



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Aline Bastos Porfirio

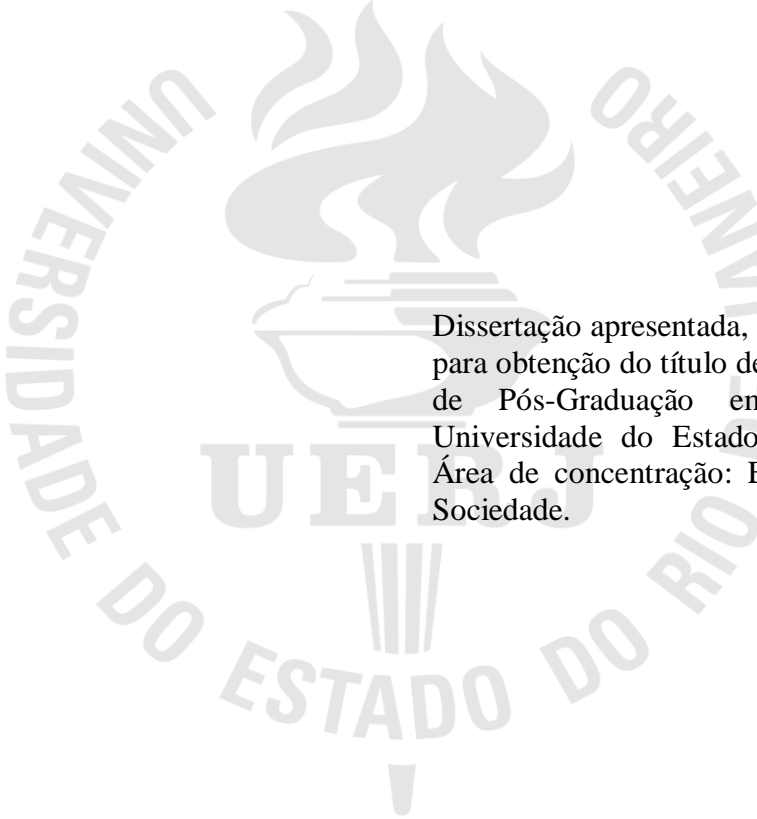
A atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)

Rio de Janeiro

2011

Aline Bastos Porfirio

A atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)



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 Dra. Jane Márcia Proganti

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P835 Porfírio, Aline Bastos.
A atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004) / Aline Bastos Porfírio. - 2011.
130 f.

Orientadora: Jane Márcia Progianti.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica – Aspectos sociológicos. 2. Humanização do parto. 3. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. 4. Poder (Ciências Sociais). 5. Hospital Maternidade Alexander Fleming – História – 1998-2004. I. Progianti, Jane Márcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

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

Assinatura

Data

Aline Bastos Porfirio

A atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)

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 06 de janeiro de 2011.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Fernando Rocha Porto
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

À minha querida e incrível mãe Márcia por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, sempre me incentivando a ser feliz com as minhas escolhas.

Ao meu amado marido Rodrigo pela compreensão, paciência e apoio para que eu alcançasse mais um dos meus objetivos de vida.

As enfermeiras obstétricas da Maternidade Alexander Fleming que foram capazes de alicerçar a assistência de enfermagem obstétrica no Rio de Janeiro, contribuindo para a reconfiguração do campo obstétrico através da especificidade de sua prática e de sua coragem em desafiar o modelo dominante de assistência ao parto.

AGRADECIMENTOS

A minha querida orientadora Jane Márcia Progianti, por ter me dado um voto de confiança, acreditando na minha capacidade e vontade de lutar em prol da enfermagem obstétrica, obrigada pelos puxões de orelha, pelos momentos divertidos e ricos em discussões teóricas, foram tantos os lucros que obtive nesta trajetória que as palavras são poucas para traduzir a admiração que tenho por você.

Ao amigo Ricardo José de Oliveira Mouta, que com tamanha disponibilidade e doação partilhou comigo seus conhecimentos, participando de todas as etapas da construção deste estudo.

Ao querido professor Octavio Muniz da Costa Vargens pelo incentivo e sabedoria transmitidos a cada conversa, obrigada por acreditar em mim.

As professoras Lucia Helena Garcia Pena, Tânia Almeida e Lolita Dopico pelo apoio e pelos conhecimentos acadêmicos partilhados.

A professora Maysa Ludovice Gomes, que sempre com uma palavra de conforto me incentiva a continuar meu caminho na enfermagem obstétrica.

Aos professores Fernando Rocha Porto e Adriana Lenho de Figueiredo Pereira pela disponibilidade e pelas contribuições valiosas na construção deste estudo.

A amiga Susana Reis e Silva por ser uma irmã para mim, tão presente em minha vida.

A amiga Sabrina Lins Seibert é bom saber que posso contar com você sempre.

A amiga Ana Paula Vantil pela companhia e cumplicidade nos momentos de descontração

A enfermeira obstétrica Priscila Macedo que com muito entusiasmo me ensinou muito do que sei como enfermeira obstétrica.

As amigas do mestrado, em especial Danielle Oliveira, Carolina Coutinho, Natalia Magalhães, Francislene Pace, Samar Duarte, Fernanda Rodrigues e Aida Dutra pelo companheirismo, aprendizado e por dividir momentos de cansaço medo e insegurança.

Aos queridos Renan, Fabíola e Marcelo, da secretaria do Programa de pós-graduação em Enfermagem, pelo apoio, incentivo e paciência.

A querida Ester que generosamente contribuiu na revisão de final deste estudo.

Aos meus familiares e amigos que de perto ou de longe me incentivaram, torceram pelo meu sucesso. Amo todos vocês!

Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.

Albert Einstein

RESUMO

PORFIRIO, Aline Bastos. **A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Trata-se de um estudo de natureza histórico-social cujo objeto é a atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica durante o processo de implantação da assistência humanizada na maternidade Alexander Fleming, no período de 1998-2004. Os objetivos deste estudo são: descrever as circunstâncias da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado na maternidade Alexander Fleming; analisar as estratégias de luta no processo de implantação das práticas humanizadas na maternidade Alexander Fleming e discutir as repercussões da implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na maternidade Alexander Fleming sobre o campo obstétrico. O estudo apóia-se nas noções teóricas de campo, *habitus*, poder simbólico, luta simbólica e capital do sociólogo Pierre Bourdieu. O método utilizado foi a história oral temática. Na análise foi realizada a triangulação de dados, através da articulação dos depoimentos orais com os documentos escritos à luz das noções teóricas. Os resultados apontaram que no período estudado havia um contexto favorável ao Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e a Parturiente (PIAEGP). As estratégias utilizadas para o PIAEGP foram: a lotação e o remanejamento interno de enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) interessadas em atuar na área obstétrica; a capacitação dessas profissionais foi realizada em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), com as feministas que atuavam na SMS-RJ e com as lideranças políticas da enfermagem obstétrica. A partir da inserção das enfermeiras no centro obstétrico da maternidade Alexander Fleming, as lutas pela defesa de sua identidade legítima e de suas práticas obstétricas se intensificaram, o que permitiu a ocupação de espaços e a imposição de sua visão de mundo segundo os princípios da humanização do parto e nascimento. Como efeitos da implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming, através do PIAEGP, evidenciamos: a reconfiguração do ensino do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da FENF/UERJ e que a maternidade Alexander Fleming foi um dos pilares de sustentação para a criação da Casa de Parto Davi Capistrano Filho da SMS-RJ. A enfermeira obstétrica, por meio de suas estratégias de luta, conquistou espaços e posições que as distinguiram pelo desenvolvimento de práticas humanizadas que estavam de acordo com seu *habitus* atualizado.

Palavras-chave: História da enfermagem. Parto humanizado. Saúde da mulher. Poder simbólico. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

The object of this historical-social study is the update of obstetrical nurses' *habitus* during the process of implementing humanized care at the Alexander Fleming maternity, in the period from 1998 to 2004. The objectives are: to describe the circumstances of including obstetrical nurses in the process of care to humanized delivery at the Alexander Fleming maternity; to analyze the battle strategies in the process of implementing humanized practice at the Alexander Fleming maternity and discuss the repercussions of implementing the humanized delivery care model at the Alexander Fleming maternity in the obstetrical area. The foundations of the study are the theoretical notions of field, *habitus*, symbolic power, symbolic battle and capital of the sociologist Pierre Bourdieu. The method used was oral thematic history and the analysis was performed using data triangulation, by articulating the oral statements with the written documents under the light of the theoretical ideas. Results showed that the studied period there was a context that favored the Project for the Implementation of Nursing Care to Pregnant and Parturient Women (original name in Portuguese: *Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e a Parturiente*) (PIAEGP). The strategies used for the PIAEGP were: internal organization of the work stations assigned to nurses at the Rio de Janeiro Municipal Health Department (SMS-RJ) who were interested in working in obstetrics; the referred nurses were trained in a partnership with the Rio de Janeiro State University (FENF/UERJ) College of Nursing, with the feminists working with SMS-RJ and the political leaders in obstetrical nursing. With the inclusion of nurses at the obstetrics ward at the Alexander Fleming maternity, the battle for defending the nurses' legitimate identity and obstetrical practices were intensified, which allowed them to take over positions and apply their view of the world according to the principles of humanizing delivery and child birth. We evinced the following effects from the implementation of the humanized care model at Alexander Fleming maternity, through the PIAEGP: a change in the teaching process used in the Obstetrical Nursing Specialization Course at FENF/UERJ and the fact that the Alexander Fleming maternity became one of the supporting pillars for establishing the SMS-RJ Davi Capistrano Filho Birth Center. Obstetrical nurses, by means of battle their strategies, have taken over areas and positions that distinguished them for the development of humanized practices that agree with their updated *habitus*.

Keywords: History of nursing. Humanized delivery. Women's health. Symbolic power. Obstetrical nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Nomes e os cargos que os sujeitos (fonte documental) ocupavam no período estudado e os ocupados atualmente.....	40
Quadro 2 –	Nomes e os cargos que os sujeitos (entrevistados) ocupavam no período estudado e os ocupados atualmente.....	41
Quadro 3 –	Síntese dos documentos oficiais e institucionais.....	118
Quadro 4 –	Síntese da participação da enfermeira obstétrica na construção do modelo humanizado de assistência ao parto no campo obstétrico da cidade do Rio de Janeiro	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde
AP	Área Programática
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CD	Compact Disk
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COBEON	Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
CP	Casa de Parto
CPDCF	Casa de Parto David Capistrano Filho
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPN	Centros de Parto Normal
ECO 92	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FENF/UERJ	Faculdade Enfermagem da Universidade de Estado do Rio de Janeiro
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IMMFM	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
MAF	Maternidade Alexander Fleming
MLD	Maternidade Leila Diniz
MP4	Media Player

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PABA	Piso de Atenção Básica Ampliado
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM	Postos de Assistência Médica
PIAEGP	Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem a Gestante e a Parturiente
PHPN	Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento
PS	Posto de Saúde
PSF	Programa de saúde da Família
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
UACPS	Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1	O CONTEXTO DO ESTUDO.....	20
1.1	Principais Conferências Internacionais e os Direitos da Mulher	20
1.2	Contexto Político e Econômico Brasileiro.....	26
1.3	O Contexto da Saúde Brasileira.....	28
2	ABORDAGEM TEÓRICA.....	31
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	36
3.1	Tipo de Estudo.....	36
3.2	Demarcação Temporal.....	37
3.3	Sujeitos Selecionados.....	38
3.4	Questões Éticas	38
3.5	Coleta de Dados.....	39
3.6	Fontes de Dados.....	40
3.7	Método de Análise.....	42
4	AS CIRCUNSTÂNCIAS DA INSERÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING.....	44
5	AS ESTRATÉGIAS DE LUTA SIMBÓLICA PARA A IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING.....	53
6	EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO HUMANIZADO DE ASSISTENCIA AO PARTO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING.....	77
6.1	Reconfiguração do Curso de Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica (<i>Latu-sensu</i>) da FENF/UERJ.....	77
6.2	A Maternidade Alexander Fleming como um dos pilares para a criação da Casa de Parto David Capistrano Filho.....	80

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para as enfermeiras obstétricas.....	111
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para enfermeiras capacitadoras.....	113
	APÊNDICE C - Solicitação de autorização para utilização do nome da instituição.....	115
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	116
	APÊNDICE E - Termo de cessão de direitos sobre depoimento oral.....	117
	APÊNDICE F - Síntese dos documentos.....	118
	APÊNDICE G - Síntese da participação da enfermeira obstétrica na construção do modelo humanizado no Rio de Janeiro.....	123
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	124
	ANEXO B - Fluxograma da sala de relaxamento da maternidade Alexander Fleming.....	125
	ANEXO C - Currículo do curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Casas de Parto do Japão.....	127
	ANEXO D - Plano de ação preparado no curso do Japão	129

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto deste estudo é a atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica durante o processo de implantação da assistência humanizada na Maternidade Alexander Fleming, no período de 1998-2004.

Em meados dos anos 2000, em minha formação acadêmica na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) e no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, nos moldes de residência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro¹ (SMS-RJ), pude observar que a área da saúde da mulher foi baseada na concepção de um currículo que teve por objetivo romper com o paradigma biomédico.

Foi possível observar o quanto à atuação das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto era essencial para a mudança da dinâmica do campo obstétrico, que ainda é fortemente influenciado pelo advento da medicalização do parto e nascimento.

Nos anos 70, com a intensificação da hospitalização do parto no Brasil (FERNANDES, 2004), institucionalizou-se as práticas obstétricas que o redefinia como um evento patológico, mecânico que precisava da presença do médico e sua ativa intervenção para garantir seu bom andamento e sucesso. O corpo da mulher por sua vez, foi entendido como incapaz de ser protagonista do processo de parto (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Também na década de 70, as criações das escolas de enfermagem e da criação dos cursos de pós-graduação atenderam a um movimento histórico e nacional de massificação do ensino superior, que através da formação de um número maior de enfermeiros qualificados para a assistência hospitalar estariam atendendo as demandas do setor saúde no Brasil (ITO et al., 2006). No entanto, nos serviços de saúde não houve espaço profissional para a assistência ao parto normal pela enfermeira, e até mesmo a prática supervisionada dessa atividade pelas professoras de enfermagem obstétrica era dificultada pela corporação médica, mediante a obstrução burocrática e física no espaço assistencial (PROGIANTI, 2001). Tal fato demonstra o domínio médico de fazer ver e crer, de produzir e de impor uma visão que dependia da melhor posição ocupada dentro do espaço social (BOURDIEU, 1997).

¹ Desde 2009 a SMS-RJ passou a ser denominada: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC). Em virtude deste estudo ser de natureza histórico-social e ter como demarcação temporal o período de (1998-2004), utilizou-se a denominação SMS-RJ.

Entretanto, este poder começou a ser questionado, na década de 1980, mais precisamente em 1984, em pleno processo de redemocratização do país. O movimento feminista, em defesa dos direitos da mulher, influenciou a construção e implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Este programa representou uma resposta governamental à forte mobilização que foi empreendida no final dos anos 70 e início da década de 1980 pelos movimentos sociais, em especial, o movimento de mulheres e o movimento da reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto internacional, havia reflexões acerca da atenção ao parto. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveram três conferências fundamentais na reorientação do modelo de atenção obstétrica. Observa-se uma seqüência integrativa entre as três com os mesmos princípios de promover uma ampla discussão para que um consenso fosse atingido em relação às tecnologias apropriadas para assistir ao pré-natal, ao parto e ao nascimento com base em pesquisa científica, nos direitos sexuais e reprodutivos e no respeito às mulheres e as suas escolhas.

A primeira conferência foi a World Health Organization (WHO) Consensus Conference on Appropriate Technology for Prenatal, realizada em Washington em novembro de 1984. Nesta foram abordados temas sobre os cuidados no pré-natal, os fatores sociais na gestação, os recursos humanos no cuidado pré-natal, a vigilância, a pesquisa e as tecnologias apropriadas ao parto e ao nascimento (BOARETTO, 2003).

A segunda foi a WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth, foi realizada em Fortaleza, em abril de 1985. Esta conferência fez recomendações baseadas no princípio de que cada mulher tem o direito fundamental de receber adequado acompanhamento pré-natal; de que a mulher tem o papel central em todos os aspectos dessa atenção incluindo participação no planejamento, execução e avaliação; e que os fatores sociais, emocionais e psicológicos são decisivos no entendimento e na implementação do atendimento adequado. A conferência deu destaque às dimensões sociais e emocionais no cuidado do pré-natal e do parto e recomenda a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas, consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto. Entre os participantes estiveram brasileiros

como José Galba Araújo² e Hésio Cordeiro³ (CONSENSUS CONFERENCE ON APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH, 1995).

A terceira conferência foi a WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Following Birth foi realizada em Trieste, em outubro de 1986, enfatizava que o respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos são fundamentais para atitudes e práticas na atenção ao parto, nascimento e pós-parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION..., 1986).

Na década de 1980 o movimento de mulheres deu visibilidade à questão da mortalidade materna no Brasil, pois indicadores de saúde apontavam elevadas taxas de natimortalidade, mortalidade materna e um grande percentual de óbitos infantis causados por afecções perinatais. Esses indicadores mostravam como determinante comum uma assistência obstétrica de qualidade deficiente, sendo em sua maioria decorrente de óbitos evitáveis (BRASIL, 2002).

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde publicou o documento “Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimento”. Esse documento enfatizava os direitos da população em relação à assistência pré-natal e à informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto; descreve o papel das instituições de saúde em relação ao parto e ao nascimento; faz críticas ao modelo biomédico e questiona a cientificidade das tecnologias e intervenções utilizadas no parto como rotinas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996b).

Nesse contexto, destaco dois marcos que foram determinantes para que mais tarde, acontecesse uma mudança significativa na assistência ao parto e no nascimento nas instituições municipais de saúde do Rio de Janeiro: o primeiro foi que em 1985, pela primeira vez na história da obstetrícia hospitalar, os gestores públicos municipais priorizaram a lotação⁴ de enfermeiras especializadas em enfermagem obstétrica⁵ nas maternidades. O segundo foi que em 1987, houve

² José Galba de Araújo formou-se em Medicina, especializou-se em Obstetrícia em Chicago sendo reconhecido pelo seu trabalho em defesa do parto natural. Seu mérito foi respeitar os costumes da população, incentivou a orientação das parteiras tradicionais, visando a melhoria da qualidade da assistência ao Parto Domiciliar e a identificação da gestante de alto risco. Toda essa trajetória deu origem ao Prêmio Galba de Araújo concedido pelo Ministério da Saúde aos estabelecimentos públicos e privado que integram a rede SUS, e que valorizem a humanização do parto e nascimento.

³ Ex-presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e professor do Instituto de Medicina Social da UERJ, Hésio Cordeiro foi um dos líderes do Movimento Sanitarista do Brasil, um dos maiores movimentos sociais da história política do país, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, na Constituinte de 88. Atualmente, como diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

⁴ Lotação feita com profissionais aprovados em concurso público, nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, após quase 30 anos de ditadura militar e sob pressão política do Sindicato das Parteiras liderado por Maria de Lourdes Andrade Garcia.

⁵ Pela lei brasileira a enfermeira obstétrica e a obstetriz são as únicas profissionais não médicas que podem atuar na assistência ao parto normal, conforme a Lei n. 7498 de junho de 1986 (BRASIL, 1986).

a inauguração do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães⁶ (IMMFM). Este Instituto foi concebido para ser um grande centro de treinamento profissional e de referência para gestações de alto risco (SANTOS, 2006).

Entretanto, nessa época a SMS-RJ tinha um subregistro de dados em toda a rede municipal de saúde, no Instituto da Mulher Fernando Magalhães como índices de asfixia perinatal⁷ eram alarmantes. Todos os equipamentos tecnológicos utilizados durante a assistência à gestante de alto risco, ao parto normal de risco, não contribuíam para melhorar as condições do bebê ao nascer.

Foi assim que em 1988, os gerentes do Instituto da Mulher Fernando Magalhães implementaram pela primeira vez no Rio de Janeiro, o projeto de inserção da enfermeira obstétrica na assistência à parturiente hospitalizada. Nesta Instituição, a assistência da enfermeira obstétrica à parturiente foi implantada com o objetivo de reduzir os índices de asfixia perinatal e estava centrada no controle e na vigilância do parto (PROGIANTI; MACÁRIO; MESQUITA, 1988).

Tal fato constituiu um marco de suma importância na história da assistência ao parto, pois foi o primeiro passo para que as enfermeiras obstétricas pudessem acumular capital na luta pela ocupação de espaço no campo obstétrico hospitalar da parturição, e mais tarde, pudessem ser reconhecidas como portadoras de conhecimentos considerados fundamentais no processo de implantação do modelo humanizado de assistência ao parto.

Nessa instituição hospitalar, as enfermeiras obstétricas desenvolveram estratégias de sobrevivência à opressão médica e conseguiram, mesmo num campo adverso, lutar para que acontecesse sua inserção e a ocupação de espaço na assistência direta ao parto hospitalar (PEREIRA, 2001; PROGIANTI, 1995).

A humanização da saúde reprodutiva da mulher toma expressão nacional e se consolida como um movimento social a partir de 1992. Tanto que, no ano de 1993, em Campinas/SP, um grupo de pessoas ligadas a várias entidades voltadas ao parto e ao nascimento reuniram-se entre os dias 15 e 17 de outubro para debater a situação atual do parir e do nascer na sociedade brasileira (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 1993).

⁶ A maternidade Fernando Magalhães é localizada no bairro de São Cristóvão – RJ, e foi inaugurada em 1955. Em 1984 foi desativada para reformas e reabriu como Instituto Municipal da Mulher em 1987, sendo dirigida pela primeira vez por uma mulher, a médica Lucinda Lodi Ciuffo.

⁷ Asfixia perinatal é detectada segundo a classificação de Apgar que representa as condições clínicas do recém-nascido no momento do parto. Ela constitui-se num indicador de qualidade de assistência ao parto.

Desse encontro resultou a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), que até hoje congrega vários grupos, organizações não governamentais, instituições e profissionais de saúde que lutam pela humanização do nascimento, desmedicalização e democratização do campo obstétrico nacional (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

O ano de 1993, no âmbito da SMS-RJ, foi marcado pela realização do diagnóstico da situação da assistência obstétrica nas maternidades públicas. Este diagnóstico acusou o déficit de leitos obstétricos e neonatais, a má distribuição de recursos nas diversas regiões, principalmente na zona oeste (RIO DE JANEIRO, 1993).

Em meio a efervescência do Movimento de Humanização e com o apoio das organizações feministas, em junho de 1994 materializou-se oficialmente a implantação de um cuidado diferenciado à gestante e à parturiente. Este cuidado foi pautado nos princípios do modelo humanizado de assistência ao parto e ao nascimento na cidade do Rio de Janeiro, com a inauguração da Maternidade Leila Diniz⁸ (MLD) dando-se o início da reconfiguração do campo obstétrico do município do Rio de Janeiro.

Nesta instituição da Secretaria Municipal de Saúde, a enfermeira obstétrica teve um papel determinante no desenvolvimento das práticas humanizadas, o que lhes conferiu poder e autonomia no campo obstétrico hospitalar principalmente no cuidado à gestante e ao parto (MOUTA; PROGIANTI, 2009a,b).

Logo depois, em 1995, o Ministério da Saúde (MS), a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançaram o projeto “Maternidade Segura⁹”.

Ainda em 1995, iniciou-se o “Projeto Luz em Fortaleza/CE” fruto da cooperação entre Brasil e o Japão através da Agência de Cooperação Internacional do Japão¹⁰ (JICA) que tinha como tema a implementação do parto natural, atuando em cinco áreas piloto do município. Seu

⁸ Antiga maternidade de Curicica, anexa ao Hospital Raphael de Paula Souza ficava localizada na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

⁹ Esse projeto é um conjunto de oito passos considerados seguros para o processo de gestar e parir. A instituição que cumpriisse os passos receberia um título de maternidade segura pelos órgãos governamentais do país.

¹⁰ O Brasil firmou um convênio com a JICA na década de 70, que tem como missão servir como uma ponte entre o povo japonês e os países em desenvolvimento, avançando pela cooperação internacional através do compartilhamento de conhecimento e experiência na construção de um mundo mais pacífico e próspero. As atividades da JICA nos países em que atua são baseadas em um programa de prioridades, o qual é definido em conjunto com o próprio país, em consultas bilaterais, então dentre as diversas áreas de atuação.

objetivo era o de melhorar as condições de saúde da região Nordeste do Brasil, tendo como norteador os direitos humanos e reprodutivos com objetivo de reduzir a mortalidade (DAVIM, MENEZES, 2001; SAKAGUCHI, 2009).

Neste mesmo ano, no Rio de Janeiro, ocorreu a municipalização das maternidades Alexander Fleming, Praça XV e Carmela Dutra, e de quinze Postos de Assistência Médica (PAM), ampliando a oferta de consultas de pré-natal e de atendimento ao parto, ficando a SMS-RJ responsável por atender 45% das mulheres do município do Rio de Janeiro, perfazendo uma média de 30.000 partos por ano (BOARETTO, 2003).

Em 29 de setembro de 1997, a Comissão Especial de Saúde da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro promoveu a 1ª Conferência Intermunicipal de Proteção ao Parto e ao Nascimento. Neste evento foram discutidas questões como a baixa qualidade do pré-natal, as altas taxas de cesarianas, a falta de investimento na estrutura das maternidades, a desinformação da população. Tal evento foi marcado pela assinatura de termo de compromisso entre os secretários municipais de saúde do Rio de Janeiro para que num prazo de seis meses, eles garantissem uma série de medidas que qualificassem a assistência prestada à saúde da mulher. As medidas preconizadas para humanização da assistência ao parto e ao nascimento basearam-se no documento da Organização Mundial da Saúde, intitulado: “Assistência ao parto normal: um guia prático”, cuja edição brasileira foi de 1996 (CAVALCANTI, 1998).

Para cumprir o compromisso assumido, as Instituições municipalizadas do Rio de Janeiro, receberam investimentos em reformas, equipamentos e recursos humanos, como a Maternidade Alexander Fleming (MAF) em 1998, a Maternidade Oswaldo Nazareth (antiga Maternidade Praça XV) em 1999, a Maternidade Carmela Dutra em 2000. Também outras maternidades não municipais da rede SUS tiveram reformas, como a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Maternidade Promatre (privada e filantrópica) (BOARETTO, 2003).

Assim, no ano de 1998, houve o lançamento do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à parturiente na área de planejamento 3.3 da SMS-RJ (Irajá, Madureira, Pavuna e Anchieta), onde enfermeiras obstétricas foram inseridas nos serviços de pré-natal e na assistência ao parto nas maternidades Alexander Fleming e Herculano Pinheiro (BOARETTO, 2003).

A partir do exposto, podemos afirmar que o processo de municipalização das maternidades, no Rio de Janeiro, favoreceu a implantação dos princípios da humanização ao

parto e ao nascimento. Neste contexto, existiram condições para que as recomendações das Conferências e da OMS fossem materializadas com práticas obstétricas pautadas no protagonismo da mulher e na redução das intervenções desnecessárias.

No município do Rio de Janeiro, o processo de humanização do parto e nascimento, que aconteceu concomitantemente com a municipalização das maternidades, e foi o resultado de uma luta simbólica, onde os diversos agentes do campo obstétrico tentaram fazer valer sua visão de mundo.

Nesta luta, as enfermeiras obstétricas vêm (re) atualizando seu *habitus* a partir da incorporação de um capital eficiente para a implantação de práticas humanizadas. Elas estão ocupando espaços no cuidado ao parto e ao nascimento no campo hospitalar, aqui representado pelas instituições de saúde da SMS-RJ. Esta ocupação de espaço pelas enfermeiras ao mesmo tempo, que redimensiona a prática desta especialidade, também, está reconfigurando o cuidado no campo obstétrico.

Assim, busquei alcançar os seguintes objetivos:

- descrever as circunstâncias da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado na Maternidade Alexander Fleming;
- analisar as estratégias de luta no processo de implantação das práticas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming;
- discutir as repercussões da implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na Maternidade Alexander Fleming sobre o campo obstétrico.

Com este estudo acredito estar contribuindo para a preservação da memória das enfermeiras obstétricas e suas lutas, o que é essencial para a formação da identidade profissional da enfermeira obstétrica. Além de produzir fontes que serão democratizadas pelo Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Este estudo está inserido no Núcleo de Estudos de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem da FENF/UERJ.

Sendo assim, entendo ser relevante a realização deste estudo, pois acredito que resgatar as estratégias de lutas utilizadas pelas enfermeiras obstétricas durante a atualização de seu *habitus* na implantação do modelo humanizado na Maternidade Alexander Fleming e discutir os efeitos deste processo para a reconfiguração do campo obstétrico será capaz de nortear futuras iniciativas para a construção de novos espaços de assistência ao parto no contexto da humanização.

1 O CONTEXTO DO ESTUDO

1.1 Principais Conferências Internacionais e os Direitos da Mulher

Os processos de globalização originados nos fins do século XX designam um novo paradigma nas relações internacionais. A globalização é um processo contraditório e complexo. Tal complexidade divide os analistas sociais, que compreendem tal fenômeno social a partir de referenciais dinâmicos, multidimensionais e contraditórios. Estes analistas discordam tanto no que concerne à definição quanto aos efeitos do processo de globalização (COSTA, 2003).

As mudanças oriundas do processo de globalização, em especial nas redes de comunicação e informação, fazem com que as fronteiras espaciais e conceituais se tornem mais flexíveis (HALL, 2001). Dessa forma, o Estado deixa de ser o único ator relevante na ordem internacional (GÓMEZ, 2002; HELD; MCGREW, 2001). Ao lado do Estado, legitimam-se como atores políticos o mercado financeiro, os movimentos sociais, as organizações não governamentais e as instituições financeiras. Estes atores se afirmam a partir de diferentes referenciais, tornando a política internacional contemporânea diversa e fluida. A centralidade do Estado, neste contexto, é repensada, já que ele passa a conviver com múltiplos e diferentes atores (GÓMEZ, 2002).

Dessa forma, no cenário internacional as discussões sobre as mulheres ocorridas na *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)*, assinada em 1979, representam a materialização dos anseios e reivindicações das mulheres no contexto internacional onde a ética da soberania dominava e subordinava a prática internacional. O argumento de que traços culturais particulares e fundamentalismos religiosos são instrumentos que justificam a violência e a exclusão das mulheres no plano político acabou por desviar os olhos da comunidade internacional das grandes atrocidades, tais como mutilação genital, estupro legalizado e prostituição forçada. Assim, a Convenção enquanto instrumento normativo dos Estados teve seu alcance limitado, neste primeiro momento. Contudo, a sua importância está no papel de instrumento legal pioneiro de proteção das mulheres no plano internacional (COSTA 2003).

Em meados da década de 1980, o movimento feminista começa a tomar rumos diferentes. Nas mesas de discussões, ao lado de representantes estatais sentam-se representantes de organizações não governamentais (ONGs) e de organizações internacionais de defesa dos direitos humanos. Ao mesmo tempo, intensificam-se as trocas de informação entre grupos da sociedade civil feminista e não feministas de diferentes regiões (FRIEDMAN, 1995). A idéia de um objetivo comum a ser alcançado a partir de práticas regionalizadas começa a ganhar força. O movimento feminista entende que para avançar no seu projeto é necessário incorporar ao seu discurso a ética da solidariedade.

