

Proceso de implementación de la Casa de Parto en el Sistema Unificado de Salud, Rio de Janeiro, Brasil

Processo de implementação da Casa de Parto no Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brazil

The implementation process of the Birth Center in the Unified Health System, Rio de Janeiro, Brazil

ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA*, MARIA APARECIDA, VASCONCELOS MOURA**

Resumen

La propuesta de este estudio surgió con la creación del primer Centro de Parto Normal en la ciudad de Río de Janeiro, como una de las estrategias públicas de humanización de la asistencia del parto y nacimiento en el Sistema Unificado de Salud (SUS) en Brasil. Esta investigación cualitativa tuvo como objetivos describir los acontecimientos político-sociales relacionados con la creación de la Casa de Parto en el Sistema Unificado de Salud (SUS) de la ciudad de Río de Janeiro y analizar los conflictos en el proceso de implementación de este servicio de salud. Se utilizó como referencial teórico el concepto de hegemonía de Antonio Gramsci. El método dialéctico guió el análisis por medio de las categorías metodológicas: contradicción, totalidad e historicidad. Se realizaron entrevistas con

las enfermeras obstétricas de la Casa de Parto, profesionales técnicos administrativos de la Secretaria de Salud, así como el Secretario y los Gerentes de Programas de Salud. La creación de la Casa de Parto deriva de la construcción de un proyecto contra-hegemónico en la asistencia del parto y el nacimiento en el sistema de salud brasileño, que generó conflictos entre los segmentos defensores de la cultura hegemónica centrada en la atención médica y hospitalaria – y aquellos que propagan el cambio en el modelo de atención obstétrica y apoyan la institución de las Casas de Parto comunitarias en que actúan solamente las enfermeras obstétricas. En ese conflicto cultural, surgió como posibilidad de mediación la aceptación de la existencia solamente de los centros de parto normal integrados físicamente al hospital.

Palabras clave: política de salud; servicios de salud para mujeres; enfermería obstétrica (Fuente: DeSC-BIREME)

* Enfermera Obstétrica. Doctora en Enfermería. Profesora adjunta de la Facultad de Enfermería, Universidad del Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Coordinadora del Programa de Residencia en Enfermería Obstétrica, adrianalenho.uerj@gmail.com, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

** Enfermera obstétrica. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Coordinadora adjunta de Investigación y Comité de Ética en Investigación, maparecidavas@yahoo.com.br, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Received: 14-02-2011 Approved: 10-08-2012

Abstract

The purpose of this study appeared with the creation of the first Birth Center in Rio de Janeiro, as a public strategies for the labor and birth care humanization in the Unified Health System (SUS) in Brazil. The objectives of the present qualitative study are to describe the determinant factors of the creation of the Birth Center in the Unified System of Health (SUS) in Rio de

Janeiro and analyze the conflicts in the implantation process of this health service. Antonio Gramsci's hegemony concept was utilized as theoretical reference. The dialectical method guided the analysis by means of the following methodological categories: contradiction, totality, and historicity. There were semi-structured in-person interviews with Birth Center's obstetrical nurses, techno-administrative professionals of the Health Secretary, as well as the Health Secretary and Health Programs Managers. The creation of the Birth Center results from the construction of a counter-hegemonic project in the assistance to the birth and child birth in the Brazilian health system, causing conflicts between the defender segments of the hegemonic culture – centered on medical and hospital care – and those that propagate the change in the model of obstetrical attention and support the community Birth Center (*out-of-hospital birth center*) in which only obstetrical nurses work. In this cultural conflict, a possibility for mediation arises: the discourses that support the Birth Centers integrated into the hospital (based-hospital birth center).

