENTER IN RIO DE JANEIRO

HEGEMONÍA Y CONTRA HEGEMONÍA EN EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA CASA DE PARTO EN RIO DE JANEIRO

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹, Maria Aparecida Vasconcelos Moura²

RESUMO

Estudou-se o processo de implantação da primeira Casa de Parto no Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade do Rio de Janeiro. Por meio de pesquisa qualitativa objetivou-se identificar os determinantes do processo de implantação da Casa de Parto e analisar a influência dos grupos hegemônicos e contra-hegemônicos neste processo de implantação. O referencial teórico foi o conceito de hegemonia. O método dialético orientou a análise dos dados por meio das categorias metodológicas: contradição, totalidade e historicidade. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no período de janeiro a julho de 2007. Os entrevistados foram quatro gestores da saúde municipal e onze profissionais técnico-administrativos designados para implantar a Casa de Parto. A síntese deste estudo revelou que a implantação da Casa de Parto foi determinada pela contra-hegemonia estabelecida na assistência à gestação e parto fisiológicos.

DESCRITORES

Centros Independentes de Assistência a Gravidez e ao Parto.
Parto humanizado.
Política de saúde.
Saúde da mulher.

ABSTRACT

This study addressed the process of implementing the first Casa de Parto Birth Center in the Unified Health System in the city of Rio de Janeiro. The purpose of this qualitative study was to identify the determinants of the process of implementing the Birth Center and analyze the influence that hegemonic and counter-hegemonic groups have on that process. The theoretical framework used was the concept of hegemony. Data analysis was guided by the dialectic method of contradiction, totality and historicity. Semi-structured interviews were performed, from January to July 2007, with four municipal health administrators and 11 technical-administrative professionals assigned to implement the Birth Center. This study showed that the implementation of the Birth Center was determined by the counter-hegemony established in providing care during pregnancy and physiological deliveries.

KEY WORDS

Birthing Centers.
Humanizing delivery.
Health policy.
Women's health.

RESUMEN

Se estudió el proceso de implantación de la primera Casa de Parto en el Sistema Único de Salud (SUS) en la ciudad del Rio de Janeiro. Por medio de una investigación cualitativa se objetivó identificar los determinantes del proceso de implantación de la Casa de Parto y analizar la influencia de los grupos hegemónicos y contra hegemónicos en ese proceso de implantación. El marco teórico fue el concepto de hegemonía. El método dialéctico orientó el análisis de los datos por medio de las categorías metodológicas: contradicción, totalidad e historicidad. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas en el período de enero a julio de 2007. Los entrevistados fueron cuatro gestores de la salud municipal y once profesionales técnicos y administrativos designados para implantar la Casa de Parto. La síntesis de este estudio reveló que la implantación de la Casa de Parto fue determinada por la contra hegemonía establecida en la asistencia a la gestación y parto fisiológicos.

DESCRIPTORES

Centros Independientes de Asistencia al Embarazo y al Parto.
Parto humanizado.
Política de salud.
Salud de la mujer.

* Extraído da tese "O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci", Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. ¹ Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. adrianalenho@uol.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. maparecidavas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Na última década o governo brasileiro vem estabelecendo políticas de saúde que visam à melhoria da assistência obstétrica e perinatal. Entre outras medidas, o Ministério da Saúde passou a estimular o parto normal por meio da limitação do pagamento de cesarianas no Sistema Único de Saúde (SUS) e inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento *parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra* a partir de 1998. A despeito destas ações, as cesarianas permanecem elevadas no Brasil. Esta cirurgia correspondeu a 38,1% do total de nascimento no ano de 2001. No entanto, esta proporção foi maior entre mulheres com idade superior a 19 anos, com alta escolaridade e residentes nas regiões do Sul ou do Sudeste do país. Na faixa de maior escolaridade, 12 anos ou mais de estudo, a proporção de cesarianas foi de 65% em 2001. Cabe ressaltar que a Organização Mundial de Saúde considera que não haja justificativa para que a taxa de cesariana seja superior a 15%⁽¹⁾.

Essa situação decorre da atenção obstétrica ser intencionalmente medicalizada no país⁽¹⁾. A medicalização determina concepções, valores, normas e práticas assistenciais, tanto entre os profissionais de saúde como na população em geral, refletindo na cultura profissional em que o parto é compreendido como evento de risco e na percepção da intervenção médica pela clientela como condição de qualidade do cuidado oferecido⁽²⁾.