A crítica feminista aos direitos humanos (BUNCH, 1995; FRIEDMAN, 1995; RAO, 1995) é uma tentativa de reformular e dinamizar o conceito de direitos humanos. Tais feministas entendem que o conceito de universalidade consagrado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos legitimou os interesses de um sistema patriarcal e estadocêntrico (BUTEGWA, 1998). Dessa forma, as violações específicas sofridas pelas mulheres foram deixadas a margem da aplicação dos direitos humanos na maioria dos Estados. É uma crítica que busca a reconstrução dos direitos humanos a partir da ética da solidariedade, ou seja, da visão de que o diálogo entre os diferentes pode contribuir para uma universalidade dinâmica e multidimensional (RAO, 1995).

Neste contexto, de 1976 e 1985 foi declarada a década da mulher. Foi um período de desenvolvimento das mulheres na Organização das Nações Unidas (ONU), (FRIEDMAN, 1995). Durante este período, o desenvolvimento da mulher no plano nacional, regional e internacional é tomado pela primeira vez como uma questão relevante nas relações internacionais. As Conferências Internacionais ocorridas no final desta década, como as de Nairobi (1985), a de Fortaleza (1985) e a do Quênia (1987), marcaram a consolidação das mulheres na agenda internacional e influenciou no lançamento do Programa Maternidade Segura da OMS.

Ainda na década de 1980, o movimento feminista no plano internacional começa a legitimar uma ética alternativa ao discurso soberano. A ética da solidariedade que se baseia na idéia do respeito a uma dignidade comum a todas as pessoas. Na prática, tal idéia tem se traduzido por políticas governamentais e não-governamentais que visam a eliminação da violência como premissa básica do desenvolvimento da vida humana (MALDONADO, 1997), esse princípio teve no movimento feminista uma das suas principais manifestações (HALL, 2001; WATERMAN, 2001).

Em junho de 1992 no Rio de Janeiro, o Brasil foi anfitrião da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (ECO 92) onde se reuniram legisladores, diplomatas, cientistas, a mídia e ONGs de 179 países, num esforço concentrado para reconciliar as interações entre o desenvolvimento humano e o meio ambiente. Foi um evento que ofereceu ao Brasil chance de ser protagonista no palco mundial, o que foi muito bem desenvolvido pelo Itamaraty, revelando a versatilidade e competência técnica na absorção do novo conceito de desenvolvimento sustentável. Foi um evento de muita importância sobre tudo nas articulações diplomáticas entre as nações em desenvolvimento e a União Européia (MOUTA, 2009).

Nesse evento mundial, houve milhares de representantes de ONGs do mundo inteiro, reunidas em tendas, e o Brasil conseguiu representar ao mesmo tempo o papel de líder das coalizões que formulavam os principais tratados, além de mediador entre as maiorias e minorias. Como resultado dessa conferência foram redigidas 173 recomendações que estão em um documento denominado Agenda 21 (plataforma de ação do desenvolvimento sustentável) que foi adotado pelos 179 países participantes (CASTRO; ABRAMOVAY, 2005; PINSKY, 2007).

Nesse documento, especificamente no capítulo 24, reuniu-se um conjunto de recomendações, mecanismos e metas para integrar as mulheres e a questão de gênero em todos os níveis de governo e nas atividades correlatas de todas as agências da ONU. Em uma das tendas do evento onde ocorriam os debates o Planeta Fêmea, organizado pela Coalizão de Mulheres Brasileiras, ocupou significativo espaço nos debates sobre meio ambiente e desenvolvimento no Fórum Social de ONGs, evento paralelo a ECO-92 (CASTRO; ABRAMOVAY, 2005).

As transformações nas formas de comunicação e informação, que alteram a relação espaço/tempo, teve um impacto grande nos movimentos feministas. Da conferência de Nairobi até a de Beijing, verificou-se um intenso processo de globalização do feminismo internacional. Após a ECO-92, a ONU realiza diversas conferências para discutir o tema dos direitos humanos e as mulheres conseguem participar e opinar sendo um exemplo deste processo as participações significativas e decisivas das organizações feministas na Conferência sobre Direitos Humanos em Viena no ano de 1993.

Neste evento, o tribunal internacional sobre a violência contra as mulheres tornou de forma prioritária a questão da universalidade dos direitos humanos e a afirmação dos direitos das mulheres como direitos humanos e pela primeira vez a comunidade internacional reconhecia que a humanidade possuía dois sexos diferentes, porém, com direitos iguais. (COSTA, 2003).

Na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 (INTERNATIONAL POPULATION AND DEVELOPMENT, 1995), mais uma vez as questões globais foram expostas sob a ótica das mulheres e os conceitos de direitos reprodutivos emergiram diante das políticas populacionais com a frase “Nosso corpo nos pertence”. Na Conferência Mundial para Desenvolvimento Social ou Cúpula de Copenhague -1995 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995), as mulheres opinaram sobre as questões da pobreza e do *apartheid* em escala global, mostrando a feminização da pobreza (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1996).

O movimento feminista, com uma importante fonte de expressão da sociedade civil global, também incorpora as contradições e complexidades da globalização. Um exemplo destas contradições está no processo da Conferência de Beijing, considerada por muitos o momento de transformação global do movimento de mulheres. O referido processo está muito longe de representar um discurso consensual do feminismo global, porém confirma as conquistas feministas das conferências anteriores, o que legitimou uma nova forma de compreender e lidar com a diversidade. Muitas organizações e redes feministas se recusaram a participar de Beijing, bem como algumas consideraram o fórum uma perda de tempo (WATERMAN, 2001).

O que se verifica, após a conferência de Beijing, é uma descentralização da crítica feminista, tal abertura permite que contribuições teóricas e práticas do feminismo sejam vistas não apenas como questões específicas, restritas ao espaço privado, mas como formas diferentes de repensar o espaço público. O movimento feminista, neste contexto, oferece uma importante contribuição ao redefinir novos espaços públicos e, por conseguinte, questionar a centralidade do Estado (ALVAREZ, 2000).

Em cada uma das conferências, obstáculos e deficiências dentro e fora do movimento feminista iam sendo superados. Muitos obstáculos cruzaram os caminhos das mulheres até a conferência de Beijing. A visibilidade e a decisiva participação das organizações feministas nos documentos de Viena e Cairo fizeram com que muitos olhares, até então indiferentes ao feminismo internacional, se deslocassem para a Conferência de Beijing. A escolha da China foi interpretada pelas feministas como uma barreira à plena liberdade de expressão. Todas as restrições políticas enfrentadas pelas mulheres das delegações oficiais, das ONGs e dos movimentos sociais (perseguições políticas, falta de infra-estrutura, negação de vistos, etc.)

poderiam ter conduzido a Conferência de Beijing ao fracasso. Contudo as mulheres superaram as barreiras e conseguiram se fazer ouvir na China (COSTA, 2003).

As organizações feministas desempenharam um papel de grande relevância nas Conferências da ONU, na década de 90. O feminismo internacional foi um segmento da sociedade que se fez ouvir através das Conferências da ONU.

A chamada “década das conferências” significa um espaço político inédito de articulação entre governos, organizações não governamentais e acadêmicos (VARGAS, 2000; WILLIAMS, 1998). Neste momento histórico, as Conferências da ONU marcam a afirmação de uma visão de integração entre as diversas dimensões do internacional (WILLIAMS, 1998). A construção de um espaço internacional mais pacífico e menos desigual passa por uma concepção múltipla e solidária.

Os resultados das conferências internacionais foram produtivos, pois viabilizaram parcerias com os governos no sentido de desenvolver políticas para homens e mulheres em todo o mundo. Este processo facilitou a participação de mulheres feministas em instâncias de formulação e implementação de políticas públicas, no Ministério da Saúde, em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, influenciando a organização de serviços e ações de saúde. Especificamente na Conferência de Pequim, o Brasil teve participação e voz, enviando uma delegação oficial, com 25 membros chefiados pela primeira dama Dra.Ruth Cardoso (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER,1996).

Nos discursos da Dra Ruth Cardoso, estão presentes o planejamento familiar como prioridade e questões referentes ao PAISM no qual afirma que sua implementação é "um desafio, uma prioridade e um compromisso". É interessante apontar como esta questão revela o estado da arte brasileira referente à saúde da mulher: o PAISM, interpretado como o apoio do movimento de mulheres no Brasil, mesmo que doze anos antes de Beijing, ainda é reconhecido no âmbito internacional como proposta inovadora, porém com uma aplicação ínfima (GIFFIN, 1997).

A influência destas discussões favoreceu o interesse em realizar estudos sistemáticos para embasar as práticas que estavam sendo propostas para a atenção efetiva à mulher. Os resultados da publicação da revisão sistemática de cerca de 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal foram classificados quanto à sua efetividade e segurança. Este trabalho de uma década teve o apoio da OMS e foi coordenado por obstetras, que por meio do o esforço conjunto de mais de 400 pesquisadores (obstetras, pediatras, enfermeiros, estatísticos epidemiologistas, cientistas

sociais, parteiras), que realizaram uma revisão exaustiva de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950 (BOARETTO, 2003).

Este movimento científico e seus desdobramentos ficaram conhecidos como medicina baseada na evidência científica ficando disponível para a comunidade científica com o nome de Iniciativa Cochrane e Biblioteca Cochrane fundada em 1993, em homenagem ao seu organizador o epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane.

A avaliação científica das práticas de assistência vem desde então evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto normal com um mínimo de intervenção sobre a fisiologia, e de procedimentos centrados nas necessidades das parturientes, ao invés de organizados em função das necessidades dos profissionais e das instituições de assistência (WAGNER, 1994).

Em meados da década de 1990 a OMS passa a divulgar amplamente documentos baseados nestes estudos, classificando os procedimentos de rotina no parto normal em quatro categorias: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser usadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O campo obstétrico brasileiro foi influenciado pelos fóruns internacionais e nacionais de mulheres que determinavam as diretrizes das lutas e das ações que no contexto estudado estavam pautadas nos conceitos dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Neste sentido, o movimento de humanização do parto e nascimento brasileiro incorporou a autonomia feminina, o direito de escolha e a preservação da natureza como princípios para nortear as ações profissionais que pudessem transformar as práticas obstétricas intervencionistas e autoritárias, construídas e legitimadas pelas instituições médicas brasileiras durante o processo de medicalização do parto.

1.2 Contexto Político e Econômico Brasileiro

Ao assumir seu o primeiro governo como presidente da república (1995-1999), Fernando Henrique Cardoso (FHC) encontrou um país com uma situação particularmente grave no que diz respeito à situação social da população, pois o contingente de brasileiros vivendo em situação de pobreza e indigência estava alta e as desigualdades na distribuição de renda atingiam patamares elevados (TIEZZI, 2004).

O primeiro governo de FHC (1995-1998) no campo político e econômico foi marcado pela implantação de uma reforma fiscal e administrativa. Acabou predominando o avanço para maior integração ao capitalismo internacional, fazendo com que a oposição do governo afirmasse que o governo era comprometido com o consenso de Washington¹¹ (VICENTINO, DORIGO, 2002).

Um novo papel foi atribuído ao governo FHC, que não mais deveria ser o grande produtor de bens e de serviços, mas sim promover a sinalização, a regulamentação e a capacidade de investir para viabilizar empreendimentos no país, tanto nas esferas estaduais e municipais, como também em empresas privadas e entidades da sociedade civil e das comunidades (TIEZZI, 2004).

Essa transferência de poderes para as demais esferas permitiu a descentralização de ações da área social e permitiu o fortalecimento do nível local para a tomada de decisões, e não apenas da aplicação dos recursos e formulações de acordo com as necessidades de cada localidade. A descentralização foi uma estratégia eficiente de gerir o gasto público, pois a proximidade do usuário é capaz de aumentar a efetividade das ações, permitindo que as diversas esferas de governo participem da oferta dos serviços, evitando possíveis desequilíbrios entre oferta e procura, causados por desconhecimento das demandas dos usuários (TIEZZI, 2004).

O primeiro mandato de FHC, apesar da eficiente política de combate inflacionário, deixou um legado bastante complicado para seu segundo mandato: um desequilíbrio externo crescente, principalmente em função da sobrevalorização cambial, e uma séria crise fiscal, com déficit

¹¹ Em 1989, reuniram-se em Washington diversos economistas latinos americanos de perfil liberal, funcionários do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do governo norte americano. Eles foram convocados pelo economista inglês John Williamson (diretor do *Institute for International Economics*) quem elaborou os dez pontos tidos como consensuais entre os participantes. Este consenso faz parte de reformas neoliberais, que está centrado doutrinariamente na desregulamentação dos mercados, abertura comercial, financeira e redução do tamanho e papel do Estado. Aplicando no contexto da América Latina ele representa o contra-ataque do capitalismo às conquistas dos trabalhadores (NEGRÃO, 1998).

primário do setor público consolidado e nominal de nada menos que 7% do PIB, além de uma dívida pública crescente. Pouco antes do término do primeiro mandato, o governo brasileiro negociou um acordo com o FMI que lhe permitisse enfrentar esse quadro externo adverso e que gerava fuga de capitais (GIAMBIAGI et al., 2005).

As reformas introduzidas no segundo ano do mandato de FHC foram: privatização, fim dos monopólios estatais, mudança do tratamento do capital estrangeiro, saneamento do sistema financeiro, reforma (parcial) da Previdência Social, renegociação das dívidas estaduais, aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal, ajuste fiscal, criação de agências reguladoras de serviços de utilidade pública e o estabelecimento do sistema de metas de inflação como modelo de política monetária.

As políticas sociais do governo FHC foram: Lei Orgânica da Assistência Social, que garante um salário mínimo a idosos e deficiente, o Bolsa-Escola, o Bolsa-Renda, o Bolsa-Alimentação, o Auxílio-Gás e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. (RACY, 2005).

Em 2000, no segundo governo FHC, foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde, quando a situação econômica do país poderia ser descrita como de crise. A moeda circulante, o Real havia se desvalorizado, o crescimento econômico estagnado criava uma conjuntura desfavorável à geração de emprego. O relatório da conferência recebeu o seguinte título: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social” (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005).

Os problemas econômicos de 2002 refletiam, em parte, uma crise de desconfiança associada à incerteza em torno do que ocorreria com a política econômica a partir de 2003, com a posse do novo governo. Indicadores, ligados entre si, captaram com toda intensidade essa incerteza refletida no aumento do risco-país e do câmbio. (GIAMBIAGI et al., 2005).

As diretrizes básicas da política neoliberal foram executadas, acelerando a entrada do capital estrangeiro, a fim de internacionalizar a economia brasileira e fazer com que se abrisse o mercado para os produtos estrangeiros. Em nome da eficiência econômica, o espaço político para as reformas encolhia. Essa política desestimulou o funcionalismo público, ocasionando um grande número de demissões voluntárias (REZENDE; DIDIER, 2001).

No campo da educação os anos FHC foram marcados por reformas, em particular o da educação superior, que de acordo com a nova política neoliberal, deixou de ser considerada como serviço público exclusivo do Estado. Houve a valorização da formação profissional voltada para

o mercado de trabalho, de modo a gerar desenvolvimento econômico e atender às demandas dos organismos internacionais. Essa transformação tinha como pressuposto a educação como possibilidade de transformação, centrada no desenvolvimento da consciência e ao compromisso com a sociedade (LIMA, 2005).

1.3 O Contexto da Saúde Brasileira

O processo de implantação e implementação SUS na era FHC, envolvia medidas que criassem capacidades administrativas e gerenciais para a prestação dos serviços de saúde em todo o país e, especialmente, nas regiões mais pobres e com ênfase na atenção preventiva e primária. O amplo e heterogêneo leque de inovações incidiram sobre quase todas as dimensões do sistema nacional de saúde, por meio de iniciativas e medidas que podem ser agrupadas em seis eixos, sendo um deles os programas prioritários: Combate à Mortalidade Infantil e Saúde da Mulher (DRAIBE, 2003).

Em maio de 1992, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tinha dois milhões de crianças desnutridas e foi apontado pela OMS, em estudo publicado em junho de 2000, como pior que o Paraguai, El Salvador e Butão, ocupando a posição 125º entre os sistemas de saúde de 191 países e na América ficou em 30º colocado entre 35 países.

Adib Jatene, que era um médico cardiologista nascido no Acre, foi Ministro da Saúde no governo FHC no período de janeiro de 1995 a novembro de 1996. Neste período foi implantado um novo imposto, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) que na sua concepção permitiria obter volume de dinheiro para funcionamento adequado para a saúde pública no Brasil. Porém, ao receber o aporte da CPMF o governo deslocou recursos antes aplicados no Ministério da Saúde para outras áreas e não elevou os recursos às dimensões esperadas e logo em seguida o ministro pediu demissão (SINGER, 2002).

Em 1998, foi introduzido o Piso da Atenção Básica (PAB) brasileiro que de forma gradual permitiu uma cobertura para toda a população com ações como: promoção, prevenção de doenças contagiosas e crônicas, atendimento de pré-natal, parto, puerpério e problemas comuns infantis,

transtornos agudos de maior incidência, pequenas emergências ambulatoriais, atendimento oral e farmácias básicas. O PAB também possui uma parte variável que abrange outros programas (saúde familiar, farmácia básica, agentes comunitários e alimentação). Em 2001 foi estendido para Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA) para incluir ações de média e alta complexidades (MESA-LAGO, 2007).

Na época, o Brasil era considerado o país com maior índice de cesariana do mundo. Neste sentido, desde 1995 a JICA atuava na área obstétrica com o início da cooperação denominada “Projeto Luz”, que tem como tema a implementação do parto natural, que inclui o cuidado pré-natal e neonatal humanizado, dispensando intervenções médicas desnecessárias. São cuidados pré e pós-parto que tem como base “a força da mulher para dar à luz e força da criança para nascer”, ou seja, o ciclo natural do parto normal (SAKAGUCHI, 2009).

No primeiro mandato de FHC tivemos a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) e o reforço da Vigilância Sanitária, o que dotou o país de um sistema regulatório novo, que, em vários momentos, comprovou uma grande capacidade de ação, como foram os episódios de regulamentação dos preços dos medicamentos, do enfrentamento da indústria do tabaco e, sobretudo, do controle do mercado privado de seguros de saúde.

O projeto saúde dentro da lógica neoliberal está articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista e está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências à contenção dos gastos do Estado com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO, 2006).

Nesta perspectiva, o enfoque de gênero dado pela luta feminista foi cooptado por esse projeto político. Deste modo, ele foi influenciado pelos mandos neoliberais, que muitas vezes diminuem, degradam e desmontam os serviços públicos, dos quais a maioria das mulheres em condições de vulnerabilidade faz uso (FEGHALI, 2000; URBANEJA, 2000).

No entanto, para Giffin (2002) o que está ocorrendo é um “esvaziamento de conceitos e uma crescente ideologização, na qual a visibilização do gênero encobre tanto o aprofundamento das desigualdades sociais como os conflitos de interesse entre mulheres de classes sociais diferentes”.

No campo obstétrico, a assistência ao pré-natal e ao parto com a inserção da enfermeira obstétrica, se por um lado, atendia a lógica de redução dos gastos públicos porque objetivava incentivar o parto normal em detrimento das intervenções que sustentam o complexo-médico

industrial, por outro lado, atendia também aos discursos feministas pautados no conceito de gênero que criticavam o autoritarismo médico e a falta de protagonismo e autonomia da mulher no momento do parto.

Deste modo, entendo que no campo obstétrico no Rio de Janeiro, o gênero e a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto no contexto estudado, foi também uma estratégia de luta das feministas, que diante da inevitável implantação das políticas neoliberais no campo econômico, manteria ativo a assistência pré-natal e ao parto no SUS, sob a lógica feminista do respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

2 ABORDAGEM TEÓRICA

Para embasar esta pesquisa histórica, utilizei as noções teóricas de espaço social, campo, capital, poder simbólico, luta simbólica e violência simbólica desenvolvidos por Pierre Bourdieu¹² em sua Teoria de Mundo Social.

O poder simbólico é esse poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que exercem, isto é, um poder que não é visualizado pelos agentes sociais, porém é exercido com a comunhão desses agentes sociais (dominantes) que exercem, com aqueles sujeitos que não querem saber de exercer (dominados). Ele surge como todo poder que consegue impor significações e impô-las como legítimas. Logo quanto mais capital possui esse agente social, mais poder ele tem (BOURDIEU, 2010).

O espaço social é um conjunto de campos relativamente autônomos, com caráter multidimensional. Isto quer dizer que o espaço social comporta dentro de si, vários campos distintos mais que de alguma maneira eles podem interagir (BOURDIEU, 1997).

O espaço é o lugar onde o poder se afirma e é exercido de uma forma branda ou como uma violência simbólica. Dentro desses espaços (lugares ou locais de espaço social) onde ocorrem às lutas simbólicas, e logo após essas lutas o que se evidencia são os ganhos, que podem ser de localização, posição ou classe e de ocupação ou de acumulação (BOURDIEU, 2001b).

A disputa pelo espaço pode ser individual, quando o agente luta para conseguir algo para si, como um emprego bem sucedido. Para que isso aconteça esse agente precisa ser reconhecido por outros, além de possuir uma trajetória social adequada e um certo capital acumulado. Esta disputa também pode ser coletiva, quando desenvolvidos por uma causa ao nível nacional, estadual ou municipal (BOURDIEU, 2001b).

Campo social é o local onde seus ocupantes (agentes) constroem e mantêm relações de forças que dependem de suas posições sociais. No seu interior, as posições dos agentes são determinadas pela eficiência da força social e pelo *quantum* de capital diverso (cultural, social,

¹² Nasceu em Denguin (1 de agosto de 1930) e faleceu em Paris (23 de janeiro de 2002) foi um importante sociólogo francês. De origem campesina, filósofo de formação, chegou a docente na *École de Sociologie du Collège de France*, instituição que o consagrou como um dos maiores intelectuais de seu tempo. Sua discussão sociológica centralizou-se, ao longo de sua obra, na tarefa de desvendar os mecanismos da reprodução social que legitimam as diversas formas de dominação. (PIERRE Bourdieu, 2010).

político, econômico, artístico, esportivo, força, luta e etc.) desses agentes que por isso mesmo, estão divididos hierarquicamente (BOURDIEU, 2004, 2010).

O local onde os agentes estão providos de diferentes tipos de capitais para dominar o campo correspondente é denominado campo de poder. Quando o valor dos capitais é colocado em questão às lutas se intensificam (BOURDIEU, 1997).

Os campos de força e de lutas interagem de tal forma que, o campo de luta visa transformar o campo de força, evidenciando assim que o campo é onde se manifestam as relações de poder (BOURDIEU, 2002; GOMES; BACKES; VAZ, 2005).

O capital simbólico é o capital propriamente dito, seja ele de qualquer espécie (cultural, social, político, econômico, artístico, esportivo e etc.). Esse capital é considerado também poderes e direitos das pessoas, e sua desigualdade pode gerar dominação. Ele só é válido quando um agente social é dotado de percepções que legitimam esse capital tornando-o conhecido como óbvio, necessitando assim que ele seja eficiente. O volume de capital eficiente num campo determina qual agente exerce de maneira dominante o poder simbólico. Ele surge como todo poder que consegue impor significações como sendo legítimas (ACEVEDO, 1998; BOURDIEU, 1999b, 2010; NOGUEIRA, M. A.; NOGUEIRA, C. M. M., 2004).

Cada indivíduo conta com uma variedade de capitais que adquire desde o seu nascimento e vai acumulando durante sua trajetória social, determinando assim uma posição no espaço social. Os capitais específicos de cada campo apresentam variações dos quatro principais capitais:

- cultural – é uma relação privilegiada com a cultura escolar e erudita;
- social – é uma rede de relações sociais, constituindo uma das principais riquezas dos dominantes;
- econômico – é o poder do dinheiro, conferindo um poder sobre os dominados desprovidos;
- simbólico – ele é formado por conjunto de símbolos que permite situar os agentes em determinado espaço social (BOURDIEU, 1997, 2002; NOGUEIRA, M.A.; NOGUEIRA, C.M.M., 2004).

O capital cultural se apresenta de três formas: Objetivado (objetos culturais valorizados); Incorporado (habilidades lingüísticas, postura corporal, crenças, hábitos e comportamentos das culturas dominantes adquiridos e assumidos pelo indivíduo); e Institucionalizado (certificados, diplomas, atestados de certa formação cultural), (BOURDIEU, 1998).

O capital político é uma forma de capital simbólico, Bourdieu (2010) distingue duas espécies básicas de capital político. O capital “delegado” é aquele ligado à ocupação de um determinado cargo institucional, seja ele um mandato parlamentar ou executivo, uma função de confiança num escalão governamental ou uma posição de poder na estrutura partidária. Já o capital “transferido” nasce da conversão, para a política, de outro tipo de capital, obtido em outro campo.

No campo educacional, o indivíduo entra num verdadeiro mercado, onde ele investe pouco ou muito os seus recursos, obtendo o sucesso escolar e diplomas que é classificado como capital cultural institucionalizado. Com esse acúmulo de capitais ele pode ser reinvestido no mercado de trabalho (NOGUEIRA, M.A.; NOGUEIRA, C.M.M., 2004).

Um dos principais alvos das lutas entre os agentes é a quantidade de capital eficiente ou específico (político, econômico ou cultural) suficiente para ocupar posições dominantes no interior de seus campos (BOURDIEU, 1997).

Deste modo, devido às diferenças hierárquicas, o campo é um microcosmo de luta simbólica entre os agentes envolvidos, que por possuírem visões de mundo diferentes, lançam mão de ações e reações para manter ou melhorar suas posições no campo (BOURDIEU, 2010).

Estas lutas simbólicas visam à imposição de uma determinada visão, sempre com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição que os agentes ocupam no campo que pretendem transformar ou conservar. O resultado dessas lutas simbólicas, geralmente ocasiona a violência simbólica, isto é, uma imposição ou mesmo a legitimação da dominação, o que contribui para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra, reforçando sua força (BOURDIEU, 2010).

Assim, luta simbólica é a disputa entre os agentes sociais (classes e frações de classes), sem agressão ou contato físico, para imporem a definição de mundo social, conforme seus interesses, além de imporem o campo das tomadas de posições ideológicas (BOURDIEU, 2010).

Segundo Mouta (2009, p.25), com base nas noções expostas:

Forma-se uma tríade: o poder simbólico que o dominante possui pela força e seu acúmulo de capitais; a luta simbólica que acontece entre o dominante e o dominado pela imposição de suas visões de mundo; e a violência simbólica que é a própria inculcação dos valores do dominante no dominado. Neste caso, quando o dominado incorpora a visão do dominante, ele tem um lucro simbólico, caso contrário, ele pode deixar de lutar e sair do campo.

Outra noção que complementa as já expostas e de extrema importância é a noção de *habitus* que indica um conhecimento adquirido ou mesmo a disposição incorporada, quase postural resultante de um processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais. Ele é um princípio gerador de práticas distintas, esquemas classificatórios, princípios de classificação, visão e divisão, isto é, ele é um estruturador de práticas e representações (BOURDIEU, 2010; PROGIANTI, 2001).

O *habitus* divide-se em primário e secundário. O primário é produzido e adquirido no seio familiar através das relações dos agentes da família (aprovações, censuras, lições de moral, elogios, prêmios, entre outras influências, os agentes vão construindo seus gostos mais íntimos, seus trejeitos, suas aspirações, sua auto-imagem), ele é o fruto da incorporação dessa estrutura social e da posição social de origem no interior do próprio sujeito. O *habitus* secundário é uma consequência da inserção de um agente em outros espaços sociais (escola, espaços religiosos, universidade e etc.), ele é o resultado da inculcação, percepção, apreciação e da ação feita em algumas condições sociais (BOURDIEU, 2010; NOGUEIRA, M.A.; NOGUEIRA, C.M.M., 2004).

Há também o chamado “*habitus* clivado” que é típico dos que vivem prensados entre dois universos de valores contrários, o que pode gerar uma relação igualmente ambivalente (BOURDIEU, 2005).

De um modo geral, o *habitus* é um saber agir que se aprende na sua inserção em determinado campo. As estruturas do campo são importantes na formação do *habitus*, porém a ação dos agentes não é completamente determinada por eles. O *habitus* dependendo da circunstância ele pode ser transformado (reconfigurado), isto é, pode acontecer a partir da movimentação dos agentes entre diferentes campos sociais ou mesmo das lutas travadas dentro do próprio campo. A transformação também pode acontecer através de uma análise reflexiva (racional) sobre as suas próprias disposições (BRANDÃO; ALTMAN, 2007).

Segundo Bourdieu (2001a) é necessário a determinação do “sentido do jogo”, isto é, é importante que os jogadores (agentes sociais) aprendam as regras do jogo, sendo que essas regras não preveem como o outro jogador irá jogar. Então só se consegue participar do jogo, num determinado lócus (onde circulam os agentes). Nesse lócus operam e se alteram os *habitus* em consequência da mobilização de tipos diferentes de capital sendo necessário que os agentes tenham um mínimo capital específico que é a moeda utilizada nesse campo, cuja posse é a

condição para esses agentes atuarem (jogadas), e dependendo da jogada ele pode acumular capital.

Entretanto as jogadas dependerão do volume e da estrutura global do capital acumulado em suas experiências anteriores nos diferentes campos articulados com o capital específico. Essa movimentação dos agentes no espaço social evidenciado por suas trajetórias e estratégias, passando por diferentes campos com relações e permanências diferenciadas de acordo com seus interesses que os mobilizam, assim repercutindo na modificação da estrutura e volume de capitais dos diferentes agentes (BOURDIEU, 2001a, 2010).

Dentro dessas concepções entendo que o *habitus* é transformado a partir da dinâmica estabelecida entre os agentes em conjunto ou individualmente, onde através da movimentação dos agentes em diferentes campos sociais, das lutas travadas dentro do próprio campo, ou através de uma análise reflexiva (racional) sobre as próprias disposições este *habitus* é reconfigurado. (BOURDIEU, 2001a; BRANDÃO; ALTMAN, 2007).

Neste estudo o campo obstétrico hospitalar foi compreendido como um espaço de poder onde atuam vários agentes sociais (enfermeiras obstétricas, médicos, dentre outros membros da equipe), que possuem diferentes posições no campo, e para se imporem neste espaço travavam lutas simbólicas conforme seus interesses (PROGIANTI, 2001). Assim, a Maternidade Alexander Fleming foi entendida como um espaço do campo obstétrico hospitalar onde enfermeiras obstétricas com *habitus* reconfigurado, travaram lutas simbólicas pela ocupação do espaço de assistência humanizada ao parto.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza histórico-social. A pesquisa qualitativa é baseada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência das pessoas, além de propiciar a compreensão do problema no meio que ele ocorre sem criar situações artificiais que levam a interpretações equivocadas. Além de estar direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, onde são influenciados por emoções, sentimentos aflorados das situações vivenciadas, desta forma esse tipo de pesquisa necessita do envolvimento do pesquisador ao máximo (FIGUEIREDO, 2004; MINAYO, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; TRIVIÑOS, 1994).