Key words: health policy; women's health services; obstetric nursing (Source: DeSC BIREME)

Resumo

A proposta deste estudo surgiu com a instituição do primeiro Centro de Parto Normal na cidade do Rio de Janeiro, como uma das estratégias públicas de humanização da assistência ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esta pesquisa qualitativa objetivou descrever os acontecimentos político-sociais relacionados com a implantação da Casa de Parto no Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro e analisar os conflitos no processo de implementação deste serviço de saúde. Foi utilizado como referencial teórico o conceito de hegemonia de Antonio Gramsci. O método dialético guiou a análise por meio das categorias metodológicas: contradição, totalidade e historicidade. Foram realizadas entrevistas com as enfermeiras obstétricas da Casa de Parto, os profissionais técnico-administrativos da Secretaria de Saúde, assim como o Secretário e Gerentes de Programas de Saúde. A implantação da Casa de Parto decorre da construção de um projeto contra-hegemônico na assistência ao parto e nascimento no sistema de saúde brasileiro, que provocou conflitos entre os segmentos defensores da cultura hegemônica centrada na atenção médica e hospitalar e aqueles que propagam uma mudança no modelo de atenção obstétrica e apoiam a instituição das Casas de Parto comunitárias onde atuam somente as enfermeiras obstétricas. Nesse conflito cultural, surge como possibilidade de mediação os discursos que apoiam os centros de parto normal integrados fisicamente ao hospital.

Palavras chave: política de saúde; serviços de saúde para mulheres; enfermagem obstétrica (Fonte: DeSC BIREME)

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el tema de la humanización de la asistencia al embarazo, parto y nacimiento viene siendo debatida en muchos países y ha determinado acciones gubernamentales en Brasil a la luz de la calificación de los cuidados ofrecidos a las madres, niños y población en general (1, 2). Este tema ha despertado el interés y ha constituido el objeto de las investigaciones científicas en enfermería en Latinoamérica, lo cual denota la relevancia y actualidad de esta temática (3, 4, 5).

La propuesta de este estudio surgió con la creación del primer Centro de Parto Normal en la ciudad de Rio de Janeiro, como una de las estrategias públicas de humanización de la asistencia del parto y nacimiento en el Sistema Unificado de Salud (SUS) en Brasil (6). Este Centro tiene como objetivo el cuidado comunitario prenatal, parto y posparto y pertenece a la red pública de salud. Este nuevo servicio de salud fue denominado Casa de Parto David Capistrano Filho y los cuidados son ofrecidos por las enfermeras obstétricas de forma autónoma. En los casos en que haya necesidad de atención médica, las mujeres o niños se remiten al hospital por medio de la ambulancia disponible durante las veinticuatro horas en la Casa de Parto.

La Casa de Parto es una modalidad comunitaria del Centro de Parto Normal e integra un conjunto de medidas de la política de salud brasileña de promoción del parto normal, se reglamentó por la resolución del Ministerio de Salud nº 985/99 (6). Los Centros de Parto Normal también pueden funcionar dentro o anexos a la estructura física del hospital, intrahospitalarios o perihospitalarios.

En Brasil, hay una propensión a denominar los Centros de Parto Normal distanciados físicamente del hospital como Casas de Parto. Las Casas de Parto están situadas en una determinada comunidad que dispone de un hospital de referencia para los casos de riesgo y complicaciones maternas, fetales y neonatales.

La Casa de Parto ofrece atención al parto fisiológico, actúa de manera articulada con la atención básica y vinculada al Programa Salud de la Familia. En este servicio, la enfermera obstétrica desarrolla su trabajo de forma independiente, lo cual significa una estructura asistencial innovadora en el SUS. Se debe aclarar que, en el sistema público de salud brasileño, la atención prenatal es realizada primordialmente en los servicios de salud de

la atención básica. La asistencia al parto ocurre en los hospitales, generalmente en maternidades de medio y alto riesgo.

El primer centro del parto normal de Río de Janeiro se inauguró el 8 de marzo de 2004. Está situado en el barrio del Realengo que pertenece a la región oeste de la ciudad. Esta región está compuesta por una población pobre y carente de servicios de salud materna y perinatal. En este centro actúan dieciocho (18) enfermeras obstétricas, ocho (8) auxiliares de enfermería, dos (2) asistentes sociales y otros profesionales de servicios de apoyo, limpieza y cocina. Entre estas enfermeras hay dos enfermeros del sexo masculino.