Em resposta a esse contexto, o Ministério da Saúde implanta os Centros de Parto Normal ou Casas de Parto (CP) no SUS por meio da Portaria/GM n.º 985, de 5 de agosto de 1999. Estes Centros objetivam promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto normal sem distócia ou de baixo risco. Eles podem funcionar fisicamente integrados ou isolados do hospital e as enfermeiras obstétricas compõem a equipe profissional mínima.

Essa portaria viabiliza a implantação dos Centros de Parto Normal nos sistemas de saúde locais. Em decorrência, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) implanta um Centro de Parto Normal comunitário na Zona Oeste da cidade, no bairro Realengo. Ele está em funcionamento desde 08 de março de 2004 e foi denominado de Casa de Parto David Capistrano Filho. O termo *Casa de Parto* foi adotado na pesquisa em consequência desta denominação.

A CP foi regulamentada pela Secretaria Municipal de Saúde por meio da Resolução n.º 1041, de 11 de fevereiro de 2004. Este documento determina que ela deve funcionar como uma unidade de saúde aberta vinte e quatro horas, proporcionar mais uma opção na assistência às gestantes de baixo risco e atuar obrigatoriamente em parceria com uma Maternidade de Referência e com as Unidades de Saúde da Área Programática a que pertence. A respon-

sabilidade técnica pelos atendimentos prestados na CP é exclusivamente da enfermeira obstétrica que assiste à mulher e ao bebê.

A iniciativa da SMS/RJ de instituir a primeira CP carioca gerou mobilização e discussão entre os segmentos favoráveis e contrários à sua existência. Os segmentos contrários foram representados, sobretudo, pelas corporações médicas, como o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), o Sindicato dos Médicos e Sociedades de especialistas médicos da área obstétrica e perinatal do Rio de Janeiro.

O embate de forças entre os grupos envolvidos e discordantes durante a implantação da CP chegou aos tribunais do Ministério Público. Esta discordância gerou debates sobre este serviço para além dos círculos profissionais, institucionais e acadêmicos da área de saúde. Por outro lado, já ocorriam conflitos nos centros obstétricos anteriormente à implantação da CP. Estes foram motivados pela incorporação da enfermeira obstétrica como profissional responsável pela assistência ao parto normal. Nas maternidades cariocas havia divergências entre médicos e enfermeiras obstétricas relacionadas às práticas assistenciais, responsabilidades e competências profissionais na atenção obstétrica⁽³⁾.

A medicalização determina concepções, valores, normas e práticas assistenciais, tanto entre os profissionais de saúde como na população em geral.

A instituição da CP na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro provocou maior visibilidade dos conflitos relacionados aos conceitos e perspectivas que permeiam a política de saúde da mulher, a cultura assistencial nos serviços e os papéis profissionais na atenção ao parto e nascimento⁽⁴⁾. Assim sendo, o processo de implantação da CP no SUS do Rio de Janeiro constituiu-se no objeto da investigação, que buscou responder a seguinte questão norteadora: Quais foram os acontecimen-

tos e desdobramentos das disputas estabelecidas entre os atores sociais no processo de implantação da CP no sistema de saúde do Rio de Janeiro?

OBJETIVOS

Partindo desse questionamento, a pesquisa objetivou identificar os determinantes da implantação da CP e analisar a influência dos segmentos hegemônicos e contra-hegemônicos neste processo de implantação.

REFERENCIAL TEÓRICO: CONCEITO DE HEGEMONIA

A hegemonia é a capacidade de ser dirigente e fazer com que uma classe ou segmento social consiga exercer a direção política e ideológica, construindo um vigoroso sistema de crenças e valores que direciona a concepção do mundo dos demais segmentos sociais. A hegemonia pode ser estabelecida sem necessariamente a obter conquista do poder governamental⁽⁵⁾.

Existem dois grandes planos superestruturais, a sociedade civil e a sociedade política. A sociedade civil é formada pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), entre outros⁽⁶⁾.

A sociedade civil e a sociedade política formam uma unidade, cujas funções são diferenciadas na organização da vida social. Uma classe atinge a hegemonia quando consegue estabelecer o consenso entre os demais segmentos sociais por meio da direção política, ideológica e cultural na sociedade civil. A classe hegemônica quando conquista a supremacia exerce o domínio sobre os aparatos coercitivos da sociedade política – sistema burocrático, jurídico, policial e militar⁽⁷⁾.