A abordagem histórica consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje. Também contribui para entendermos melhor o presente (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Como método este estudo ancorou-se na perspectiva da história oral temática que proporciona a revelação de informações que, muitas vezes, podem estar ocultas nos registros documentais, o que é reforçado por Thompson (1992, p. 137):

A evidência oral pode conseguir algo mais penetrante e mais fundamental para a história. Enquanto os historiadores estudam os atores da história à distância, a caracterização que fazem de suas vidas, opiniões e ações sempre estará sujeito a serem descrições defeituosas, projeções da experiência e da imaginação do próprio historiador: uma forma erudita de ficção. A evidência oral transforma os objetos de estudo em sujeitos, contribui para uma história que não só é mais rica mais viva e mais comovente, mas também mais verdadeira.

A história oral é utilizada com objetivo de reunir discursos dos sujeitos que foram testemunhas do seu tempo, ambiente e da sua realidade social, fazendo assim que eles descrevam sua história. Utilizar essa metodologia nos estudos de enfermagem permite a flexibilidade da articulação das fontes orais com fontes de outras naturezas. Para estudos de natureza qualitativa, o uso da história oral aprofunda a rede mutável de relacionamentos sociais, desenvolvimento das instituições sociais e das variações de conceitos e valores sociais, além de poder fazer parte dos

objetivos específicos, visando preservar a memória através da produção de documentos para outros pesquisadores (PROGIANTI; SANNA, 2002).

3.2 Demarcação Temporal

A demarcação temporal é uma delimitação adequada do período histórico que será examinado, ou seja, os limites de tempo dentro dos quais se estabelece a validade do estudo (BARROS, 2007).

Como demarcação inicial deste estudo o ano de 1998, pois foi neste ano que se iniciou a inserção da enfermeira obstétrica na Maternidade Alexander Fleming através do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e Parturiente (PIAEGP) na Área Programática (AP) 3.3, que contou com apoio do Ministério da Saúde que lançou a Portaria nº 2815 de 29 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a), propondo a assistência ao parto de baixo risco realizado pelo profissional enfermeiro obstétrico e a Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998, criando o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 1998c).

O ano de 2004 foi escolhido como demarcação final devido à inserção da enfermeira obstétrica na primeira Casa de Parto do Rio de Janeiro, que recebeu o nome do médico David Capistrano Filho, localizada no bairro de Realengo, a Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF) constituiu-se em um espaço exclusivo para a atuação autônoma da enfermeira obstétrica embasada pelos princípios da humanização do parto e nascimento. Este novo espaço tem em sua regulamentação importantes documentos como a Portaria 985/99 (BRASIL, 1999) e a resolução SMS-RJ nº 1041/2003¹³ (RIO DE JANEIRO, 2004), a criação deste espaço foi uma estratégia de humanização da assistência ao parto e nascimento e da própria desmedicalização, e este novo espaço de assistência ao parto tem forte relação com a Maternidade Alexander Fleming, seja por ser a unidade hospitalar de referência da Casa de Parto ou por ter em seu quadro profissional uma grande parcela de enfermeiras obstétricas que participaram do PIAEGP na AP 3.3 na Maternidade Alexander Fleming.

¹³ Resolução que dispõe sobre o funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Neste sentido, a enfermagem brasileira tem em sua história uma trajetória de lutas para permanecer no campo obstétrico brasileiro, para ocupar espaços no campo intra e extra-hospitalar e para a transformação do parto num processo fisiológico.

3.3 Sujeitos Selecionados

Foram as chefes de enfermagem, enfermeiras plantonistas da Maternidade Alexander Fleming que participaram do PIAEGP no período estudado, assim como as enfermeiras que conduziram o processo de capacitação profissional para o PIAGP na AP 3.3 e a enfermeira coordenadora da Casa de Parto David Capistrano Filho. Parte dos depoimentos dos sujeitos foi obtida por entrevista direta e outra parte dos depoimentos foi obtida por meio de estudos de outros pesquisadores. A diferença entre o número de enfermeiras plantonistas entrevistadas e o total de enfermeiras participantes do PIAEGP na maternidade, se deu em decorrência da saturação das informações contidas nos depoimentos.

Inicialmente a proposta deste estudo era contemplar a implantação assistência de enfermagem também na Maternidade Herculano Pinheiro, porém este cenário foi retirado devido à sugestão unânime dos pareceristas do projeto de pesquisa que não observaram relação em estudar estes dois processos em conjunto, excetuando-se a possibilidade de comparação entre eles, optou-se em estudar somente o campo obstétrico da Maternidade Alexander Fleming.

3.4 Questões Éticas

Ressalta-se que a pesquisa foi norteada pelos princípios éticos e legais regidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Foi solicitada a autorização para o uso do nome da instituição através do envio do termo (APÊNDICE C) ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e

Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) que forneceu parecer favorável por meio do protocolo nº 188/09 em 09/11/2009 (ANEXO A).

3.5 Coleta de Dados

A partir dos objetivos procedeu-se à busca das fontes documentais que disponibilizassem as informações pertinentes ao estudo. Foram selecionadas publicações em periódicos e diários oficiais da época, memorandos, decretos, resoluções, protocolos, deliberações, convênios de cooperação técnica, material didático utilizado na capacitação do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e Parturiente na AP 3.3, manuais do Ministério da Saúde e o Relatório do Treinamento do Curso de Assistência nas Casas de Parto do Japão.

Durante a fase de seleção do material realizei uma pré-análise do material encontrado para que desta maneira as buscas seguintes fossem orientadas com base em uma conceitualização prévia o que facilitou a etapa seguinte de análise propriamente dita dos dados. Organizei essas fontes pela sua natureza e cronologia o que serviu para uma melhor visão e interpretação dos dados encontrados fazendo uma ponte com o período histórico estudados em seus vários contextos.

Para coleta de dados, utilizei um roteiro para entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A e B) com o objetivo de ouvir os sujeitos do estudo e perceber como se estruturou a dinâmica dos sujeitos no referido campo na época estudada. A entrevista é um processo de interação social, onde o entrevistador objetiva colher informações do entrevistado, através de um roteiro contendo tópicos de uma temática central (HAGUETTE, 1995). Os depoimentos foram gravados em Mídia player (MP4), evitando a perda de relatos importantes, sendo os mesmos transcritos integralmente e fornecidos aos depoentes para que os mesmos certifiquem se o conteúdo corresponde ao que se quis passar, de maneira dar credibilidade as informações obtidas.

Os depoimentos duraram em média 50 minutos. Quatro entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos sujeitos. Uma foi realizada na residência da mesma e uma foi realizada em uma sala de aula da FENF/UERJ, por escolha dos depoentes. Os depoimentos transcritos que fizeram parte do corpo do texto na análise foram alterados, de maneira a facilitar o entendimento

devido aos vícios de linguagem. Os depoimentos foram colocados em compact disk (CD) e serão doados ao Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da Faculdade de Enfermagem da UERJ com a devida autorização dos depoentes (APÊNDICE E).

3.6 Fontes de Dados

Parte das fontes foram os depoimentos disponíveis no Centro de Memória Nalva Pereira Caldas (FENF/UERJ), sendo o da enfermeira obstétrica Elisabeth Silva Rocha Cavalcante produzidos pelo pesquisador Ricardo José Oliveira Mouta na sua dissertação de mestrado, intitulada: A reconfiguração do espaço social da maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto, o depoimento da enfermeira obstétrica Leila de Azevedo Gomes e da médica Kátia Maria Netto Ratto, produzidos pela pesquisadora Carla Fabíola Sampaio de Moura para a realização de sua dissertação de mestrado, intitulada: Casa de Parto David Capistrano Filho: a participação das enfermeiras nas lutas do campo obstétrico e o depoimento da Enfermeira Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos que foi produzido e doado pela pesquisadora Adriana Lenho de Figueiredo Pereira sua tese de doutorado, intitulada: O processo de implantação da Casa de Parto no contexto Sistema Único de Saúde: Uma Perspectiva do referencial teórico de Gramsci. O próximo quadro mostra os nomes e os cargos que os sujeitos ocupavam no período estudado e os ocupados atualmente:

Nomes dos sujeitos	Cargos ou função no período	Cargo ou função atual
Elisabeth Silva Rocha Cavalcante	Enfermeira Obstétrica e Co-coordenadora do PIAEGP na AP 3.3	Enfermeira do Centro Municipal de Saúde Harvey Ribeiro de Souza Filho.
Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos	Chefe do Serviço de Enfermagem (até 2002) e Diretora da divisão médica de apoio técnico da MAF	Diretora da divisão médica de apoio técnico da MAF.
Leila de Azevedo Gomes	Chefe do serviço de Enfermagem da MLD e Coordenadora da CPDCF	Coordenadora da CPDCF e Mestre em Enfermagem.

Quadro 1 - Nomes e os cargos que os sujeitos (fonte documental) ocupavam no período estudado e os ocupados atualmente

A outra parte das fontes deste estudo foram produzidas a partir da transcrição dos depoimentos obtidos nas entrevistas com os sujeitos selecionados. O quadro seguinte contém os nomes e os cargos que os sujeitos ocupavam no período estudado e os ocupados atualmente.

Nomes dos Sujeitos	Cargos ou função no período	Cargo ou função atual
Maysa Ludovice Gomes	Professora Assistente da FENF/UERJ e Coordenadora do PIAEGP na AP 3.3.	Prof. ^a Assistente do Departamento Materno-infantil da FENF/UERJ, doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery e consultora da área técnica de Saúde da Mulher, criança e adolescente da SMSDC-RJ.
Jane Baptista Quitete	Enfermeira Obstétrica e Co-coordenadora do PIAEGP na AP 3.3	Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem, Departamento Materno Infantil da Universidade Federal Fluminense-Rio das Ostras.
Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe	Chefe do centro Obstétrico da MAF (1998 – 05/ 2002) Chefe do Serviço de Enfermagem da MAF (05/2002 - atual)	Diretora de Enfermagem da MAF.
Inaiá de Santana Mattos	Enfermeira Obstétrica Plantonista da MAF e enfermeira do CTI do Hospital Municipal Lourenço Jorge	Enfermeira Obstétrica da MAF e da CPDCF
Rosana Figueiredo Gomes Pires	Enfermeira Obstétrica Plantonista da MAF e Enfermeira do Hospital Geral de Bonsucesso	Enfermeira Obstétrica da CPDCF e enfermeira do Hospital Geral de Bonsucesso
Célia Regina Boaventura Alves	Enfermeira Obstétrica Plantonista da MAF	Enfermeira Obstétrica da MAF e da CPDCF
Almir Ferreira da Silva	Enfermeiro Obstétrico Plantonista da MAF	Enfermeiro Obstétrico da MAF, da CPDCF e Prof. de enfermagem da Universidade Gama Filho

Quadro 2 - Nomes e os cargos que os sujeitos (entrevistados) ocupavam no período estudado e os ocupados atualmente

Os documentos oficiais e institucionais foram decretos, resoluções, memorandos, protocolos e projetos da SMS-RJ e da Faculdade de Enfermagem da UERJ e o relatório do curso no Japão/JICA, que foram organizados em um quadro síntese (APÊNDICE F).

3.7 Método de Análise

A luz de uma abordagem histórica, a análise documental da pesquisa, foi norteada pela atuação das enfermeiras obstétricas da Maternidade Alexander Fleming no período de 1998 a 2004, e para dar sustentação à análise foram utilizadas algumas noções teóricas desenvolvidas por Pierre Bourdieu.

Para a realização da análise dos depoimentos retornei aos objetivos da pesquisa, o que possibilitou uma melhor delimitação e organização do material selecionado. Para análise e interpretação dos dados encontrados foram seguidas as etapas propostas por Minayo (1998, 2004) a seguir:

- Ordenação dos dados encontrados

Nesta etapa, as entrevistas foram transcritas na íntegra, com o objetivo de tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações subseqüentes;

- Classificação dos dados

Após a primeira etapa, realizei a leitura exaustiva das entrevistas transcritas e da análise documental. A seguir identifiquei as estruturas relevantes dos atores sociais, as idéias centrais que os sujeitos transmitiram e os movimentos chave ocorridos que se relacionam com o tema em foco e a partir daí, organizei em categorias de análise o que foi essencial para o alcance de cada objetivo;

- Análise final

Nessa etapa, foi utilizado o raciocínio de triangulação, que sustenta a consistência e confiabilidade das interpretações e hipóteses levantadas (FLICK, 2004; LAVILLE; DIONNE, 1999; TRIVIÑOS, 1994), isto é,

confrontei os achados nas entrevistas com os documentos escritos traçando paralelos com o referencial teórico de Pierre Bourdieu, sempre apontando para os objetivos deste estudo.

A técnica de triangulação (TRIVIÑOS, 1994), ou seja, comparação de dados obtidos por intermédio de diferentes fontes, métodos ou teorias, tem como objetivo a convergência, ou corroboração de conclusões e proposições. Essa técnica também está associada à validação da pesquisa qualitativa (OLIVEIRA; PICCININI, 2009).

Ao utilizar esta estratégia metodológica foi possível atingir máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto em estudo, o que conferiu maior validade e fidedignidade aos dados, ao serem analisadas a partir do referencial teórico em questão permitiu um aprofundamento do fenômeno em questão.

4 AS CIRCUNSTÂNCIAS DA INSERÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

Em 1998, na esfera federal, assume o Ministério da Saúde, o economista José Serra que permaneceu neste de 1998 a 2002, o primeiro não médico a ocupar o posto, ele não conseguiu fazer o orçamento da saúde voltar aos antigos patamares. Os grandes destaques de seu Ministério foram os combates a AIDS e a política dos remédios genéricos (SINGER, 2002).

Na saúde da mulher houve também uma transformação da assistência à gestação, parto, puerpério e ao recém nascido. Importante destacar o fortalecimento do pré-natal na atenção básica aumentando o número de consultas que em 1994 era de 1,8 milhões aumentando para 8,3 milhões em 1998, e com relação à cesarianas, em 1994 representava 32% do total de partos declinou para 25 % ate setembro de 2002.

Durante o período que José Serra ocupou o cargo de Ministro da Saúde, a enfermeira Janine Schirmer¹⁴ ocupou o cargo de chefe do Serviço de Assistência Saúde da Mulher, na Área Técnica da Saúde da Mulher da Secretaria de Políticas Publicas do Ministério da Saúde. Esta posição foi estratégica para a difusão e elaboração dos Manuais e Normas Técnicas que influenciaram o direcionamento das ações para a saúde da mulher brasileira.

Evidentemente, segundo a posição de cada um, os agentes, as instituições produzem, reproduzem ou difundem ideais em um determinado campo, no caso desta enfermeira a difusão abrangia o campo da saúde onde está inserido o campo obstétrico hospitalar (BOURDIEU, 1997).

E como reflexo de uma década de lutas feministas e de lutas para implantar um modelo humanizado de assistência à mulher brasileira, tivemos o lançamento do Manual do Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher em sua primeira edição em 2001, ele contou com participação de três enfermeiras: da Dra. Janine Schirmer, Rita de Cássia Pontes de Matos da Maternidade Leila Diniz e da Professora da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Lucia Helena Garcia Penna, ambas enfermeiras obstétricas e mestres em enfermagem à época. Tal fato demonstrou a influência das enfermeiras na elaboração das políticas de humanização do parto e

¹⁴ Janine Schirmer é enfermeira obstétrica, professora titular e coordenadora do programa de pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo, sua atuação é com ênfase na enfermagem obstétrica na área de políticas publicas em saúde. Foi colaboradora do Ministério da Saúde no período de 1997-2003, ocupando cargos como gerente técnica, consultora técnica e chefe do serviço de assistência a saúde da mulher.

nascimento e particularmente da Faculdade de Enfermagem da UERJ e da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) como difusoras de um capital institucionalizado eficiente que lhes forneciam uma posição diferenciada no campo obstétrico brasileiro.

Ainda no ano de 1998, o Ministério da Saúde criou portarias e resoluções regulamentando várias ações e incentivos a humanização. Neste sentido, foi criada a iniciativa do “Hospital Amigo da Criança” para instituições que incentivassem o aleitamento materno; houve a publicação das portarias propondo a assistência ao parto de baixo risco realizado pela profissional enfermeira obstétrica¹⁵ e criando o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)¹⁶.

Estes dispositivos legais favoreceram a materialização dos ideais do movimento de humanização, este apoio do campo político às práticas preconizadas pelos gestores federais e municipais favoreceram o acúmulo de capital político que foi incorporado pelos agentes envolvidos na luta para implantação do modelo humanizado em nível nacional e municipal.

Neste sentido, Bourdieu (2010), comenta que a concentração de capital político nas mãos de um pequeno grupo é tanto menos contrariada e, portanto tanto mais provável, quanto maior for o volume global de capital (econômico, cultural e simbólico) acumulado. Na vida política a desigual distribuição dos instrumentos de produção de uma representação do mundo social explicitamente formulada caminha de acordo com a lógica de oferta e procura.

O ano de 1999 foi muito significativo para a criação dos Centros de Parto Normais, estabelecimentos que proveriam fácil acesso ao atendimento perinatal com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil como parte de uma política de incentivo aos partos normais. Tanto que O Programa Nacional de Incentivo à Criação de Casas de Parto e Maternidades-Modelos, do Ministério da Saúde foi oficializado pelo ministro José Serra no início de agosto de 1999, que assinou portaria que regulamenta a criação das Casas do Parto como uma alternativa aos hospitais e maternidades adotada em vários países, como o Japão (LOPEZ, 1999).

A regulamentação ministerial da criação de Casas de Parto teve influência do material produzido no Workshop para a Elaboração da Proposta de Regulamentação da Casa do Parto de Sapopemba¹⁷, evento promovido pela Secretaria do Estado de São Paulo, pelo Projeto Qualis -

¹⁵ (BRASIL, 1998a).

¹⁶ (BRASIL, 1998c).

¹⁷ A Casa do Parto de Sapopemba foi inaugurada em setembro de 1998.

Programa de Saúde da Família (PSF) e pela Direção desta Casa do Parto de Sapopemba¹⁸ em março de 1999.

Vale ressaltar que a enfermeira Ruth Hitomi Osava foi a primeira diretora da Casa de Parto de Sapopemba e que o médico sanitarista David Capistrano Filho foi um ativista no campo da saúde que coordenou duas iniciativas: o Projeto Qualis, um convênio entre o poder público e fundações para realizar programas como a Casa do Parto de Sapopemba na capital paulista em convênio com o Amparo Maternal¹⁹ que foram espaços onde a enfermeira Ruth Hitomi Osava ocupou o cargo de primeira diretora técnica e coordenadora da equipe de enfermeiras obstétricas desta instituição no período de 1998 à 2005.

Em julho do mesmo ano, foi realizado no Rio de Janeiro, o II Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), no campus da UERJ. O evento reuniu cerca de quinhentas enfermeiras (os) obstétricas (os) de todo Brasil, além de representantes da área médica e de áreas afins, do movimento feminista bem como políticos de várias esferas.

A divulgação de capital cultural institucionalizado adquirido no processo de implantação do modelo humanizado ao parto e nascimento e a troca de experiências foi facilitada pela participação neste evento. Ao participarem de eventos científicos, as enfermeiras obstétricas aumentaram seu capital cultural institucionalizado, só que desta vez sob a forma de certificados fornecidos por estes eventos, o que legitimava seu reconhecimento institucional.

O tema abordado nesse evento foi “A qualidade de assistência ao parto e ao nascimento” e as discussões sobre a participação da enfermeira obstétrica na humanização do parto do nascimento, através de sua atuação efetiva no momento da parturição foram muito intensas, principalmente no tocante a criação de espaços fora dos hospitais e maternidades tradicionais para acolher às parturientes (PROGIANTI, 2001).

Em agosto de 1999, o Ministério da Saúde publicou a portaria que criou os Centros de Partos Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde para o atendimento à mulher no

¹⁸ Á época, o coordenador do Projeto Qualis-PSF e a diretora da Casa do Parto de Sapopemba eram respectivamente o médico sanitarista David Capistrano Filho e a enfermeira obstétrica Ruth Hitomi Osava.

¹⁹ Entidade filantrópica fundada em 1939, situada em São Paulo visando atender gestantes carentes. Em maio de 1999, com a enfermeira Ruth Hitomi Osava responsável pela humanização do parto nesta instituição, foi lançado o Projeto de Reforma Física e Centro de Capacitação de recursos humanos para Parto Natural e Humanizado” .

ciclo gravídico-puerperal²⁰. Solicitou então o auxílio de David Capistrano Filho para articular esse novo programa do Ministério da Saúde.

Neste processo de organização dos centros de parto normal, em uma escala nacional, o Ministério da Saúde solicitou ao governo japonês, treinamento de recursos humanos em atendimento humanizado que teve seu início em 2003 com o Curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Maternidades e Casas de Parto do Japão, e teve sua última edição em 2007 (AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO JAPÃO, 2006).

A Organização das Nações Unidas, em 2000 lança as Metas do Milênio que foram aprovadas por consenso na Cúpula do Milênio, encontro que reuniu 147 chefes de Estado. Consiste em um conjunto de oito objetivos a serem atingidos até 2015, refletem questões referentes a sustentabilidade do planeta e com os graves problemas que afetam a humanidade, e nela esta incluída a meta *de melhorar a saúde materna*, dentre outras que também interferem na saúde da mulher como à erradicação da extrema pobreza e da fome, acesso ao ensino básico universal, promoção da igualdade entre os sexos, redução da mortalidade infantil, combate ao HIV/Aids e outras doenças, garantia da sustentabilidade ambiental e estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento. Portanto, é algo presente na prática diária da enfermagem obstétrica brasileira direta ou indiretamente (MENDES, 2004).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde, lança o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN). Foi novamente criado um conjunto de normas e portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos objetivando garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e uma qualidade do atendimento no momento do parto²¹.

Em 2002, aproveitando a cooperação existente entre Brasil e Japão, algumas enfermeiras obstétricas de todo o Brasil começaram a realizar o “Curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Maternidades e Casas de Parto do Japão”. Tal fato significou que algumas enfermeiras tiveram a oportunidade incorporar ao seu *habitus* novos capitais, oriundos de uma cultura onde o parto e o nascimento não acontecem somente com as intervenções dos profissionais médicos.

No contexto do final dos anos 90, nota-se então, que enquanto em São Paulo o movimento pela criação e regularização das Casas de Parto teve seu auge, na cidade do Rio de Janeiro, teve continuidade o processo municipalização com implantação dos princípios da humanização da

²⁰ (BRASIL, 1999).

²¹ (BRASIL, 2000a, b, c, d).

assistência ao pré-natal e parto de suas maternidades, de acordo com a experiência bem sucedida da Maternidade Leila Diniz.

O processo de municipalização da saúde foi uma estratégia utilizada para viabilizar o processo de descentralização do setor saúde no Brasil, e acarretou em um aumento do poder de operação e decisões em âmbito local. Com isso os diversos cenários da saúde passaram a ter no campo diferentes agentes sociais que representavam diferentes interesses, práticas e visões de mundo (MENDES, 2004).

Este processo de descentralização político administrativo dos municípios brasileiros criaram as bases que apontam saídas inovadoras que possibilitam o resgate do paradigma da saúde.

Ressalta-se que até 1993, a SMS-RJ possuía apenas quatro maternidades, quando foi municipalizada a Maternidade do Hospital Rafael de Paula Souza, em Curicica. Em 1995, foram municipalizadas mais três grandes maternidades federais, o que fez com que a SMS-RJ ficasse responsável por uma grande parcela da assistência perinatal na cidade²². E em 2000, a SMS-RJ assume a gestão plena do SUS no Município, passando a ter responsabilidades constitucionais sobre todo o Sistema Público de Saúde (BOARETTO, 2003).

Dessa forma, configurou-se uma área de intervenção em saúde, no caso a assistência ao parto, com grande oferta pública, onde mudanças de modelo e de orientações poderiam trazer impacto na oferta dos serviços. Foram realizados diversos investimentos nas unidades assistenciais com adequações nas instalações físicas, nos equipamentos e na política de pessoal visando melhorar a qualidade da assistência. Neste período surgiu o interesse e a possibilidade de avaliar a política implementada pela SMS-RJ e aprofundar a revisão teórica sobre as tecnologias de assistência ao parto (BOARETTO, 2003).

O processo de municipalização de um grande número de estabelecimentos hospitalares federais implicou a modernização física e na capacitação profissional, com investimento em atenção de média e alta complexidade perinatal, bem como na implantação de um atendimento humanizado à clientela das gestantes e recém-nascidos (LEAL; GAMA, 2004).

As reformas possibilitavam oferecer área individualizada para o pré-parto, permitindo maior privacidade para a presença de acompanhante, espaço para movimentação, banheira

²² A partir de 1994, foram realizadas mudanças, em maior ou menor grau, nas áreas físicas e nas instalações na maioria das maternidades municipais, como no Instituto da Mulher Maternidade Fernando Magalhães (1997) e Maternidade do Hospital Miguel Couto (1997) e Maternidade do Hospital Paulino Werneck (1999) (BOARETTO, 2003).

própria para trabalho de parto e parto e módulo obstétrico para parto vertical. Os ambientes foram suavizados com a utilização de cores agradáveis na pintura e tornados mais confortáveis com poltronas para acompanhante e cadeiras próprias para amamentação, numa tentativa de torná-los mais acolhedores e confortáveis, aproximando-se da idéia de casa (BOARETTO, 2003).

Neste contexto, os princípios de diferenciação a serem legitimados por um campo, tendem a rejeitar toda e qualquer definição contrária à sua função, sendo aqueles que exprimem de modo mais acabado a especificidade de um tipo determinado de prática (BOURDIEU, 1999b). Por exemplo, no âmbito das maternidades, os princípios que nortearam as reformas são propensos a se tornarem o objeto privilegiado das tomadas de posição e das oposições entre os produtores.

Deste modo, a concretização da municipalização da Maternidade Alexander Fleming foi em 1998, os agentes envolvidos neste processo direcionaram investimentos para melhorias estruturais com obras, aquisição de equipamentos para ampliação ou readequação da capacidade instalada de leitos obstétricos e neonatais, ampliação dos contratos dos serviços de apoio e manutenção dos equipamentos e lotação de recursos humanos. A municipalização desta maternidade acarretou em mudanças na postura, na filosofia da instituição, o que deu novo sentido as relações neste campo (RIO DE JANEIRO, 2009).

Em 1998 na Maternidade Alexander Fleming, assume a direção o médico Jader Coelho Dias²³, e neste mesmo ano, a Maternidade passou a ter doze enfermeiras obstétricas no quadro funcional na unidade, sendo elas: Célia Regina Boaventura Alves, Inaiá de Santana Mattos, Claudia Gomes Moreira Pinto Monteiro, Ludmila Marques de Oliveira Alcântara, Maria de Fátima da Silva, Patrícia Santos Barbastefano, Paula Alves da Silva, Rosana Figueiredo Gomes Pires, Simone P dos Santos, Telma das Graças da Silva, Zuleide Alzira Aguiar e Almir Ferreira da Silva que foram capacitadas através de oficinas de sensibilização e iniciaram a assistência aos partos em dezembro de 1998, neste primeiro mês assistindo a 30% dos partos da maternidade (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1998b).

À medida que o processo de construção de um novo modelo de assistência obstétrica na unidade avançava, iam surgindo diferentes estratégias, a maternidade em 1999, passou a ser referência pelo Ministério da Saúde para normatização do projeto Canguru²⁴ em todo o Brasil,

²³ Médico especialista em ginecologia e obstetrícia foi diretor da MAF de 1998 a 2002, professor auxiliar da disciplina de obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

²⁴ Tem como objetivo prestar assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo-peso.

neste mesmo ano a unidade recebe Menção Honrosa do prêmio Galba de Araújo, que tem como objetivo premiar as instituições para incentivar as maternidades que se destacarem, apresentarem idéias, soluções e que desenvolvessem práticas baseadas em um atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos (RIO DE JANEIRO, 2009).

Neste sentido, Bourdieu (2010) coloca que as lutas pelo reconhecimento são uma dimensão basilar da vida social. Tais lutas compreendem a acumulação de uma forma particular de capital, no sentido da reputação e do prestígio que obedecem a uma lógica específica de acumulação de capital simbólico, como o capital fundado no conhecimento e no reconhecimento (BOURDIEU, 1990).

Em 1998, na esfera federal, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, reduzir as taxas de cesáreas, valorizando o parto normal e fortalecer a relação da mãe com seu bebê. São publicadas Portarias e Resoluções regulamentando várias ações, com estrutura de incentivos, voltadas às questões da humanização. É instituída a Iniciativa “Hospital Amigo da Criança” para os estabelecimentos que desenvolverem ações de estímulo ao aleitamento materno.

Foram estabelecidos mecanismos de controle da cesárea com a criação de um teto percentual decrescente de limites a esta intervenção, (40% em 1998, 35% em 1999 e 30% no ano 2000), com previsão de sanções financeiras para os serviços que não reduzissem suas taxas (BRASIL, 1998a).

No novo modelo proposto, a assistência ao parto de baixo risco, realizada por profissional enfermeiro obstétrico é incluída na Tabela de Procedimentos do SUS com a denominação de “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”, (BRASIL, 1998b).

Neste sentido, a especialidade de enfermagem obstétrica foi revalorizada no sistema de saúde e foram investidos recursos governamentais para a criação de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica nas Universidades brasileiras. Outro reflexo da revitalização dessa especialidade da enfermagem foi o fortalecimento de sua organização, por meio da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras (ABENFO).

Desde então enfermeiras obstétricas vêm desenvolvendo atividades de assistência pré-natal e no acompanhamento do parto de baixo risco nas maternidades da SMS-RJ. No início dos anos 2000, as enfermeiras obstétricas assistiam a uma média de 30 a 40% de todos os partos normais em quatro das maiores maternidades da rede municipal (Instituto Municipal da Mulher

Fernando Magalhães, Maternidade Alexander Fleming, Maternidade Leila Diniz e Maternidade Herculano Pinheiro) (BOARETTO, 2003).

Na esfera municipal, em 18 de janeiro de 2002, foi publicado no Diário Oficial do Município um decreto da Prefeitura dispondo sobre a aprovação do “Programa de Qualificação da Assistência Perinatal da Cidade do Rio de Janeiro”. A publicação reafirma o compromisso com a qualificação da assistência perinatal da Cidade, com o aumento da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, com a implantação de sistema hierarquizado de atenção ao pré-natal e parto, com a garantia de assistência ao parto em maternidade preestabelecida, com a redução da mortalidade materna e perinatal e com o aumento da oferta de leitos obstétricos e neonatais (RIO DE JANEIRO, 2002).

Em âmbito internacional, em abril de 2002, foi realizados o Congresso Internacional Ecologia Parto e Nascimento em parceria com: a Secretaria Municipal de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Este evento científico contou com a presença das antropólogas Robbie Davis-Floyd e Andrea Robertson, do obstetra francês Michel Odent, de parteiras internacionais como a mexicana Naoli Vinaver e a holandesa Mary Swart.

