



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A TRAJETÓRIA DA CASA DO PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA:  
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO,  
PARTO E NASCIMENTO**

**Ana Rosa Ferreira dos Anjos**

**Rio de Janeiro  
Outubro de 2020**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A TRAJETÓRIA DA CASA DO PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA:  
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO E  
NASCIMENTO**

**Ana Rosa Ferreira dos Anjos**

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Claudia Bonan Jannotti

**Rio de Janeiro  
Outubro de 2020**

CIP - Catalogação na Publicação

Anjos, Ana Rosa Ferreira dos.

A TRAJETÓRIA DA CASA DO PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA: Concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento / Ana Rosa Ferreira dos Anjos. - Rio de Janeiro, 2020.

226 f.; il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientador: Luiz Antônio da Silva Teixeira.

Co-orientador: Claudia Bonan Jannotti.

Bibliografia: f. 196-211

1. Casa de Parto. 2. Centro de Parto Normal. 3. Gestação, Parto e Nascimento. 4. Medicalização do Parto. 5. Humanização da assistência. I. Título.

## DEDICATÓRIA

A **Denise Araújo, Lúcia Pires, Vânia Maciel e Ronaldo Cortes** e à lembrança dos momentos vividos nos que passaram pela **Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova**, instituição que abrigou sonhos e espalhou sementes.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu professor orientador **Luiz Antônio Teixeira** e à minha professora co-orientadora **Cláudia Bonan Janotti** por me conduzirem e instigarem meu aprimoramento acadêmico.

Ao **PPGSCM - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ** por permitir e apoiar essa pesquisa.

Ao **corpo docente PPGSCM /IFF** pelos ensinamentos compartilhados.

A **CAPES - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**, pelo auxílio financeiro.

Às **minhas colegas de turma** pelo companheirismo nas disciplinas e nas especificidades do “trânsito” acadêmico.

A **Denise Araújo, Lúcia Pires, Vânia Maciel e Ronaldo Cortes**, por terem marcado minha vida de forma tão significativa - e por partilharem comigo e me permitirem registrar a história da *Casa do Parto*.

A minha mãe **Aurora**, por ser origem... e pelo seu exemplo de persistência e força...

Ao meu pai, **José dos Anjos**, in memmorian, pelo seu legado, que habita meu inconsciente e me impulsiona a caminhar.

Aos meus filhos - **Dayanna, Gabriela e Daniel**, por serem a expressão da Vida... Por terem entrelaçado suas existências a minha... Pela oportunidade de parir e maternar... Por serem quem são... Por me permitirem vivenciar a nobreza da partilha e da ajuda mútua... E por me ensinarem a ser melhor... sempre e todo o dia.

A **César e Ruth Carvalho**, pelo incentivo, pelo acolhimento, pela escuta, pelos desabafos, pela troca intelectual, pelas observações preciosas e por todos os auxílios das

mais diversas naturezas, mas principalmente, por serem meus irmãos de vida e a manifestação mais plena, que eu posso supor, para o significado da amizade.

Aos amigos queridos **José Eduardo Araújo, Hilda Neres e Luiz Fernando Hosken**, por me apoiarem nos momentos de ansiedade, por me socorreram quando recursos materiais (especialmente os midiáticos) falharam, por apoiarem minha família e assumirem tarefas e responsabilidades quando eu precisei me ausentar.

Às pessoas especiais que me fortaleceram física, emocional e espiritualmente nos momentos desafiadores – **Claúdia Alves, Márcio Pinon, Marcos Santos, Teresa Machado** e a cada um que compõe a **equipe terapêutica do Núcleo de Saúde, Medicina e Espiritualidade – NESME/UFF**, que aqui represento na figura de seus coordenadores **Genilson e Leila Ribeiro**.

A **Luciene Garcia**, pelos laços que se constituíram durante as atividades acadêmicas e transformaram-se em amizade.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

Ao que me transcende e sutilmente me conduz.

“Tudo passa e tudo fica  
porém o nosso é passar,  
passar fazendo caminhos  
caminhos sobre o mar

Nunca persegui a glória  
nem deixar na memória  
dos homens minha canção  
eu amo os mundos sutis  
leves e gentis,  
como bolhas de sabão

Gosto de vê-los pintar-se  
de sol e grená, voar  
abaixo o céu azul, tremer  
subitamente e quebrar-se...

Nunca persegui a glória

Caminhante, são tuas pegadas  
o caminho e nada mais;  
caminhante, não há caminho,  
se faz caminho ao andar

Ao andar se faz caminho  
e ao voltar a vista atrás  
se vê a senda que nunca  
se há de voltar a pisar

Caminhante não há caminho  
senão há marcas no mar...

Faz algum tempo neste lugar

onde hoje os bosques se vestem de espinhos  
se ouviu a voz de um poeta gritar

“Caminhante não há caminho,  
se faz caminho ao andar”. ”

[...]

*Cantares*  
*Antonio Machado*

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo principal analisar em perspectiva histórica a trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova e trazer, à luz dessa experiência, elementos para a reflexão acerca dos modelos de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento. A Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova foi uma instituição da rede privada que funcionou entre 1993 e 1999, no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Embora desde o início desse século o funcionamento das casas de parto esteja previsto e regulamentado por lei, questões relativas à organização espacial, às práticas e às categorias profissionais que as executam são, atualmente, foco de discussão e controvérsias. Buscou-se, nessa dissertação, trazer visibilidade à experiência da Casa do Parto Nove Luas no intuito de contribuir com novas perspectivas sobre o campo de disputas profissionais e ideológicas que se instauram no campo da humanização da assistência à gestação, parto e nascimento. Para tal, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter histórico, a partir de procedimentos descritivos e interpretativos de fontes documentais e entrevistas com os gestores da instituição. O olhar analítico percorreu tanto o processo de desenvolvimento da experiência da casa de parto (seu contexto, seus enredos, seus personagens, suas práticas, as interações internas e externas, os limites e as oportunidades que se apresentaram), como os conteúdos temáticos, dos quais se extraíram as visões de mundo, os sistemas de ideias e valores que a guiaram. As práticas assistenciais ali promovidas e seu legado, visíveis em diversos cenários – como na criação da REHUNA (Rede pela Humanização do Nascimento) e na implantação da Maternidade Leila Diniz e da Casa de Parto de Juiz de Fora – mostram o pioneirismo da instituição e a importância de seu resgate histórico para a melhor compreensão dos processos envolvidos na conformação do atual panorama de assistência ao parto e nascimento no Brasil.

**Palavras-chave:** Casa de parto. Centro de parto normal. Gestação. Parto e nascimento. Humanização da assistência. Modelos de assistência. Medicalização do parto.

## ABSTRACT

This research had as main goal to analyze in a historical perspective the trajectory of Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova and bring, enlightened by this experience, elements of reflexion about the types of attendance to gestation, labor and birth. The Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova was a private institute that operated from 1993 to 1999, in the city of Niterói, Rio de Janeiro state. Although, since from the beginning of this century the functioning of birth centers with homelike settings is described and regulated by the Constitution, matters of spatial organization, practices and professional categories that execute the work are, currently, under the spotlight of debate and controversy. It was pursued, in this dissertation, bringing visibility to the experience of Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova with the idea of adding to new perspectives about the professional and ideological dispute field that are established on matters of humanization of the assistance provided to gestation, labor and birth. Therefore, a qualitative investigation was executed, with historical character, based on descriptive and interpretative procedures of documental sources. The analytical view went through from development processes of the experience of this birth center (its context, scenarios, practices, interaction inside and outside, the limits and opportunities that emerged) to thematic contents, from which were extracted the world view, the system of ideas and values that guided them. Its promoted assistance practices and its legacy, visible in many circumstances – like the creation of REHUNA (Network of Birth Humanization) and implantation of Maternidade Leila Diniz and Casa de Parto de Juiz de Fora – show the pioneering of the institution and the importance of its historical account for better understanding the processes related to the composition of the current panorama of birth assistance in Brazil.