A crise de hegemonia emerge das contradições existentes na totalidade social. Esta crise decorre dos conflitos resultantes da co-existência de diferentes concepções de mundo. Estas concepções são propagadas por meio das ideologias – conjunto de idéias que determina as manifestações da vida, individuais e coletivas – fazendo com que um determinado grupo social compartilhe o mesmo modo de pensar e agir. A ideologia é decisiva na orientação prática dos homens. É o significado mais alto de uma concepção de mundo, que se expressa no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações da vida individuais e coletivas, formando uma unidade ideológica em todo bloco social que está cimentado e unificado justamente por aquela determinada ideologia⁽⁷⁾.

A batalha das idéias – o diálogo e o confronto cultural – tem importância decisiva na disputa pela hegemonia. A crítica ideológica – a batalha cultural – torna-se um momento decisivo para agregar uma vontade coletiva, superar uma velha relação de hegemonia e construir uma nova. A luta pela hegemonia implica uma ação que, voltada para a efetivação de um resultado objetivo no plano social, pressupõe a construção de um universo intersubjetivo de crenças e valores⁽⁸⁾.

Na construção de uma nova ordem intelectual e moral, os segmentos contra-hegemônicos precisam construir seu próprio grupo de intelectuais. Todos os homens são intelectuais, mas nem todos os homens desempenham esta função na sociedade. Aqueles que exercem esta função contribuem para manter ou modificar uma concepção de mundo. A função de intelectual relaciona-se com a capacidade de formular e disseminar uma visão de mundo que viabilize a direção ideológica de um determinado segmento social. Desta forma que avança uma nova hegemonia, quando a classe opositora difunde suas próprias concepções e põe em crise a ideologia hegemônica. É por meio deste processo que emerge a contra-hegemonia⁽⁷⁾.

O pensamento de Gramsci, portanto, fornece subsídios para a compreensão do processo de implantação da CP na

rede municipal de saúde, na perspectiva em que seu contexto histórico-cultural está relacionado ao debate entre propostas assistenciais diferenciadas na atenção ao parto e nascimento no SUS.

MÉTODO

O objeto da pesquisa está imerso em um contexto social dinâmico, complexo e em transformação. Assim, optamos por uma pesquisa qualitativa e dialética. O método dialético tem como categorias básicas *contradição*, representada pelos contrários, *totalidade*, que pressupõe a união desses contrários e *historicidade*, que tem como condição fundamental à prática humana⁽⁹⁾.

A pesquisa teve como cenário a CP David Capistrano Filho do Município do Rio de Janeiro, situada na zona oeste da cidade, no bairro Realengo. A coleta de dados aconteceu posteriormente à aprovação da pesquisa nos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de EEN/HESFA da UFRJ, sob os pareceres nº 012/06, e da SMS/RJ nº 72 A/2006. Esta coleta foi realizada no período de janeiro a junho de 2007.

Os sujeitos da pesquisa foram formados por dois grupos de depoentes. O primeiro foi constituído dos quatro gestores da SMS/RJ: Secretário Municipal de Saúde, Superintendente de Saúde Coletiva, Coordenadora de Programas de Atendimento Integral à Saúde e Gerente do Programa de Saúde da Mulher. O segundo grupo foi representado por onze (11) profissionais técnico-administrativos nomeados pelo Secretário de Saúde para integrar o Grupo de Implantação e Implementação da CP (GICP) por meio da Resolução SMS/RJ 1040/2004. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, individuais e gravadas em fita K7.

Os dados brutos foram submetidos aos seguintes passos operacionais: a) transcrição, ordenação, organização dos relatos e produção de mapa horizontal; b) classificação dos dados e identificação das estruturas de relevância nas idéias centrais; c) constituição das unidades de significado, agrupamento temático e elaboração de categorias brutas; d) leitura transversal sob a perspectiva das categorias metodológicas da dialética e constituição das categorias empíricas; e) análise final sob orientação do referencial teórico de Gramsci⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do percurso analítico definido, surgiram duas categorias centrais *A contra-hegemonia no debate cultural pela implantação da Casa de Parto e Conflitos e contradições durante a implantação da Casa de Parto*. A seguir, realiza-se a discussão de cada categoria.

A contra-hegemonia no debate cultural pela implantação da Casa de Parto

O processo de implantação da CP do Rio de Janeiro transcorreu por percurso histórico relativamente longo. A

iniciativa surge, especialmente, após a concepção e abertura da CP Sapopemba, em São Paulo, pelo sanitarista David Capistrano. Em 1999, este médico coordenava as ações de regulamentação e implantação desta modalidade de serviços no SUS. Nesta época, Capistrano incentiva e assessora os gestores da SMS/RJ na estruturação da proposta carioca ao Ministério da Saúde. Em julho de 2000 é celebrado convênio entre este Ministério e a SMS/RJ para abertura de três CP na cidade.