Em 2003, as enfermeiras obstétricas Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe²⁵ e Leila Gomes Ferreira de Azevedo²⁶ representaram a SMS-RJ no Curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Maternidades e Casas de Parto do Japão oferecido pela JICA. Ao final do curso elas deveriam elaborar um plano de ação viável, a ser implantado no Brasil, a construção deste plano foi baseada nos conhecimentos incorporados durante o treinamento (AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO JAPÃO, 2006).

Essa capacitação foi de extremo valor para a aquisição de capital cultural, o que permitiu que as enfermeiras obstétricas desenvolvessem habilidades para dar origem às tecnologias de cuidado não invasivos na gestação, no parto e no nascimento. Essas tecnologias vêm caracterizando e sustentando o movimento de humanização do parto e nascimento na realidade do

²⁵ Enfermeira Obstétrica, chefe do serviço de enfermagem do Hospital Maternidade Alexander Fleming, é membro Efetivo do Comitê de Análise de Óbitos, participou da primeira turma do curso de capacitação de enfermeiras obstétricas brasileiras realizado no Japão em 2003.

²⁶ Enfermeira Obstétrica, mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ da SMS-RJ, atuava no IMMFM, quando foi nomeada chefe do serviço de enfermagem da Maternidade Leila Diniz e atualmente é a diretora da Casa de Parto David Capistrano Filho da SMS-RJ inaugurada em 08 de março de 2004.

Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que confere á enfermeira maior autonomia profissional e possibilidades de desenvolver seu saber e fazer.

5 AS ESTRATÉGIAS DE LUTA SIMBÓLICA PARA A IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

Com a implantação da assistência de enfermagem obstétrica à gestante e à parturiente na Área Programática 3.3 (PIAEGP na A.P.3.3), a SMS-RJ continuou suas ações no sentido de ampliar a implantação das práticas do modelo humanizado no campo obstétrico do município do Rio de Janeiro. Os gerentes da SMS-RJ utilizaram o capital adquirido através de lutas passadas para a ocupação do campo obstétrico, como na experiência de implantação de um modelo diferenciado na Maternidade Leila Diniz, onde enfermeiras obstétricas demonstraram a incorporação de disposições para o desenvolvimento de práticas obstétricas humanizadas (MOUTA; PROGIANTI, 2009b)

Neste sentido, Bourdieu (1983) coloca que o campo de lutas é o resultado das relações de forças entre os agentes e instituições engajadas na luta ou, se preferirmos, da distribuição do capital específico que, acumulado no curso das lutas anteriores, orienta as estratégias posteriores.

Logo, fica claro neste depoimento qual era a intenção dos agentes atuantes no âmbito da gerência do programa de saúde da mulher da SMS-RJ, que com base em processos anteriores já estavam preparando o campo obstétrico do Rio de Janeiro para um novo momento, com o objetivo de ampliar o processo de implantação da assistência humanizada no município:

Deve ter sido por volta de 97 ou talvez início de 98, não posso te dar a data, houve um evento aqui, na unidade, que estavam presentes a Diana Valadares e a doutora Carla Brasil e nesse evento eu me lembro que eu me coloquei falando do meu grande sonho, de ver um dia ter a enfermagem obstétrica atuando e elas sorriram. Elas sorriram porque na verdade elas sabiam que já tinha um projeto, eu não sabia, mas a secretaria (SMS-RJ) já tinha esse projeto. Elas sorriram e falaram, "Em breve você vai ter uma surpresa. Você vai ter uma surpresa muito agradável" e de fato, não demorou muito, deve ter sido no final de 97 por ai, porque logo aconteceu! Eu acho que no início de 98 já estava sendo feita essa convocação e começou todo esse trabalho de treinamento (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

A A.P. 3.3 abrangia quatro regiões administrativas (Madureira, Irajá, Pavuna e Anchieta) que no ano de 1997, era umas das regiões mais populosas da cidade com um elevado número de mulheres em idade fértil, o que orientou a epidemiologia das ações.

Situada na zona Norte da Cidade do Rio de Janeiro esta grande região contava com duas grandes maternidades da SMS-RJ, sendo a Maternidade Alexander Fleming em Marechal

Hermes e a Maternidade Herculano Pinheiro em Madureira, estas unidades totalizavam juntas 130 leitos obstétricos e 40 neonatais à época, nesta mesma área havia 10 Unidades Básicas de Saúde, sendo 2 Centros Municipais de Saúde (CMS), 3 Postos de Saúde (PS), 1 Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde (UACPS), 1 Unidade Municipal de Atenção Médica Primária e 3 Postos de Atendimento Médicos (PAM). (RIO DE JANEIRO, 1998b)

A equipe que atuou no PIAEGP na A.P 3.3. foi composta pelos gerentes municipais Maria Cristina Boaretto, médica sanitaria que ocupava a posição de Superintendente de Saúde Coletiva e suas assessoras a médica pediatra Kátia Maria Ratto e a médica sanitaria Ana Maria Monteiro de Castro. A Carla Brasil era médica sanitaria e Coordenadora de Programas de Atendimento Integral à Saúde. A antropóloga Diana Valladares era gerente do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher e a médica sanitaria Giselle Israel foi sua assistente. E na coordenação deste projeto estava Enfermeira Obstétrica e Professora Maysa Ludovice Gomes da FENF/UERJ.

O Gazola era o Secretário de saúde, a superintendente de saúde coletiva era a Cristina Boaretto, a Kátia Ratto era sua assessora, a Carla Brasil tava abaixo dela. Foi a Carla Brasil que fez o contato comigo a principio e a Diana Valadares era gerente do Programa de Saúde da Mulher, a Gisele Israel era uma assessora dela, como Monique Miranda também era uma assessora dela... Então tinha um grupo que era estratégico... Então já foi traçado gerencialmente.[...] e na verdade eu me senti convidada a participar de um projeto político de inserção das enfermeiras, a partir do nível central como alguém que podia trazer uma referencia da enfermagem obstétrica. Então foi muito elogioso (Professora. Maysa Ludovice Gomes).

Observamos ao analisar as posições ocupadas por essas agentes, que as gestoras que estavam mais bem posicionadas na hierarquia da SMS-RJ, ou seja, a superintendente de saúde coletiva que inclusive era integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e as coordenadoras dos Programas de Atendimento Integral à Saúde e de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, tinham uma história prévia de participação no movimento feminista. Logo o ideário feminista defendido por elas contribuiu para a proposta ideológica do movimento de humanização do Rio de Janeiro.

A posição social ocupada pela equipe de implantação do Projeto da Ap 3.3 da SMS-RJ, que representava a SMS-RJ e a FENF/UERJ, forneceu aos seus agentes um poder específico capaz de dar-lhes autonomia para a implantação de um novo modelo de assistência à mulher no Rio de Janeiro, logo, seus agentes obtiveram destaque neste campo em particular o que se deu,

sobretudo do capital específico acumulado em lutas passadas pela implantação deste modelo em outros cenários.

Esses agentes do nível central (da SMS-RJ) estavam na vanguarda do movimento de humanização consideraram que a proposta de implantação de assistência ao parto na A.P. 3.3, através da inserção da enfermeira obstétrica na assistência pré-natal e ao parto na rede municipal seria a melhor estratégia de mudança do modelo vigente.

Neste sentido, Domingues (2002, p. 58), pronuncia:

Que embora profissionais de enfermagem já atuassem na assistência pré-natal e ao parto em outros serviços da rede municipal, essa proposta teve um caráter inovador pela forma como foi desenvolvida, através de uma política clara e baseada no perfil epidemiológico e implantada maciçamente em toda a região definida.

Desse modo, para esse grupo a continuidade da implantação de um modelo humanizado de atenção obstétrica na área AP.3.3 tinha que ser com as enfermeiras obstétricas, como aponta este depoimento:

A proposta era essa, enfermeiro atendendo pré-natal e atendendo na sala de parto no projeto de assistência ao parto humanizado na AP 3.3 (Enfermeira Obstétrica Elizabeth Silva Rocha Cavalcanti).

Conforme o depoimento da chefe do serviço de enfermagem da Maternidade Alexander Fleming, Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos o PIAGEP representava a união de dois campo, o do ensino, através da FENF/UERJ e o da saúde por meio da SMS-RJ:

Nós começamos a fazer esse trabalho em 1998, junto com a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o grupo passou a prestar essa assistência oficial na maternidade, de assistência à gestante de pré-parto e purpéro. (Enfermeira Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos)

Esta idéia de inserir enfermeiras obstétricas nos serviços de pré-natal e assistência ao parto da Ap. 3.3, foi divulgada em encontros com os representantes das Unidades de Saúde Hospitalares e de atenção básica:

Houve várias reuniões convocadas pela superintendência da área da mulher da SMS, reunindo chefes de obstetrícia, diretores de PAM, diretoras de maternidade. Os gerentes dessas áreas foram chamados e foi colocado pra eles... Não se discutiu nem se perguntou se eles gostariam ou não... Eles foram chamados para dar ciência de que este projeto estava sendo implantado, e por um outro lado tinha um apelo de colaboração e tal (Professora Maysa Ludovice Gomes).

A equipe que liderava a implantação do PIAEGP, por ocupar uma posição de destaque na hierarquia do campo da saúde da mulher, impôs ao grupo de diretores de unidades as suas propostas. Os diretores das unidades, por sua vez, ao aceitarem as enfermeiras como agente estratégico de mudança na assistência do pré-natal e do parto, deram início a uma luta simbólica nestas unidades.

As lutas inerentes aos campos sociais e a conseqüente mobilização dos tipos de capital (de poder) ocorrem pela existência de interesses em jogo. Que neste caso foi o interesse da SMS-RJ através das representantes feministas. Ter interesse é “estar em”, é participar, é admitir que o jogo merece ser jogado e que os alvos envolvidos merecem ser perseguido. Ao mesmo tempo, querer fazer parte das mudanças na estrutura de poder em um campo é ter em comum com os oponentes a concordância com o fato de que “vale a pena lutar a respeito das coisas que estão em jogo no campo” (BOURDIEU, 1997, p.141). Logo ao escolher as enfermeiras como agentes de mudança neste campo a SMS-RJ, escolheu-se quem tinha disposições para entrar no jogo e lutar por um ideal de assistência à mulher.

A implantação deste projeto se deu em três momentos, o primeiro de seleção e remanejamentos das enfermeiras da rede para compor a equipe, o segundo de capacitação e o terceiro de inserção das enfermeiras nas unidades de saúde.

Durante anos, a SMS-RJ, não reconheceu as enfermeiras obstétricas como uma especialista da enfermagem e por isso mesmo, havia poucas profissionais na própria rede para atuar no PIAEGP na A.P. 3.3. Assim, também teve início a seleção de enfermeiras já habilitadas através do remanejamento das que estavam atuando em outras áreas da própria Maternidade Alexander Fleming:

Fui para a Maternidade Alexander Fleming, se não falha a memória foi em 1995, eu fiquei um tempo no Centro Obstétrico, como Enfermeiro Líder apesar de eu ser formado em Enfermagem Obstétrica com Habilitação, passado um pequeno período de tempo, eu fui mandado para a UTI Neonatal, e isso foi muito ruim para mim [...] e em 98, houve comentários, não que a chefia tivesse me falado não, eu ouvi comentários no corredor, que ia ser implantando a atuação da Enfermagem Obstétrica, e que eles estavam aguardando indicações de nomes. Na época trabalhava eu, a Lilian Ventura, a Simone, e aí eu conversei com a Flavia, e falei, eu tenho essa possibilidade de sair daqui da UTI-neo de uma vez, sou Enfermeiro Obstetra, gosto da obstetria, eu vou me inscrever e vou (Enfermeiro Obstétrico Almir Ferreira da Silva).

A partir de 1998, os gestores passaram a instituir as enfermeiras com base na portaria ministerial que incluía na tabela de procedimentos do SUS, o parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL,1998a). Para tal foi necessário, lotarem enfermeiras

provenientes do concurso público do ano de 1998, mesmo sem terem o título de enfermeiras obstétricas:

Eu fiz o concurso para o Município, e fui chamada em 98, acho que fui chamada na hora certa, porque foi a hora que a Secretaria estava querendo instituir as enfermeiras obstétricas na AP 3.3, que incluía a Fleming. Foi aí que eu comecei a me interessar! Pois chamaram as enfermeiras, nós fomos uma parte pra Fleming, outra parte para Herculano Pinheiro (Enfermeira Obstétrica Célia Regina Boaventura Alves).

Com as lotações e o remanejamento de enfermeiras para atuarem no Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem a Gestante e à Parturiente na A.P 3.3, foi estabelecido um rito de instituição, que compreende atos de magia social, pode-se lograr o êxito quando o ato de instituir é garantido por um grupo ou instituição (BOURDIEU, 1996).

Na época, a lotação das enfermeiras na Maternidade Alexander Fleming foi um momento em que a identidade social da enfermeira obstétrica foi instituída, tornando aquela agente que aceitou participar de um processo de implantação de uma nova proposta, membro de um grupo, de uma classe, ou seja, distinto daqueles que não passaram por este rito.

Como diz Bourdieu (1996, p. 223), “torne-se o que você é, eis a fórmula que subentende a magia performativa de todos os atos de instituição”. Isso não acontece, porém, sem conseqüências. Ao ser instituído, são exigidas determinadas disposições e características relativas à posição a ser assumida pelo agente.

Por isso mesmo, as enfermeiras, mesmo não sendo especialistas na área, deveriam desejar e gostar de atuar na obstetrícia:

No momento da lotação, foi falado que era um projeto do município, que gostaria que enfermeiras obstetras estivessem atuando, então quem tivesse esse desejo, era para estar pontuando, e eu pontuei o desejo naquele momento e fomos inseridos na Maternidade Alexander Fleming. Foi colocada essa possibilidade de quem gostaria de estar atuando na assistência ao parto de baixo risco, na assistência ao pré-natal à mulher, na parte obstétrica, e foi naquele momento que eu vi a possibilidade de estar realizando meu sonho de estar atuando na parte obstétrica. Era um projeto novo, nós não sabíamos nada, simplesmente foi colocado se gostaríamos de atuar nessa área (Enfermeira Obstétrica. Rosana Figueiredo Gomes Pires).

Olha! Eu sempre gostei de obstetrícia, mas acabei fazendo médico-cirúrgico na UNIRIO, logo depois apareceu a chance de fazer residência no Fernandes Figueira, onde tive mais perto de como é atuar na obstetrícia, apesar de ser uma atuação médica, mas pelo menos eu estava ali olhando, via os partos, muito raramente tinha um parto normal, mas a maioria, a grande parte era cesárea! (Enfermeira Obstétrica Célia Regina Boaventura Alves).

Cada grupo social, em função das condições objetivas que caracterizam sua posição na estrutura social e constituem um sistema específico de disposições, o fato dos agentes desejarem e gostarem da área obstétrica significou de uma certa maneira, uma escolha. Esta escolha seguiu a orientação de suas disposições internas para desenvolver determinadas práticas no campo obstétrico, que foram transmitidas na forma de *habitus* (BOURDIEU, 2010; BOURDIEU; PASSERON, 1982;).

Deste modo, o acúmulo histórico de experiências de êxito e de fracasso, permitem aos grupos sociais construir um conhecimento prático (não plenamente consciente) relativo ao que é possível ou não de ser alcançado pelos seus membros dentro da realidade social concreta na qual eles agem, e sobre as formas mais adequadas de fazê-lo (BOURDIEU, 1999b).

Com seleção das enfermeiras para atuarem na área obstétrica e na Maternidade Alexander Fleming pode-se dizer que teve início o processo de atualização do *habitus* profissional dessas agentes, pois o *habitus* se forma a partir da inserção do agente com as disposições necessárias para se manter nos jogos e nas lutas dos campos sociais que por sua vez, geram mudanças das posições no campo e transformam o volume e da estrutura de capitais dos agentes que implicam em modificações no próprio *habitus* (BOURDIEU, 1990).

Havia uma necessidade de fazer uma mudança de comportamento, de postura de cada uma daquelas enfermeiras e enfermeiros. E eu me lembro bem, numa discussão que eu falei, esse treinamento... Não é possível passar pelo treinamento e terminar ele sendo a mesma pessoa. Tendo as mesmas características profissionais. Era necessário fazer uma mudança que fosse marcante, e não da pra mudar fora, se a gente não muda dentro. Então tinha uma proposta neste sentido (Professora Maysa Ludovice Gomes).

A atualização do *habitus* das enfermeiras com disposições para participarem do momento de inserção de um modelo têm maiores possibilidades de sucesso a partir da aquisição de capitais capazes de fornecer lucros simbólicos (BRANDÃO; ALTMAN, 2007).

Assim, após a seleção das enfermeiras iniciou-se a capacitação destas profissionais e no sentido de aumentar o capital cultural e institucional das enfermeiras selecionadas para atuarem no PIAEGP na AP 3.3, houve uma parceria entre a Faculdade de Enfermagem da UERJ e a Gerência do Programa de Saúde da Mulher - PAISM da SMS-RJ através de um convênio²⁷ que visava formação de profissionais especializados na área de Enfermagem Obstétrica para atuar nas

²⁷ Convênio de Cooperação Técnica e Científica N° 438, 1999, com vigência durante o período de agosto de 1998 a 2003. Teve como objetivo capacitar enfermeiras obstétricas para o desenvolvimento de habilidades específicas capazes de reduzir os índices de asfixia perinatal e as cesarianas desnecessárias na rede municipal.

unidades da SMS-RJ. Nesta parceria a professora e enfermeira obstétrica Maysa Ludovice Gomes²⁸ foi escolhida para coordenar as atividades de capacitação teórica e prática das enfermeiras recrutadas para atuação nas salas de parto das Maternidades Alexandre Fleming, Herculano Pinheiro e nos serviços de pré-natal da A.P 3.3:

Na verdade eu fui convidada, eu não decidi fazer parte desta capacitação. Como eu tinha tido a experiência de ter sido chefe o serviço de enfermagem eu tive uma inserção, uma interface com as pessoas que trabalhavam no nível central, já tinham trabalhado também desde a época da Leila Diniz que foi a época de noventa e quatro, eu era chefe de serviço da Fernando Magalhães, quando a Leila Diniz foi inaugurada, e já naquele momento com o nível central foram estabelecidas algumas parcerias, lá (no nível central da SMS-RJ) tinha um grupo que era estratégico, com a idéia era fazer uma cadeia para o parto normal, do pré-natal ao parto (Professora Maysa Ludovice Gomes).

Em 1998 a professora Maysa Ludovice Gomes já não era mais funcionaria estatutária da SMS-RJ, pois teve que pedir sua exoneração para assumir 40 horas como professora assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ:

Fiz a habilitação em enfermagem obstétrica. Já tinha feito o mestrado, era professora da UERJ. Eu tava fazendo essa passagem, eu tinha me afastado do município mais ou menos entre 96 e 97, porque tinha recebido a oferta de trabalhar quarenta horas na UERJ, eu tinha tido a experiência de ter sido chefe o serviço de enfermagem na Fernando Magalhães, eu tive uma inserção, uma interface com as pessoas que trabalhavam no nível central, já tinham trabalhado também desde a época da Leila Diniz, que foi em 94, eu era chefe de serviço da Fernando Magalhães, quando a Leila Diniz foi inaugurada, e já naquele momento o nível central estabeleceu algumas parcerias pra montá-la (Professora. Maysa Ludovice Gomes).

A escolha da enfermeira e professora Maysa Ludovice Gomes para coordenar esta capacitação foi estratégica devido ao volume de capital (institucional, cultural e político) agregado em seu *habitus* profissional. Essa agente pode ocupar a posição de líder das enfermeiras obstétricas em pleno processo de instituição de sua prática.

Foi uma grande experiência,, primeiro de olhar não mais uma única unidade, um espaço, do qual eu participava como uma profissional daquele cotidiano, mas olhar uma rede de cima, uma perspectiva maior, né? E com uma possibilidade de um impacto maior de assistência e de uma inserção que fosse mais firme, que ela pudesse permanecer, que ela fosse mais inabalável (Professora Maysa Ludovice Gomes).

²⁸ Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1981), Habilitação em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1982), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (1997). Foi obstétrica no período de 1986 a 1995 do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães onde esteve na função de chefe do serviço de Enfermagem no período de 1994-1995. Atualmente é Professora Assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Materno Infantil. Atua junto a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, como consultora da área técnica de saúde da mulher, criança e adolescente, coordenando o conselho técnico de Enfermagem Obstétrica. Participou da gestão (2006-2008) da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras -secção Rio de Janeiro

Os agentes, em virtude de sua dotação de capital (volume e estrutura), fruto da trajetória e da posição ocupada no campo, têm uma propensão a se orientarem de maneiras diferentes, podendo agir de maneira a conservar a distribuição do capital entre seus agentes, e desta forma mantém a hierarquia do campo, ou podem subverter essa distribuição, rompendo com a hegemonia de certos agentes no campo social (BOURDIEU, 1999a, 2010).

Assim, a professora por ser a legítima representante de uma academia, atendia aos interesses da SMS-RJ que necessitava titular as enfermeiras do Projeto em enfermeiras obstétricas, para que esses agentes pudessem exercer suas atividades de acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem além de aumentar com esse capital institucionalizado seu poder e posição no campo. Atendeu também aos interesses da Faculdade de Enfermagem da UERJ, que ao viabilizar a difusão de um capital específico no campo obstétrico, se distinguiu e passou a incorporar no ensino superior de enfermagem obstétrica esse capital.

No entanto, a estratégia foi a de transformar essa Capacitação em um Curso de Habilitação em Enfermagem Obstétrica²⁹, uma vez que as 40 enfermeiras, selecionadas não poderiam naquele momento ingressar no curso regular de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UERJ.

Na época se fez uma estratégia político-pedagógica que eu considero que não foi a melhor estratégia. Não fui eu quem escolheu, mas se optou por fazer uma habilitação, por ser mais rápido e porque já tinha o curso de especialização em andamento, não tínhamos como encaixá-las (Professora Maysa Ludovice Gomes).

Deste modo, a capacitação prevista pelo Projeto de Implantação da assistência de enfermagem a gestante e a parturiente na A.P. 3.3. teve início em agosto de 1998, e foi do ponto de vista pedagógico dividido em dois momentos, um momento de vivências para sensibilização e o outro teórico-prático:

Uma parte do treinamento foi teórico-prático, mas antes foi uma parte de vivências, tipo oficinas. Então o treinamento foi mesclado vindo já dessa proposta, que é uma proposta que foi a de implantação do PAISM que ela vem de lá de trás, do qual essas mulheres também partilharam. Desta mudança político-estrutural (Professora Maysa Ludovice Gomes).

²⁹ Era a modalidade de formação que permitia a escolha de diferentes áreas para a atuação, foi criado através do parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) nº 163/72 determinou um Currículo Mínimo de Enfermagem que incluía três modalidades de habilitações em enfermagem, entre elas a obstétrica, que vigorou de 1972 até 1994, e sobre influência a CFE/MEC n. 314/94 houve a proposta da formação do enfermeiro generalista deslocando a formação específica para a pós-graduação *Latu sensu* – Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Para a realização das oficinas a equipe da implantação do Projeto da AP 3.3, contou com o apoio do Espaço Mulher³⁰ da SMS-RJ, formado por uma equipe multidisciplinar, onde a enfermeira Monique Miranda era a coordenadora, as enfermeiras Louise Mara Santos da Silva, Tânia Maria de Almeida Silva, pela médica ginecologista-obstetra Luiza Maria Figueira Cromack e pela Auxiliar de enfermagem Regina Brandão.

As bases das propostas do Espaço Mulher estavam ancoradas nas diretrizes do PAISM e numa metodologia participativa de trabalho que estimulava a reflexão coletiva e as possibilidades de aprendizagem, crescimento e mudanças (RIO DE JANEIRO, 2004). Sua filosofia centrada nas concepções feministas sobre a saúde da mulher, enfocavam os direitos sexuais e reprodutivos, humanização e igualdade, o que se adequava muito bem ao novo modelo de assistência ao parto a ser instituído.

O primeiro grupo que se pensou, foi o grupo de feministas. Que era um grupo novo que tava tomando espaço na SMS, e estavam dentro do Espaço Mulher, que era um espaço de capacitação mesmo, que foi formado na capacitação na área da mulher, mas tinham convidadas... E essas convidadas eram mulheres do movimento feministas que tinham varias intenções. Na enfermagem e nas varias áreas, psicologia, serviço social, praticamente se baseava muito na relação e num modelo de atenção humanizada, e num detalhamento de como poderíamos fazer essa prática, para mudar o jeito de olhar pra mulher, entender ela como uma participante, como uma protagonista (Professora Maysa Ludovice Gomes).

Concordo com Alvarez (2000), que a presença de representantes do movimento feminista neste contexto, ofereceu uma importante contribuição ao redefinir novos espaços públicos e, por conseguinte, questionar a centralidade do Estado, sendo um reflexo do avanço deste movimento que esteve presente em espaços internacionais de discussão política acerca dos direitos das mulheres.

As oficinas de sensibilização foram realizadas no CMS Augusto do Amaral Peixoto, localizado em Guadalupe, esta fase da capacitação foi dividida em seis encontros com o grupo de enfermeiras selecionadas para atuarem no PIAEGP na A.P. 3.3., houve também um outro encontro onde o tema amamentação foi conduzido pelo enfermeiro Fernando Rocha Porto³¹ que

³⁰ Espaço Mulher foi criado em 1992, no Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão tinha o objetivo de oferecer treinamento e capacitação aos profissionais para desenvolverem ações no Programa de Saúde da Mulher na Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

³¹ Enfermeiro Pós-doutor pela Escola de Enfermagem, da Universidade da São Paulo; Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO. Especialista em Enfermagem Neonatal. Foi Chefe do Serviço de Enfermagem da Maternidade Leila Diniz no período de 1996-1998.

abordou a temática com ênfase no estímulo ao fortalecimento do vínculo mãe-bebê, na discussão da abordagem profissional frente ao aleitamento materno e na relação com a clientela.

Essas oficinas foram coordenadas pelo Espaço Mulher, que agregou ao grupo algumas colaboradoras do movimento de mulheres, como a médica psiquiatra Bertine Carlos Bezerra, a médica Jurema Verneck e Fernanda Carneiro, que juntamente com a Monique Miranda, Louise Mara Santos da Silva e Gisele Israel deram início a segunda etapa para a inserção das enfermeiras.

Nestes encontros havia discussões e questionamentos para resgatar o sentido de dar à luz e a capacidade de criação dos seres humanos no trabalho, na vida e na procriação. Foram abordadas questões referentes à identidade feminina, à diversidade e à comunicação nas relações interpessoais.

As oficinas proporcionaram vivências em relação às várias fases da vida da mulher, abordaram questões relativas ao amparo, ao aborto, ao parto, a gestação, ao puerpério e a fecundação. Houve a valorização do direito de escolha como um cuidado a mulher, as participantes foram estimuladas a trocarem experiências com o objetivo abandonar velhas bagagens abrindo-se para o aprendizado, o objetivo de aprimorar as condutas profissionais. (RIO DE JANEIRO, 1998a).

A capacitação teórica, inicialmente visava titular as enfermeiras em enfermeiras obstétricas foi realizada na Faculdade de Enfermagem da UERJ, onde elas cursaram algumas disciplinas que faziam parte do Curso de Habilitação em Enfermagem Obstétrica:

Elas chegaram a cumprir disciplinas de habilitação, pois vieram fazer administração, pesquisa e tiveram os conteúdos de neonatal (Professora Maysa Ludovice Gomes).

No entanto, na avaliação da coordenadora da capacitação, essa estratégia não foi eficiente, pois:

Foi muito confuso, tem muitos que não concluíram... Quer dizer, elas concluíram, mas houve dificuldade da própria universidade em reconhecer o curso e dar a elas essa titulação (Professora Maysa Ludovice Gomes).

Diante do fracasso desta estratégia para agregar um capital institucionalizado eficiente ao *habitus* das enfermeiras, houve a necessidade, mais tarde, dessas agentes realizarem o Curso

regular de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Faculdade de Enfermagem da UERJ para estarem em consonância com exigências institucionais e do mercado de trabalho:

A habilitação nós tínhamos, a especialização cada uma foi procurando depois. Ficamos sabendo vai ter uma especialização na UERJ aí nós fomos lá, fizemos o concurso e fizemos a especialização (Enfermeira Obstétrica Célia Regina Boaventura Alves).

O fornecimento do capital institucionalizado pela FENF/UERJ está relacionado à legitimação institucional do poder simbólico exercido pela SMS-RJ, ao decidir implantar um novo modelo de assistência. Tal poder na forma de títulos acadêmicos confere poder a um determinado agente para ser, explicar, definir, atuar em um determinado campo (BOURDIEU, 1998, 2004).

Mesmo não conseguindo a titulação, a capacitação teórica realizada dentro de uma unidade de ensino superior, como a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, teve seu peso institucional simbólico que conferia autoridade à coordenadora da capacitação para iniciar a agregação de novos capitais ao *habitus* das enfermeiras do PIAEGP.

Nesta etapa de agregação de capital institucionalizado foram selecionados pelos coordenadores do PIAGP na AP 3.3. alguns materiais bibliográficos que deram o direcionamento teórico e pedagógico ao treinamento, sendo eles artigos de pesquisa, capítulos de livros, publicações em jornal e a lei do exercício profissional da enfermagem, com temas diversificados que contemplavam a história da parturição, as recomendações técnicas para a assistência ao parto e algumas reflexões sobre aspectos psico-sociais que permeiam toda a fase perinatal. Todos esses textos traziam eixos de reflexão teóricos que norteavam o modelo de assistência proposto.

Ao trazer a história da parturição, observamos que foi dado enfoque na participação feminina na construção da obstetrícia como bem demonstra as obras de Lauren Dundes traduzido por Daphne Rattner³² de 1987, que traçou paralelos da fisiologia do nascimento com o respeito a anatomia do corpo feminino, além de referendar que tais mudanças nas posições de parir ao longo da história, foram influenciadas por determinantes profissionais e não maternos, o que reflete a medicalização do corpo feminino e a dominação masculina e a de Janet Balaskas uma

³² Médica sanitária, trabalhou como Técnica Especializada na Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde de 2004 a 2009. Atualmente é Professora Adjunta na Disciplina de Epidemiologia, no Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Medicina e Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Mulher e da Criança

educadora perinatal, que traz o capítulo sobre Parto Ativo algumas reflexões sobre a capacidade da mulher de parir.

O objetivo ao trazer obras como estas eram de fortalecer o feminino na identidade das enfermeiras para a prática obstétrica, pois esse conhecimento histórico poderia transformar as representações mentais das enfermeiras em relação ao próprio campo. Neste sentido, ao inserir estas discussões com base nestes textos as agentes que coordenaram o PIAEGP desejavam inverter a ordem social dominante. Segundo Bourdieu (1999a) as diferenças socialmente construídas acabam sendo consideradas naturais e, como tal, inscritas no biológico e legitimadoras de uma relação de dominação, então fornecer capital cultural eficiente motivaria esse processo.