**Keywords:** Birthing houses. Natural birth center. Gestation, labor and birth. Humanization of assistance. Types of assistance. Medicalization of childbirth.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AABC	American Association of Birth Centers
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ACOMA	Associação Comunitária de Monte Azul
ALERJ	Assembleia Legislativa do rio de Janeiro
AIMS	Association for Improvements in the Maternity
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Atenção Primária de Saúde
APHA	American Public Health Association
APS	Atenção primária seletiva
BM	Banco Mundial
C.A.I.S.	Centro Ativo de Integração do Ser
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CBO	Cadastro Brasileiro de Ocupações
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CeP	Centros de Parto
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNAE	Código Nacional de Atividade Econômica
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
CPNi	Centro de Parto Normal intra hospitalares
CP Nove Luas	Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova
CSSR	Centro de Saúde Santa Rosa
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DONA	Doulas Of Norte America,
DVD	Digital Versatile Disc
ERRJ	Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro
EUA	Estados Unidos da América
FAMNIT	Federação de Associação de Moradores de Niterói
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMSN	Fundação Municipal de Saúde de Niterói
GIAM	Grupo Integrado de Apoio à Maternidade
GIR	Grupo Integrado de Reabilitação
HIAE	Hospital Albert Einstein
IBFAN	Rede Internacional em Defesa do direito de amamentar
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
INIPI	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
HAL	Hospital Azevedo Lima
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
IHI	Institute for Helthcare Improvement
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

MAC	Museu de Arte Contemporânea
MS	Ministério da Saúde
MP3	Motion Picture Experts Group / Audio Layer 3
NAICS	North American Industry Classification System
NASF	Núcleos de Apoio de Saúde da Família
NESME	Núcleo de Saúde, Medicina e Espiritualidade
NFPA	National Fire Protection Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDF	Portable Document Format
PMF	Programa Médico de Família
PNPH	Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual de Governo
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
PPGSCM	Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher
PSF	Programa Saúde da Família
REHUNA	Rede pela Humanização do Nascimento
SESH	Secretaria Estadual de Saúde e Higiene
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VHS	Video Home System
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>18</b>
2.1 Desenho do estudo.....	18
2.2 O Campo de estudo .....	19
2.3 A pesquisa documental .....	21
2.4. As fontes orais .....	23
2.5 Análise .....	24
2.6 Aspectos éticos .....	27
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
3.1 A medicalização do Parto .....	28
3.2 O modelo técnico científico do nascimento .....	34
<b>4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO .....</b>	<b>38</b>
4.1 Breve histórico da parturição.....	38
4.2. Contexto global .....	43
4.3. O cenário brasileiro .....	48
4.4. A assistência perinatal no Brasil .....	51
<b>5 CASAS DE PARTO.....</b>	<b>55</b>
5.1 Casas de parto no cenário internacional .....	57
5.2 As primeiras casas de parto no Brasil .....	64
5.3 As casas de parto no cenário nacional .....	67
<b>6 A CASA DE PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA – 1993/1999.....</b>	<b>73</b>
6.1 O município de Niterói e a Casa do Parto Nove Luas.....	73
6.2 Encontros, desencontros, reencontros - os pródromos da CP Nove Luas .....	79
6.2.1 A experiência no serviço público (CSSR) e no privado (GIAM) .....	86
6.2.2 O livro “Nove Luas, Lua Nova – O espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida.....	92
6.2.3 O projeto de uma casa de parto municipal .....	94
6.3 O nascimento da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova.....	97

	XII
6.3.1 Uma casa de parto chamada “ <i>Casa do Parto</i> ” .....	100
6.3.2 Estrutura física, jurídica e administrativa .....	103
6.3.3 Equipe e estrutura de funcionamento .....	107
6.3.4 O Público alvo .....	113
7. CONCEPÇÕES E PRÁTICAS .....	115
7.1. “Para mudar a forma de viver é preciso mudar a forma de nascer” .....	115
7.1.1 A assistência perinatal .....	120
7.1.2 O Jornal Ventre .....	125
7.1.3 Grupo de gestantes, grupos de casais, grupos de pós-parto .....	133
7.1.4 O parto, o obstetra e o uso de tecnologias .....	141
7.1.5. O acompanhante .....	154
7.1.6 Doulas? .....	158
7.1.7 O pós-parto e Amamentação .....	163
7.2 “Para mudar a forma de nascer é preciso mudar a forma de viver” .....	168
7.2.1 As propostas formativas .....	169
7.2.2 O encerramento das atividades .....	175
7.2.3. Os desafios da Casa de Parto no contexto do sistema de saúde brasileiro...181	
8. O Legado .....	187
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	192
REFERÊNCIAS .....	196
APÊNDICES .....	212
ANEXOS .....	217

## 1 INTRODUÇÃO

A Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova (CP Nove Luas) foi uma instituição privada que funcionou no município de Niterói entre os anos de 1993 e 1999. Sua criação foi iniciativa de duas profissionais, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, trabalhadoras do serviço público e do privado na área de Saúde da Mulher. A busca de teorias inovadoras que respaldassem suas atuações profissionais como terapeutas corporais<sup>1</sup>, e a experiência de promover grupos de gestantes e acompanhar partos as motivaram a criar uma metodologia própria de abordagem do universo gestacional e da assistência perinatal.

Suas primeiras atuações nessa área ocorreram no início da década de 1980 e consistiram em organizar grupos de trabalhos não somente com gestantes e casais, mas também com profissionais de saúde, especialmente obstetras. Tinham o intuito de compreender o que ocorria no universo da assistência, que configurava um panorama da atenção ao parto e nascimento caracterizado por excesso de intervenções, que, dentre outros aspectos, expressava-se num índice de cesárea elevado e altas taxas de mortalidade.

Nesse contexto de atuação, ocorreu a aproximação entre as duas terapeutas corporais e os outros dois sócios, que culminou com a criação da CP Nove Luas. Tratava-se de um obstetra – também profissional do serviço público e privado – e de uma cliente dos três profissionais, que passou a atuar ativamente em prol da mudança na assistência perinatal. Essa jornada foi marcada por encontros e parcerias com personalidades que, espalhados pelos diversos estados do Brasil, propunham iniciativas conforme as características específicas de seus contextos socioculturais, para

---

<sup>1</sup> Daqui em diante, Vânia Maciel, fisioterapeuta e Lúcia Pires, terapeuta ocupacional (duas dos quatro fundadores, da C.P. Nove Luas), serão referidas, quanto ao aspecto profissional, como elas se auto nomeiam: terapeutas corporais.

melhorarem a assistência à gestação, parto e nascimento e atenderem às demandas locais. Esses movimentos foram batizados no Brasil como Humanização do Parto e Nascimento. (DINIZ, 2005)

Nos anos 1990, com o processo de redemocratização do país, houve uma aproximação entre as postulações dos movimentos pela Humanização do Nascimento e a Saúde Pública. Com o objetivo de garantir o direito a ações propostas pelo modelo de assistência humanizado, várias leis e portarias foram sendo criadas, desde meados daquela década. Entretanto, as políticas públicas não se revelaram suficientes para garantir uma prática efetivamente baseada nos postulados da humanização do parto e nascimento, pois somente regulamentações não garantem a adoção de novas práticas. O projeto de implementação dos Centros de Parto Normal (CPN)<sup>2</sup>, que foi uma das iniciativas do Ministério da Saúde, com a finalidade de melhorar a atenção perinatal, ocorreu somente em 1999, ano que a CP Nove Luas encerrou suas atividades.