Nesse mesmo período, a SMS/RJ já contava com certo prestígio entre os círculos sociais defensores da reforma nas práticas obstétricas. Esta visibilidade decorria, especialmente, das ações empreendidas na Maternidade Leila Diniz, inaugurada em 1994. Idéias como resgate da autonomia da mulher, do parto como evento fisiológico, de utilização de tecnologia apropriada e de ambiente do nascimento afetivo e assemelhado ao lar influenciaram a concepção assistencial e arquitetônica desta maternidade. Por outro lado, a Superintendente, a Coordenadora de Programas e a Gerente do Programa da Saúde Mulher eram profissionais sensíveis ao ideário feminista e da humanização do parto. Nestes ideários há valorização do feminino na atenção ao parto, tanto em relação ao protagonismo da mulher quanto ao estímulo da atuação das parteiras e enfermeiras no cuidado. Portanto, estes ideários exerceram influência ideológica na instituição da CP no SUS. Esta influência pode ser observada nos depoimentos que se seguem:

Na verdade, quando eu fui trabalhar na Secretaria em 91, um grupo de mulheres já militava com a questão feminista. [...] Nós compreendíamos que o parto deve ser o mais fisiológico possível para que ele transcorra sem anormalidade. [...] Então, quando o David Capistrano veio conversar conosco, sobre fazer as CP no Rio, era uma coisa que nós já tínhamos discutido no Conselho Municipal de Saúde (Gestor D.1).

Então, na medida em que os enfermeiros obstetras foram aderindo à proposta de humanização e fomos vendo a possibilidade de ter profissionais de outra categoria prestando assistência, como acontecia em modelos lá de fora e que tinham bons resultados, isto acabou influenciando (Gestor D. 2).

Inicialmente, a atuação das enfermeiras obstétricas na atenção direta ao parto não integrava as estratégias assistenciais e organizacionais da Maternidade Leila Diniz. Esta prática profissional foi disputada internamente por um trio de enfermeiros que a iniciaram na perspectiva da humanização do parto, como defendido no discurso normativo da instituição. A conquista deste espaço de atuação agregou novos conceitos e habilidades à enfermagem obstétrica carioca. As propostas de práticas humanizadas passam a ser discutidas pelas enfermeiras. Tal fato é descrito no relatório final do fórum de discussão de enfermeiras obstétricas realizado nos anos de 1997 e 1998⁽¹¹⁾. Esclarecemos que já havia enfermeiras atuando na sala de parto do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, fruto da iniciativa institucional acordada entre as chefias médicas e de enfermagem.

Além dessa perspectiva crítica, o trabalho da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto normal passa a ser oficialmente incentivado tanto pelo Ministério da Saúde quanto pela SMS/RJ em 1998. As ações desta Secretaria corresponderam à capacitação e estímulo da atuação das enfermeiras obstétricas nos centros obstétricos das Maternidades Herculano Pinheiro e Alexander Fleming e nos serviços de pré-natal da rede básica. Em 1999, as enfermeiras já atendiam cerca de 30 a 40% da totalidade de partos em quatro maternidades municipais⁽¹²⁾.

Nesse período, as iniciativas federais foram direcionadas tanto para o estabelecimento dos marcos regulatórios da assistência de enfermagem obstétrica ao parto no SUS quanto ao financiamento de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica na rede superior de ensino. Estes marcos correspondem às Portarias nº 2815/98 e 169/98. A primeira portaria estabeleceu a inclusão do procedimento Parto Normal Sem Distocia realizado por Enfermeiro Obstetra nas tabelas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. A segunda descreve as atribuições das enfermeiras obstétricas neste tipo de atendimento e determina o laudo de internação de enfermagem para a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de mulheres que tiveram parto normal⁽¹³⁾.

Deve-se ressaltar que o contexto gerencial no Ministério da Saúde tinha mudado e, talvez, favorecido a proposição dessas medidas. A coordenação da assistência à saúde da mulher tinha permanecido sob a responsabilidade de um médico ginecologista por um período longo, de 1987 a 1997. Posteriormente, a coordenação da área técnica de saúde da mulher passa a ser ocupada por técnicas identificadas com o feminismo, sendo estas profissionais indicadas pelo movimento de mulheres⁽¹⁴⁾.