Fazia parte desta seleção de obras, o texto de Osava e Tanaka (1997), publicado na reconhecida Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) que discorriam sobre os Paradigmas da Enfermagem Obstétrica trazendo reflexões acerca do trabalho das parteiras e enfermeiras na história das sociedades e pontuavam questões sobre a formação destas profissionais. Este estudo trazia contribuições para que o grupo conhecesse melhor sua história para reconstruir sua identidade de enfermeira na especialidade.

A nomeação profissional é o atestado visível da identidade de seu portador, no tempo e no espaço social. Assim, ter o nome é sentir-se com o direito de exigir as coisas que estão associadas a tais palavras, isto é, as práticas e os benefícios materiais e simbólicos correspondentes (PROGIANTI, 2001).

Ao trazer o artigo publicado também na Revista da Escola de Enfermagem da USP, em 1994 de Dulce Maria Rosa Gualda, intitulado: Os vazios da assistência obstétrica: reflexão sobre o parto a partir de um estudo etnográfico pretendia-se mostrar que a assistência obstétrica à mulher, não poderia estar mais centrado somente em questões biológicas, sem considerar seus aspectos sócio-culturais.

Ao escolher textos institucionalizados como o Guia Prático do Parto Normal da OMS, produzido em 1996, e o Manual Técnico do MS de 1991, intitulado Assistência Institucional ao Parto, ao puerpério e ao Recém-nascido do PAISM, a intenção era a de direcionar a prática da enfermeira para a implantação de uma política Pública para o Brasil e Rio de Janeiro.

No tocante ao direcionamento sobre as recomendações técnicas para a prática obstétrica, tivemos a publicação oficial da OMS sobre as práticas assistências no parto normal de 1996,

intitulada: Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático, onde as práticas obstétricas foram classificadas em quatro categorias, a saber, categoria A: Práticas que são úteis e devem encorajadas; categoria B: Práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas; categoria C: Práticas para as quais não existe evidência suficiente para justificar uma recomendação e devem ser utilizadas com cautela enquanto maiores pesquisas esclareçam o assunto e a categoria D: Práticas que freqüentemente são utilizadas inapropriadamente.

O trabalho realizado em 1994, pelo médico obstetra Hugo Sabatino, professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), intitulado: Assistência ao parto em mulheres do grupo alternativo mostrava às enfermeiras que o modelo defendido pelos gerentes da SMS-RJ tinha o apoio de renomados agentes do campo obstétrico nacional. Neste sentido, evidenciamos que a Capacitação utilizou recortes do jornal “O Ventre” com uma entrevista do Obstetra francês Michel Odent, reconhecido internacionalmente por suas pesquisas sobre a fisiologia do parto e nascimento, vem para somar e fortalecer a nova proposta para o grupo de enfermeiras em capacitação.

Outros textos também foram utilizados na capacitação das enfermeiras, como os que abordavam as questões sobre a paternidade e a formação do vínculo. O objetivo foi de direcionar a assistência obstétrica para a valorização da participação masculina nas questões da reprodução, cuidados com os filhos e a própria sexualidade.

O direcionamento teórico pedagógico, aqui representado pelo material bibliográfico oferecido para as enfermeiras, representava do ponto de vista simbólico, a ótica feminista associada a práticas obstétricas. Observa-se que dentre os textos utilizados, foram representadas diferentes categorias profissionais envolvidas na assistência ao parto. A presença de obras produzidas por enfermeiras significou o reconhecimento por parte dos organizadores da capacitação do capital científico dessas agentes.

Esse direcionamento pedagógico foi essencial para o processo de atualização do *habitus* profissional destas enfermeiras, pois o poder simbólico exercido por uma atividade pedagógica de inculcação de um arbitrário cultural persiste mesmo após o término da atividade pedagógica (BOURDIEU; PASSERON, 1982).

Finalmente, para a execução do momento prático da capacitação, a equipe do nível central da SMS-RJ e a professora Maysa Luduvica Gomes contaram com as co-coordenadoras do Projeto de Capacitação, as enfermeiras Jane Quitete Monteiro e Elizabete Silva Rocha Cavalcante.

Num outro momento já fora da maternidade (Leila Diniz), eu me lembro que a gente (Jane Baptista Quitete, Elizabeth Silva Rocha Cavalcanti e Fernando Rocha Porto) foi fazer treinamento na Herculano Pinheiro na Fleming, para treinar os enfermeiros de outra área programática para a assistência ao parto. Falavam que a gente fazia pajelança, porque colocava a mulher na banheira, por que tinha uma escuta maior, e diziam que não haveria nenhuma repercussão na assistência ao parto o que a gente fazia! (Enfermeira Obstétrica Elizabeth Silva Rocha Cavalcanti)

Essas agentes que foram as co-coordenadoras do PIAEGP, juntamente com o enfermeiro Fernando Rocha Porto que conduziu o módulo sobre amamentação durante a capacitação teórica, estavam à disposição da SMS-RJ, pois foram exonerados dos cargos de chefia da Maternidade Leila Diniz (MOUTA, 2009). As duas co-coordenadoras ficaram responsáveis pela capacitação prática das enfermeiras para assistência ao parto:

Nós (Jane Baptista Quitete, Elizabeth Silva Rocha Cavalcante e Fernando Rocha Porto) participamos do projeto de capacitação de enfermeiras para SMS, porém mais na fase de execução, nós estivemos presentes em alguns momentos teóricos que foram realizados inclusive na Faculdade de Enfermagem da UERJ, liderados pela Maysa, mas como expectadoras basicamente, e a parte prática que era desenvolvida na maternidade, no campo prático fomos nós que lideramos, foi nossa competência, nossa execução (Enfermeira Obstétrica Jane Baptista Quitete).

Nós (enfermeiras da Maternidade Alexander Fleming) começamos com a enfermeira Jane... Jane Quitete, ela que orientou, ficou treinando as enfermeiras da Fleming (Enfermeira Obstétrica Célia Regina Boaventura Alves).

A enfermeira Jane Baptista Quitete, a enfermeira Elizabeth Silva Rocha Cavalcante e o enfermeiro Fernando Rocha Porto haviam participado ativamente em lutas passadas de ocupação do campo obstétrico na Maternidade Leila Diniz, que foi à primeira instituição pública do Rio de Janeiro concebida para o atendimento ao parto e ao nascimento nos moldes humanizados. Lá, estes enfermeiros foram agentes estratégicos para a SMS-RJ, pois dispunham de um capital institucionalizado eficiente para contribuir para a reconfiguração do campo obstétrico hospitalar (MOUTA; PROGIANTI, 2009a).

Então em 98 eu estava saindo de uma instituição que era a Leila Diniz, onde eu desenvolvi todo um trabalho junto á outra equipe, na implementação de um projeto piloto, no município do Rio de Janeiro, eu optei então em ficar a disposição pela secretaria de saúde. Quando nós chegamos lá (na SMS) ficamos sabendo, tivemos conhecimento de que havia a intenção da SMS, em expandir aquilo que acontecia na Leila Diniz, pra outras maternidades, ou seja, estar difundindo o trabalho da enfermagem obstétrica (Enfermeira Obstétrica Jane Baptista Quitete).

Deste modo, estes enfermeiros que estavam no nível central da SMS-RJ, aparentemente sem lotação foram convidados a contribuir na elaboração e na execução da capacitação das

enfermeiras do PIAEGP da A.P.3.3, ficando a enfermeira Jane Baptista Quitete responsável pela capacitação prática na Maternidade Alexander Fleming, a enfermeira Elisabeth Silva Rocha Cavalcanti pela Maternidade Herculano Pinheiro e o enfermeiro Fernando Rocha Porto ficou responsável por um módulo teórico sobre aleitamento materno:

Acredito que nós (Jane Baptista Quitete, Elisabeth Silva Rocha Cavalcanti e Fernando Rocha Porto) fomos convidados pelo projeto, não só porque estávamos sem lotação, não é, eu acredito realmente que a gente tinha alguma coisa pra contribuir, no projeto e a gente participou dele não na fase estrutural, de elaboração propriamente dito. (Enfermeira Obstétrica Jane Baptista Quitete)

A aliança da equipe do nível central da SMS-RJ, com o Espaço Mulher da SMS-RJ, com a Faculdade de Enfermagem da UERJ e com as ex-lideranças de enfermagem da Maternidade Leila Diniz para a implantação do Projeto de Assistência de Enfermagem à gestante e à parturiente na A.P. 3.3, foi uma estratégia dos gerentes municipais que politicamente contemplava seus ideais feministas, a possibilidade de adquirirem uma titulação rápida para essas enfermeiras e a redução de possíveis resistências políticas dentro da própria enfermagem por ação das ex-lideranças dessas profissionais.

Após o treinamento teórico, com a inserção das enfermeiras no campo, teve início à luta das mesmas na Maternidade Alexander Fleming para implantar o modelo humanizado. Observamos que muitas enfermeiras que participaram do PIAEGP, mesmo admitindo terem uma nova visão e prática, adotaram politicamente uma estratégia de luta de não desqualificar o modelo médico tecnicista do qual ela era opositora:

Quando falam: "Ai! Que absurdo, o modelo médico."Eu digo: Não! Ele me serviu, e me serve ainda, só que agora a gente ter uma outra visão, um outro fazer, e que eu acredito que a gente pode alcançar muita coisa! E alcança muitas coisas legais, mas eu não vou renegar o que eu aprendi, a parte técnica... A técnica me respaldou e fez agente conseguir muita coisa, da gente poder se respaldar, contra argumentar em outras situações e receber o respeito da equipe (Enfermeira Obstétrica Inaiá de Santana Mattos).

Esta estratégia evidencia que as enfermeiras sabiam da força do *habitus* dos médicos no campo obstétrico hospitalar, tanto que seu capital lingüístico reconhece o masculino até mesmo quando se refere a uma profissão socializada sob a égide do feminino. Tal fato pode ser uma manifestação da dominação masculina no campo obstétrico:

Porque o enfermeiro obstetra ele é um profissional que se ele não for bem inserido dentro da equipe, ele fica sozinho, porque ele não é aceito pelo médico, ele é aceita em termos, porque a

mão-de-obra é necessária. Tipo assim eu quero que você trabalhe para mim, não comigo. Você trabalha para mim, mas não é comigo, quer dizer, eu sou seu superior. Não é ao lado, a visão é de cima para baixo. É o que a gente percebe (Enfermeira Obstétrica Célia Regina Boaventura Alves).

Segundo Bourdieu (1997,1999a) a um dos maiores efeitos da dominação simbólica é a imposição de certas representações sexuais, construídas socialmente a partir das diferenças inscritas no biológico, que servem como justificativa natural para legitimar as diferenças, fato perceptível na divisão social do trabalho.

Diante da clareza de sua posição no campo, tal estratégia foi fundamental para que elas se mantivessem no campo e determinou o sentido do jogo. Assim, num primeiro momento as enfermeiras jogaram conforme as regras anteriores, isto é, cederam em algumas concepções, no entanto, segundo, Bourdieu, 2001, no jogo o que irá acontecer não é previsível.

E a partir da noção de *habitus* clivado de Bourdieu (2005), tal estratégia foi movida pelas contradições características desses dois modelos, onde as enfermeiras foram capazes de elucidar de forma particular os conflitos, podendo fazer suas escolhas e assim direcionar a prática própria da enfermeira obstétrica.

Fizeram uso do campo ao seu favor quando sem negar sua diferença, significaram o conceito de humanização:

A humanização não fala que você não tem que ter competência, o modelo diferenciado de assistência não diz isso, diz que você tem que cuidar e tal... Mas você tem que ter o conhecimento técnico para você poder assistir, e até fazer diferente ou o que a gente entende como diferente, que é bem legal e que atende a mulher na sua totalidade (Enfermeira Obstétrica Inaiá de Santana Mattos).

A luta permanente no interior do campo é o motor do campo e o princípio de sua mudança é a luta pelo monopólio da distinção, isto é, o monopólio da imposição da última diferença legítima. Os recém-chegados ao campo, só podem destituir os antigos porque a lei implícita do campo é a distinção, em todos os sentidos do termo: a moda é a última moda, a última diferença. Um emblema da classe é destituído quando perde seu poder distintivo, isto é, quando é divulgado, e esta luta se completa pelo deslocamento progressivo do vencido ao passado. (BOURDIEU, 1983).

As enfermeiras ao serem inseridas no campo com base em uma proposta inovadora elas perceberam que eram diferentes e que esta diferença é que lhes permitiriam distinguir-se e desta maneira ter autonomia e ocupar o campo obstétrico na Maternidade Alexander Fleming.

Porque a formação dele(o médico) é essa, e eu não percebo isso como sendo ruim, nem percebo eu fazendo melhor do que ele ou ele fazendo melhor do que eu, eu percebo que são formas diferentes de formação, de cuidado, de mundo (Enfermeira Obstétrica Inaiá de Santana Mattos).

Na época, coube à enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe³³ liderar o processo de inserção das enfermeiras. Até mesmo a elaboração das escalas das enfermeiras refletia a luta entre médicos e enfermeiras:

Havia uma grande discussão, na época, na questão do horário. Qual seria o melhor horário? Seria melhor a enfermagem trabalhar no mesmo horário, no mesmo plantão médico, ou melhor, a enfermagem trabalhar no plantão da enfermagem? Por cargas horárias diferentes, a enfermagem sempre trabalhou o doze por sessenta e a equipe médica com plantões fixos e na época eu optei por trabalhar com a enfermagem. Isso houve uma polêmica muito grande, eu sei que algumas pessoas achavam que deveria acompanhar a equipe médica, mas olhando para trás hoje eu repetiria tudo de novo. Porque foi uma estratégia muito boa, eu não tinha idéia, quer dizer... Eu imaginava que seria assim, mas não tinha certeza. (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

Então foi uma luta, uma batalha que a gente (Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe e Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos) venceu em relação a isso. A gente (Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe e Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos) mostrou para o grupo que eles eram da enfermagem, e eles estariam sob a guarda, sob o respaldo do serviço de enfermagem, eles prestavam uma assistência diferenciada do restante do grupo, eles não eram médicos, a gente não admitia que eles fossem conduzidos, administrados ou gerenciados pela equipe médica (Enfermeira Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos).

Deste modo, uma das primeiras ações administrativas da chefe do centro obstétrico da Maternidade Alexander Fleming, com o apoio da Chefe do serviço de enfermagem da maternidade foi elaborar uma escala para as enfermeiras com plantões de 12h com 60h de descanso, não acompanhando as equipes médicas de plantão mas sim a equipe de enfermagem.

Tal atitude, simbolicamente refletia uma demonstração de poder porque desvinculou as enfermeiras que assistiram ao parto da dominação dos plantonistas médicos. Este posicionamento da chefia da Maternidade Alexander Fleming caracteriza um avanço em relação as experiência de ocupação do campo obstétrica no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães e na Maternidade Leila Diniz, onde para facilitar a relação de confiança do agente dominante e reduzir

³³ Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UERJ em 1999. No período estudado era chefe de Enfermagem do Centro Obstétrico da maternidade Alexander Fleming onde é servidora pública da SMS-RJ desde 1985. Atualmente exerce cargo de Diretora de Divisão Enfermagem do Hospital Maternidade Alexander Fleming, e tem atividades docentes como Professor da Universidade Gama Filho desde 2006.

os empates da inserção das enfermeiras na sala de parto, optaram por plantões fixos (MOUTA, 2009; SANTOS, 2006).

Os participantes do campo agem, constantemente, para se diferenciar dos seus rivais mais próximos, para reduzir a competição e estabelecer um monopólio sobre um campo em particular. Assim os esforços constantes dos membros do campo para impor critérios de competição e de presença, podem ser mais ou menos bem sucedidos, dependendo de conjunturas particulares; portanto os limites do campo só podem ser determinados de modo empírico e em cada situação (BOURDIEU, WACQUANT, 1992).

Assim, com a inserção das enfermeiras no centro obstétrico da Maternidade Alexander Fleming foram estabelecidas algumas estratégias pelos agentes dominantes (médicos obstetras) que refletiam a maneira como eles iniciariam as lutas pela manutenção de suas posições no campo, que em um primeiro momento foi a de não interagir com o grupo de enfermeiras, deixando-as praticamente sozinhas durante a assistência ao parto:

Então assim, o nosso acolhimento, a nossa recepção eu não posso te dizer que foi das melhores, mas também não teve nenhum atrito, nenhum embate mais severo, porque na verdade eles ignoravam a nossa presença. Eu lembro que nitidamente no pré-parto, de que os médicos todos se ausentavam e não entravam no pré-parto enquanto nós estávamos lá. Era uma relação de total ignorar a sua presença. Tem um lado bom que eu já conhecia de outros carnavais, que a entrada, o campo começa a devastar, ali, não é, acampar literalmente naquele campo, mas por outro lado a gente não conseguia estabelecer nenhuma relação com outros profissionais, isso era muito ruim (Enfermeira Obstétrica Jane Baptista Quitete).

Porém estes agentes não poderiam permanecer ausentes das lutas devido as suas responsabilidades com a assistência às mulheres internadas, então deram um outro sentido ao jogo, partindo para a luta com as enfermeiras que estavam atuando de acordo com o preconizado para a mudança do modelo de assistência ao parto hospitalar, dessa maneira tiveram inicio os conflitos que refletiam sua posição hierárquica e seu capital hegemônico no campo.

No desenrolar dos conflitos, a forma e as divisões do campo se tornam o objetivo central, porque alterar a distribuição e peso relativo dos tipos de capital (das formas de poder) é fundamental para modificar a estrutura do campo. (MISOCZKY, 2003) Quando os médicos decidem se afastar do campo, isso tende a confirmar suas posições dominantes uma vez que para eles as enfermeiras estavam abaixo hierarquicamente.

As enfermeiras, neste campo, começaram a impor sua visão de mundo diferenciada e criaram no ano de 2000, uma sala de relaxamento que possibilitavam a vivência do parto segundo

os princípios da humanização que foram incorporados em seus *habitus*, como observado nas falas a seguir:

Então, ali na Alexander Fleming, uma das coisas que foi importante para essa questão da parte de humanização, foi a formação da sala de relaxamento... É, a sala de relaxamento foi um espaço criado pelo grupo de Enfermagem para estar propiciando esse modelo diferenciado dentro da Instituição biomédica. Esse espaço diferenciado foi para que essa mulher tivesse a oportunidade de parir diferenciado daquilo que era padronizado por todas as instituições (Enfermeira Obstétrica Rosana Figueiredo Gomes Pires).

Então ali foi um marco, um momento muito bonito, Ai eu fiz o projeto do espaço de relaxamento que foi escrito, enfim, pensado por mim com a ajuda de muitos colegas, as pessoas se entrosaram, vários profissionais, e é interessante...E a enfermagem obstétrica estava começando aqui. Então o primeiro passo que eu dei para a gente fazer alguma coisa além, porque nós não tínhamos nada para oferecer além do nosso carinho, da nossa atenção, as nossas mãos, nós não tínhamos nada, nós não tínhamos um material adequado, um espaço adequado. Uma maternidade antiga, os móveis antigos e sem nada para oferecer a não ser atenção que já era super importante, mas se você puder oferecer algo mais, melhor ainda. (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

O processo de criação da sala de relaxamento teve apoio político da direção e da própria chefia de enfermagem. Também envolveram diversos profissionais, inclusive os médicos simpatizantes com o movimento de humanização:

A direção na época aceitou. A doutora Glenda dos Santos Pinheiro que naquela época era do apoio técnico e aceitou. A Glória Maria Francisco Carlos dos Santos que era chefe do serviço de enfermagem, foi uma participação em tudo, fundamental, porque a Glória não é enfermeira obstetra, mas ela se afina com todas as questões da mulher. Então ela me apoiou sempre, a direção também e os colegas Porque aconteceram doações, aquele espaço inicialmente a direção teve pouco investimento financeiro. Eu me lembro que para pintar as paredes veio um namorado de uma sobrinha de uma enfermeira, ai pintou, graças a Deus. E a cortina eu saí comprei o tecido e a Neuza confeccionou. O anestesista, que até hoje ainda está ai, o chefe da anestesia doou algumas coisas. Uma pediatra, doutora Luisa, doou a fonte. Então nós fomos tendo o espaço construído por vários profissionais que se afinavam. Embora muitos não se afinassem, tinha um número ainda capaz de se mobilizar e de construir. Então nós tivemos participação de enfermeiros e doações, CD e aparelho de som eu lembro que foi a direção que doou (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

A criação desta sala, próxima à sala de parto, foi uma estratégia que as enfermeiras utilizaram para se diferenciar:

Então ali nós passamos 99 pensando e em 2000 concretizando. Um espaço tão pequeno, eu acho que levou quase dois anos para que a gente efetivasse. Então em 1999 foi assim, pensar como vamos fazer, até porque você tinha que ter algum embasamento. Então, o primeiro passo para diferenciar, para nos diferenciar. Para mostrar que nós tínhamos um local onde ali nós poderíamos trabalhar sem tanta interferência externa. (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

As práticas de uma classe se revelam em consequência do “*habitus*” que se torna um princípio de distinção. E assim o *habitus* se manifesta como um organizador de percepções de mundo, ele é também produto da divisão social em classes. A distinção só existe em razão das lutas por apropriação dos códigos distintivos (BOURDIEU, 1997, 2007).

Temos aqui luta pela apropriação simbólica e pelos mecanismos de atribuição de poder simbólico e de legitimação. Pois, no momento em que é feita uma distinção é estabelecido um parâmetro de reconhecimento legitimado, uma identidade, um parâmetro de competência (nos dois sentidos). Essa identidade se afirma sobre outras com o aval dos grupos sociais envolvidos e encerra o princípio da dominação de uma identidade sobre outra, da negação de uma identidade por outra (BOURDIEU, 1999a).

Na análise do fluxograma do protocolo (ANEXO B) para a utilização da sala, observamos que a enfermeira se colocou na mesma posição do médico porque ao definir que após a identificação por qualquer profissional da sala de parto de qual parturiente seria elegível para a utilização da sala de relaxamento, o mesmo deveria solicitar a avaliação da enfermeira obstétrica ou do médico obstetra, que daria seu veredicto final sobre a transferência da parturiente para a sala de relaxamento a qual poderia ser acompanhada pela doula³⁴, enfermeira obstétrica e ou médico. Por outro lado, demonstra também a posição do médico no hospital que não foi excluído do documento.

No entanto, este espaço se tornou um território que foi interditado para os profissionais médicos pela imposição de barreiras simbólicas:

Porque embora nós não tenhamos colocado ali, naquela sala, nenhuma barreira física, qualquer um poderia entrar ali, qualquer profissional. Qualquer um que eu digo, poderia entrar qualquer profissional. Mas acabou acontecendo, parecia que tinha uma barreira. A barreira não é física, mas é uma barreira emocional e filosófica, enfim existe. Os médicos nunca gostaram de entrar naquela sala para prestar nenhum tipo de assistência, então aquele espaço acabou sendo da enfermagem obstétrica. (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

Um espaço estruturado, como a sala de relaxamento, respondeu aos desafios e interesses próprios dos agentes do campo que lutavam pela sua transformação. Assim, estas demarcações de territorialidade e localismo tomaram a forma de violência, tanto simbólica quanto física, na busca de manutenção do poder (BOURDIEU, 1983).

³⁴ A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. O fato de a doula ter aparecido no documento é reflexo do movimento que essas profissionais fizeram á época no movimento de humanização.

Esta seria justamente a conjuntura de relações entre as posições desempenhadas pelos agentes, de acordo com suas colocações nas distribuições e lutas de poder (diferentes tipos), sendo a existência dessas relações independente da consciência e intenção individual (BOURDIEU; WACQUANT, 1992). Aqueles que não possuem o conhecimento peculiar, ou capital cultural que aqui se torna capital político, aos jogos realizados a esse campo, estão cada vez mais fadados a delegar outros representantes aparentemente aptos.

O fato dos médicos entenderem a mensagem que não deveriam entrar nesta sala, significa por um lado, que eles não se submeteriam ao poder das enfermeiras. Diante desta dinâmica do Centro Obstétrico da Maternidade Alexander Fleming, posso apontar que havia o desejo das enfermeiras em ter um espaço somente seu de atuação, independente e diferenciado do modelo medicalizado.

Deste modo, o Centro Obstétrico da Maternidade Alexander Fleming foi simbolicamente e fisicamente dividido em dois um representado pelo modelo médico e o outro pela enfermagem. As enfermeiras circulavam no espaço médico porque cederam em algumas concepções e desejavam conquistar espaços no território alheio e os médicos, não circulavam no espaço delas, evitando a possibilidade de atualizarem seu *habitus* diante da prática destas agentes. Mas ao manterem sua própria distinção, reforçaram também a distinção das enfermeiras no campo.

Pois diferentes tipos de capitais (cultural, social e simbólico) que circulavam no espaço do Centro Obstétrico da Maternidade Alexander Fleming, eram usados pelos diferentes agentes como tipos específicos de poder que são ativos em um ou outro campo (de forças e lutas), sendo gerados no processo de diferenciação e autonomização dos agentes. Dentro destes diferentes espaços de jogo tais capitais passam a ser instrumentos e objetos de disputa (BOURDIEU, 1996).

Os agentes deste campo eram dotados de capitais e *habitus* diferenciados capazes de fornecer-lhes o conhecimento das leis do jogo, e conseqüentemente cada agente passa a ter uma autonomia relativa para circular neste campo, podendo haver disputas que variam de acordo com o volume de capital eficiente e de acordo com a posição ocupada por este agente. (BOURDIEU, 1983).

Para legitimar o território das enfermeiras no centro obstétrico da Maternidade Alexander Fleming, a sala de relaxamento, foi preciso a elaboração de um dispositivo institucional de reconhecimento do mesmo. Assim, foi criado um protocolo formal para a sua utilização. No processo de elaboração de tal documento, a enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe

agregou ao mesmo, nomes que pudessem dar força á sua aprovação. Procurou, então, a colaboração na elaboração das enfermeiras obstétricas Heloisa Ferreira Lessa³⁵ e Marilanda Lopes de Lima³⁶.

O protocolo de utilização da Sala de Relaxamento aprovado pelo médico que assumiu a direção da Maternidade Alexander Fleming em abril de 2002 e pela Diretora de Apoio Técnico a médica Glenda dos Santos Pinheiro e pela Chefe do Serviço de Enfermagem Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos, foi constituído de objetivo geral, objetivos específicos, possibilidades de escolha da mulher e fluxograma.

O objetivo geral da sala de relaxamento era favorecer a evolução do trabalho de parto utilizando tecnologias não farmacológicas que ofereçam a mulher segurança, privacidade e empoderamento.

Os objetivos específicos eram favorecer o trabalho de parto ativo, favorecer o parto natural, oferecer à mulher condições favoráveis ao contato com seu cérebro primitivo, reduzir as taxas de cesarianas da unidade e reduzir as intervenções desnecessárias.

O protocolo desta sala contemplava o que estava sendo discutido pelo movimento de mulheres no cenário mundial de luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, através de ações que visassem a manutenção da integridade física e emocional durante o processo do parto, na medida em que nele há um tópico sobre as possibilidades de escolha da mulher no parto e nascimento, favorecendo a presença do acompanhante de sua escolha, a deambulação, as diversas posições favoráveis e confortáveis disponibilidade de música ambiente, massagens, banho de aspersão, compressas mornas e outros materiais como a bola suíça e massageadores, incensos, óleos e barras de apoio.

Na elaboração deste espaço, percebemos nitidamente a influência dos estudos sobre fisiologia do parto e nascimento desenvolvidos pelo do médico obstetra Michel Odent, publicados em livros como: O Renascimento do Parto e a Cientificação do Amor. Desta maneira, podemos afirmar que a enfermagem obstétrica do Rio de Janeiro, desde o início da implantação do modelo humanizado, com a criação da Maternidade Leila Diniz, teve a influência de médicos

³⁵ Enfermeira Obstétrica, Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. Desde 1992, atua como enfermeira obstétrica autônoma, realizando pré-natal e parto sem risco domiciliar.

³⁶ Enfermeira Obstétrica, professora aposentada do Departamento Materno-Infantil da UERJ, atualmente atua como enfermeira obstétrica autônoma em partos domiciliares não estado do Rio de Janeiro.

fisiologistas, além dos ideários feministas e do cuidado humano desenvolvido pela própria enfermagem científica.

A criação deste espaço pela enfermagem obstétrica da Maternidade Alexander Fleming pode ser entendida por meio da noção de estratégia de Bourdieu (1990), como uma seqüência de práticas estruturadas ou uma série de ações ordenadas e orientadas pelas quais os agentes desenvolvem em função de um *habitus* adquirido e através das possibilidades que um campo pode oferecer para a obtenção e maximização de lucros específicos em jogo no campo em questão.

Após a ocupação do Centro Obstetrício da Maternidade Alexander Fleming pela sala de relaxamento em 2000, as enfermeiras continuaram desenvolvendo o cuidado à parturiente de modo a respeitar os princípios do modelo humanizado e para cumprir os objetivos do projeto que legitimaram a sua inserção, elas sentiram a necessidade de criar um documento que definisse melhor seu papel e limites de atuação dentro da Maternidade Alexander Fleming, e que as protegessem de certas situações e embates como os médicos.

As enfermeiras da Maternidade Alexander Fleming lançaram novas estratégias para manterem as posições já conquistadas no campo, de forma a legitimar institucionalmente o trabalho que elas vinham desenvolvendo com as parturientes. Assim, foi elaborado e aprovado pela direção da maternidade em junho de 2001, o Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica Maternidade Alexander Fleming que teve a seguinte motivação para a sua criação:

Este protocolo surgiu em razão da necessidade que os enfermeiros obstétricos sentiram da existência de documentação avalizada pelo grupo e pela instituição que regulamentasse as ações de enfermagem a serem desenvolvidas junto às gestantes e parturientes visando uma assistência humanizada de boa qualidade onde a mulher seja protagonista do processo de parir (RIO DE JANEIRO, 2001, p. 1).

O documento foi amparado legalmente pela lei do exercício profissional (BRASIL, 1986) e fundamentado cientificamente por obras do Ministério da Saúde como o manual Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001), pelo Manual de Assistência Institucional ao parto, puerpério e ao recém-nascido do PAISM (BRASIL, 1991) e pela obra da OMS intitulada assistência ao parto normal: um guia prático (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), que trazia uma revisão de literatura sobre a temática. Foi reconhecido pela instituição como a primeira versão de um trabalho conjunto com objetivos claros:

O primeiro era bem simples aquele protocolo que você faz ainda pisando em ovos, começamos primeiro e depois fizemos o protocolo. Nós já fizemos uma revisão no protocolo da enfermagem obstétrica da assistência ao parto nós fizemos uma revisão acho que em 2008. (Enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

Neste mesmo protocolo, em sua primeira versão³⁷, foi definida a população alvo a ser assistida pelas enfermeiras obstétricas. Naquela época a população alvo era composta de mulheres em trabalho de parto a termo e prematuro sem distócias e gestante hipertensas compensadas com o acompanhamento da equipe médica.(RIO DE JANEIRO, 2001).

Ao analisar a população alvo, definida no primeiro protocolo, nota-se que por ser desenvolvido num espaço hospitalar, houve uma ampliação daquilo que estaria respaldado pela lei do exercício profissional, pois faziam parte dessa população as mulheres com parto prematuro sem delimitação da idade gestacional limítrofe para a assistência da enfermeira obstétrica, assim como o grupo de parturientes hipertensas compensadas com o acompanhamento da equipe médica.