En la resolución n° 1041 de 11 de febrero de 2004, la Secretaria Municipal de Salud (SMS) determina que para las mujeres con embarazo del bajo riesgo se deberá realizar el acompañamiento prenatal, actividades de preparación para el parto, asistencia del trabajo de parto, parto, y recién-nacido, apoyando la lactancia materna, cuidado puerperal y planeación familiar, ofreciendo seguimiento integral a la mujer (7).

Esta iniciativa de la Secretaria de Salud para implementar la primera Casa de Parto carioca generó mucha movilización y discusión entre los segmentos en favor y contrarios a su existencia. Este conflicto llegó al Tribunal de Justicia del Ministerio Público. El Consejo Regional de Medicina de Río de Janeiro (CREMERJ) impetró mandatos judiciales para embargar el funcionamiento de este servicio de salud.

Por los eventos anteriormente descritos, delimitamos como objetivos de la investigación: describir los acontecimientos político-sociales relacionados con la creación de la Casa de Parto en el Sistema Unificado de Salud de Río de Janeiro y analizar los conflictos en el proceso de implementación de este servicio de salud.

REFERENCIAL TEÓRICO

Se usó el referencial teórico de Antonio Gramsci que fundamenta la comprensión de las relaciones existentes de hegemonía establecidas por los actores sociales en la implementación de la Casa de Parto en SUS.

En Gramsci la hegemonía es la categoría teórica que consiste en la base explicativa de las relaciones de fuerzas existentes entre los segmentos sociales en un dado contexto histórico. El concepto de hegemonía tiene dos

componentes básicos: político e ideológico-cultural, la concepción del mundo, que constituye una categoría teórica que permite la superación de la contradicción entre teoría y práctica. La formación de esta unidad es imprescindible para el establecimiento de una conciencia crítica de sí mismo (8).

Por medio de la concepción del mundo pertenecemos a un determinado grupo, precisamente lo que hace a todos los elementos sociales compartir una misma manera de pensar y actuar (9).

La ideología es decisiva para la orientación práctica de los hombres. La crítica ideológica – la batalla cultural – se convierte en un momento decisivo en la lucha para agregar una voluntad colectiva para superar una antigua relación de hegemonía y para construir una nueva. La lucha por la hegemonía implica una acción que, procura concretizar un resultado objetivo en el plan social, presupone la construcción de un universo intersubjetivo de creencias y valores (10).

La hegemonía es la capacidad de ser líderes y hacer que una clase o grupo social pueda ejercer la dirección política e ideológica, la construcción de un sólido sistema de creencias y valores que impulsa la visión del mundo de otros segmentos sociales. La hegemonía se puede establecer sin necesidad de obtener la conquista del poder gubernamental (8).

Las contradicciones inherentes a las estructuras sociales surgen de la acción crítica del segmento social dominado. Primero de manera esporádica, en lo coherente, y dirigida por una teoría o una política de la estrategia, pero esa – con la conquista de la teoría, la concepción del mundo y el método de análisis – adquiere coherencia, crítica de la cultura tradicional y propone un nuevo conjunto de creencias y valores. De esta forma avanza una nueva hegemonía, cuando la clase opositora difunde sus propias concepciones y pone en crisis la ideología hegemónica. Es por medio de este proceso que emerge una contra-hegemonía (8).

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo y descriptivo. Elegimos una investigación cualitativa por que esta se atiene a los fenómenos de la realidad social. En el caso específico de este estudio, los significados, acciones, relaciones sociales, estructurales y procesos de la asistencia del parto y

nacimiento, hay perspectivas contrarias y complementarias que, a veces, son opositoras, y están relacionadas a visiones del mundo diferentes entre los segmentos sociales hegemónicos y contra-hegemónicos en el campo ideológico-cultural y, por consiguiente, en las prácticas en salud.