O Ministério da Saúde institui estratégias de enfretamento da contradição existente entre a cruel realidade decorrente da mortalidade materna e da precariedade assistencial que as mulheres estavam submetidas e os discursos de reconhecimento da cidadania, dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher difundidos pelo Movimento de Mulheres, pela Organização Mundial de Saúde e pelo próprio Ministério da Saúde por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher⁽¹⁵⁾. Em relação a estas dificuldades assistenciais, situação semelhante foi assim verbalizada pelo gestor da SMS/RJ:

Em 1998, o Município do Rio [de Janeiro] teve uma grande crise de mortes de bebês. O Secretário [de Saúde] nos chamou e perguntou: *O que vocês propõem para melhorar a assistência?* Nós respondemos: *Vamos colocar enfermeiros na assistência ao parto.* Foi aí que começou o trabalho de capacitar para o parto os enfermeiros que já tinham uma formação, mas que não estavam ainda voltados para isso e para o pré-natal (Gestor D.1).

No ano 2000, ocorreram fatos históricos relevantes que imprimiram uma efervescência do ideário da humanização no país. Na área governamental, foi instituído o Programa

de Humanização no Pré-natal e Nascimento com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e recém-nascido, sob a perspectiva dos direitos de cidadania e da humanização da assistência.

Nessa época, realiza-se a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. Este evento cultural reuniu cerca de 2.000 pessoas de mais de 23 países na cidade de Fortaleza. Esta conferência promoveu o debate sobre a situação global da saúde materna e perinatal e propôs o conceito de humanização como uma estratégia de fortalecimento do modelo de cuidado ao parto e nascimento no século XXI⁽¹⁶⁾.

Houve, nesse sentido, a constituição de uma conjuntura política e *clima* cultural favoráveis à implantação das CP no SUS, propiciando que a enfermagem obstétrica entrasse na agenda da política de saúde como uma das estratégias de estímulo ao parto normal. Por outro lado, os gestores da SMS/RJ já partilhavam da idéia de que a CP deveria ser um serviço comunitário e isolado do hospital. Sobre esta questão eles se posicionaram do seguinte modo:

Naquela ocasião a gente já vinha rediscutindo modelos de assistência ao parto, pensar na hierarquização deste atendimento, a questão do parto de baixo risco. Tivemos, também, o estímulo do Ministério da Saúde. [...] A gente achava que seria mais fácil ser fora do hospital devido à resistência institucional (Gestor D.3).

Assim, a instituição da CP na rede pública de saúde foi motivada por três fatores interdependentes e complementares, que representam o movimento dialético entre o geral (Estado), o particular (Sociedade Civil organizada) e o singular (Enfermagem) deste fenômeno. O primeiro fator foi a constituição de um contexto ideológico e cultural contrário ao modelo assistencial hegemônico praticado nas maternidades públicas do país. Este é conseqüente do movimento contra-hegemônico na sociedade civil organizada que edificou idéias reformadoras e exerceu influência sobre as instâncias governamentais na execução das políticas de saúde da mulher.

O segundo fator foi à aderência ideológica dos gestores públicos de saúde, especialmente das gerentes da SMS/RJ, ao ideário do parto humanizado como proposta de ação efetiva para a melhoria assistencial da saúde materna e perinatal. Por meio do poder governamental, inerente à gestão, foram estabelecidas ações políticas de mudança qualitativa nos espaços arquitetônicos e nos protocolos assistenciais das maternidades públicas, mesmo sob resistência dos profissionais de saúde discordantes. Ao nível do Ministério da Saúde, esta aderência estabeleceu as bases jurídicas, políticas, normativas e financeiras que viabilizaram as iniciativas locais para a implantação dos Centros de Parto Normal no âmbito do SUS.

Finalmente, o último fator foi o aumento quantitativo de enfermeiras obstétricas atuantes na assistência à gestação e parto fisiológicos impulsionado pela política pública

de humanização do parto. Esta mudança quantitativa ocorreu concomitantemente com mudanças qualitativas no desenvolvimento da enfermagem obstétrica, sobretudo em relação às competências políticas voltadas para defesa e consolidação de sua prática profissional.

Conflitos e contradições durante a implantação da Casa de Parto

A grande batalha política, ideológica e cultural foi com a corporação médica, esta representada principalmente pelo CREMERJ. Foi uma batalha travada no judiciário, representado pelo Ministério Público, na imprensa escrita e falada, inclusive nas comunidades virtuais da Internet.