O protocolo enfocava o pré-parto, o espaço de relaxamento e a sala de parto como locais de atuação da enfermeira. Desta maneira elas ampliavam seus espaços de atuação e conseqüentemente de luta no campo obstétrico da Maternidade Alexander Fleming.

Neste documento, também foram definidos quais exames laboratoriais e fármacos poderiam ser solicitados e prescritos pelas enfermeiras conforme sua avaliação e conduta sem a interferência de outros profissionais. Tal definição, se por um lado demonstrou autonomia e reconhecimento, por outro facilitou sua aproximação com as tradicionais práticas médicas intervencionistas, o que poderia influenciar em novas atualizações de seus *habitus*.

No entanto, a elaboração deste protocolo foi uma estratégia que estava de acordo com o atual momento da assistência da enfermeira obstétrica da Maternidade Alexander Fleming, pois foi orientada a partir das vivências e do crescimento do grupo que viu a possibilidade de definir um espaço de tomadas de posição possíveis e de orientar a busca de soluções dos conflitos para a assistência de enfermagem obstétrica na Maternidade Alexander Fleming.

³⁷ A segunda versão foi elaborada em 2008

6 EFEITOS DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO HUMANIZADO DE ASSISTENCIA AO PARTO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

Evidenciamos com esse estudo dois efeitos da implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na Maternidade Alexander Fleming, o primeiro foi a reconfiguração do ensino da enfermagem obstétrica na Faculdade de Enfermagem da UERJ e o segundo foi que a Maternidade Alexander Fleming serviu como um dos pilares de sustentação para continuidade de ocupação do campo obstétrico do Rio de Janeiro através da criação da Casa de Parto David Capistrano Filho, em 2004.

6.1 Reconfiguração do Curso de Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica (*Latu-sensu*) da FENF/UERJ

Desde a década de 80, com base nos reflexos das lutas travadas pelas enfermeiras para a ocupação do campo obstétrico do Rio de Janeiro, os agentes deste campo, que tinham uma interface com a Faculdade de Enfermagem da UERJ, perceberam que diante da participação da enfermeira no movimento de humanização, uma mudança na formação de enfermeiras e de especialistas em enfermagem obstétrica baseada neste modelo de assistência seria necessário.

Somado a isto, houve o incentivo do governo que aconteceu final da década de 1990, através do financiamento pelo Ministério da Saúde de 55 cursos de especialização em enfermagem obstétrica nas faculdades e escolas de enfermagem nas diferentes regiões do país, resultando na capacitação de 854 enfermeiros, que visava ampliar a participação das enfermeiras obstétricas na rede do SUS (MOUTA, 2009). A Faculdade de Enfermagem da UERJ recebeu financiamento do MS para capacitar enfermeiras obstétricas através do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica que foram realizados nos anos de 2001, 2003 e 2005. (BRASIL, 2000; SACRAMENTO 2005).

Na época, a professora Maysa Ludovice Gomes que coordenou a capacitação das enfermeiras inseridas no PIAEPG na A.P 3.3, continuou estabelecendo a parceria com a SMS-RJ,

através da função de consultora para os projetos da Gerência do Programa de Saúde da Mulher, que se mantém até os dias atuais. Em 1999, passou a ser a coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da UERJ (*Lato-Sensu*) e deste modo, teve condições pela sua posição no campo do ensino de liderar a reconfiguração do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da UERJ no ano de 2000, para atender as demandas solicitadas da SMS/RJ e do MS.

Dentro da universidade, no segundo semestre de 99, eu assumi a coordenação do curso de especialização em enfermagem obstétrica da faculdade UERJ. A gente deu um suporte para o grupo pensar qual seria o profissional que a gente seria capaz de formar e como seriam as relações pedagógicas para poder dar a titulação a um determinado grupo [de enfermeiras] (Professora Maysa Ludovice Gomes)

Uma das primeiras providências tomadas foi transformar o Curso vigente desde 1996, denominado de Especialização em Enfermagem da Mulher e Obstetrícia Social (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1996), para Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2000). As mudanças ocorridas após a deliberação nº 04/00 com a alteração da denominação do curso visavam não somente refletir a transformação do conteúdo teórico que foi atualizado segundo o movimento internacional de humanização do parto e nascimento e pela influência direta das experiências do campo obstétrico do Rio de Janeiro.

Tal mudança também visava conferir poder e posição as enfermeiras portadoras de título de especialistas em enfermagem obstétrica que através do capital cultural acumulado no curso e incorporado sob forma de *habitus* atualizado e institucionalizado, atendiam as prerrogativas legais do exercício profissional para o exercício do saber de enfermeira obstétrica para atuar nos moldes do programa de humanização do parto e nascimento preconizadas pela OMS, MS e SMS-RJ.

A reconfiguração teórico-pedagógica do curso alterou o conteúdo programático que avançou nas concepções, ao incluir disciplinas como História da Obstetrícia, que visava favorecer a formação da identidade profissional da enfermeira obstétrica. Ao criar a disciplina sexualidade, gênero e saúde da mulher, incorporou o discurso feminista. Por fim, acrescentar a disciplina de terapias alternativas no ciclo gravídico-puerperal criou uma alternativa de cuidado desmedicalizado. Estes enfoques eram os esperados pela Área Técnica da Saúde da Mulher do MS, cujo objetivo era mudar o modelo de assistência obstétrica vigente tendo em vista a humanização do

parto e nascimento com a participação da enfermeira (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2000).

O Curso de Pós-graduação (*Lato-Sensu*) em Enfermagem Obstétrica da FENF/UERJ em sua reformulação ganhou o objetivo de capacitar enfermeiras na área obstétrica para atuar em um modelo assistencial menos intervencionista que ofereça uma assistência de qualidade, onde a gestação, o parto e nascimento sejam considerados um processo fisiológico e uma importante experiência humana para a mulher, o recém-nascido e sua família contribuindo assim para redução da morbimortalidade perinatal e materna (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2004a).

Deste modo, o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da FENF/UERJ passou a capacitar as enfermeiras da SMS-RJ, que ainda não possuíam a certificação. No entanto, no primeiro curso financiado pelo Ministério da Saúde, em 2001, foram especializadas 15 alunas, a maior parte era proveniente de instituições públicas do município e do estado do Rio de Janeiro, porém não estavam ligadas a atividades diretas com a assistência ao parto. (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2004a).

No segundo curso financiado pelo Ministério da Saúde em 2003, foram especializadas 18 enfermeiras e todas as selecionadas pertenciam à rede ambulatorial e hospitalar do Sistema Único da Saúde (SUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade e do interior do estado do Rio de Janeiro, e apenas quatro não assistiam aos partos em suas unidades, no entanto, eles estavam ligados ao pré-natal, chefia de serviço de enfermagem da Maternidade Herculano Pinheiro, e supervisão de enfermagem da Maternidade Praça XV. Das vinte enfermeiras que cursaram a turma de 2003, seis foram selecionadas para atuarem na Casa de parto David Capistrano Filho (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2004b, 2005a).

No terceiro e último curso financiado pelo MS, a FENF, especializou 17 enfermeiras; 80% dos alunos capacitados estão inseridos em Serviços das Unidades Básicas e Hospitalares das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, havia também representantes de instituições privadas, o curso de Especialização em Enfermagem obstétrica da FENF participou da promoção e da realização de três eventos internacionais voltados para profissionais de saúde da área e para alunos de graduação e pós-graduação, o que favoreceu a disseminação Internacional e Nacional das produções científicas do referido curso através de conferências

ministradas e apresentação de trabalhos científicos nestes eventos. (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2005a,b, c).

Reconhecendo a importância de manter o ideal teórico norteando a formação da enfermeira baseado na humanização do parto e nascimento a FENF manteve a reconfiguração do Curso de Especialização, mesmo após o término do financiamento pelo MS.

As parcerias estabelecidas entre FENF/UERJ, SMS-RJ e MS para capacitação de recursos humanos resultaram, em 2005, na criação do o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, na modalidade de residência da SMS-RJ e UERJ que possui 5.800 horas e dois anos de duração (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2006).

Podemos entender a criação deste Curso como uma estratégia de ocupação de espaços e para a manutenção contínua no campo de agentes que defendessem o modelo humanizado nas maternidades da SMS-RJ.

6.2 A Maternidade Alexander Fleming como um dos pilares para a criação da Casa de Parto David Capistrano Filho

Após a implementação da Assistência de Enfermagem Obstétrica à gestante e a parturiente na A.P. 3.3, iniciado em 1998, houve em agosto de 1999 no âmbito nacional, tivemos a criação da Portaria Ministerial nº 985 (BRASIL, 1999), que regulamentava o funcionamento dos Centros de Parto Normal no âmbito do SUS. Tal portaria apoiava a continuidade do processo de inserção das enfermeiras para o desenvolvimento de práticas menos intervencionistas e do parto normal e sinalizava as intenções governamentais de retirar o parto do controle médico hospitalar.

A partir daí, a SMS-RJ, através do grupo de gerentes, que em sua maioria também atuou no PIAEGP na AP 3.3 o processo de mudança do modelo de assistência obstétrica, continuou a ser colocado em prática, desta vez através do apoio à implantação da primeira Casa de Parto do município, conforme aponta a enfermeira obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo:

Dentro da secretaria municipal de saúde 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.

E essas pessoas, elas estavam inseridas em organizações não-governamentais, rede como a REHUNA, Rede de Humanização, e estavam sempre voltadas para essa questão. Então, essas pessoas é que impulsionaram a criação desse projeto de implantação, de criação e implantação da Casa de Parto aqui no Rio (Enfermeira Obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo).

Em 2002, através da Resolução SMS/RJ nº 921/2002 (RIO DE JANEIRO, 2002) foi criado o Grupo para a Implantação da Casa de Parto. Este grupo era formado por 11 enfermeiras e representando o campo científico observa-se novamente a presença da professora Maysa Ludovice Gomes, que consolidou a parceria da FENF/UERJ com a SMS-RJ.

Em 2004, a Resolução nº 921/ foi revogada pela Resolução SMS/RJ nº 1041/ 2004³⁸ (RIO DE JANEIRO, 2004), que dispõe sobre o funcionamento da Casa de Parto, e traz em anexo o Protocolo da Assistência da Casa de Parto David Capistrano Filho, elaborado por um grupo de 12 enfermeiras provenientes da FENF/UERJ, das maternidades da SMS-RJ e da Administração Central da SMS-RJ.

Eu permaneço com as parcerias dentro da própria Secretaria Municipal da Saúde, essa parceria ela se consolidou a partir dessa experiência (do PIAEGP), mas na verdade eu continuei dentro deste processo. No processo da Casa de Parto (Professora Maysa Ludovice Gomes).

Segundo PEREIRA (2007), a instituição da Casa de Parto David Capistrano Filho foi motivada por três fatores interdependentes e complementares que envolviam o movimento dialético entre o geral (Estado), o particular (sociedade civil organizada) e o singular (enfermagem) deste fenômeno.

Estes três fatores envolviam um contexto ideológico e cultural que atendia ao ideário do movimento de mulheres e era contrario ao modelo hegemônico nas maternidades públicas do país, seguido da aderência destes ideais pelos gestores públicos federais e municipais, o que embasou juridicamente, normativamente e financeiramente as recomendações do movimento de humanização e finalmente o investimento em capacitar e aumentar o número de enfermeiras obstétricas com habilidades específicas para o atendimento de gestantes e parturientes. Todas estas ações foram instituídas em parcerias com as escolas de enfermagem (PEREIRA 2007).

No âmbito federal, em 2002, o Ministério da Saúde solicitou ao governo japonês apoio na capacitação de enfermeiras obstétricas para a assistência ao parto humanizado através do Convênio de Cooperação Técnica existente entre o Brasil e Japão desde 1995, que enviou uma

³⁸ Revoga a Resolução 921/2002 acrescentando novos integrantes e traz o protocolo de Assistência da Casa de Parto David Capistrano Filho.

missão japonesa para avaliar a situação obstétrica no Brasil na implantação dos Centros de Parto Normal e Casas de parto, conforme demonstrado no depoimento abaixo:

Na medida em que, deixa eu me lembrar, em 2002, o Brasil faz um acordo de cooperação técnica com o Japão, onde o 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 (Enfermeira Obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo).

Esta missão diante do déficit de recursos humanos (enfermeiras obstétricas brasileiras), elaborou em setembro de 2002 uma Matriz de Desenho de Projeto (PMD) para o Curso de Assistência ao Parto nas Maternidades, onde os objetivos gerais eram reduzir a mortalidade infantil e materna; praticar adequadamente os princípios do parto e nascimento humanizados nas instituições do SUS; e designar enfermeiras obstétricas competentes para orientar as iniciantes.

O treinamento de enfermeiras obstétricas no Japão ocorreu nos anos de 2003 a 2007 e segundo a Dra. em medicina Yasuhide Nakamura presidente da Comissão Administrativa³⁹ e responsável pelo planejamento do currículo do referido curso de treinamento, ele:

Consistiu em um programa de treinamento desafiante e inédito preparado com muito carinho pelas mãos de todas as pessoas que participaram daquele momento, o que fortaleceu o vínculo de maneira se expandir por todo o Brasil (CURSO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NAS CASAS DE PARTO DO JAPÃO, 2003).

Em 2003, a SMS-RJ indicou a enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe, que já tinha assumido a chefia do Serviço de Enfermagem da Maternidade Alexander Fleming, e a Enfermeira Leila Gomes Ferreira de Oliveira, que era a Chefe do Serviço de Enfermagem da Maternidade Leila Diniz, a seguirem para o Japão para realizar o curso no período de 03 de fevereiro a 26 de abril de 2003.

Fiquei completamente surpresa! em 2003 eu fui escolhida pela Secretaria Municipal para fazer parte da primeira turma pois teve um convênio do Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores do Japão e a JICA seria uma entidade representativa que levaria durante 5 anos enfermeiras ligadas a assistência, foram enfermeiras de vários estados do Brasil. (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

Ao indicarem as referidas enfermeiras para a realização do Curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Casas de Parto do Japão em 2003, os gestores municipais desejavam uma nova

³⁹ Prof^a.Dra. Yasuhide Nakamura (Universidade de Osaka), Dr. Kiyoshi Haneda (Diretor do Hospital makabe), Sra. Chiruzu Misago (Instituto nacional de Saude Publica), Sra. Miyuki Fujiwara (JICA) e Sra. Taeko Mohri (Casa de parto Mohri).

atualização no *habitus* das enfermeiras, que eram especialistas em enfermagem obstétrica, agora com influência do modelo de assistência de uma cultura onde existia a prática autônoma das parteiras profissionais/enfermeiras obstétricas em Casas de Parto no Japão.

Na época em que eu e Leila fomos para o Japão, com certeza fui selecionada porque era esperado que eu fosse para essa casa de parto... Esperavam que nós duas fôssemos para aquela casa de parto, esperavam algo mais de nós duas e enfim nos escolheram. (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

Na época, a SMS-RJ ainda não tinha claramente definido quais seriam os profissionais a trabalharem na primeira Casa de Parto da cidade do Rio de Janeiro, porém, já tinha definido a localização da mesma que seria na Área Programada 3.3, num terreno há sete quilômetros da Maternidade Alexandre Fleming. Deste modo, fica evidente que a escolha destas duas enfermeiras foi estratégica para a criação desta instituição.

Pode-se afirmar que o melhor indicador da hierarquia cultural são os lucros simbólicos e a melhor forma de identificar quem ocupa uma posição dominante dentro do campo é observar as relações sociais (BOURDIEU, 1996, 1999b).

A cultura de assistência ao parto japonesa apoiava a redução dos gastos públicos com o parto. Neste sentido, podemos observar em uma das mensagens finais dos membros da comissão administrativa e das Casas de Parto, quando o Dr. Kiyoshi Haneda, diretor do Hospital Makabe e da Corporação Médica Itokukai salienta os três pontos que as participantes do curso deveriam seguir:

1. Para se realizar “o parto humanizado” é possível trabalhar de diversas maneiras, partindo da imaginação e da criatividade de cada uma, e gostaria que vocês mantivessem sempre em mente. Muitas coisas podem ser feitas sem gastar dinheiro como por exemplo: deixar o ambiente da sala mais alegre, dizer palavras alegres e etc
2. Para que os Centros de Partos Normais que estão sendo desenvolvidos no Brasil possam funcionar bem, é importante que haja independência financeira. O ideal [para o Brasil] seria fazer parte do SUS
3. Uma das grandes diferenças existentes entre o Brasil e o Japão está no nível de difusão dos conhecimentos relacionados à medicina e saúde pública. Como no Brasil ainda há carência de tais informações gostaria muito que fossem feitas campanhas educacionais de forma continuada. (CURSO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NAS CASAS DE PARTO DO JAPÃO, 2003)

O currículo do curso realizado no Japão (ANEXO C) pelas enfermeiras do Rio de Janeiro em 2003, abordou desde aulas sobre a língua japonesa, sobre a cultura, aspectos do modelo japonês de assistência à saúde, além de abordar conteúdos específicos da assistência ao parto

especificamente nas Casas de Parto com as parteiras profissionais/enfermeiras obstétricas do Japão:

Passamos por varias aulas de tudo com um respeito enorme, porque eles nos mostraram a cultura a língua japonesa. Visitamos, escolas, fomos a congressos, a casa dos japoneses para conhecer como eles viviam, participamos de cerimônia de chá, vendo a cultura, cerimônias típicas e a parte mais gostosa que foi o contato com aquelas mulheres, as midwives (parteiras profissionais/enfermeiras obstétricas do Japão) que eram verdadeiras fadas e mulheres corajosas (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

No período de 3 meses, as 11 enfermeiras selecionadas⁴⁰ tiveram a oportunidade de terem aulas teóricas, aulas práticas e visitas técnicas a diversas instituições onde vivenciaram o modelo japonês de assistência ao parto.

Do ponto de vista teórico, as palestras proferidas por especialistas dos diversos setores relacionados à assistência obstétrica do Japão permitiram a aquisição de novos capitais culturais, pois os conhecimentos socializados atualizaram o *habitus* das enfermeiras obstétricas que tinham a missão de voltar ao Brasil renovadas e com propostas inovadoras para serem implantadas nos seus estados e municípios.

Elas agregaram conhecimentos relativos a utilização da medicina oriental na assistência obstétrica, o protagonismo feminino, aos aspectos do ambiente favorável ao parto, a proteção perineal, aos cuidados com bebês, ao aleitamento materno, a transferência da mulher e do recém-nascido em casos de risco, ao papel do hospital secundário no parto, aos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar e violência (RELATÓRIO DO TREINAMENTO, 2003).

A parte prática do curso foi realizada em diversas instituições. Elas visitaram centros de referência hospitalar de assistência obstétrica no Japão, conheceram hospitais universitários de atenção materno-infantil, além das aulas práticas nas quatro Casas de Parto⁴¹ japonesas.

Para iniciar a prática, nas Casas de Parto selecionadas, as enfermeiras tiveram que assistir uma palestra sobre os cuidados necessários para o estagio nestes estabelecimentos, o que demonstra o cuidado do curso em reduzir o choque entre as culturas. Durante os estágios foi possível entrar em contato com a individualidade, filosofia e com a administração de cada uma das Casas de Parto através da experimentação prática de diversas situações vivenciadas. Tais

⁴⁰ Leila Gomes Ferreira Azevedo (RJ), Anatalia Lopes de oliveira Basile (SP), Lucia Cristina Florentino (SP), Dionice Furlani (SC), Joana D'Arc Gonçalves (MG), Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe (RJ), Alessandra Nascimento (PE), Eliane Rabelo de Sá (MG), Maria Cristina De Carmargo (BA), Amália de Oliveira Carvalho (PI) e Arabela Antonia Nery de Melo Costa (PE).

⁴¹ Casas de Parto: Mohri, Takizawa, Ohtani e Ayumi.

situações refletiam os diferentes sistemas de disposições adquiridos neste campo, e que influenciaria o direcionamento profissional de cada uma delas ao retornarem (BOURDIEU;WACQUANT, 2008).

Ao final do Curso, as enfermeiras brasileiras deveriam elaborar um plano de ação para ser aplicado no seu país com os resultados obtidos no curso. As enfermeiras Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe e Leila Gomes Ferreira Azevedo, representantes do Rio de Janeiro, elaboraram o Plano de ação intitulado: "Plano de Ação para a implantação da assistência Humanizada nas Casas de Parto do Rio de Janeiro" (ANEXO D). Elas foram às únicas participantes que elaboraram essa atividade em dupla. Esta parceria pode ser vista como uma estratégia pré-definida se pensarmos no futuro profissional de ambas ao retornarem para o Brasil:

A finalidade deste projeto [plano de ação] era trazer a realidade de lá para a casa de parto do Rio, e você vê muita coisa realmente, a Leila foi muito feliz e aproveitou muito bem o que ela viu e implantou tanto a parte física quanto a parte dos encontros a parte criativa e claro que ela colocou a criação dela mas, ela aliou o que viu e adaptou a realidade da mulher brasileira, que é completamente diferente, mais nosso projeto lá era totalmente voltado para a implantação da Casa de Parto David Capistrano, da capacitação para as pessoas, projeto de implantação daquelas ações na Casa de Parto David Capistrano, então nos fizemos um único projeto pois não valia a pena fazermos dois se nosso objetivo era único então nos fomos a única dupla (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe)

O plano de ação era composto de idéias que deveriam ser implantadas, em curto prazo, o que demonstrava a iminência da criação destes espaços extra-hospitalares de assistência ao parto, que abrangiam desde as concepções para a criação do espaço físico, da valorização de posturas profissionais que reduzam a distancia com as mulheres e familiares, posturas profissionais flexíveis e ampliadas no sentido de reconhecer as diferentes formas de comunicação ampliando assim a visão de mundo destes e as medidas que favoreciam a intervenção desnecessária.

Para a implantação deste plano, as enfermeiras definiram quatro estratégias: apresentação do plano de ação à SMS-RJ; discussão das propostas com integrantes do PAISM, que naquele momento político ainda era o mesmo grupo de representantes do movimento de mulheres que liderou a implantação do PIAEGP da AP 3.3 em 1998; promoção de eventos; contribuição com as instituições de ensino para discussões e repasse dos conhecimentos adquiridos.

Por fim, o plano tinha um cronograma de realização a ser iniciado em 10 dias após a chegada do Japão, o que refletia que o processo da criação da primeira Casa de Parto do Rio de Janeiro já estava avançado e com seus agentes e estratégias praticamente definidos:

Mas quando eu voltei, não demorou muito, nós fomos em 2003 e voltamos em abril de 2003 e a casa de parto já estava bem acelerada (Enfermeira Obstétrica. Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe).

Na época, o PIAEGP na Maternidade Alexander Fleming já estava consolidado, como aponta a enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe, que foi chefe do centro obstétrico até maio de 2002, passando a ser Chefe do Serviço de Enfermagem, tal mudança lhe conferiu a ocupação de posição de destaque no campo hierarquizada da Maternidade Alexander Fleming, permitindo a esta agente traçar estratégias de solidificação e ampliação do modelo de assistência ali implantado:

De 2003 para 2004 foi uma outra história, já tínhamos mais ou menos seis anos, de cinco para seis anos de assistência de enfermagem obstétrica, nessa época nós tínhamos em torno de 70% dos partos assistidos por enfermeiras, hoje estamos em torno de 60%, chegou o momento de dar um passo além, então houve a seleção para a casa de parto (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe).

A partir da realização do curso no Japão as enfermeiras Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe e Leila Gomes Ferreira Azevedo obtiveram um valioso recurso que tende a conferir lucros distintivos a quem o possui, e assim ao retornarem ao Brasil, elas puderam ocupar novos espaços na assistência ao parto. Tanto que ao retornarem do Japão em 2003, elas foram inseridas no grupo de implantação da Casa de Parto, e participaram da elaboração do Protocolo da Assistência da Casa de Parto David Capistrano Filho através da resolução nº 1041/2004⁴² (RIO DE JANEIRO, 2004)

Depois da era Japão, que era uma forma de preparar. Isso que eu quero dizer, de um preparo, para quando as meninas voltassem, vamos dizer assim, as meninas, uma delas assumiria, isso não sei informar ao certo, assumiria essa casa de parto, era uma coisa de ver o funcionamento lá, no Japão. Depois da era Japão, o pessoal se envolveu mais no contexto geral de protocolo (Enfermeira Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos).

Este grupo foi composto de 12 enfermeiras, sendo duas delas as professoras Maysa Ludovice Gomes e Jane Márcia Progianti⁴³ da Faculdade de Enfermagem da UERJ e quatro

⁴² Revoga a Resolução 921/2002 acrescentando novos integrantes e traz o protocolo de Assistência da Casa de Parto David Capistrano Filho.

⁴³ Atualmente é professora adjunta IV da FENF/UERJ, foi funcionária pública da SMS-RJ de 1985-1995, onde foi Chefe do Serviço de Enfermagem do IMM 1986-1992, período este onde teve início a atuação das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar, sendo um marco da enfermagem obstétrica do Rio de Janeiro. É a coordenadora do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica desde 2002.

enfermeiras da Maternidade Alexander Fleming⁴⁴, três representantes de três maternidades da SMS-RJ⁴⁵, duas enfermeiras representantes da gerencia da Saúde da Mulher da SMS-RJ⁴⁶ e a enfermeira Heloisa Lessa representando a assistência domiciliar.

Quando eu retorno, a gente já tem um bom caminho andado com a questão da criação da Casa de Parto, ou seja, o Ministério da Saúde já tinha cedido o terreno, o município entraria com recursos humano recursos financeiros para implantação e criação da Casa de Parto. Depois, faria, mais à frente, o processo de seleção propriamente dito, e, aí, quando eu retorno eu fui inserida nesse grupo de criação do protocolo da Casa de Parto (Enfermeira Obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo)

Nesta mesma resolução ficou definida que a maternidade de referência para os encaminhamentos das parturientes que não se encaixassem no protocolo da Casa de Parto David Capistrano Filho, seria a Maternidade Alexander Fleming, tal decisão foi também influenciada pela localização geográfica das unidades.

Olha, teve reuniões lá na secretaria (SMS-RJ), a gente ficou é [...] estabelecendo naquelas reuniões de câmara técnica da obstetrícia. E aí ficou acertado, como a gente ia ser referência da casa de parto, a gente tinha que estar no contexto geral desse trabalho (Enfermeira Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos).

Porém observam-se outros lucros a partir desta definição da maternidade de referência, pois a ocupação prévia do campo obstétrico da Maternidade Alexander Fleming poderia interferir na relação entre esses campos:

Mas assim, com a Casa de parto as minhas relações ficaram um pouco difíceis com alguns, com outros a mesma coisa... Eu, particularmente, acho até bom, sabe? Porque eu já conheço parte deles, algumas atitudes, então, assim, eu vou na remoção, muitos não gostam de remoção, eu vou sem o menor problema, porque eles vão ter que aceitar, entendeu? Depois da Casa de Parto há uma duplicidade de emoções e sentimentos, mas eu não estou nem aí para eles, porque agora acho que eles já aceitam mais. (Enfermeira Obstétrica Inaiá de Santana Mattos)

É uma facilidade ter muitos enfermeiros da Casa na unidade de referência. Por exemplo, eu tenho que transferir uma mulher, eu já faço o primeiro contato com a enfermeira. Então, você conta o tempo todo com seus pares, os pares aqui e os pares lá (Enfermeira Obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo).

⁴⁴ Áurea de Fátima Duarte Mendes Leite (MAF), Silma de Fátima da Silma Araújo Nagipe (MAF) Eliane Barreto dos Santos Coutinho (MAF) e Maria de Fátima da Silva (MAF)

⁴⁵ Edymara Tatagiba Medina (IMMFM), Leila Gomes Ferreira de Azevedo (MLD), Miriam de Oliveira Gomes Gonçalves (UISHP).

⁴⁶ Tânia Maria de Almeida Silva e Suzane Menezes.

Uma das atividades desse grupo foi participar da seleção das enfermeiras para atuarem na Casa de Parto David Capistrano Filho, sendo estabelecidos critérios de pontuação do memorial comprovando experiência/titulação e nota de estudo de caso, podendo ser excluído aquele profissional que não se adequasse ao perfil da assistência da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Neste sentido, a consolidação do PIAEGEP, foi determinante para que muitas enfermeiras que trabalhavam na Maternidade Alexander Fleming fossem selecionadas para a Casa de Parto:

Nós só estamos na Casa de Parto, eu só estou na Casa de Parto porque eu era da Fleming. E até... Era um dos requisitos para inscrição ter Pelo menos cinco anos de assistência obstétrica hospitalar para poder até tentar ousar uma outra forma diferenciada de assistência. (Enfermeira Obstétrica Inaiá de Santana Mattos)

Então, a gente saber que de repente esse grupo, quase que unânime da Fleming, foi fazer parte, foi implantar a casa de parto, era assim uma relação de vitória, de reconhecimento por um trabalho. Que a gente já sabia que tinha. Porque a gente mostrou desde o início pra que nós viemos. Entendeu? Toma aqui! Mostramos os números e o trabalho! (Enfermeira Gloria Maria Francisco Carlos dos Santos).

O processo de seleção das enfermeiras para a Casa de Parto David Capistrano Filho foi aprovado na resolução SMS-RJ nº 1010 de 17 de setembro de 2003 (RIO DE JANEIRO, 2003), que autorizou: o remanejamento de enfermeiras obstétricas lotadas nas unidades da SMS-RJ para preencher as vagas abertas com a lotação das profissionais da Casa de Parto David Capistrano Filho e ampliar a assistência de enfermagem obstétrica ao parto sem distócia nas maternidades onde esta assistência já é prestada, estendendo também a atuação destes profissionais para todo o conjunto de maternidades da SMS-RJ. O objetivo deste remanejamento também era privilegiar a complementação das equipes de enfermeiras obstétricas já existentes e que atuavam nos hospitais:

Graças à Deus eu continuo lá [na Maternidade Alexander Fleming] Eu costumava dizer que lá era minha casa, como eu tenho duas matrículas, inicialmente eu ia tirar a minha matrícula da Fleming para ir para a Casa de parto, aí, Graças à Deus, no apagar das luzes, eu consegui trocar as matrículas, aí eu tirei do Lourenço Jorge, que era até CTI adulto e passei para a Casa de Parto e fiquei na Fleming. Eu continuo lá [na Maternidade Alexander Fleming] (Enfermeira Obstétrica Inaiá de Santana Mattos).

Este apoio dado pela SMS-RJ ao remanejar enfermeiras obstétricas interessadas em atuar na assistência ao parto considerou conveniente e oportuno movimentar seus profissionais sob a

égide do interesse coletivo que possibilitasse a adesão a um novo modelo de assistência, permitiu a manutenção dos espaços conquistados através das lutas destas agentes.

A facilidade foi ter o apoio da Secretaria (SMS-RJ) para gente foi a melhor coisa, porque veio de cima para baixo. A Secretaria determinou que as pessoas que foram selecionadas iam ter liberação das suas unidades para compor a Casa de Parto. Outra facilidade foi à capacitação, não a capacitação técnica, que isso a gente já tinha e tinha só que se aperfeiçoar, mas a capacitação para sensibilização da proposta. Então, foram dados cursos de psicodramas; nós tivemos oficinas com o Espaço Mulher (Enfermeira Obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo).