A CP Nove Luas foi criada como desdobramento de um projeto de casa de parto municipal, desenvolvido pelas duas terapeutas corporais em parceria com outros atores do serviço público, em Niterói, e apresentado à Secretaria Municipal de Saúde, em 1992 – projeto esse que não chegou a ser implementado pelas autoridades de saúde do município. Propunha em sua composição profissional equipe multidisciplinar, que incluía a presença de parteiras e de obstetras plantonistas. Tinha como objetivo proporcionar uma alternativa ao parto hospitalar e a melhoria da qualidade da

---

<sup>2</sup> “No Brasil, apesar de CPN ser a nomenclatura adotada pelo MS (Ministério da Saúde), para designar o ambiente intra ou extra hospitalares, os centros de parto extra hospitalares são amplamente conhecidos como Casas de Parto.” (RIESCO, 2009, p.1298). Pereira (2007) aponta que a designação “Casa de Parto” traz uma concepção de assistência ao parto que procura resgatar a intimidade e a afetividade do lar e que o termo “Centro de Parto Normal”, adotado pela Portaria nº 985/99, ressalta a possibilidade de unidades que atuem física e funcionalmente anexas ou dentro do hospital. A autora supõe que a escolha da denominação CPN, pelo MS, possa estar relacionada às severas críticas e resistências ao modelo, em especial às unidades extra-hospitalares, oriundas principalmente da classe médica. (PEREIRA, 2007).

assistência pública e não possuía o enfoque voltado para atender à “cobertura de falta de leitos”.

Na impossibilidade de desenvolvimento do projeto de casa de parto na esfera pública, ele foi redirecionado pelas suas idealizadoras para a esfera privada. A instituição era voltada à classe média e custeada através de contratos particulares ou pela vinculação aos planos de saúde. O projeto da CP Nove Luas, apesar de ser uma instituição nomeada “Casa do Parto”, diferentemente das demais casas de parto, abrigava no seu interior uma sala cirúrgica. Buscava-se manter a integralidade da assistência, numa perspectiva humanizada do nascimento, também nas intervenções cirúrgicas que se fizessem necessárias. A transferência para hospitais de grande porte estava prevista em caso de riscos iminentes à vida da gestante e do bebê. Essas características e sua estrutura jurídica situaram-na como um estabelecimento de saúde nos moldes hospitalares. Porém sua ambiência, proposta, filosofia e práticas de assistência assemelhavam-se ao modelo de casa de parto (que ainda não era regulamentado no Brasil), sendo reconhecida como tal, pelos ativistas brasileiros que compunham os movimentos pela Humanização do Parto e Nascimento.

O modelo proposto assemelhava-se ao desenvolvido pelo obstetra francês Michel Odent na maternidade de Pithiviers, próxima a Paris, na qual o ambiente institucional, tanto físico como afetivo, tinha como objetivo promover a privacidade e a aproximação entre a clientela e a equipe. A intervenção na forma de nascer buscava não somente uma alteração na assistência perinatal, mas baseava-se nos estudos de Michel Odent que preconizava a vida fetal e o nascimento como períodos críticos para o desenvolvimento da capacidade de amar ou do potencial de agressão do ser humano. (CARVALHO, 2002; ODENT, 2012.)

A história, princípios e práticas da CP Nove Luas são o objeto de investigação desta pesquisa. Busca-se examinar os múltiplos aspectos de sua atuação e investigar as relações entre as práticas desenvolvidas na instituição e as principais questões relacionadas ao parto e nascimento que começavam a surgir no debate público, ao longo dos anos 1990. Em alguma medida, também se busca investigar a relação dessa instituição com outras iniciativas, bem como problematizar em que medida sua história constitui um legado que se desdobra para além de sua própria existência.

### **Condições sociais da Pesquisa**

O meu encontro com a C.P. Nove Luas ocorreu em 1993, durante minha primeira gestação, três meses após sua inauguração. Durante seus seis anos de funcionamento tive uma vivência na Casa, que abrangeu tanto a esfera pessoal como profissional. Como usuária participei de “grupo de gestantes”, “grupo de pós-parto” e pari três filhos nesta instituição. Profissionalmente, fiz o curso de “Formação para o trabalho com gestantes” e tive supervisão de estágio com uma das fundadoras. Atuei também ministrando cursos de Shantala (massagem indiana para bebês) e como psicóloga clínica em consultório sublocado nesse espaço.

Em consonância com minha formação em psicologia e a partir dos diversos autores que consideram a gestação, o parto e o puerpério como momento de relevância para constituição dos vínculos familiares e para o desenvolvimento do psiquismo (MALDONADO, 1980; CUNHA, et al, 2015), a proposta de implantação e desenvolvimento da assistência humanizada ao nascimento da C. P. Nove Luas chamou minha atenção. Para além de meu envolvimento afetivo com a instituição, meu interesse, em especial, se voltou para sua proposta de promover ações que se diferenciavam das praticadas nas instituições de saúde materno-infantis então existentes.

Minha primeira iniciativa para a escrita da trajetória da C.P. Nove Luas ocorreu em 1999. A C.P. Nove Luas havia encerrado suas atividades e, num misto de inconformismo, perplexidade e luto, lancei a ideia de escrever um livro. Justamente no ano em que o Ministério da Saúde regulamentava o funcionamento das casas de parto, a C.P. Nove Luas fechava definitivamente suas portas. Embora a Portaria nº 985/GM de agosto de 1999<sup>3</sup> se referisse somente à normatização do funcionamento de casas de partos e centros de parto normal no setor público, isso não era algo que chamasse minha atenção na época. Considerava a experiência da C.P. Nove Luas, não somente relevante na vida de muitas famílias, mas também um universo no qual o exercício de valores e práticas apontavam a possibilidade de transformar modos de viver e ver.

No intuito de registrar (e prolongar) essa experiência, realizei entrevistas com três dos quatro sócios (com as três mulheres). A vida “aconteceu” e por algum motivo-que não sei precisar-, esse projeto não se concretizou. Três fitas cassetes foram carinhosamente guardadas... óvulo fértil disponível à fecundação. Ao longo dos anos transformaram-se em objetos guardados na “gaveta de lembranças”. Já as “lembranças-memórias” me acompanharam cotidianamente e marcaram minha vida pessoal e profissional.

No ano de 2017, no momento em que vários aspectos de minha vida tomavam novos rumos, retomo o tema gestação, parto e nascimento na minha prática profissional. O primeiro empreendimento nessa direção foi a realização de uma capacitação profissional para doulas com o intuito de recordar algumas práticas, mas principalmente de atualização em relação ao panorama atual nessa temática. O curso, porém, além de me situar no contexto presente, me remeteu diretamente à década de 1990. Em 2018 o

---

<sup>3</sup> Resolução do Ministério da Saúde, que estabeleceu os parâmetros legais para implantação dos Centros de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

lugar de pesquisadora emergiu; as fitas foram tiradas da caixa, submetidas à tecnologia e transformaram-se em MP3. Os jornais editados pela instituição transformaram-se em arquivos de PDF Nova entrevista foi realizada, novos encontros, novas motivações, novos olhares.

Analisar em perspectiva histórica a trajetória da C.P. Nove Luas e discutir à luz dessa experiência questões contemporâneas que têm se colocado no campo da assistência à gestação, parto e nascimento constituíram fortes razões para que eu realizasse esta investigação. Para esse fim, busquei compreender as concepções que nortearam a criação da C.P. Nove Luas, descrevendo sua estrutura organizacional e as práticas de assistência ao ciclo gravídico-puerperal lá realizadas. Igualmente, procurei descrever as atividades formativas e educativas voltadas para usuários e profissionais promovidas pela C.P. Nove Luas e suas inter-relações com outras iniciativas (instituições, grupos e redes de movimentos sociais) na luta pela humanização do parto naquela ocasião.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **2.1 Desenho do estudo**

Foi realizado um estudo qualitativo, de caráter histórico, sobre a trajetória C.P. Nove Luas, que utilizou fontes documentais - análise de documentos da instituição - e orais - entrevista com os sócios fundadores. A pesquisa qualitativa busca avaliar tanto as práticas e as relações, como também os significados atribuídos a estas pelos sujeitos (DESLANDES & GOMES, 2004). A lógica histórica fornece evidências de causas necessárias aos fenômenos, mas que não se pretendem suficientes, distinguindo-se da lógica experimental da física e da lógica analítica da filosofia. Tanto o fenômeno, como sua investigação são considerados como processos em movimento, que englobam

contradições. Estas são entendidas a partir de uma contextualização específica que não se compõe de conceitos auto confirmadores (THOMPSON, 1981). Dessa forma, procurou-se trazer à tona elementos para a discussão a respeito da atenção à saúde da mulher e da criança, no ciclo gravídico-puerperal, a partir da reconstrução da trajetória dessa instituição.