A manifestação do descontentamento da corporação médica às CP inicia-se com funcionamento da Casa de Parto Sapopemba, em 1998, e acirra-se com a Portaria do Ministério da Saúde nº 985/99, quando os Centros de Parto Normal são oficialmente instituídos no SUS. Concomitantemente, a categoria médica discute o ato médico visando combater as *interferências* de outros profissionais nas atividades exclusivas do médico.

Em decorrência desse posicionamento e frente à ação pública de implantar a primeira CP carioca na zona oeste da cidade, a corporação médica alerta sobre os riscos que a população de Realengo e adjacências estaria submetida com o funcionamento deste serviço. Entre outras iniciativas, os representantes dos médicos realizam reunião com os conselheiros distritais de saúde da Área Programática (AP) 5.1. Esclarecemos que o Município do Rio de Janeiro é dividido administrativamente em 10 Áreas Programáticas. A AP 5.1 abrange oito bairros: Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Padre Miguel, Realengo, Bangu e Senador Câmara.

Em 2002, quando a CP estava em construção, houve várias reuniões entre os representantes do CREMERJ e o Secretário Municipal de Saúde. Estes representantes tentavam fazer com que o Secretário desistisse de tal iniciativa. Sem sucesso, este Conselho e o Sindicato dos Médicos entram, no final de 2003, com uma representação no Ministério Público por meio de Inquérito Civil Público nº. 1676/2003. Eles denunciam a ilegalidade do serviço frente à ausência de médicos⁽¹⁷⁾. Sobre estas situações, o gestor mencionou o seguinte:

O terrorismo de dizer que haveria óbitos, que não teria rapidez de levar para o hospital e de que o projeto deveria ser combatido. Embora, fosse um projeto do Ministério da Saúde, não era uma invenção nossa. Mas, nós lutamos uma boa luta. Porque o movimento das mulheres era a nosso favor. O movimento parto natural era a nosso favor. Quer dizer, todas as mulheres, todos estes movimentos nos apoiaram [...]. Com isso inauguramos a casa de parto, e é um sucesso extraordinário (Gestor D.4).

O apoio do movimento social feminino foi decisivo em todo o processo de implantação da CP. Inicialmente, a associação de moradores tinha solicitado que no terreno

disponível na localidade fosse destinado à construção de um Posto de Saúde. Quando esta associação foi consultada sobre a possibilidade de destinação do terreno para a construção da CP, houve manifestações de descontentamento. No entanto, a aceitação da comunidade foi favorecida pelo movimento organizado de mulheres da região. A importância desta participação feminina foi citada no seguinte depoimento:

Nós sentamos e conversamos sobre como é importante uma CP. Esta senhora [presidente da Associação de Mulheres] é muito aberta e, prontamente, ela mobilizou a comunidade. Tivemos uma reunião onde foi colocada a proposta da CP. Com isso conseguimos que a comunidade se inserisse. Tanto que a CP hoje é querida, é tratada com carinho, tem respeito. Nem pichada ela é (Profissional do GIPC D.11).

O debate em torno da CP ganhou visibilidade na imprensa falada e escrita com a proximidade da audiência judicial. O CREMERJ aciona os meios de comunicação para externar suas posições contrárias a esta modalidade de serviço. Em meados de janeiro de 2004, este conselho publica um comunicado de alerta à população em jornais de grande circulação por dois dias seguidos, no qual reitera suas posições alegando que a CP consiste em riscos à população devido à ausência de médicos.

O discurso médico foi construído em torno de dois fundamentos: na (ausência) segurança médica e na pauperização da medicina. O primeiro fundamento está diretamente relacionado ao conceito de risco fundado pela ideologia da medicalização do parto que permitiu à obstetrícia moderna demarcar o campo assistencial do parto e nascimento como ato médico. Estas concepções foram determinantes na história da institucionalização do parto, representada como a modernidade e o progresso na assistência obstétrica⁽¹⁸⁾.

A segunda linha de fundamentação do discurso médico baseia-se na afirmativa de que as verdadeiras intenções do Ministério da Saúde, no que se refere à CP, seria reduzir os custos da assistência materno-infantil por meio de uma estratégia de *medicina pobre para pobre*⁽¹⁸⁾. Nesta argumentação, o Estado aparece como promotor de estratégias de diferenciação na qualidade e acesso aos serviços por meio da racionalização dos custos e simplificação tecnológica das ações públicas de saúde, constituindo uma segmentação entre as zonas centrais e periféricas da cidade na distribuição e provisão de recursos assistenciais e profissionais. De certa forma, este raciocínio emergiu no depoimento a seguir:

Primeiro, porque a gente acredita no programa [de CP]. Neste país de parteiras você não pode prescindir deste instrumento. É claro, se todos pudessem ter maternidade com CTI de adultos, com CTI materna, enfim... Mas, esta não é a realidade brasileira, em país de parteiras. Então, o que nós temos que fazer é aproveitar a especialização do enfermeiro obstetra, do curso da especialização, da alta especialização, da experiência bem sucedida, que nós já temos aqui e agora (Gestor D.4).