E segundo a enfermeira Leila Gomes Ferreira de Azevedo a implantação da Casa de Parto atendeu aos interesses dos diferentes agentes, por um lado a gerencia da Saúde da Mulher da SMS-RJ e por outro a enfermagem obstétrica das diversas instituições que tiveram seus lucros na ocupação de posições no campo obstétrico do Rio de Janeiro:

Então, acho que foi uma relação que ambas as partes aproveitaram. A Secretaria (SMS-RJ) no sentido de que: “Poxa, essa profissional, se ela bancar, a gente vai estar conseguindo”. E a gente: “Ah, que bom, a Secretaria, ela vai nos garantir, então a gente vai”. Mas a gente não tinha idéia do que é ser hoje, toda essa experiência que a gente tem! (Enfermeira Obstétrica Leila Gomes Ferreira de Azevedo).

Neste processo, a enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe permaneceu na Chefia do Serviço de Enfermagem da Maternidade Alexander Fleming oferecendo suporte à nova chefia do Centro Obstétrico a enfermeira Eliane Barreto, objetivando a manutenção do espaço conquistado e a enfermeira Leila Gomes Ferreira Azevedo da Maternidade Leila Diniz foi nomeada Coordenadora da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Todos os movimentos de seleção, a casa já estava em andamento e tal, e chegou à hora de tomar esta decisão e foi um marco, porque. Na última hora, por diversas razões eu não fui [para a Casa de Parto], eu decidi ficar [na Maternidade Alexandre Fleming], fiz até uma carta na época... Eu falei: "Se eu for como é que vai ficar isso aqui [na Alexandre Fleming]? Quem é que vai reconstruir?" Porque teria que alguém ficar daquele grupo, com liderança e com conhecimento para começar tudo e chegar a não perder o espaço conquistado. Porque não adianta você ganhar um espaço e perder outro. Você tem que ganhar um espaço e manter o outro conquistado e assim ir ganhando novos espaços (Enfermeira Obstétrica Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe).

Essa decisão não foi um ato desinteressado, pois segundo Bourdieu, 2010, o interesse está presente em todas as condutas sociais, inclusive naquelas que parecem desinteressadas, havendo interesses simbólicos, ligados a investimentos de bens simbólicos que proporcionam ganhos simbólicos que são tão poderosos quantos os ganhos advindo do interesse material, que neste caso estavam relacionados à manutenção das posições ocupadas.

Por um outro lado, pode-se relacionar a escolha da enfermeira Leila Azevedo a partir de sua posição no campo obstétrico determinada pelo volume de seu capital (cultural, político e simbólico) acumulado, pois, em 1998 com a exoneração dos enfermeiros Fernando Rocha Porto, Elizabeth Rocha Cavalcante e Jane Baptista Quitete dos cargos de chefia do serviço de Enfermagem, da chefia do centro obstétrico e da direção de apoio técnico da maternidade Leila Diniz respectivamente, a enfermeira Leila Gomes Ferreira de Azevedo foi nomeada pelo diretor, o obstetra Marcos Augusto Bastos Dias, chefe do serviço de enfermagem da Maternidade Leila Diniz, permanecendo neste cargo no período de 1998 a 2002.

Salientamos que na época do PIAGP e durante o processo de criação da CPDCF, Marcos Augusto Bastos Dias, ascendeu na hierarquia do campo e ocupou uma posição de destaque na SMS-RJ, isto é o de gerente do programa de Saúde da Mulher da SMS-RJ. Logo esta aproximação política, pode ter interferido na escolha da coordenação da Casa de Parto David Capistrano Filho, pois segundo Bourdieu (2010), os agentes que ocupam melhores posições no campo e possuem um capital político acumulado são capazes de orientar processos a partir de suas decisões, e desta forma estabelecendo um campo político legítimo.

Desse modo, por uma outra ótica, temos a decisão da permanência da enfermeira Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe como Chefe do Serviço de Enfermagem da Maternidade Alexander Fleming, como uma estratégia determinante para a manutenção das posições ocupadas pela enfermagem obstétrica da Maternidade Alexander Fleming e para a sustentação da Casa de Parto que tinha na maternidade, sua referência e uma grande quantidade de enfermeiras com dupla inserção nesses espaços como pontuado na fala da coordenadora de Atendimento Integral a Saúde da SMS-RJ:

A Leila (Gomes Ferreira de Azevedo) volta do Japão com uma luz a mais, então a gente (gestores SMS-RJ) a escolheu como coordenadora, e a Edymara (Tatagiba Medina) também. Assim que já tinha sido pensada desde antes. A Silma (de Fátima da Silva Araújo Nagipe) também tinha ido ao Japão, também tinha sido pensada, mas agente (gestores da SMS-RJ) precisava de alguém na Fleming (maternidade Alexander Fleming) que assegurasse (Coordenadora Kátia Maria Netto Ratto).

Neste sentido, a atualização de seu *habitus* no Japão, permitiu que ela minimizasse a possibilidade da circulação dos agentes pela Maternidade Alexander Fleming e influenciassem na atualização de *habitus* pelo modelo médico.

Foi o ganho para as enfermeiras para estar mostrando o seu trabalho, um trabalho diferenciado daquele modelo biomédico, esse foi o ganho, e até estar comprovando através de números, de dados, o quanto a enfermagem obstétrica atua dentro da Maternidade Alexander Fleming. Estatisticamente, hoje são sessenta por cento dos partos realizados dentro da maternidade, são realizados por um grupo pequeno de enfermeiros obstétricos que ainda continuam lá atuando, ou seja, em dupla jornada, ou seja, por matrícula. Então é um grupo pequeno que ainda continua lutando e resistindo para estar atuando dentro daquele espaço (Enfermeira Obstétrica. Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe).

A manutenção das enfermeiras obstétricas selecionadas para a Casa de Parto David Capistrano Filho na escala da sala de parto da Maternidade Alexander Fleming, a partir da liberação da SMS-RJ para o estabelecimento do vínculo de dupla jornada, tais escolhas foram estratégicas no sentido de garantir a manutenção dos mesmos agentes que travaram lutas para ocupação do campo social neste campo, além de facilitar a relação entre a Casa de Parto David Capistrano e a Maternidade Alexander Fleming no momento de transferência de mulheres que necessitavam de atendimento médico obstétrico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo busquei descrever as circunstâncias da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado, analisar as estratégias de luta no processo de implantação das práticas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming e Discutir as repercussões da implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na Maternidade Alexander Fleming sobre o campo obstétrico.

A utilização do referencial teórico do sociólogo francês Pierre Bourdieu, permitiu a visualização do campo social da Maternidade Alexander Fleming a partir de um olhar mais apurado e direcionado para a compreensão da dinâmica das relações entre os agentes. Esta dinâmica foi determinante para distinção e para ocupação deste espaço pela enfermeira obstétrica.

No período estudado havia um contexto favorável à implantação do PIAEGP, que impulsionou a continuidade da atualização do *habitus* das enfermeiras que desde a década de 1980 vem participando da reconfiguração do campo obstétrico do Rio de Janeiro.

Tal contexto foi influenciado pelas perceptivas feministas das gerentes da SMS-RJ, pela afinidade destas perspectivas com os princípios do movimento de humanização do parto, pela parceria com a escola de Enfermagem da UERJ e pela posição política de agentes estratégicos na área da saúde da Mulher.

A participação de mulheres feministas em instâncias de implementação da política pública para o parto e nascimento, no Ministério da Saúde e Municipais de Saúde, influenciou a organização de serviços e as ações de saúde que atendiam também o movimento de humanização.

No campo da saúde, especificamente no campo obstétrico hospitalar, iniciava-se uma nova proposta de assistência ao parto, onde o modelo medicalizado, focado no profissional e na intervenção deveria ser superado, possibilitando a implantação de uma nova proposta de assistência obstétrica voltada para as escolhas femininas.

A proposta de um modelo humanizado de assistência obstétrica que valorizasse a fisiologia, a autonomia e capacidade da mulher em parir era o objetivo do Ministério da Saúde. Tal proposta foi bem aproveitada pelos gestores da SMS-RJ, que articularam propostas e direcionaram o processo de implantação e implementação da assistência humanizada ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro.

A implantação do PIAEGP na AP 3.3 foi uma estratégia utilizada pelos gestores da SMS-RJ, a partir do acúmulo de experiências bem sucedidas no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães e na Maternidade Leila Diniz, onde a figura da enfermeira obstétrica despontou como agente estratégico capaz de promover as mudanças no modelo de assistência ao parto.

O PIAEGP na AP 3.3 foi um projeto da SMS-RJ desenvolvido em diversas etapas. A primeira etapa foi a seleção das enfermeiras com interesse em atuar na atenção obstétrica através de remanejamentos internos na unidade e pela lotação das aprovadas em concurso público. A segunda etapa foi a de sensibilização destas profissionais segundo o ideário do movimento de humanização, que naquele momento, era representado na SMS-RJ, pelo Espaço Mulher e pelas gerentes da Área Técnica da Mulher. A terceira etapa foi a capacitação teórica ocorrida na FENF/UERJ, com duração de quatro meses. A última etapa foi o treinamento prático, com a inserção no campo segundo a escala de serviço da maternidade e inicialmente com a supervisão da enfermeira Jane Baptista Quitete.

A partir do capital institucionalizado acumulado durante a capacitação realizada pela FENF/UERJ, sob coordenação da Professora Maysa Ludovice Gomes, as enfermeiras atualizaram seu *habitus* profissional a partir da incorporação dos princípios da humanização do parto e nascimento e da reflexão sobre as questões de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Desta maneira estas agentes foram capazes de fazer uso de estratégias de luta para ocupar o campo obstétrico hospitalar da Maternidade Alexander Fleming. Evidenciamos que as lutas das enfermeiras pela defesa de sua identidade legítima e de suas práticas obstétricas humanizadas, iniciou-se com a organização das escalas de serviço, de maneira a manter sempre duas enfermeiras obstétricas no plantão, que acompanhava a escala da enfermagem no regime de plantões de 12 horas com 60 horas de descanso, e já não mais em plantões fixos que acompanhavam as equipes médicas como em estratégias anteriores, tal estratégia favoreceu o rompimento do domínio dos médicos no campo.

A partir da inserção no campo, para se distinguiram dentro do centro obstétrico da Maternidade Alexander Fleming, criaram o seu próprio território, a Sala de Relaxamento, que foi simbolicamente interdita ao médico.

A inserção das enfermeiras na Maternidade Alexander Fleming gerou alguns efeitos para o campo obstétrico do Rio de Janeiro, como foi o caso da reconfiguração do ensino do Curso de Especialização em Enfermagem da FENF/UERJ, que a partir da deliberação nº 04/00 (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2000) passou a adotar um enfoque metodológico e conceitual voltado para a Humanização, para desmedicalização e para os cuidados na gestação, parto e puerpério fisiológicos, o que de maneira geral, contribuiu para o movimento que apóia o parto como sendo um evento social e da sexualidade feminina. Este fato pode, estar contribuindo para a implementação das políticas de humanização, na melhoria da qualidade de assistência obstétrica e também na reconfiguração do campo obstétrico do Rio de Janeiro.

Logo, a universidade como órgão de formação, produção e divulgação de conhecimento, movida pela sua função social e política, tem o compromisso de continuar contribuindo na construção, consolidação e avaliação de um modelo assistencial capaz de gerar práticas não invasivas que estimulem o gestar, parir e nascer como eventos prazerosos da vida mulher e de sua família. Legitimar as práticas das enfermeiras obstétricas é colocar a ciência a serviço da comunidade, ampliando as possibilidades de escolhas das usuárias e de exercício da cidadania feminina.

Um outro efeito da implantação do PIEPG na AP 3.3. na Maternidade Alexander Fleming foi a influência desta unidade na construção da proposta da criação da Casa de Parto David Capistrano Filho, pois a partir da experiência bem sucedida na Maternidade Alexander Fleming, os agentes deste espaço puderam ocupar outras posições no campo obstétrico, o que é observado ao analisar a composição do grupo de criação do protocolo da Casa de Parto David Capistrano Filho onde faziam parte quatro enfermeiras da Maternidade Alexander Fleming de um grupo formado por doze enfermeiras, e esta relação vai adiante quando esta maternidade é definida como a unidade de referência da Casa de Parto David Capistrano Filho, além de ter em seu quadro de funcionários dez enfermeiras selecionadas para o grupo de dezoito enfermeiras para a atuação neste novo espaço.

As estratégias de lutas utilizadas para a atualização do *habitus* da enfermeira obstétrica no processo de implantação do a assistência de enfermagem da AP 3.3 na qual a Maternidade Alexander Fleming foram capazes de gerar efeitos capazes de influenciar a reconfiguração do

ensino de uma instituição de ensino superior (FENF/UERJ) e também de servir como um dos pilares para a implantação da primeira Casa de Parto do Rio de Janeiro.

Hoje, na cidade do Rio de Janeiro, já como resultado da inserção da enfermeira obstétrica na assistência à gestante a aos partos de baixo risco e com o investimento na formação pelos cursos financiados pelo Ministério da Saúde, pelos cursos regulares de Especialização da FENF/UERJ e através da parceria com a SMS-RJ, o campo obstétrico do Rio de Janeiro já obtém alguns lucros desta ocupação ao contar com enfermeiras obstétricas atuantes nas cinco grandes maternidades da rede municipal.

A participação destas enfermeiras obstétricas foi capaz de gerar mudanças profundas em um modelo de assistência, que permitiram o resgate do feminino e da fisiologia do parto e nascimento. Porém elas continuam travando lutas diárias para se manterem no campo, sendo importante para a consolidação da enfermagem obstétrica que novos profissionais formados nos preceitos do modelo humanizado de assistência ao parto possam estar incrementando as lutas neste campo.

Com base na análise dos resultados desta pesquisa e de outros estudos históricos presentes no projeto: O processo de humanização da assistência ao parto e nascimento: a participação da enfermeira na reconfiguração do campo obstétrico hospitalar foi possível elaborar um quadro (APÊNDICE G) comparativo que permite visualizar a evolução história da inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento, no campo obstétrico na cidade do Rio de Janeiro.

Ao finalizar esta etapa do meu caminho em busca do conhecimento científico na enfermagem, através desta dissertação de mestrado, percebo como a história dessas enfermeiras obstétricas esta presente e viva nos dias atuais, pois todas ainda são atuantes na enfermagem obstétrica, seja na assistência direta, na docência ou na gerência. Percebi que as estratégias utilizadas por elas podem influenciar a conquista de outros espaços da assistência obstétrica no Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, S.A. Reseña de “Respuestas por uma Antropologia reflexiva” de Pierre Bourdieu y Loic J. D. Wacquant. **Estudios sobre las culturas contemporâneas**, v. 4, n. 7, p. 165-168, 1998.

ACSELRAD, C. **Confidencias de um recém-nascido**. São Paulo: Scrotta, 1993.

AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO JAPÃO. **Informações do curso de treinamento para o Brasil**. Japão, 2006.

ALVAREZ, S.E.A. Globalização dos feminismos latino-americanos.
In: ALVAREZ, S. E.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (Org.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

BALASKAS, J. **Guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground, 1995.

BARROS, J. D’A. **O projeto de pesquisa em história: da escolha do tema ao quadro teórico**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

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

_____. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp, 2007.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999a.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1999b.

_____. **Esboço de auto-análise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001a

_____. **A miséria do mundo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001b.

_____. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002

_____. **O poder simbólico**. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. **Razões e práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1997.

_____. **As regras da arte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

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

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 2. ed. São Paulo: Livraria Francisco Alves, 1982.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Una invitación a la sociología reflexiva**. 2.ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008.

_____. **Réponses: pou une anthropologie réflexive**. Paris: Du Seuil, 1992.

BRANDÃO, Z.; ALTMAN, H. **Algumas hipóteses de transformação do habitus**. Rio de Janeiro: PUC, 2007.

BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá. outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 Jun. de 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**: manual técnico. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher: manual técnico. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

_____. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000a.

_____. Portarias nº 570 de 01 de junho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000b.

_____. Portarias nº 571, de 01 de junho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000c.

_____. Portarias nº 572, de 01 de junho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000d.

_____. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 06 ago. 1999.

_____. Portaria nº 2815/GM, de 29 de maio de 1998. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 jun. 1998a. Seção 1, p. 48.

_____. Portaria nº 2816/GM, de 29 de maio de 1998. Determina que no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar, SISA, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 jun. 1998b. Seção 1, p. 48.

_____. Portaria nº 163 de 22 de setembro de 1998. Regulamentar a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 set. 1998c. nº 183.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1-24

BUNCH, C. Transforming human rights from a feminist perspective. In: PETERS, J.; WOLPER, A. (Ed.). **Women's human rights: international feminist perspectives**. New York: Routledge, 1995.

BUTEGWA, F. International human rights law and practice: implications for women. In: SCHULER, M. (Ed.). **Basic needs to basic rights: women's claim to human rights**. 1998. Disponível em: <<http://www.cwgl.rutgers.edu>> Acesso em: 14 jan. 2002.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M. **Gênero e meio ambiente**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CAVALCANTI, L.F. **O Paism e a configuração da rede de assistência à saúde da mulher no município do Rio de Janeiro**. 1998. Disponível em: <<http://www.geocities.com/CollegePark/Den/4853/index2.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2008.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Pequim. **Anais...** Geneva: Organização Mundial de Saúde, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução nº 196/96. Aprova as **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.

CONSENSUS CONFERENCE ON APPROPRIATE TECHNOLOGY FOLLOWING BIRTH, 1986, Trieste. **Summary...** Trieste: WHO, 1986.

CONSENSUS CONFERENCE ON APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH, 1985, Fortaleza. **Summary...** Fortaleza: WHO, 1985.

COSTA, G. F. **Solidariedade e Soberania nos discursos sobre “mulher” nas Conferências do Cairo e de Beijing**. 2003. 147p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Relações Internacionais Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=4045@1>. Acesso em: 12 jun. 2009.

COUTO, C. G.; ABRUCIO, F. **O segundo governo FHC: coalizões, agendas e instituições**. São Paulo: Tempo Social, 2003.

CURSO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NAS CASAS DE PARTO DO JAPÃO, 2003, Japão. **Relatório do treinamento...** Japão: [s. n.] 2003.

DAVIM, R.M.B.; MENEZES, R.M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 62-68, 2001.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência de maternidade Leila Diniz**. 2002. [220]f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DRAIBE, S. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social**. São Paulo: Tempo Social, 2003.

DUNDES, L. A evolução da posição materna de parto. **Am. J. Public Health**, v. 77, n. 5, p. 636-641, 1987.

FEGHALI, J. Gênero e controle social na saúde: a omissão dos governos e os limites do monitorado. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Org.). **Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília, DF: ABRASCO, 2000. p. 35-60.

FERNANDES, B. M. **A Casa de Parto da faculdade de enfermagem da universidade federal de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil assistencial e a percepção das usuárias**. 2004. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FIGUEIREDO, N M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004

FRIEDMAN, E. Women's human rights: the emergence of a movement. In: PETERS, J.; WOLPER, A. (Eds.). **Women's human rights: international feminist perspectives**. New York: Routledge, 1995.

GIAMBIAGI, F. et al. **Economia brasileira contemporânea (1945-2004)**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GIFFIN, K. IV Conferência Mundial sobre a Mulher: ação para igualdade, desenvolvimento e paz, Beijing, 1995; Editora Fiocruz. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 1997. Resenha. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200025&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 nov. 2009.

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18, supl., p. 103-112, 2002.

GUALDA, M.D.R. Os vazios da assistência obstétrica: reflexões sobre o parto a partir de um estudo etnográfico. **Rev Enf. USP**, v. 1, n. 3, p. 332-336, dez. 1994.

GOMES, V. L.O.; BACKES, V.M.S.; VAZ, M.R.C. Aplicação dos conceitos bourdieusianos de campo, habitus e capital ao campo da enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 81-86, 2005.

GÓMEZ, E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. **Rev. Panam. Salud Pública.**, v. 11, n. 5, p. 327-334, 2002.

HAGUETTE, J.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 6. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HELD, D.; MCGREW, A. **Prós e contras da globalização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT, 1994, Cairo.
The Population and Development Programme of Action adopted at the ... New York:
United Nations, 1995.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2006, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.

KLAUS, M.; KENNEL, J. H. **Parto, nascimento e formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAVILLE, C.; DIONNE, L. A. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Perinatalidade no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S4-S5, 2004.

LIMA, K.R.S. **Reforma da educação superior nos anos de contra-revolução neoliberal: de Fernando Henrique à Luiz Inácio Lula da Silva**. 2005. 469f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

LOPEZ, I. Novas iniciativas combatem o excesso de cesarianas e intervenções nas gestantes e propõem a volta de métodos mais naturais. **Rev. Problemas Brasileiros**. São Paulo, SESCSP, n. 335, set./out. 1999. Disponível em:
<http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao1>. Acesso em: 10 maio 2009.

MALDONADO, C. E. **Human rights, solidarity, and subsidiarity: essays towards a social ontology**. Washington, D.C.: The Council for Research in Values and Philosophy, 1997.

MELO, J.V. **Ruth Cardoso, despedida e homenagem**. In: MULHERES de olho em 25 de junho de 2008. Disponível em:
<http://www.spm.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=78&Itemid=104>. Acesso em: 29 jun. 2009.

MENDES, I. A. C. A saúde no Brasil e América Latina: as metas do milênio da ONU e o papel da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 845-850, 2004.

MESA-LAGO, C. O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. **Nueva Soc.**, San José, CR, n. esp, p. 115-131, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 1998.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MISOCZKY, M.C.A. Implicações do uso das formulações sobre campo de poder e ação de bourdieu nos estudos organizacionais. **Rev. Adm. Contemp.**, v.7, n. esp., p. 9-30, 2003.

MONTGOMERY. M. **O novo pai**: a dimensão da paternidade. São Paulo: Saraiva, 1992.

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. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=856>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MOUTA, R.J.O.; PROGIANTI, J.M. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na Implantação de práticas do modelo humanizado em Maternidades. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 165-169, 2009a.

_____. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 731-740, 2009b.

NEGRÃO, J.J. **Para conhecer o neoliberalismo**. São Paulo: Publisher Brasil, 1998.

NOGUEIRA, M. A.; NOGUEIRA, C.M.M. **Bourdieu & a Educação**. Belo Horizonte: Autentica, 2004.

NUNES, S. P. O bebê: parceiro na relação. **Saúde em foco**, n. 14, p. 48-49, 1996.

OLIVEIRA, S. R.; PICCININI, V. C. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. **Cadernos Ebape**, v. 7, n. 1, p. 89-98, 2009. Disponível em:
<http://ead.mackenzie.br/mackenzievirtual/file.php/13041/METODOLOGIA/TEXTOS_QUALI/OLIVEIRA_PICCININI_Validade_e_reflexividade_na_pesquisa_qualitativa_2009_.pdf>.
Acesso em: 19 jul. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da ONU sobre a Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social**. São Paulo: Konrad Adenauer Stiftung, 1995. (Série Traduções, n. 8)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos: recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, Ano V, n. 14, p. 52-[55], Nov. 1996b

OSAVA, R.H.; TANAKA, A.C.A. Os paradgimas da enfermagem obstétrica. **Rev. Enf. USP.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, 1997.

PEREIRA, A.L.F. **O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao parto e nascimento**. 2001. 261f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

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

PETTMAN, J. J. Gender Issues. In: BAYLIS, J.; SMITH, S. (Ee.). **The Globalization of World Politics**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

PIERRE Bourdieu. In: **Wikipédia**: a enciclopédia livre. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pierre_Bourdieu>. Acesso em: 10 mai 2010.

PINHEIRO, M.C.; WESTPHAL, M.F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

PINSKY, J. **O Brasil no contexto**: 1987-2007. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2007.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

PROGIANTI, J. M. **Enfermeiras obstetras: nem anjos, nem bruxas**. Estratégias de sobrevivência à opressão masculina. 1995. [135f]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

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

PROGIANTI, J.M.; LOPES, A.S.; GOMES, R.C.P.A. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 273-277, set./dez. 2003.

PROGIANTI, J.M.; MACÁRIO, M.P.; MEQUITA, R.F. **Proposta de atuação da enfermagem no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães**. Rio de Janeiro, 1988. Mimeografado.

PROGIANTI, J. M.; SANNA, M. C. Diálogos sobre a aplicação da história oral nos estudos de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 57-61, 2002.

RACY, J. C. Economia brasileira contemporânea (1945-2004), Resenha. **Rev. Econ. Mackenzie**, São Paulo, ano 3, n. 3, p. 172-185, 2005.

RAO, A. The politics of gender and culture in international human rights discourse. In: PETERS, J.; WOLPER, A. (Ee.). **Women's human rights international feminist perspectives**. New York: Routledge, 1995.

REDE FEMINISTA DE SAUDE. **Dossiê Humanização do Parto**. 2002. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. **Carta de Campinas**. Campinas, 1993.

REZENDE, A. P.; DIDIER, M. T. **Rumos da história**: história geral e do Brasil. São Paulo: Atual, 2001.

RIO DE JANEIRO (RJ). Decreto nº 20996. Programa de Qualificação da Assistência Perinatal na cidade do Rio de Janeiro 2001/2004. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 18 jan. 2002, Encarte, p. 1-6.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Convênio de cooperação técnico-científica que entre si celebram, o município, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade do estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Diagnóstico obstétrico e neonatal na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1993.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Apoio Didático e Tecnologia Educacional. **Hospital Municipal Maternidade Alexander Fleming**. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editionsectionid=155>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Espaço Mulher - Quem somos!**. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/espacomulher/>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Programas de Saúde da Mulher. **Oficinas de Sensibilização-Planejamento**, 1998a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à gestante e a parturiente – AP 3.3**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1998b.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica** HMAF. Rio de Janeiro: Secretária Municipal de Saúde, 2001.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Quinto termo aditivo ao convênio de cooperação técnico-científica firmada em 23 de junho de 1992 entre a Universidade do estado do Rio de Janeiro e o Município do rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução nº 1010, de 17 de setembro de 2003. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ, 24 set. 2003. p. 23.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 921 de 11 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Poder Executivo, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2002. Disponível em: <www.doweb.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 1040 de 27 de setembro de 2002. Cria o grupo de trabalho para a implantação da casa de parto. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Poder Executivo, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2004, p. 28. Disponível em: <www.coweb.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 1041 de 27 de setembro de 2002. Cria o grupo de trabalho para a implantação da casa de parto. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Poder Executivo, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, 12 de fevereiro de 2004, p. 27-28. Disponível em: <www.coweb.rio.rj.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2010.

SABATINO, H. **Assistência ao parto em mulheres de um grupo alternativo**. Campinas, 1996. Mimeografado.

SACRAMENTO, M.T.P. **Cursos de especialização em enfermagem obstétrica no Rio de Janeiro**: temática e vivências das egressas e coordenadoras. Rio de Janeiro. 2005. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SAKAGUCHI, K. Relatório: informe das principais atividades da JICA Brasil, n. 14. In: **Estamos ampliando o modelo japonês de parto e cuidado neonatal humanizado!** Disponível em: <<http://www.jica.org.br/br/jicahoje/newsletter.php>>. Acesso em: 29 maio 2009.

SANTOS, S. P. **O processo de implantação da assistência de alto risco do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães**: a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. 2006. [91f]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

SINGER, A. Saúde. In: LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. **A era FHC**: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

SERRA, J. **Davi Capistrano Filho**: a ausência. O Estado de São Paulo, São Paulo, 19 nov. 2000. Disponível em: <http://www.obore.com/memorial/jose_serra.html>08/07/2009. Acesso em: 16 maio 2009.

TIEZZI, S A Organização da Política Social do Governo Fernando Henrique. **São Paulo Perspec.**, v. 18, n. 2, p. 49-56, 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Deliberação nº 004/00, de 02 de fevereiro de 2000**. Autoriza a reestruturação do Curso de Especialização em Enfermagem da Mulher e Obstetrícia Social que passa a denominar-se Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

_____. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Deliberação nº 044/96, de 18 de novembro de 1996**. Autoriza a reformulação do Curso de Especialização em Enfermagem da Mulher e Obstetrícia Social. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

_____. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Deliberação nº 008/06, de 19 de janeiro de 2006**. Autoriza a criação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Modalidade de Residência. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

_____. Faculdade de Enfermagem. **Informações Institucionais do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica financiados pelo MS**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2005a.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Faculdade de Enfermagem. **Plano de trabalho descrição do projeto**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2004a.

_____. Faculdade de Enfermagem. **Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – 2003 para o Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2004b.

_____. Faculdade de Enfermagem. **Relatório do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – 2005 para o Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2005b.

_____. Faculdade de Enfermagem. **Relatório Técnico do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica para OMS/OPAS**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, 2005c.

_____. Sub-reitoria de Extensão e Cultura. **Cadastro de curso de extensão: capacitação de enfermeiras(os) obstétricas(os) na assistência de enfermagem à mulher no processo de gestação e parto normal**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998a.

_____. Sub-reitoria de Extensão e Cultura. **Relatório de curso de extensão: projeto de implantação da assistência de à gestante e a parturiente – AP 3.3 SMS/RJ**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998b.

URBANEJA, M. Género e equidade: desafios de los procesos de reformas sectoriales de salud. In: COSTA, A. M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Org.). **Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília, DF: ABRASCO, 2000. p. 129-144.

VALLADARES, D.P. **Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1998. Mimeografado.

VARGAS, V. A Conferência de Pequim e o papel da ONU na agenda global. **Cadernos do Observatório da Cidadania IBASE**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 79-80, 2000.

VICENTINO, C.; DORIGO, G. **História para o ensino médio: história geral e do Brasil**. São Paulo: Scipione, 2002.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology**. Australia: ACE Graphics, 1994.

WATERMAN, P. **Globalization, social movements and the new internationalism**. London: Continuum, 2001.

WILLIAMS, M. C. (Ed.). **Critical security studies: concepts and cases**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION CONSENSUS CONFERENCE ON APPROPRIATE TECHNOLOGY FOLLOWING BIRTH, 1986, Trieste. **Summary Report...** Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1986.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para as enfermeiras obstétricas

Nome:

Tempo de atuação profissional:

Período de atuação na Maternidade:

Telefone para contato:

Data da entrevista:

Local:

Iniciar Gravação

- Agradecer pela participação como depoente;
- Esclarecer acerca do assunto da entrevista;
- Assegurar a privacidade da autoria do depoimento na dissertação; e
- Garantir o retorno do resultado da pesquisa.

Pergunta Inicial:

Como foi estar inserida(o) na Maternidade Alexander Fleming no que diz respeito a sua atuação na assistência ao parto normal?

PARTE I: Descrição da inserção das enfermeiras na Maternidade Alexander Fleming

Nesta parte, será abordado como foi às escolhas profissionais, sua formação na Universidade, e de que maneira exerceram as profissões escolhidas, como foi à inserção das profissionais na Maternidade Alexander Fleming e como era a sua atuação na assistência ao parto após a inserção.