## **2.2. O campo de estudo**

Os laços que construí com os quatro sócios fundadores da C.P. Nove Luas, como usuária e como profissional, promoveram vínculos de confiança, mas não de intimidade. Isso me possibilitou, tempos depois, fácil acesso aos arquivos de documentos institucionais, que foram utilizados na pesquisa, e aos fundadores da casa de parto, que se dispuseram a contribuir com essa investigação. Se por um lado essa familiaridade constitui uma condição facilitadora, por outro traz em si o risco do olhar naturalizado frente a um objeto que se julga conhecido. Faço aqui uma citação de Tornquist (2007) que me situa e me ressignifica frente a essa pesquisa “Meus afetos não eram, afinal, os penetras da pesquisa, mas sim, os seus mais esperados convidados, que me exigiram colocar em prática os tais enquadramentos sociológicos e exercitar o desejável estranhamento...” (TORNQUIST, 2007, p.65).

Nunes (1990) afirma que a proximidade do historiador com o objeto de sua pesquisa não é um obstáculo à sua compreensão, mas sim uma ferramenta que o subsidia. A autora aponta que a força motriz que impulsiona o pesquisador a investigar as trajetórias e reconstruir o passado é justamente o seu desejo e este não pode ser neutro, pois é, pelo contrário, imbuído de afetos, o que não pode ser ignorado. “Afinal, o olhar que olha os outros sente a necessidade de voltar-se para si mesmo. O corpo que

se apropria da história precisa enxergar-se apropriado pela História da qual se apropria” (NUNES, 1990, p.37).

O primeiro contato estabelecido com os sócios da C.P. Nove Luas, com a intenção voltada para o estudo de sua trajetória foi, na ocasião do envio da “Carta de Intenção” para o Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher do IFF, com uma das sócias fundadoras da instituição, com a qual estava guardada boa parte do material que havia sido da C.P. Nove Luas. Após a concordância dos quatro sócios com a realização da pesquisa, e quando o meu ingresso no mestrado já havia sido efetivado, iniciei o primeiro contato com o acervo, com o objetivo de explorar os documentos disponibilizados para a pesquisa.

Quando um evento passado é resgatado ele é capturado por novos significados que dizem respeito ao contexto presente em que está sendo estudado. Dessa forma a pesquisa de uma trajetória envolve tanto um resgate de acontecimentos como uma ressignificação destes (NUNES, 1990). Autores da antropologia, como Cardoso (1977), Velho (1978) e Tornquist (2007) alertam quanto à delicadeza do lugar do pesquisador, que precisa refletir sobre sua construção cultural para desnaturalizar seu olhar e simultaneamente assumi-la, para não cair na armadilha da neutralidade. O pesquisador, enquanto investiga, produz um recorte da realidade que é atravessado por sua subjetividade. O “enamoramento” pelo objeto impulsiona o pesquisador a escolhê-lo, mas sua interlocução se estabelece em uma nova instância (seja no que lhe é supostamente familiar ou supostamente desconhecido), o que envolve frustrações e encantamentos, mas não se reduz a isso. É no encontro e no estranhamento que a relação do pesquisador com sua pesquisa se consolida.

### 2.3 A pesquisa documental

Os conteúdos dos arquivos e sua estruturação não fornecem somente informações concretas, mas revelam óticas sobre eventos e relações sociais no contexto em que ocorreram. Os documentos, quando são constituídos, exercem uma dupla função: expressam versões sobre os fatos sociais e as constroem, pois à medida que essas versões são manifestadas elas se incorporam à realidade que revelam. May (2004) alerta que ao longo do tempo as fontes documentais têm sido compreendidas, a partir de uma ótica positivista, como mera reprodução “*impressionista*” dos fatos e desconsideradas quanto ao seu potencial para ampliar os horizontes das pesquisas sociais. Por outro lado, as fontes documentais têm sido amplamente utilizadas pela pesquisa histórica. O autor menciona a contribuição que a investigação pela perspectiva histórica pode trazer para a pesquisa social por levar em consideração a reflexão acerca dos eventos passados e as possibilidades de correlacioná-las com questões atuais.

Os arquivos guardam e materializam sonhos, projetos e realizações. O esforço de conservação, mesmo não intencional ou inconsciente, revela o que se pretendeu conservar como testemunho corporificado. O encontro do pesquisador com o material tem como ponto de partida suas disposições teóricas prévias que o move na seleção e organização desse material. Mas é no inusitado da descoberta, que inclui a vivência e a criatividade do pesquisador, que se realiza uma nova construção do conhecimento. A teoria é, nesse caso, a mediadora que introduz o pesquisador ao universo de significados dos sujeitos pesquisados. Mas esse universo não pode ser engessado ou reduzido a uma concepção teórica que elimine a ambiguidade e os diferentes matizes entre os pressupostos, a compreensão teórica do pesquisador e as evidências surgidas. (NUNES, 1990)

No que tange à coleta de dados, para esta pesquisa foi considerada uma abordagem mais ampliada da definição de documentos na qual são incluídos não só textos escritos, mas outras fontes como fotografias e imagens que também comunicam testemunhos sobre o passado e constituem materiais com função simbólica (CELLARD, 2012; AARTS & BAUER, 2013; MAY, 2014). Para a seleção dos documentos foi considerado o período desde dois anos antes da inauguração da C.P. Nove Luas até dois anos após o seu fechamento, com o intuito de abarcar o contexto que culminou com a sua abertura e as repercussões de seu fechamento.

Foram feitas algumas visitas ao acervo documental da instituição, que se encontrava em posse de uma das sócias, e uma busca exploratória com a intenção de uma triagem preliminar. Compreendendo que um corpus satisfatório é constituído quando se esgotam as inúmeras possibilidades de fontes documentais (CELLARD, 2012), foram selecionados para análise os seguintes materiais:

1. Jornal: “Ventre” – Jornal editado e publicado pela instituição e impresso pela Tribuna da Imprensa, cuja tiragem de 7500 a 15000 exemplares trimestrais, era distribuída gratuitamente em âmbito local: Niterói, RJ. Foram publicadas quatorze edições do jornal, contendo 12 páginas cada, entre 1994 a 1998.
2. Exemplar do livro “Nove Luas, Lua Nova, o espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida” - Maciel, M.E. et al. - 1ª Ed., Editora La Salle, Niterói, RJ. 1991. Livro de autoria de duas sócias, cujo lançamento ocorreu dois anos antes da abertura da instituição
3. Audiovisual institucional utilizado para apresentação da instituição em visitas e eventos (DVD, que havia sido transcrito de fita VHS)
4. Material impresso de divulgação

5. Álbum de fotos
6. Projeto de casa de parto apresentado à Prefeitura de Niterói pelas duas sócias
7. Transparências para exposição em retroprojektor - material didático para cursos e oficinas
8. Documentos institucionais: contrato da sociedade, registros e certificações, convênios, folha de pagamento de profissionais e livro de registro de nascimentos.
9. Currículos e informações profissionais dos sócios
10. Cartas enviadas à instituição

A esses somaram-se documentos do arquivo pessoal da pesquisadora: material didático referente ao Curso de Formação para o trabalho com gestantes, que havia realizado em 1996 e três fitas cassetes de entrevistas abertas, realizadas com as três sócias, no ano de 1999, cujo objetivo era a escrita de um livro que contasse a história da instituição. Para exploração do material as três fitas cassetes, com duração média de uma hora e vinte minutos cada, foram transformadas em arquivos de mídia digital.