Por esta comprensión se optó por el método dialéctico, que posee tres categorías básicas: la contradicción, la totalidad y la historicidad. La primera categoría es representada por los contrarios; la totalidad, presupone la unión de estos contrarios y la historicidad es la condición fundamental de la práctica humana.

La investigación se realizó durante el período de enero a junio de 2007, después de la aprobación de los Comités de Ética en Investigación (dictamen EEAN/HESFA/UFRJ n° 012/06 y n° SMS-RJ 72^a/2006). Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada, donde se utilizó una guía con preguntas abiertas. Las entrevistas fueron individuales y grabadas, después de firmar del consentimiento libre informado.

Los sujetos de la investigación fueron un gestor, el Secretario Municipal de Salud, tres gerentes, la Superintendente de Salud Colectiva, la Coordinadora de Atención Integral de Salud y el Gerente del Programa de la Salud de la Mujer de la Secretaria de Salud de Río de Janeiro, en la época de la implementación del servicio. Participaron también dieciocho enfermeras obstétricas que trabajan en la Casa de Parto y once profesionales del Grupo de implementación de la Casa de Parto (GICP). Ese Grupo fue constituido por diez profesionales técnico-administrativos de la Secretaria de Salud y una profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro. El Secretario Municipal de Salud designó los profesionales del GICP por medio de la Resolución Municipal n° 1040/2004 (11).

Para el análisis de datos, las entrevistas se transcribieron y organizaron los relatos. Luego siguió la clasificación de los datos, la construcción de las unidades del registro por medio del agrupamiento temático y la elaboración de categorías brutas, que se confrontaron transversalmente con las categorías metodológicas, posibilitando la constitución de categorías empíricas. Finalmente, se confrontaron las categorías empíricas con el análisis por medio del referencial teórico. En este movimiento dialéctico, entre el concreto y el abstracto, se reveló la síntesis (12).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el trayecto analítico emergieron dos categorías empíricas: 1) El conflicto cultural en la atención del parto: la participación de las enfermeras y 2) La lucha política e ideológica por la implementación de la Casa de Parto.

1) El conflicto cultural en la atención del parto: la participación de las enfermeras

El contexto cultural de la implementación de la Casa de Parto en el sistema de salud fue marcado por el embate ideológico entre perspectivas diferentes en la atención al parto. En las últimas décadas del siglo XX, los segmentos sociales críticos de la medicalización del nacimiento constituyeron el movimiento de la humanización del parto y nacimiento en Brasil. Este movimiento social contribuyó para la reflexión crítica de los aspectos de la vida humana, cuestionando el proceso creciente de intervención en el nacimiento humano en los hospitales, que ocasionaron un elevado índice de cesáreas y una generalización de las intervenciones innecesarias y de la tecnificación de la asistencia de los partos normales (13).

Ese movimiento pro-humanización consiguió establecer interlocución con el Estado, que intensifica las acciones gubernamentales para la mejoría de la atención obstétrica en el país a final de la década de 90. Entre otras acciones, limitó el número de las cesáreas pagas por el sistema de salud e instituyó el parto normal asistido por la enfermera obstétrica en el SUS. A partir de 2000, el Ministerio de la Salud también estableció programas de salud para la humanización del parto en los servicios de la atención obstétrica (14).

A mediados de la década del 90, en Rio de Janeiro, la *Superintendencia* del Salud Colectiva, la Coordinación del Programa de Atención Integral en Salud y la Gerencia del Programa de Salud de la Mujer eran coordinadas por mujeres participantes del movimiento feminista. Estas gerentes de salud emprendieron la ampliación y calificación de la asistencia obstétrica en la red municipal de salud. Entre otras acciones, estimularon la actuación de las enfermeras obstétricas y cambios de las rutinas asistenciales para la humanización atención al prenatal y parto normal en la red municipal de salud.