Consta-se, portanto, que a gestão municipal também está sob influência da lógica produtiva hegemônica em saúde. Nas estruturas do Estado há manifestação das contradições e conflitos entre hegemonia e contra-hegemonia que podem elucidar os motivos pelos quais as políticas públicas, embora pautadas em discurso programático com significativa base social e democrática, têm encontrado dificuldades e resistências na implementação de suas recomendações nos serviços.

No curso do processo judicial, os gestores da SMS/RJ acionaram as organizações representativas da enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, o Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro e a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras, nacional e seccional Rio de Janeiro, para subsidiarem a defesa da SMS/RJ frente aos questionamentos do Ministério Público à legalidade da atuação da enfermagem obstétrica. Houve, também, ação política das enfermeiras obstétricas ativas nos micro-espços sociais, no âmbito de suas próprias redes sociais locais. Enfermeiras da Maternidade Leila Diniz conseguiram convocar mulheres cujos filhos nasceram sob seus cuidados. Aqueles que seriam responsáveis pela coordenação da futura CP entraram em contato com a Associação de Mulheres de Realengo, que apoiaram firmemente o movimento social em favor do seu funcionamento. Outras enfermeiras reforçaram a articulação com a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) e com as enfermeiras integrantes das CP de São Paulo e Juiz de Fora, e participaram na divulgação de abaixo-assinado na Internet para a implantação do serviço.

Outros conflitos surgiram durante a discussão dos aspectos conceituais, organizacionais e operacionais da CP pelos funcionários da administração central da SMS/RJ. Houve debate entre os profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos serviços integrantes da área de Saúde Coletiva e da Área Hospitalar. Os técnicos envolvidos com a administração dos serviços hospitalares acreditavam que as ações de humanização deveriam ser priorizadas nas maternidades municipais e que os motivos da proposta de CP expressavam mais as ideologias dos gestores da Saúde Coletiva que uma ação gerencial de saúde pública. Este debate pode ser evidenciado no depoimento a seguir:

Então, estas discussões começaram primeiro no nível central, desde o que é perfumaria, o que é supérfluo, o que é necessário. O nascimento desse projeto [de CP] começou com a discussão interna. E, aí, começamos a falar a mesma língua. Na verdade, os intensivistas e as sanitaristas tinham que uniformizar primeiro esse discurso (Profissional do GIPC D.3).

Como proposta inovadora de serviço de saúde, os funcionários técnico-administrativos da SMS/RJ foram visitar a CP de Juiz de Fora para conhecer seu funcionamento e modelo de atenção. Apesar desta visita prévia, os profissionais da arquitetura, engenharia e nutrição tiveram dificuldades na concepção do projeto arquitetônico e funcio-

nal da CP carioca por conta das diretrizes e normas versarem, tradicionalmente, sobre o funcionamento dos hospitais. Tais situações foram assim verbalizadas:

Mas, eles [a arquitetura e a engenharia] estavam sempre voltados para a forma como eles construíam e pensavam as maternidades. [...] Outro grande embate foi com a nutrição por conta de todos aqueles protocolos que a nutrição tem na manipulação do alimento. Então, eles queriam uma louça só para equipe, uma outra louça só para paciente, uma pia assim, outra pia assada. (Profissional do GICP D. 7).

Este discurso denota a relação entre racionalidade, técnica e espaço. A racionalidade não é apenas a expressão da objetividade, das operações mentais do raciocínio lógico indispensáveis para a obtenção de resultado. Mas, também, da subjetividade humana, aquela que é determinada pela vontade, intencionalidade e finalidade. Portanto, a mudança paradigmática não implica na mera mudança da técnica assistencial, como vulgarmente conhecida, mas, de todo um conjunto de conhecimentos e práticas que determinam o trabalho em saúde.