#### **2.4 As fontes orais**

Com o objetivo de produzir uma compreensão mais aprofundada da trajetória da C. P. Nove Luas, além da pesquisa em acervo documental, foi realizada uma entrevista em grupo com os quatro sócios fundadores da instituição. O encontro aconteceu em dezembro de 2019 e, por escolha dos informantes, ocorreu em um restaurante durante o horário de almoço. A entrevista foi aberta, não diretiva e norteada para a compreensão dos processos envolvidos na criação, desenvolvimento e encerramento da C. P. Nove

Luas. Seu registro se deu por meio de gravação de áudio com duração de três horas e vinte e sete minutos.

## **2.5 Análise**

A diversidade das fontes permite ao pesquisador uma maior profundidade em sua análise, pois possibilita enfoques variados originários de diferentes atores com interesses e contextos diferentes frente às questões abordadas. O acervo pesquisado constituiu-se de documentos públicos e privados e foi composto de uma variedade de documentos, tanto em relação à sua natureza, como aos autores que o redigiram. A pluralidade da fonte documental selecionada favoreceu a identificação de questões relevantes da trajetória histórica da C. P. Nove Luas e contribuiu para a compreensão acerca do modo pelo qual elas eram abordadas. Contudo, as principais fontes foram as quatorze edições do jornal *Ventre*, as três entrevistas realizadas em 1999 e a entrevista grupal realizada em 2019. Os demais materiais foram analisados de forma complementar ao acervo principal.

Para Nunes (1990) a interpretação do material ocorre a partir do conjunto de relações que se estabelece entre as perguntas do pesquisador e a constituição dos documentos. É um processo que ocorre de forma dinâmica, no encontro daquele que estuda com o material estudado, no qual novas questões e novas conexões são suscitadas e começam a configurar cadeias de significados.

A análise do *Jornal Ventre* se deu a partir da leitura, releitura e organização do material. As edições foram transformadas em arquivo PDF, impressas e encadernadas. Ambas as versões foram utilizadas. Em segundo momento foram listados, e dispostos em tabela, os títulos de todas as matérias escritas nas edições do *Jornal Ventre*. Estes foram sucessivamente ordenadas e reagrupadas segundo assuntos (temas, eventos,

agenda, atividades, comunicações, divulgações, citações), datas, gênero ou origem de autores. Essa exploração teve a intenção de servir como ferramenta para a apreensão de signos e núcleos de sentido que pudessem contribuir com a apreensão do percurso, bem como, auxiliar na melhor definição de categorias a serem estabelecidas para a análise do conteúdo do jornal.

Por fim, estabeleceu-se duas grandes áreas temáticas baseadas nas concepções da CP Nove Luas quanto à relação entre o nascimento e as transformações sociais. A primeira grande área foi representada pela frase do escritor Michel Odent: “Para mudar a forma de viver é preciso mudar a forma de nascer” e a segunda por uma versão parafraseada desta, que também passou a ser utilizada na instituição “Para mudar a forma de nascer é preciso mudar a forma de viver”. No primeiro grupo inseriam-se as práticas, promovidas pela casa, no intuito de alterar o cenário da assistência. No segundo, as ações que buscam atuar socialmente para a transformação de paradigmas, nesta incluem-se as propostas formativas, os enfrentamentos e as intervenções mais amplas cuja expressão pode traduzir-se em políticas públicas.

As entrevistas foram transcritas e textualizadas e em sua análise, estabeleceu-se os mesmos procedimentos realizado no acervo documental: análise da trajetória e análise de conteúdo temática, ambos visando atender aos objetivos da pesquisa. A entrevista, entendida como prática discursiva, foi analisada buscando-se compreender a versão da realidade e os sentidos produzidos pelos entrevistados (SPINK, 1999). Considerou-se aqui o relato obtido como expressão de uma construção da realidade que é explicativa em si mesmo e na sua relação com o contexto ao qual se refere. Nesse sentido, a memória dos fatos, evocada pelos entrevistados, foi compreendida, segundo o pensamento de Michael Pollak (1989, 1982) como um fenômeno que acontece na interface entre o coletivo e o individual e que se compõe da gestão de contradições e

tensões (POLLAK, 1989, 1992). Dessa forma, entendeu-se que a reconstrução, que se deu num relato a posteriori, reordenou e redefiniu uma coerência lógica que atualizou os eventos passados

Para fins de análise, os materiais complementares foram agrupados por sua possibilidade de contribuição para reconstrução dos aspectos temporais (no sentido da sucessão de fatos) ou de conteúdos, que possibilitaram aprofundar a compreensão da trajetória. Dessa forma o livro *Nove Luas*, elaborado a partir das experiências profissionais e pessoais das autoras, e o projeto de casa de parto apresentado à Prefeitura de Niterói pelas duas sócias, forneceram pistas acerca das motivações e do contexto que antecedeu a criação da C.P. *Nove Luas*. Os documentos institucionais de caráter jurídico trouxeram clareza à dinâmica de funcionamento e às implicações legais que tinham efeitos nas práticas. Os materiais de divulgação apontavam para ideologias e concepções que sustentavam a casa. As transparências, os materiais didáticos e as cartas enviadas à instituição com a compreensão dos processos formativos propostos pela instituição.

A análise do material envolveu a articulação dos documentos escritos e orais, submetendo-os a procedimentos descritivos e interpretativos visando atender aos objetivos gerais e específicos do projeto. Isso implicou em um olhar analítico que percorreu tanto o processo de desenvolvimento da experiência da CP *Nove Luas* (seu contexto, seus enredos, seus personagens, suas práticas, as interações internas e externas, os limites e as oportunidades que se apresentaram) como os conteúdos temáticos, dos quais se puderam extrair as visões de mundo, os sistemas de ideias e valores que a guiaram.

## **2.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi norteada pelos princípios éticos e legais estabelecidos pelas resoluções 466/12 e 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Como pesquisadora, reafirmo o compromisso com a confidencialidade das informações produzidas, que serão utilizadas exclusivamente no âmbito da elaboração analítica da pesquisa e dos produtos acadêmicos que lhe são pertinentes. A participação dos sujeitos da pesquisa foi voluntária e se deu mediante a leitura, com os esclarecimentos necessários, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO A).

Para acesso ao arquivo documental privado da C. P. Nove Luas e sua utilização nesta pesquisa foi solicitada autorização por escrito à sócia fundadora da instituição, cujos arquivos ficaram sob sua guarda. (ANEXO B)

Garantidas as condições acima (participação voluntária e consentida por escrito, privacidade, anonimato, confidencialidade), não há riscos relacionados à pesquisa. Faz-se a ressalva que foi garantido o direito de recusa de participação ou retirada de consentimento a todos os participantes.

Os benefícios do estudo derivam do que ele pode contribuir tanto à construção da história da saúde no Brasil, como aos debates contemporâneos sobre direitos reprodutivos, especificamente aqueles relacionados à gravidez, parto e nascimento.

Este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ. (ANEXO C)

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

Duas ferramentas teórico-conceituais foram de grande importância para a elaboração desse trabalho. A primeira é o conceito de medicalização da sociedade. Ele

nos permite pensar como, com o desenvolvimento da sociedade moderna, cada vez mais a medicina passou a se caracterizar como um conjunto de discursos, conhecimentos e práticas hegemônicas e atuantes nas mais diversas relações sociais. Outra alavanca conceitual de grande importância para pensar o processo de surgimento e desenvolvimento da CP Nove Luas e o contexto que o circunda foram as reflexões sobre as características sociais do parto e do nascimento desenvolvidas pela antropóloga Robbie Davis-Floyd que deram origem a noção de “modelo tecnocrático”. Tal modelo, partindo de uma concepção mecanicista, descontextualiza as práticas de parto, reduzindo a experiência do nascimento a um fenômeno médico. (DAVIS-FLOYD, 1994)

### **3.1 A medicalização do parto**

O avanço da medicina e sua inclusão na assistência ao parto tiveram papel significativo para a redução da mortalidade materna, porém a hospitalização do parto, o tornou um fenômeno sujeito a procedimentos invasivos, marcado pela pouca autonomia da parturiente. Pode-se dizer que as rotinas incorporadas ao parto dizem respeito não somente à hospitalização, mas à patologização do parto. O termo “medicalização” aparece com frequência nas produções acadêmicas acerca da assistência à gestação, parto e nascimento para referir-se a esse fenômeno. Alguns autores, como Zorzanelli et al. (2014) e Nicida et al. (2019), dentre outros, chamam atenção para o fato deste ser um conceito utilizado com diferentes significados na literatura acadêmica.