En 1998, las gerentes de salud crearon un programa ingreso de enfermeras obstétricas en la atención prenatal y parto normal en maternidades municipales de cua-

tro regiones del suburbio de la ciudad. Para efectuar este programa, establecieron una cooperación técnica entre la Secretaria Municipal de Salud y la Facultad de Enfermería de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, y tuvo como objetivo el perfeccionamiento de las enfermeras en la consulta prenatal y asistencia al trabajo de parto y parto fisiológicos.

No obstante ese incentivo gubernamental, la inserción de la enfermera como profesional responsable por la asistencia de los partos normales provocó conflictos en los hospitales debido a los cuestionamientos de los médicos acerca de la competencia técnica de las enfermeras para realización de esta asistencia, a pesar de que la legislación brasileña del Ejercicio Profesional de Enfermería asegura su actuación en la asistencia al parto sin distocia desde la década de los 80 (15).

Esa situación de conflicto necesitó una actitud moderadora de los gerentes de salud para garantizar el trabajo de esas enfermeras en las maternidades municipales. Con el apoyo gubernamental, las enfermeras obstétricas tuvieron que emprender un movimiento de lucha por la práctica profesional y concepciones asistenciales del parto humanizado. Esos conflictos fueron mencionados por los deponentes de la siguiente manera:

Cuando las enfermeras fueron incluidas en las salas de parto, muchos médicos no estaban acostumbrados a trabajar con las enfermeras obstétricas y ocurrían conflictos entre esos profesionales. Nosotros teníamos que demostrar nuestra capacidad de hacer y probar lo que podíamos hacer. Más adelante, enfrentamos otros conflictos porque no queríamos seguir el modelo biomédico. Nosotros deseábamos seguir otro modelo, el humanizado.

Enfermera (Entrevista n.12)

Entonces, las enfermeras obstétricas se fueron adhiriendo a la propuesta de humanización de la asistencia, como ocurre en modelos asistenciales internacionales que presentan buenos resultados. (...) Aun con el parto atendido por las enfermeras, nosotros enfrentábamos una pelea de conceptos, una disputa por el espacio de la atención al parto, por la conducción de los casos clínicos en las maternidades.

Gerente de Salud (Entrevista n. 29)

Aun con esos conflictos profesionales, los gerentes de salud permanecieron incentivando acciones para

la humanización de la atención obstétrica, así como la práctica profesional de las enfermeras obstétricas. Entre otras acciones, se creó un proyecto para instituir el primer Centro de Parto Normal en el sistema municipal de salud.

En el año 2000, la Gerente del Programa de la Mujer solicitó a su equipo técnico la elaboración de ese proyecto. Las profesionales responsables de esta tarea fueron las enfermeras que trabajaban en la administración central de la Secretaria de Salud. La puesta en marcha de ese servicio de salud solamente ganó impulso con el apoyo financiero del Ministerio de Salud, luego de la formalización del convenio con la Secretaria de Salud para la construcción de tres Centros de Parto Normales en Rio de Janeiro. Este hecho fue descrito por la participante así:

En esa ocasión nosotros ya discutíamos los modelos de asistencia al parto, pensando en la jerarquización de la atención al parto de bajo riesgo. Tuvimos, también, un estímulo del Ministerio de Salud, que, en aquella época, estaba desarrollando una política de apoyo a la casa de parto. [...] Pero, el estímulo definitivo fue el recurso financiero ministerial para la construcción de la Casa de Parto.

Gerente de Salud (Entrevista n.33)

Posteriormente, los aspectos conceptuales, de organización y funcionamiento de ese servicio de salud se debatieron en la Secretaria de Salud. Durante esta fase, algunos técnicos de la gestión defendían la prioridad de las acciones gubernamentales para mejorar los hospitales y otros para la creación de Casas de Parto en la red municipal de salud. Esta percepción fue mencionada por este participante:

En la medida que la Secretaria Municipal de Salud gerencia y es responsable por más de quinientas camas obstétricas, entonces, las motivaciones para buscar la calidad de la atención, las estrategias directas, deberían ser dirigidas a esas quinientas camas.