Outro momento conflituoso foi em relação à maternidade de referência, Hospital Maternidade Alexander Fleming. Aconteceram reuniões entre os gestores, profissionais técnico-administrativos da SMS/RJ e as chefias médicas e de enfermagem da maternidade para estruturar o suporte médico aos casos com complicações maternas ou perinatais. Nestas reuniões houve a manifestação de discordância da equipe médica local em relação à CP e, principalmente, sua estrutura como comunitária e distante do hospital. Entretanto, prevaleceu o poder governamental dos gestores sobre as chefias locais, sendo determinado que haveria o recebimento dos casos referenciados pela CP independentemente da lotação da maternidade. A referência foi estruturada e, com o tempo, estreitaram-se os laços entre as duas instituições. Tais situações foram assim mencionadas:

Muitas coisas aconteceram de cima para baixo [...]. Hoje, a gente já está fazendo uma outra revisão do protocolo [de transferência]. Porque se acontecer alguma coisa a gente vai sentar e discutir: *Isso tem que ser encaminhado para a [Maternidade Alexander] Fleming*. Com o tempo o calor das emoções (risos) vai passando, vai diminuindo. [...] Então, acho que fica mais fácil para todo mundo (Profissional do GICP D.5).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes. Brasília; 2004.
2. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*. 2002;324(7343):942-5.
3. Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *Rev Min Enferm*. 2006;10(3):233-9.
4. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):274-9.

A despeito desses conflitos e disputas suscitados durante o processo de implantação da CP David Capistrano Filho, a SMS/RJ obtém parecer favorável do Ministério Público e sua inauguração acontece em março de 2004. Entretanto, um pouco depois, um mandato de segurança coletivo foi impetrado pelo Sindicato dos Médicos-RJ obrigando a SMS/RJ lotar médicos no serviço e adquirir equipamentos hospitalares. No mês de agosto deste ano, a juíza de direito da 5ª Vara de Fazenda Pública decide a favor da SMS/RJ e, finalmente, a CP ganha a garantia de funcionar sob os moldes definidos pelo Ministério da Saúde e pela Prefeitura Municipal.

CONCLUSÃO: A SÍNTESE

A implantação da CP foi determinada pela contra-hegemonia na assistência ao parto e nascimento que influenciou o Estado na instituição de políticas públicas de saúde da mulher conducentes à transformação da cultura medicalizada por meio do projeto ético-político da humanização do parto.

No processo de implantação houve disputa entre forças conservadoras e transformadoras do modelo hegemônico de atenção ao parto no âmbito das instâncias governamentais e da sociedade civil. No entanto, o debate foi monopolizado por questões corporativas visando a manutenção da hegemonia médica na atenção à gestação e parto fisiológicos. O momento não foi utilizado para a reflexão acerca dos modelos de atenção ao parto, ações governamentais e suas possibilidades de melhoria dos indicadores assistenciais e satisfação das usuárias no sistema de saúde.

A disputa jurídica e política constituída no processo de implantação da CP sublinharam a importância do movimento social organizado, especialmente do movimento de mulheres, para a concretização de projetos de ação coletiva emancipatórios e afirmativos da cidadania. Portanto, a enfermagem obstétrica deve ampliar as alianças com segmentos sociais na defesa do ideário inscrito no SUS, da democratização das relações humanas nos serviços de saúde e da qualidade da assistência voltada para a satisfação da clientela, garantindo o direito de escolha das brasileiras por experiências de parto diferenciadas do hospital.

5. Gruppi L. O conceito de hegemonia em Gramsci. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
6. Gramsci A. Cadernos do cárcere: os intelectuais, o princípio educativo e jornalismo. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
7. Coutinho CN. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
8. Gramsci A. Cadernos do cárcere: introdução ao estudo da filosofia e a filosofia de Benedetto Croce. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
9. Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
11. Progianni JM, relatora. Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras. Rio de Janeiro: NEPEN; 1999.
12. Boaretto MC. Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: Costa AM, Merchán-Haman E, Tajer D, organizadoras. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. p. 215-26.
13. Sacramento MTP, Tyrrell MAR. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Rev Enferm UERJ. 2006;14(3):425-33.
14. Costa AM, Aquino EL. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Costa AM, Merchán-Haman E, Tajer D, organizadoras. Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. p. 181-202.
15. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(3):615-26.
16. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faundes A, Rattner D, Dias MA, et. al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. Int J Gynecol Obstet. 2001;75 Supl 1:S3-4.
17. Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Casas de parto: SGORJ contra "medicina pobre para pobre". G & O [periódico na Internet]. 2003 [citado 2007 out. 20]; 6: [cerca de 14 p.]. Disponível em: http://www.sgorj.org.br/publicacoes/g&o6bi_03.pdf
18. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(3):651-7.