Grande destaque é dada a definição de Peter Conrad para medicalização como deslocamento de comportamentos e fenômenos para o âmbito da medicina. Estes passam a ser compreendidos dentro da lógica médica, sendo passíveis de intervenções.

Essa definição também foi objeto de críticas severas justamente por sua abrangência que oculta diferentes aspectos, consequências e interesses. (ZORZANELLI, 2014).

Zorzaneli (2014) considera que, de uma forma geral, o debate acerca da medicalização não está focado no conceito de doença, mas sim no estado de “*pathos*”, no qual características são culturalmente reconhecidas como passíveis de intervenção. “Assim, o rótulo de doença é uma das formas, mas não a única, pela qual a medicalização tem lugar. O diagnóstico é um facilitador, mas não a condição exclusiva de seu exercício. Mais do que a criação de categorias, a medicalização envolveria a transformação do *pathos* em experiências medicamente descritas e manejadas.” (ZORZANELLI, 2014, p.1866).

Para Irving Zola (1972) a aceitação de um fenômeno como doença encobre outros tipos de questões mais desconcertantes ou de ordem moral. O autor considera que a medicalização da sociedade ocorre tanto pela ação da medicina como por desejo social e conveniência política, entretanto algumas questões são tratadas como exclusivamente de domínio técnico, científico e médico.

Em relação à medicalização do parto, Nicida, et al. (2019) relaciona cinco diferentes sentidos atribuídos ao termo na literatura científica brasileira. São eles: intervenções, disputa profissional, violação de direitos das gestantes, cenário do parto e reflexo da medicalização da sociedade. Embora diferentes, estes conceitos não são necessariamente excludentes. Nos quatro primeiros significados, a medicalização é compreendida como algo a ser combatido ou superado e a “humanização” na assistência é apresentada como um conceito que a ela se contrapõe e viabiliza uma mudança de modelo. (NICIDA et al.2019)

À medida que o conceito de medicalização do parto é compreendido sob a ótica da disputa profissional, a crítica recai sobre a categoria profissional do médico. Este é

visto como a figura que anulou o protagonismo feminino no parto através da imposição de práticas e rotinas. Nesse caso a substituição na assistência aos partos de risco habitual pela enfermagem obstétrica se configuraria como uma estratégia para humanização do nascimento. Não há, contudo, a garantia de que a troca de categoria profissional seria suficiente para uma mudança de modelo na assistência (NICIDA et al.2019).

Quando entendido pela perspectiva da violação dos direitos das mulheres, tal modelo de assistência está relacionado ao que atualmente é nomeado como violência obstétrica e se refere ao desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, assim como aos diversos abusos impostos à mulher durante o ciclo gravídico puerperal. A prática medicalizada, nesse caso, se caracteriza por uma imposição de saberes e crenças (o saber médico em relação a outros saberes, os valores masculinos frente aos femininos, a tecnologia frente à fisiologia da mulher, o tecnicismo frente à vinculação afetiva). A opressão legitimada no cenário obstétrico, nesse sentido, não só expressaria desigualdades, mas também as perpetuariam (NICIDA et al.2019).

No tocante ao cenário do parto, o ambiente hospitalar promoveria a medicalização pelas próprias características físicas e contextuais do espaço e uma das alternativas propostas seria a criação de espaços mais acolhedores e propícios à evolução do parto, como as Casas de Parto e os Centros de Parto Normal. Uma quinta categoria que aparece nos artigos refere-se à medicalização do parto como parte de um processo mais amplo e complexo de construção sociocultural, a medicalização da vida. (NICIDA et al.2019).

Independentemente da acepção dada ao termo, quando o conceito de medicalização é aplicado ao parto ele assume na maioria das vezes é visto como o contrário da humanização e considerado como um modelo hegemônico, caracterizado

por uma assistência amplamente intervencionista. (NICIDA, et al. 2019). Sua gênese se deve ao desenvolvimento do parto médico, mas tem na hospitalização dos nascimentos seu momento de ampliação e diversificação de práticas.

A padronização dos procedimentos hospitalares no parto visa combater a imprevisibilidade da natureza que, sendo selvagem, incontrolável e caótica, ameaça o ser humano. (DAVIS-FLOYD & CHEYNEY, 2009). Além disso, ela buscou enquadrar as rotinas e temporalidades do nascimento ao mundo médico e hospitalar.

No âmbito do hospital, o nascimento e o parto passaram a compor os mesmos trâmites burocráticos relacionados ao enfrentamento às doenças. Para tanto seria necessário que ele se relacionasse principalmente aos profissionais da cura – os médicos – tivesse um tempo padrão planejado e gerido a partir da utilização de substâncias medicamentosas e fosse ao máximo destituído de qualquer sintoma que pudesse ser visto como sofrimento. As transformações na forma de conceber o parto no âmbito dos hospitais também ajudaram a criar e estabilizar diversas práticas e procedimentos retirados dos protocolos médicos direcionados a prevenção contra doenças transmissíveis. São exemplos desses procedimentos a separação das mães dos seus bebês para que esses não se contaminassem e protocolos como enemas<sup>4</sup> e raspagens dos pelos, visando uma pretensa assepsia.

Algumas dessas práticas, que por vezes causam dor e sofrimento, nasceram a partir de crenças que foram posteriormente refutadas pela ciência, porém permanecem, sem uma indicação clínica que as justifique. Dentre esses procedimentos, podemos

---

<sup>4</sup> Enema ou enteroclisma, também chamado de clister, é a introdução de líquido no intestino através de sonda retal no ânus (reto e sigmoide) para auxiliar na eliminação de fezes ou preparar o paciente para exames e cirurgias. Foi inserida como rotina no preparo pré-parto com o intuito de evitar a evacuação no período expulsivo visando prevenir infecção local, facilitar a descida do feto, aumentar a contratilidade uterina e também evitar o constrangimento por parte da mulher e dos profissionais. (BRASIL, 2001). É um procedimento incômodo que apresenta risco de lesão intestinal. Foi classificada em 1996 pela OMS como uma das condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas, só devendo ser utilizado por solicitação da mulher.

destacar o impedimento da deambulação durante o trabalho de parto e a falta de opção por uma posição diferente da litotômica<sup>5</sup> durante o período expulsivo; a manutenção de dieta zero durante todo o trabalho de parto; a realização da episiotomia<sup>6</sup>; o uso de ocitocina para acelerar as contrações e a manobra de Kristeller<sup>7</sup> que, segundo as evidências científicas, é uma intervenção extremamente dolorosa, não traz benefícios e por vezes resulta em desfechos danosos. (WHO,1996, 2018).