Profesional del GICP (Entrevista n. 8)

Yo soy tradicionalmente del grupo que es "hard", hospitalario, pesado. Esa es mi origen. (...) Entonces, las discusiones comenzaron primero en el nivel central, desde lo que es superfluo y lo que es necesario. El nacimiento de ese proyecto [Casa de Parto] inició con la discusión in-

terna [...]. En verdad, los intensivistas y los sanitarios tenían que uniformizar primero ese discurso.

Profesional del GICP (Entrevista n.7)

Observamos en el debate acerca de la atención hospitalaria y comunitaria al parto el conflicto cultural entre el modelo hegemónico de atención obstétrica y la propuesta de servicio de salud diferenciado del hospital. Siendo una decisión gubernamental, la Casa de Parto encontró resistencia en el ámbito de las estructuras de esta gestión que eran responsables por su implementación.

A pesar de esas controversias concernientes a la Casa de Parto, se seleccionaron veinte (20) enfermeras, que realizaron actividades del grupo en un psicodrama, que trabajó las relaciones interpersonales y proporcionó una reflexión colectiva acerca del parto y el nacimiento. Después, hicieron un entrenamiento técnico relacionado con los cuidados prenatales, parto, posparto y recién nacidos.

2) la lucha política e ideológica por la implementación de la Casa de Parto

Aparentemente, implantar la Casa de Parto podría ser considerado como una propuesta del servicio de salud apoyada integralmente por la enfermería. Sin embargo, la enfermería general y la enfermería obstétrica comparten las contradicciones en el campo de la atención obstétrica.

La creación de una Casa de Parto solamente con actuación de las enfermeras obstétricas, fue considerada como un gran desafío para la categoría profesional. Un grupo de enfermeras obstétricas, actuantes en los centros obstétricos, veían esta iniciativa pública como una oportunidad única para la profesión. Otro segmento más ecléctico de enfermería estaba en contra. Posiblemente, por considerar este servicio como una ruptura con la tradición asistencial del parto y nacimiento, presumiendo que estos fenómenos vitales implican cierta condición de riesgo a la madre y niño, exigiendo que la atención tenga que ocurrir en los hospitales y asegurarse de los recursos médicos y tecnológicos. Este desacuerdo entre la enfermería fue referenciado en las siguientes entrevistas:

No había consenso, claramente, una casa de parto solamente con las enfermeras, entre las enfermeras. Algunas creían que no, que eso no debería ocurrir.

Profesional del GICP (Entrevista n. 6)

Aún con este conflicto, un grupo de enfermeras obstétricas fue instituido para la elaboración de las rutinas asistenciales de la Casa de Parto. En esta fase, es que las divergencias relacionadas con los riesgos obstétricos emergieron. Este era el momento donde las enfermeras sistematizaban el discurso normativo asistencial de la casa del parto y que el paradigma hegemónico demostró cuán vigoroso es su sistema de creencias y valores en la cultura obstétrica. Esta tensión se menciona en la siguiente afirmación:

Inicialmente, cuando [las enfermeras] se encontraban para discutir los protocolos asistenciales, había muchos conflictos en determinados momentos. Algunas mantenían la mirada en el riesgo (...). En la Casa de Parto no podría estar solamente esta mirada (...). Ellas no podían dejar de considerar la relación con la mujer en los cuidados.

Profesional del GICP (Entrevista n.6)

A pesar de esos debates técnico-asistenciales entre las enfermeras, el gran conflicto en el campo político, ideológico y cultural durante la implementación fue con la corporación médica, representada principalmente por el Consejo Regional de Medicina de Rio de Janeiro (CREMERJ). Se disputó en el judiciario, representado por el Ministerio Público, en la prensa escrita y hablada, también en las comunidades virtuales en Internet.

Ese cuestionamiento de la corporación médica se inició con la apertura de la primera Casa de Parto comunitaria brasileña, situada en São Paulo e inaugurada en 1998. Especialmente cuando esta modalidad del servicio ganó legitimidad y legalidad con la reglamentación del Ministerio de Salud, por medio de la Resolución nº 985/99. Esta acción gubernamental fue considerada por el CREMERJ como demagógica, irresponsable y peligrosa (16).