1) Onde se formou e fez sua especialização em enfermagem obstétrica?

2) Como soube da inserção de Enf^{as(os)} obstétricas(os) na Maternidade Alexander Fleming

3) Como decidiu ir para o centro obstétrico nesta instituição?

4) Que inserção você tinha na Enfermagem Obstétrica?

5) O que você fez para conseguir atuar no centro obstétrico?

6) Como era assistir aos partos no início da inserção da enfermeira(o) na sala de parto da maternidade?

PARTE II: Estratégias para implantação de práticas humanizadas na assistência ao parto.

Nesta parte da entrevista, as depoentes irão relatar como foi a elaboração das estratégias para implantação da assistência humanizada ao parto assistido pela(o) profissional enfermeira(o) obstétrica(o).

- 1) Quais alianças fizeram para implantação da assistência ao parto pela enfermeira(o)?
- 2) O que precisaram ceder para a inserção?
- 3) Como e com quem eram os embates para a implantação desta assistência?
- 4) A partir da capacitação/especialização iniciada em 1998, o que mudou em seu cuidado? Como você analisa isso?

PARTE III – Ganhos Simbólicos das Enfermeiras Obstétricas da Maternidade Alexander Fleming

Nesta parte da entrevista, as depoentes falarão das técnicas desenvolvidas após a implantação da assistência ao parto pela enfermeira(o) obstétrica(o), além de relatarem como ficou o campo obstétrico(sala de parto/pré-natal) da instituição e o destino profissional deles até 2004 (inauguração da Casa de Parto).

- 1) Que práticas começaram a ser desenvolvidas pela enfermagem após a inserção da enfermeira(o) obstétrica(o) na assistência ao parto?
- 2) O que mudou na maternidade após a implantação desta assistência?
- 3) Depois de 2004 para onde vocês foram? O que fizeram depois?

PARTE IV – Reconsideração da trajetória das Enfermeiras Obstétricas.

Na última parte da entrevista, as(os) depoentes tem oportunidade de reconsiderar sua trajetória de vida. Neste espaço, elas falaram como se sentem hoje, diante de sua escolha profissional, e fizeram uma reflexão e uma avaliação de seu passado.

- 1) Hoje como se sentem diante de sua escolha profissional?
- 2) O que vocês fazem hoje em relação à enfermagem obstétrica?
- 3) Como a sua inserção na Maternidade Alexander Fleming modificou seu fazer como Enfermeira Obstétrica.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para enfermeiras capacitadoras

Nome:

Tempo de atuação profissional:

Período de atuação na Maternidade:

Telefone para contato:

Data da entrevista:

Local:

Iniciar Gravação

- Agradecer pela participação como depoente;
- Esclarecer acerca do assunto da entrevista;
- Assegurar a privacidade da autoria do depoimento na dissertação; e
- Garantir o retorno do resultado da pesquisa.

Pergunta Inicial:

Como foi estar inserida no processo de capacitação de enfermeiras para atuação na sala de parto desta unidade diz respeito a sua atuação neste movimento?

PARTE I: Descrição da inserção das enfermeiras no processo de capacitação da Maternidade Alexander Fleming

Nesta parte, será abordado que fatores foram determinantes para que elas fossem as responsáveis pelo processo de capacitação das enfermeiras para atuação na sala de parto destas maternidades, como foi sua formação na Universidade, e de que maneira exerciam suas profissões e como era a sua atuação na assistência ao parto naquele momento?

- 1) Onde se formou e fez sua especialização em enfermagem obstétrica?
- 2) O que você fazia antes de dar início à capacitação?
- 3) Que inserção você tinha na Enfermagem Obstétrica?
- 3) Como foi a decisão de fazer parte deste processo de capacitação nesta instituição?
- 6) Como era fazer parte deste momento de inserção da enfermeira(o) na sala de parto da maternidade?

PARTE II: Estratégias para implantação de práticas humanizadas na assistência ao parto.

Nesta parte da entrevista, as depoentes irão relatar que estratégias foram utilizadas a partir do processo de capacitação para a implantação da assistência humanizada ao parto assistido enfermeira(o) obstétrica(o).

- 1) Quais alianças fizeram para implantação da assistência ao parto pela enfermeira(o)?
- 2) O que precisaram ceder, para dar início a implantação da assistência por enfermeiras(os)?
- 3) Como e com quem eram os embates para a implantação desta assistência naquele momento?
- 4) A partir da participação na capacitação em 1998, o que mudou na sua vida profissional? Como você analisa isso?

PARTE III – Ganhos Simbólicos das Enfermeiras envolvidas na capacitação para inserção da enfermeira(o) obstétrica(o) na assistência ao parto.

Nesta parte da entrevista, as depoentes falarão das práticas / técnicas ensinadas durante a capacitação, além de relatarem o que influenciou na experiência passada as enfermeiras da maternidade, como ficou o campo obstétrico da instituição após a saída delas e qual foi o destino profissional delas até 2004 quando foi inaugurada a Casa de Parto-RJ.

- 1) Que práticas obstétricas foram ensinadas à enfermeira(o) obstétrica(o)? E estas foram baseadas em que princípios?
- 2) Você pode acompanhar o processo de implementação do que foi proposto na capacitação? Como você avalia este processo?
- 3) Depois que terminou a capacitação em que cenário você estava? O que fizeram depois?

PARTE IV – Reconsideração da trajetória das Enfermeiras Obstétricas.

Na última parte da entrevista, as(os) depoentes tem oportunidade de reconsiderar sua trajetória de vida. Neste espaço, elas falaram como se sentem hoje, diante de sua escolha profissional, e fizeram uma reflexão e uma avaliação de seu passado.

- 1) Hoje como se sentem diante de sua escolha profissional?
- 2) O que vocês fazem hoje em relação à enfermagem obstétrica?
- 3) Como a sua inserção no processo de implantação do modelo humanizado na Maternidade Alexander Fleming modificou seu fazer como Enfermeira Obstétrica.

APÊNDICE C – Solicitação de autorização para utilização de nome da instituição

Essa pesquisa é qualitativa descritiva com abordagem histórica e que tem como objeto: A luta das enfermeiras pela ocupação do espaço hospitalar de assistência ao parto durante o processo de implantação da assistência humanizada na Maternidade Alexander Fleming, no período de 1998-2004 e possui os seguintes objetivos: Descrever as circunstâncias da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado na Maternidade Alexander Fleming, analisar as estratégias de luta utilizadas para implantar as práticas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming, discutir os efeitos das estratégias na reconfiguração do campo obstétrico do Rio de Janeiro. Para desenvolver esta pesquisa, que visa atender a exigência de elaboração da dissertação de pós-graduação *strictu sensu* (Mestrado) em Enfermagem, torna-se necessário à utilização do nome da Instituição a ser pesquisada que pertence à Secretaria de Saúde desta Prefeitura, para divulgação e publicação.

Solicitamos, portanto, autorização desta chefia para desenvolver a citada investigação autorizando a autora do projeto de pesquisa Aline Bastos Porfirio da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob a orientação da professora orientadora Dr^a Jane Márcia Progianti, utilizar as informações obtidas para, elaboração do estudo, garantindo o anonimato das enfermeiras se elas assim desejarem.

_____	_____
Local e Data	Assinatura da Chefia
Autor:	_____
Professora Orientadora:	Mestranda Aline Bastos Porfirio
Diretora da faculdade de Enfermagem UERJ:	_____
	Dr ^a Jane Márcia Progianti

	Dr ^a Sônia Acioli de Oliveira

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Assinando este documento, estou dando meu consentimento para ser entrevistado pelo mestrando da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa descritiva e com abordagem histórica que tem como objeto: O objeto deste estudo é a luta das enfermeiras pela ocupação do espaço hospitalar de assistência ao parto durante o processo de implantação da assistência humanizada na Maternidade Alexander Fleming, no período de 1998-2004 e possui os seguintes objetivos: Descrever as circunstâncias da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado na Maternidade Alexander Fleming, analisar as estratégias de luta utilizadas para implantar as práticas humanizadas na Maternidade Alexander Fleming, discutir os efeitos das estratégias na reconfiguração do campo obstétrico do Rio de Janeiro.

Esta entrevista tem garantia livre, portanto, fui informado (a) de que após seu início, posso recusar-me a responder qualquer pergunta específica, bem como interromper a minha participação a qualquer momento. Disseram-me que as gravações em CD (Compact Disk) e os depoimentos escritos serão doados ao Centro de Memória Nalva Pereira Caldas (CMNPC) para que outros pesquisadores façam uso desta fonte primária. Estou também ciente que caso, eu não autorize a doação do CD ao referido Centro, o meu depoimento oral será usado somente para esta pesquisa e será destruído após o término da mesma. Entendo que estou autorizando a transcrição do depoimento para que seja utilizado nas publicações científicas pelos autores envolvidos. Fui informado (a) de que por ser um estudo histórico meu nome será divulgado, caso eu não concorde com esta divulgação, os autores garantirão meu anonimato inclusive no material que será doado ao CMNPC.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, e que a mestranda de enfermagem Aline Bastos Porfírio e a professora orientadora Dr^a Jane Márcia Progianti, são pessoas com quem devo contar no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos de participante.

Local e Data

Assinatura do Respondente

Assinatura do Pesquisador⁴⁷

⁴⁸Orientadora

⁴⁷ Aline Porfírio – contatos: tel (0XX21) 95679444 e-mail: alinebastosporfirio@yahoo.com.br

⁴⁸ Jane Progianti – contatos: tel (0XX21) 97613867 / e-mail: jmprogi@uol.com.br

APÊNDICE E – Termo de cessão de direitos sobre depoimento oral

Pelo presente documento,

Nome:.....

Naturalidade:.....

Estado civil:.....

Profissão:.....

RG:..... Órgão Emissor:..... Emissão em.....

CPF:.....

Residente e domiciliado à.....

Cede e transfere neste ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo ao Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da Faculdade de Enfermagem da UERJ a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia.....na cidade, perante a pesquisadora Aline Bastos Porfirio.

1. Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário,....., proprietária originária do depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente, o direito ao exercício pleno dos seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.
2. Fica, pois o Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da Escola de Enfermagem da UERJ plenamente autorizado a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 02(duas) vias de igual teor e para um só efeito.

.....,

Local

.....

Data

Centro de Memória Nalva Pereira Caldas da Escola de Enfermagem da UERJ

Nome da entrevistada: _____

TESTEMUNHAS:

Nome legível

Nome legível

APÊNDICE F – Síntese dos documentos oficiais e institucionais (continua)

Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
01	Diário Oficial da União	copia	digitação	Ministério da Saúde	29//05/1998	MS
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Portaria nº 2815/GM		Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiras	Inclui na tabela do sih o grupo de procedimentos referentes ao parto normal sem distocia por enfermeiro obstetra inclusive analgesia no parto			
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
02	Oficial	copia	digitado	JICA	2003, Japão	JICA
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Curso de assistência ao parto humanizado na maternidade nas casas de parto do Japão		Plano geral do curso de capacitação que é resultado de um acordo do Ministério da Saúde com a JICA(Japão) para a capacitação de profissionais para atuarem nos centros de parto normal Brasil	Capacitar gestores para promoção de uma rede de apoio ao parto humanizado, e enfermeiras para praticar conceitos e técnicas relacionadas ao parto humanizado.	Em 2002 As Enf Obst. Silma Nagipe (Alexander Fleming) e Leila Gomes(Leila Diniz) foram ao Japão para na primeira turma de capacitação		
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
03	Diário Oficial da União	Cópia	digitação		05/08/1999	
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Portaria 985/GM,		Casa de Parto	Regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal			
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
04	Oficial	Cópia	digitação	COFEN	03/12/1999	COFEN
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Resolução COFEN 223/99		Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal		Dispõe sobre as competências das: Enf ^{as} obstétricas, Obstetizes e Especialistas Enf. Obst.		

Quadro 3 - Síntese dos documentos oficiais e institucionais (continua)

Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
05	Diário Oficial da União	Cópia	Digitização	Ministério da Saúde	01/06/2000	MS
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Portaria GM569		Humanização no pré-natal e nascimento	Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento			
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
06	Diário Oficial da União	cópia	impressão	Ministério da Saúde	Brasília Agosto /1995	Ministro da Saúde Adib Jatene Prefeito RJ César Epitáfio Maia
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Convênio nº 14/95		Celebram a união federal (MS e FNS) com a Prefeitura do Rio de Janeiro	Transferência da gestão administrativa e financeira das maternidades para a prefeitura			
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
07	Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro	cópia	impressão	SMS/RJ	Rio de Janeiro Abril /1997	Prefeito RJ Luiz Paulo Fernandez Conde
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Lei 2542 De 28 de abril de 1997			Cria na estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde as unidades assistenciais hospitalares e ambulatoriais em decorrência do convênio 14/95 celebrado entre governo federal e a prefeitura do Rio de Janeiro.	Cria-se um cargo comissionado de diretor III (DAS-7) e três funções gratificadas de Chefe I (DAÍ-6). Três cargos de comissão de diretor de divisão (DAS-6)		A representante da divisão de apoio técnico (DAS-6) era a enfermeira Jane Quitete.

Quadro 3 - Síntese dos documentos oficiais e institucionais (continuação)

Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
08	Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro	cópia	impressão	SMS/RJ	Rio de Janeiro setembro /1997	Prefeito RJ Luiz Paulo Fernandez Conde
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Lei 2542 De 28 de abril de 1997		Republicação da lei em decorrência da decisão da câmara municipal do Rio de Janeiro, que em 20 de agosto de 1997 rejeitou os vetos parciais.				
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
09	Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro	cópia	impressão	SMS/RJ	Rio de Janeiro junho /1997	Prefeito Rj Luiz Paulo Fernandez Conde
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Decreto “N” nº 15846 De 16 e junho de 1997.		Altera a codificação institucional da secretaria municipal de saúde	Descrever as competências dos órgãos recodificados.	Define o que a instituição deve proporcionar bem como cada um de seus núcleos.		
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
10	Declaração	cópia	digitação	SMS/RJ	Rio de Janeiro setembro /2005	Diana Prado Valladares Coordenadora S/ cap-2.1
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Declaração		Declaração para fins de currículo	Declarar que a enfermeira Jane Quitete esteve lotada na gerencia do programa de saúde da mulher – PAISM entre junho de 1998 e março de 1999 ocupando o cargo de gerente.	Participou da capacitação das enfermeiras do PIAEGP AP 3.3 (sala de parto e pré-natal na MAF.		

Quadro 3 - Síntese dos documentos oficiais e institucionais (continuação)

Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
11	Diário Oficial da União	cópia	digitação	Ministério da Saúde	01/06/2000	MS
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Portaria GM 572		Assistência ao parto	Institui o componente III do phpn - nova sistemática do pagamento à assistência ao parto			
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
12	Diário oficial do município	cópia	impressão	SMS-RJ	17/09/2003	SMS-RJ
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Resolução SMS Nº 1010		Remanejamento de enfermeiras obstétricas lotadas nas unidades da rede da SMS-RJ.	Preencher vagas abertas com a lotação dos profissionais da CP e ampliar a assistência de enfermagem obstétrica nas maternidades onde a assistência já é prestada	10 vagas disponíveis para a MAF		
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
13	Conteúdo programático	cópia	impressão	SMS-RJ	Agosto 1998	Gerência de programas de saúde da mulher
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Planejamento das oficinas de sensibilização		Contém temas e metodologias abordadas na	Sensibilizar o grupo selecionado.	Participaram as enfermeiras		Planejamento das oficinas de sensibilização
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
14	Oficial	cópia	impressão	MAF	RJ, 2000	MAF
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Protocolo de utilização da sala de relaxamento			Favorecer a evolução do trabalho de parto	Protocolo de utilização da sala de relaxamento		

Quadro 3 - Síntese dos documentos oficiais e institucionais (continuação)

Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
15	Publicação Governamental	original	digitação	Ministério da Saúde	1995	
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Plano de ação para Reduzir a mortalidade materna		Reduzir a mortalidade materna	Oferecer subsídios a elaboração de planos locais	Âmbito municipal e estadual		Uma das estratégias é estimular a formação e atuação das enfermeiras obstétricas.
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
16	Oficial	Cópia	impressão	SMS-RJ-FENF/UERJ	Novembro 1996	SMS-RJ-FENF/UE RJ
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Projeto de Implantação da assistência de Enfermagem à gestante e à parturiente – AP 3.3.			Contribuir para a melhoria dos indicadores perinatais, através do investimento em recursos humanos na área de enfermagem	Contém etapas da implantação		
Ordem de fontes	Tipo de documento	Original/cópia	Tecnologia empregada	Origem	Local e data	Autor
17	Oficial	Cópia	impressão	SMS-RJ	Junho 2001	MAF
Título		Assunto	Objetivo	Informações pertinentes		Observações
Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica		Documentação validada pelo grupo e pela instituição que regulamentasse as ações de enfermagem	Oferecer a gestante assistência integral e humanizada com atenção aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.	Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica		Documentação validada pelo grupo e pela instituição que regulamentasse as ações de enfermagem

Quadro 3 - Síntese dos documentos oficiais e institucionais (conclusão)

APÊNDICE G – Síntese da participação da enfermeira obstétrica na construção do modelo humanizado no Rio de Janeiro

Modelos	Medicalizado Pré-humanização 1988-1994	Transição 1994-1998	Humanístico 1998-2004	Humanístico Desmedicalizado 2004
Local	IMMFM	MLD	MAF	CPDCF
Objetivo	Reduzir asfixia perinatal no acompanhamento do trabalho de parto.	Resgatar fisiologia do parto, protagonismo da mulher e capacitar profissionais médicos para a assistência humanizada.	Melhoria de indicadores perinatais a partir da qualificação de Enfermeira obstétrica para implantar práticas obstétricas humanizadas.	Incentivar o parto normal e a redução de intervenções, participação da mulher nas decisões e coordenação exclusiva de enfermeiras.
Estratégias	Reprodução do modelo biomédico, treinamento com médicos, plantão fixo.	Sensibilização, Procura da especialização para o acúmulo de capital; Elaboração de um projeto próprio da Enfermagem obstétrica (PAPNEO); divulgação dos resultados na mídia e no meio acadêmico; plantão fixo.	Sensibilização de enfermeiras; Capacitação através da parceria SMS-RJ e FENF/UERJ; Elaboração de protocolos de Enf. Obst.; Criação da sala de relaxamento (distinção); Plantão conforme escala da enfermagem	Alianças com segmentos da sociedade civil organizada (ex: comunidade, movimento de mulheres), com as escolas de enfermagem, ONGs e associações de classe.
Lucros	Ocupação do espaço de assistência ao parto hospitalar	Ocupação do espaço de assistência ao parto humanizado; Apropriação de práticas obstétricas diferenciadas; Ascensão profissional dos agentes; Reconhecimento.	Reconfiguração do ensino da FENF/UERJ; Vínculo com CPDCF; Consolidação da ocupação do espaço de assistência ao parto no hospital.	Manutenção do modelo humanizado na Casa de Parto sem a participação direta de médicos, autonomia, prestígio da enfermeira que ocupou posição de destaque no campo obstétrico do RJ.
Habitus	Manutenção das disposições medicalizadas no desenvolvimento das práticas obstétricas	Reconfiguração das disposições medicalizadas para humanizadas no desenvolvimento das práticas obstétricas	Atualização das disposições humanizadas sob influência das contradições entre os dois modelos.	Consolidação das disposições atualizadas no desenvolvimento das práticas obstétricas humanizadas.

Quadro 4 - Síntese da participação da enfermeira obstétrica na construção do modelo humanizado de assistência ao parto no campo obstétrico da cidade do Rio de Janeiro

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 269A/2009

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-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:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Cordenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rafael Aron Abitbol Sandra Regina Victor</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p align="center">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 188/09 CAAE: 0219.0.314.000-09 e 0220.0.314.000-09</p> <p>TÍTULO: A luta das enfermeiras pela ocupação do espaço hospitalar de assistência ao parto durante o processo de implantação da assistência humanizada na Maternidade Alexander Flemming e Herculano Pinheiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Aline Bastos Porfírio.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Maternidade Alexander Flemming e Maternidade Herculano Pinheiro.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 09/11/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

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/SMSDC 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.


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO B – Fluxograma da Sala de relaxamento da maternidade Alexander Fleming

PREFEITURA
SAÚDE
 SUBSECRETARIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
 COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA AP-3.III
 HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA SALA DE RELAXAMENTO

Objetivo Geral:

Favorecer a evolução do trabalho de parto utilizando tecnologias não farmacológicas que ofereçam à mulher segurança, privacidade e empoderamento.

Objetivos Específicos:

1. Favorecer o trabalho de parto ativo.
2. Favorecer o parto natural.
3. Oferecer à mulher condições favoráveis ao contato com seu cérebro primitivo.
4. Reduzir as taxas de cesariana da unidade.
5. Reduzir as intervenções desnecessárias.

Possibilidades de escolha da mulher:

1. Presença de acompanhante de sua escolha.
2. Música ambiente.
3. Massagens manuais ou com massagedores de madeira.
4. Fisiobol.
5. Banho de aspersão, compressas mornas.

Subma/qf 

Antônio Carlos de S. Campos
 Diretor III
 Hospital Maternidade Alexander Fleming

6. Aromatização no ambiente(incensos, óleos).
7. Utilização de barras.
8. Caminhar.
9. Adotar posições favoráveis e confortáveis.
10. Liberdade para não aceitar nenhuma das opções.

Fluxograma:

Profissional identifica mulher em trabalho de parto que necessite de atenção especial, em geral, adolescentes, mulheres muito ansiosas, primíparas.



Solicita avaliação da enfermeira obstetra ou obstetra para a possibilidade de transferir a mulher para a sala de relaxamento.



Mulher transferida para a sala de relaxamento será assistida pela doula e/ou enfermeira obstetra e obstetra.



Continua monitorada obstetricamente como no pré-parto convencional.



Proceder registro no livro da sala, de acordo com o modelo existente para favorecer coleta de dados e avaliação da eficácia.

Schudoff


Dr. e. f.
 Serviço Cirúrgico de 1ª. Categoria (C) 070
 Mat. 114728416-0 - Rua Santa Rosa
 Duque de
 Hospital Maternidade Alexandre Fleming

ANEXO C – Currículo do curso de Assistência ao Parto Humanizado nas Casas de Parto do Japão

Currículo do Curso

	Assunto	Professor e sua Instituição	Tipo	Duração
1	O sistema de Saúde Materno-Infantil do Japão	Prof. Yasuhide Nakamura, Dep. de Pesquisa em Ciências Humanas, Curso de Pós-graduação da Univ. de Osaka	Palestra	0.5
2	Sobre as Casas de Parto do Japão (Orientação)	Sra. Taeko Mohri, Midwife, Casa de Parto Mohri Sra. Takako Ohtani, Diretora, Casa de Parto Ohtani Sra. Kazuko Takizawa, Diretora, Casa de Parto Takizawa	Palestra / Discussão	0.5
3	Aulas práticas em Casas de Parto	Sra. Taeko Mohri, Midwife, Casa de Parto Mohri Sra. Takako Ohtani, Diretora, Casa de Parto Ohtani Sra. Kazuko Takizawa, Diretora, Casa de Parto Ohtani Sra. Kazuko Sako, Diretora, Casa de Parto Ayumi	Aulas práticas	20
4	O papel da instituição de medicina secundária no parto	Sra. Masako Yasuda, Chefe do Dep. de Enfermagem, Hospital Anexo da Fac. de Medicina da Universidade Municipal de Osaka	Observação / Palestra	0.5
5	Sobre o exame de saúde para crianças com três meses de vida	Sr. Toyoaki Furui, Diretor da Sucursal de Yata, Centro de Saúde Pública de Higashi Sumiyoshi, Prefeitura Municipal de Osaka	Observação / Palestra	0.5
6	Aplicação da medicina oriental útil no trabalho de assistência obstétrica, e a educação sexual oferecida	Sra. Kazuko Sako, Diretora, Casa de Parto Ayumi	Palestra	1
7	As medidas de emergência e a assistência prestadas pela <i>midwife</i>	Sra. Takako Ohtani, Diretora, Casa de Parto Ohtani	Palestra	0.5
8	O empoderamento (<i>empowerment</i>) da mulher e o parto	Sra. Kuniko Muramoto, Psicoterapeuta Clínica e Diretora do Centro de Pesquisa do Ciclo de Vida da Mulher	Palestra	0.5
9	Sistema de transferência de mães e bebês / Atenção dada à relação da mãe com o bebê em casos de alto risco / Saúde na fase gestacional e saúde da mulher por toda a vida / A violência e a assistência perinatal / Assistência gentil imediatamente após o parto / Assistência prestada na transferência do RN	Centro de Atendimento Médico Geral para a Saúde Materno-Infantil, do Governo da Província de Osaka	Observação / Palestra	2
10	A importância do ambiente para o parto, o parto ativo e o parto na água	Sra. Taneko Mohri, Diretora, Casa de Parto Mohri	Palestra	0.5

	Assunto	Professor e sua Instituição	Tipo	Duração
11	Proteção Perineal do Coração – A família e o parto	Sra. Kazuko Takizawa, Diretora, Casa de Parto Ohtani	Palestra	0.5
12	Apoio ao Aleitamento Materno	Sra. Masako Mizui, Diretora, Casa de Parto Mizui (Salão de Consultoria sobre Aleitamento Mizui)	Palestra / Aula prática	1
13	Novas idéias no ensino da assistência obstétrica, e visita às instalações	Profas. Naoko Arimori e Masumi Katagiri, Faculdade de Enfermagem São Lucas	Palestra	0.5
14	Episiotomia gentil para a mulher	Dr. Sumio Shin, Diretor, Hospital da Cruz Vermelha de Katsushika	Palestra / Aula prática	0.5
15	Últimas pesquisas sobre assistência obstétrica	Profa. Seiko Horiuchi, Faculdade de Enfermagem São Lucas	Palestra	0.5
16	Direito e saúde reprodutivos e planejamento familiar	Sra. Yuriko Ashino, Conselheira da Corporação Jurídica: Associação Japonesa de Planejamento Familiar	Palestra	0.5
17	Participação em congresso/simpósio	Sessão de Estudo da Conferência Nacional sobre Educação em Assistência Obstétrica, 17a. Convenção da Academia Japonesa de Assistência Obstétrica	Congresso	4
18	Sessão de avaliação	Prof. Yasuhide Nakamura, Dep. de Pesquisa em Ciências Humanas, Curso de Pós-graduação da Univ. de Osaka Dr. Kiyoshi Haneda, Diretor do Hospital Makabe, Corporação Médica Itokukai Sra. Chizuru Misago, Chefe da Seção de Epidemiologia Aplicada, Dep. de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Pública Sra. Takako Ohtani, Diretora, Casa de Parto Ohtani Sra. Kazuko Takizawa, Diretora, Casa de Parto Takizawa Sra. Taeko Mohri, Midwife, Casa de Parto Mohri Sra. Miyuki Fujiwara, Ex-perita do Projeto da JICA Sra. Lurdes Herrera, Curso de Pós-Graduação da Universidade de Osaka JICA : Agência de Cooperação Internacional do Japão PREX : Centro de Intercâmbio de Recursos Humanos do Pacífico	Discussão	3
19	Visita de observação em casas de parto	Sra. Mieko Nakanishi, Diretora, Casa de Parto Tida	Observação	0.5
20	O currículo do ensino de assistência obstétrica, e novas idéias para melhorar as aulas práticas e os exercícios	Profa. Naomi Kato e Profa. Assistente Yoko Sonoo, Faculdade de Enfermagem Materna, Universidade de Enfermagem de Okinawa	Observação / Palestra	0.5
21	Simpósio de intercâmbio com a comunidade	Comunidade Brasileira de Kansai	Intercâmbio / Apresentação	1
22	Elaboração do Plano de Ação	Sra. Lurdes Herrera, Curso de Pós-Graduação da Universidade de Osaka Sr. Kiya, Curso de Pós-Graduação da Universidade de Osaka	Aula prática	2

ANEXO D – Plano de ação preparado no curso do Japão

4 – 1 Leila Gomes Ferreira de Azevedo (Leila),

e Silma de Fatima da Silvo Araujo Nagipe (Silma)

Plano de Acao para implantacao de Assistencia Humanizada nas Casas de Parto do Rio de Janeiro

Leila Gomes Ferreira de Azevedo
Silma de Fatima da Silvo Araujo Nagipe

Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Objetivos

- Oferecer assistencia humanizada e de boa qualidade, a mulher, a crianca e a familia assistidas nas Casas de Parto do Rio de Janeiro;
- Colaborar na selecao dos profissionais que trabalharao nas Casas de Parto do Rio de Janeiro, sinalizando aqueles que tenham perfil que se adeque aos objetivos tracados.

Conhecimentos adquiridos no Curso

- Contidos na listagem de ideias adquiridas
- Os resultados da aplicacao dos conhecimentos adquiridos serao mensurados no minimo apos seis meses decorridos da inauguracao das Casas de parto do Rio de Janeiro.

Ideias a serem implantadas a curto prazo (1)

- Criar ambientacao favoravel;
- Manter a casa de parto a disposicao da mulher e familia;
- Expor quadro de funcionarios;
- Adotar vestimentas coloridas;
- Adotar musica ambiental;
- Adotar contato com a natureza;
- Implantar aula de Yoga;
- Estimular confianca na fisiologia;

Ideias a serem implantadas a curto prazo (2)

- Sensibilizar os profissionais com dramatizacoes;
- Criar acervo de videos e livros;
- Estimular valorizacao da linguagem corporal;
- Agendar consultas com horarios flexiveis;
- Estudar adocao da caderneta da mulher e da crianca;

Ideias a serem implantadas a curto prazo (3)

- Orientacoes verbais e escritas sobre exercicios fisicos;
- Orientacoes sobre auto-avaliacao diaria;
- Consultas sem mesa entre mulher e profissional;
- Favorecer visualizacao do feto no utero;
- Adotar sala de espera acolhedora;
- Incentivar participacao da familia;

Ideias a serem implantadas a curto prazo (4)

- Adotar plano de parto;
- Estimular comunicacao com o feto;
- Estimular percepcao fetal atraves do tato;
- Criar grupos de orientacao abertos;
- Orientar a mulher para manutencao da saude;
- Correlacionar nascimento da crianca com o de membros da familia;

Ideias a serem implantadas a curto prazo (5)

- Refletir antes de intervir;
- Adotar clampeamento tardio do cordao;
- Utilizar acessorios que favorecam o trabalho de parto;
- Favorecer relacao familiar nas orientacoes para a alta;
- Adotar livro de memorias.

Estrategias para implantacao

- Apresentar plano de Acao a Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro;
- Promover eventos para repasse e discussao dos conhecimentos adquiridos;
- Discutir e avaliar com integrantes do Programa de Assistencia Integral a Mulher ideias a serem implantadas;
- Contribuir com as institucoes de ensino.

Cronograma de realizacao

- Inicio: Maio 2003
- Divulgacao:
 - 5 de Maio, apresentacao do plano de acao a os integrantes da SMS-RJ
 - 15 de Maio, primeira reuniao de informes (Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro)
 - Organizacao de divulgacao a nivel local.