A insistência na realização da episiotomia como prática rotineira nos partos vaginais ilustra a persistência de procedimentos, independentemente de sua refutação pelas evidências científicas. Diniz e Chacham (2006) consideram que há uma grande confusão que atribui ao parto vaginal danos perineais que na verdade são causados pela episiotomia, o que contribui para que o parto vaginal seja visto como um evento de alto risco à vida sexual da mulher. Para as autoras, trata-se de um procedimento atravessado por inúmeros mitos e pelo desconhecimento de muitas mulheres acerca do seu próprio corpo, inclusive as profissionais de saúde. A episiotomia é vista como uma decisão médica, que segundo as autoras, baseia-se em crenças masculinas quanto a passividade do órgão feminino e, portanto sua impossibilidade de se recompor após a passagem do bebê. (DINIZ e CHACHAM, 2006)

Constata-se que o modelo hospitalar, tanto oferece recursos em casos de complicações intraparto, como cria normas que dificultam o desenvolvimento de processo do parir, oferecendo soluções para as dificuldades criadas, que por vezes

---

<sup>5</sup>Posição no qual a pessoa fica deitada com as costas apoiadas no leito e a face voltada para cima, mantendo o joelho flexionado a 90° e, expondo o períneo.

<sup>6</sup> Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) durante o trabalho de parto com o objetivo de ampliar o canal vaginal. Desde 1996 a OMS a classificou como uma das práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado e em 2018 definiu como não recomendado o seu uso liberal e rotineiro (WHO, 1996, 2018).

<sup>7</sup>Manobra que consiste na compressão externa do fundo do útero, através de uma pressão que é exercida com as mãos, punhos ou antebraços sobre o abdômen da parturiente com o intuito de empurrar o bebê e abreviar o período expulsivo.

resultam em novas complicações, constituindo um ciclo iatrogênico, inerente a esse modelo de assistência. O hábito, por exemplo, de deitar a mulher durante o trabalho de parto, limitar seus movimentos ou aplicar líquidos intravenosos restringe a mulher na busca pela posição que lhe dê mais conforto.

A impossibilidade da posição verticalizada e os agachamentos no período expulsivo impedem justamente as posições que maximizam as dimensões da pelve, aumentam o fluxo sanguíneo e a oxigenação do feto e otimizam a curva do canal de parto humano. A postura corporal fisiologicamente disfuncional e a exposição ao estresse pertinente do contexto hospitalar (contato com membros da equipe que lhe são estranhos, medo da dor, expectativa quanto a evolução da dilatação e do trabalho de parto, por exemplo) pode estimular a liberação do cortisol e da adrenalina e inibir a produção de ocitocina. Esse quadro hormonal interfere diretamente tanto no ritmo das contrações como na percepção da dor e pode gerar a necessidade de analgesia e/ou de hormônios sintéticos que regularizem o ritmo das contrações.

A mulher, nesse contexto, encontra-se privada dos benefícios da experimentação de posições durante o trabalho de parto, impedida de usufruir do conforto de um ambiente familiar onde sua privacidade seja respeitada e submetida a rotinas que a inibem na busca de seus recursos internos para lidar com o processo do parto. Torna-se vulnerabilizada e dependente do que o aparato hospitalar lhe oferece para lidar com seus desconfortos e garantir o melhor desfecho. Nessa condição, deposita no aparato tecnológico, bem como nas técnicas aprendidas ao longo da gestação, a expectativa de alívio de seu sofrimento. Davis-Floyd (1994) considera que as rotinas no aparato hospitalar são comunicações simbólicas que passam à mulher a mensagem inconsciente de sua ineficiência e fragilidade frente a esse processo. Trata-se de práticas diretamente relacionadas às crenças e aos valores da sociedade ocidental, que se fundamentam na

ciência, na tecnologia e no patriarcado. (DAVIS-FLOYD, 1994; DAVIS-FLOYD & CHEYNEY, 2009).

### **3.2 O modelo técnico científico de nascimento**

Outro aspecto relevante a essa dissertação são as ideias de antropóloga Robbie Davis-Floyd que considera o parto como ritual. O parto e o nascimento, longe de serem eventos estritamente fisiológicos, estão inseridos numa teia de significados culturais. O contexto que os envolvem, bem como as práticas e os atores que deles participam, faz parte de um conjunto de códigos simbólicos que conferem valores e delimitam funções, papéis e comportamentos “desejáveis”, tanto para a mulher e familiares, como para os profissionais. Tais representações não são estanques e as transformações de significados não ocorrem linearmente ao longo do tempo, mas coexistem entre si (MARTINS, 2004; TORNQUIST, 2002; SALEM, 2007). “O parto é, antes de tudo, um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se, portanto, como um acontecimento histórico” (MARTINS, 2004, p. 67).

O ritual, definido como a representação simbólica de um sistema de crenças, é caracterizado pela padronização e repetição de uma prática ou comportamento. É formado por um conjunto de mensagens simbólicas elementares, que são repetidas em diferentes atos e alinham os valores individuais com os culturais, preservando as crenças sociais e a estrutura de poder que os mantém. Através de atos simbólicos, o ritual envia mensagens que não são destinadas ao cérebro analítico, mas ao corpo e às emoções, formando ou transformando a percepção do indivíduo sobre si mesmo, bem como da sociedade a seu respeito. Os rituais de passagem instituídos por uma sociedade têm como objetivo estabelecer a mudança de status do indivíduo através de atos que marcam as etapas de transição. O nascimento é um processo privilegiado para a

ritualização por tratar-se de um evento do qual emergem pelo menos três novos membros: o bebê, uma mãe e um pai, que transmitirão e perpetuarão os valores sociais. (DAVIS-FLOYD, 1994)

Segundo Davis-Floyd, & Cheyney (2009), o parto deixou de ser um processo biológico solitário desde que o ser humano se tornou bípede. Em relação às demais primatas a postura ereta e bípede da mulher, tanto dificulta o trabalho de parto, como sua destreza para aparar o bebê no momento do nascimento. As autoras concluem que para as fêmeas humanas o parto assistido tornou-se mais seguro que o parto solitário, constituindo-se um evento biocultural e social.

As autoras citam que, até aproximadamente 250 anos atrás, as práticas que cercavam o nascimento humano eram semelhantes, em seus aspectos mais amplos, nas diferentes culturas. Embora houvesse nuances variadas em relação a aspectos específicos (como a alimentação considerada pertinente ou os artefatos usados), era usual que a parturiente tivesse assistência de uma ou mais mulheres conhecidas, que estivesse num lugar conhecido que considerasse seguro, que se movimentasse livremente, que ingerisse algo durante o trabalho de parto, que buscasse a posição verticalizada durante a expulsão, enquanto a parteira se abaixava para receber o bebê e que, após o parto, os bebês e as mães fossem mantidos próximos durante o primeiro ano ou mais.

Na concepção de Davis-Floyd, o processo de medicalização da sociedade transcorrido a partir do século XVIII proporcionou uma completa reviravolta nos rituais do parto. De evento social cercado por diferentes códigos simbólicos, crenças e aspectos culturais locais e agentes facilitadores, o parto tornou-se um evento relacionado à racionalidade médica. Ou seja, passou a fazer parte um conjunto de rituais que sustenta a crença da dependência vital que os indivíduos têm das instituições biomédicas,

característica do modelo tecnocrático. Esse processo não se restringe aos procedimentos de rotina da instituição, está presente na constituição dos valores sociais das parturientes e na formação dos profissionais de saúde, atravessado por ritos de passagem, que imprimem os valores tecnocratas à prática médica. (DAVIS-FLOYD, 1994; DAVIS-FLOYD & CHEYNEY 2009)

O modelo tecnocrático baseia-se em pressupostos ancorados na compreensão mecanicista do universo e no domínio da natureza a partir da descoberta de suas leis, considerando também o corpo humano uma máquina que deve ser desvendada e aprimorada a partir das investigações e intervenções científicas. Visto que, essas ideias desenvolveram-se no século XVII, num sistema de crenças em que a mulher era considerada inferior, o protótipo de corpo que mais se aproximava da perfeição era o masculino.