En 2002, cuando la Casa de Parto estaba en construcción, se realizaron reuniones en la Secretaria de Salud entre los representantes médicos y Secretario de Salud, con el fin de disuadirlo de esta iniciativa. Sin éxito, el CREMERJ y el Sindicato de los Médicos entran, a final de 2003, con una representación en el Ministerio Público contra la creación de este servicio de salud en la ciudad. Sobre estos acontecimientos el Secretario de Salud afirmó:

El terrorismo de decir [los representantes médicos] que ocurrirían muertes maternas y neonatales en la Casa de

Parto, que no habría rapidez en la transferencia al hospital y que el proyecto debería ser combatido, siendo un proyecto del Ministerio de Salud. [...] Los movimientos de mujeres y del parto natural estaban a nuestro favor. La Secretaria [de Salud] obtuvo apoyo de los movimientos e instituciones sociales. De esta manera ganamos la disputa judicial en el Ministerio Público. [...] En fin, la casa de parto es un suceso extraordinario y una victoria contra el corporativismo y a favor de la Salud Pública.

Gestor de Salud (Entrevista n. 31)

Las organizaciones representativas de la enfermería tuvieron mayor participación en el curso del proceso público establecido, el Consejo Regional de Enfermería de Río de Janeiro (COREN-RJ), el Sindicato de los Enfermeros y la Asociación Brasileña de Obstetras y Enfermeras Obstétricas (ABENFO). Sus acciones estaban más relacionadas con las cuestiones de la legalidad del ejercicio profesional y principios asistenciales de la enfermería obstétrica brasilera. El segmento de mayor apoyo a la Casa de Parto fue en el ámbito de la sociedad civil organizada, movimiento de las mujeres y los defensores del parto natural y humanizado. Entre otras representaciones, participó en las audiencias judiciales la Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (REHUNA).

Después de esa disputa jurídica, la Casa de Parto David Capistrano Filho se inauguró el 8 de marzo de 2004. Más adelante, otra acción judicial intenta exigir la presencia de médicos en el servicio y adquirir equipos hospitalarios. Finalmente, una junta de desembargadores aseguró el funcionamiento del servicio solamente con enfermeras obstétricas, como se recomienda en la legislación ministerial.

Estos conflictos con la corporación médica repercutieron en la gestión de salud, como expresan los siguientes relatos:

En la situación política actual, después de haber enfrentado todas las cuestiones que la Casa de Parto enfrentó, pienso que no cabe una Casa de Parto comunitaria. El Ministerio de Salud revisó su punto de vista. Pienso que los nuevos centros de parto normal serán perihospitalarios o intrahospitalarios.

Gerente de Salud (Entrevista n. 29)

Hoy, con toda la pelea, creo que ningún Secretario de Salud de una ciudad grande vaya a pretender hacer una casa

de parto comunitaria. Creo que nosotros tenemos que hacer mucha investigación, mostrando la eficacia, la aceptación, que el trabajo es bueno. Creo que con el tiempo, tal vez sí. (...) Un modelo de servicio perihospitalario o intrahospitalario es más fácil para resolver ese conflicto de no haber el médico disponible todo lo tiempo. En un Centro de Parto Normal integrado al espacio físico del hospital, usted solicita el médico por teléfono o interfono.

Gerente de Salud (Entrevista n. 32)

La Casa de Parto enfrentó muchas batallas, más no salió ileso. Tanto que, pasados seis años de su inauguración, este servicio de salud continua siendo el único centro de parto normal de la ciudad del Río de Janeiro. Actualmente, no hay iniciativa gubernamental para la creación de otro centro, comunitario o anexo al hospital.

De otro lado, el sistema de salud sufre presiones de una grande demanda de mujeres embarazadas. Los barrios más distantes y pobres tienen carencia de servicios que atiendan estas mujeres (17). Además, el cuantitativo de enfermeras obstétricas aún es reducido, aunque hay a estímulo público para su formación.

Esas cuestiones estructurales del sistema de salud apuntan para el predominio de una cultura asistencial de atención para las necesidades inmediatas de la población. Desde esta perspectiva, el hospital atiende a las exigencias productivas requeridas por esa carencia de servicios obstétricos. Un centro de parto normal, integrado físicamente a un hospital, contempla esta necesidad productiva y permanece subordinado a la coordinación médico-hospitalaria, representando una postura mediadora entre el discurso de la política de humanización y la cultura asistencial hegemónica en el sistema de salud brasilero.

CONCLUSIONES: LA SÍNTESIS

La creación de la Casa de Parto proviene de un proyecto contra-hegemónico en la asistencia al parto en el SUS, que influyó en las políticas de salud para la transformación de las concepciones y prácticas profesionales, promoviendo modificaciones en las rutinas asistenciales y en la jerarquización de la atención obstétrica.

La movilización de la sociedad civil organizada tuvo un papel preponderante en la construcción y difusión del ideario contra-hegemónico, posibilitando la interlo-

cución con el Estado, la sociedad política, en la proposición y ejecución de las políticas y programas asistenciales que intentan modificar la cultura hegemónica en la atención al parto.

Como integrante de una política que propone un cambio en los presupuestos técnicos de la cultura hegemónica, la Casa de Parto desencadenó acciones de resistencia entre los segmentos sociales adherentes al modelo de atención dominante, surgiendo como discurso mediador a la posibilidad de tenerse centros de parto normal anexos o dentro de los hospitales. Todavía, estos centros enfrentan resistencia, debido a las contradicciones en el sistema de salud brasileiro, el conflicto entre los principios democráticos del SUS – universalidad, equidad e integralidad – y la influencia de la lógica económica liberal que privilegia la asistencia curativa, tecnológica y centrada en la atención especializada. Estas perspectivas en conflicto establecen diferentes concepciones y prácticas asistenciales que están directamente relacionadas con el trabajo en salud y su división social.

El desafío persiste en la movilización de la enfermería obstétrica y demás actores sociales para la concreción del cuidado comunitario al parto, como evento fisiológico de la vida reproductiva femenina, haciendo que la Casa de Parto no se reduzca solamente a una representación simbólica de las intenciones políticas, sino que represente una acción continua y permanente de la política pública de salud, de la calificación y humanización de la asistencia al parto y nacimiento en Brasil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Goer H. Humanizing Birth: A global grassroots movement. *Birth*. 2004; 31 (4): 308-314.
- (2) Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10 (3): 627-637.
- (3) Pereira ALF et al. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. *Actapaul. enferm*. 2007; 20 (2): 205-215.
- (4) Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(4):452-455.
- (5) Gamba NCR, Rosero EV. Validez de contenido y validez facial del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado”. *Av. enferm*. 2008; 26(2): 71-79.
- (6) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF)* (06 ago.1999).
- (7) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução nº. 1041, de 11 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Casa de Parto David Capristano Filho. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ)* (12 fev. 2004).
- (8) Gruppi, L. O conceito de hegemonia em Gramsci. 2ª edição. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
- (9) Gramsci A. *Cadernos do cárcere: introdução ao estudo da filosofia e a filosofia de Benedetto Croce*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
- (10) Coutinho CN. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
- (11) Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução nº. 1040, de 11 de fevereiro de 2004. Cria grupo de trabalho para acompanhamento da implantação e implementação da casa de parto. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro (RJ)* (12 fev. 2004).
- (12) Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.
- (13) Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Cienc. saúdecoletiva*. 2005; 10(3): 699-705.
- (14) Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2004.
- (15) Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na Política Pública de Humanização ao Parto no Rio de Janeiro. *REME– Rev. Min. Enf*. 2006; 10 (3): 233-239.
- (16) Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Brasil. Interferência na Medicina. *Jornal do CREMERJ*. 2000; 12 (115): 5.
- (17) Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto:1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39 (1): 100-107.