As diferenças do corpo feminino, não estavam só sob o signo da desigualdade, mas também da anomalia e da periculosidade. Esses valores foram componentes intrínsecos ao posterior desenvolvimento de medicina, e especificamente da medicina obstétrica, transformando o parto num evento que deveria ser controlado em sua imprevisibilidade e deficiência. A estratégia utilizada para esse controle configurou um sistema baseado em procedimentos padronizados, interligados sequencialmente e precisos, tal qual o modelo de produção em linha de montagem característico da era industrial. Essa engrenagem é construída a partir de um senso de ordem e segurança que imprime uma conotação de ameaça a qualquer situação que dela escape. Para Davis-Floyd (1994), a necessidade da instituição ter prevalência em relação à necessidade do indivíduo está consonante com essa lógica, pois se trata de uma unidade social mais significativa. Nesse contexto, o objetivo é ter como produto um bebê perfeito no espaço

de tempo correto, enquanto a qualidade de experiência materna não é tão relevante. (DAVIS-FLOYD, 1994)

Davis-Floyd & Cheyney (2009) consideram que as abordagens tecnocráticas subestimam as necessidades das mulheres em trabalho de parto e que a padronização hospitalar do processo do nascimento, dentre outras consequências, obscurece as diferentes construções culturais de ações envolvidas na parturição. Elas propõem uma reforma que reduza a discordância entre a biologia e a cultura, atendendo às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais atuais da mãe e bebês humanos. As autoras defendem modelos holísticos de assistência que se concentram na construção de relacionamentos emocionais baseados em vínculos de confiança e na redução de hormônios do estresse através do apoio psicossocial durante o parto<sup>8</sup>.

A partir de um foco mais ampliado, Diniz (2002) relata que em todas as sociedades o processo de nascer é marcado por ritos, que expressam os valores compartilhados daquela sociedade. A autora aponta que a mudança do parto domiciliar para o hospital não é uma exceção a isso, mas “resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano” (DAVIS-FLOYD, 1992 p. 2 *apud* DINIZ, 2002 p. 254.). Nota-se que as evidências científicas, que apontam a inutilidade ou mesmo efeitos danosos de algumas condutas, não são suficientes para inibi-las. A transformação do modelo de assistência ao parto é movida pela mudança de valores sociais e pela construção de novos ritos. (DINIZ, 2002).

---

<sup>8</sup> A proposta das autoras estende-se aos primeiros meses de vida do bebê, defendendo a livre demanda na amamentação e o sono compartilhado entre mãe e bebê durante um período adaptativo. Segundo as mesmas, essa intimidade e a conexão, quando presentes nos comportamentos parentais precoces, proporcionam inúmeros benefícios, tais como: a promoção do vínculo mãe-bebê, a regulação da respiração, aumento da estimulação tátil, o crescimento e o desenvolvimento neurológico no recém-nascido. (DAVIS-FLOYD & CHEYNEY, 2009)

## 4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

### 4.1 Breve histórico da parturição

Por um longo período da história, o parto e o nascimento foram acontecimentos circunscritos ao âmbito feminino, um evento eminentemente caseiro assistido por uma parteira experiente e mulheres pertencentes ao espaço doméstico da parturiente. A prática da parteira era constituída por um saber popular sobre o corpo feminino que incluía rituais construídos e transmitidos geracionalmente. Sua ação, além do partejar, abrangia instruções sobre doenças e abortos, bem como orientações sobre cuidados com as crianças (BRENES, 1991). A inserção dos médicos nesse cenário era restrita a camadas elitizadas da sociedade e estes possuíam recursos precários para lidar com as complicações.

No final do século XVII algumas parteiras começaram a ser formalmente instruídas pelos cirurgiões. Ao longo do século seguinte, as parteiras leigas foram responsabilizadas por mortes de mães e bebês e acusadas de imperícia. Gradativamente, o conhecimento das parteiras foi sendo deslegitimado e sua prática vista como ignorante. A habilidade das parteiras era questionada não só em relação às intervenções na saúde da puérpera, mas quanto à influência de seus atos sobre o destino da alma do recém-nascido e de sua família. (BRENES, 2005). Aos poucos, o Estado e a Igreja Católica foram restringindo a atuação das parteiras até proibi-las de prestar assistência às mulheres, bem como proibindo as mulheres de procurá-las. Esse veto às parteiras associado às mudanças sociais decorrentes do processo de industrialização, ao avanço da medicina no século XIX e a melhor eficácia da cesariana no final desse século foi compondo o cenário que resultou na hospitalização do parto. A instituição do hospital como local de nascimento produziu novas práticas, tornando-o um fenômeno sujeito a normas e rotinas. (MARTINS, 2009).

Apesar da ampliação da medicalização, no final do século XIX, os partos, na sua maioria, permaneciam eventos domiciliares e a formação em obstetrícia era essencialmente teórica. Embora as maternidades tivessem se tornado lugares mais seguros, limpos, equipadas com tecnologia e conhecimento médico para agir em partos complicados e fossem lugar de relevância no cenário urbano, até então sua utilização era demandada prioritariamente pela camada mais pobre da sociedade (MARTINS, 2004).

Nessa época havia um interesse no atendimento à parturiente pobre que excedia o caráter altruísta, pois acreditava-se que havia uma relação direta entre o tamanho da população do país e sua riqueza. Nesse sentido fazia-se necessário um atendimento que se estendesse ao período após o parto e garantisse a amamentação e condições de sobrevivência. Para garantir essa assistência médica gratuita, alguns médicos sugeriram equiparar a assistência à gestante e ao parto ao atendimento de doentes. Foram criados também leitos diferenciados para atendimento das pensionistas nas situações que necessitassem de cirurgia ou de intervenções obstétricas de risco. (MOTT, 2002)

Em meados do século XX, a urbanização e a modernização do país, dentre outras implicações, favoreceram o desenvolvimento de um grande conjunto de hospitais e maternidades. Com a institucionalização crescente da Medicina e o desenvolvimento das técnicas obstétricas, os médicos passaram a representar a categoria oficial de detentores do conhecimento sobre a saúde e a doença e gradativamente as práticas de outros atores da saúde, como as parteiras leigas, perderam espaço e passaram a ser combatidas. (PIMENTA, 2004)

As maternidades começaram a ser reconhecidas então como o lugar de maior segurança para o parto, por sua assepsia e recursos, tanto para lidar com os imprevistos como para controlar todo o processo do nascimento. Apesar da hospitalização do parto passar a ser reconhecida como um sinal de civilização, um inquérito realizado em 1946

no Rio de Janeiro mostrou uma discrepância entre o que era preconizado e o que ocorria, havendo falta de leitos e intervenções cirúrgicas desnecessárias, dentre outras inadequações do serviço. (MOTT, 2002)

A partir daí, foram sendo consolidadas as ideias do parto como um evento potencialmente perigoso, do médico como o profissional de maior competência para acompanhá-lo e do hospital como o melhor local para a sua ocorrência. A hospitalização do parto foi acompanhada de debates médicos acerca das práticas e intervenções obstétricas rotineiras que deveriam ser padronizadas para uma assistência ideal. Buscava-se, não somente evitar possíveis complicações, mas também amenizar o sofrimento e abreviar o tempo do parto para auxiliar a atividade fisiológica que, segundo a obstetrícia vigente, a mulher civilizada não estaria preparada para enfrentar sem a intermediação do médico ou sem se expor a riscos. (SILVA et al., 2019).

O parto foi classificado em categorias analíticas intermediárias entre o normal, considerado raro, e o operatório, a ser realizado em último caso. Essas categorias norteavam o papel do médico, a quem cabia o controle, a orientação e a ajuda, para a obtenção de um resultado satisfatório. Estabeleceu-se um entendimento de que cabia ao obstetra corrigir o processo do parto e para tal o debate girava em torno da sistematização de práticas obstétricas. Estas, aliadas aos procedimentos hospitalares rotineiros, instituíram uma assistência ao parto de caráter intervencionista. (SILVA et al., 2019).

Esse mesmo período vê surgir um processo de contestação e resistência ao modelo de assistência ao parto e nascimento baseado no paradigma biomédico. Nos anos 60, médicos como Grantly Dick-Read e Fernand Lamaze enfocavam técnicas comportamentais para o alívio da dor, que se baseavam no conhecimento da mulher a respeito do próprio corpo. Frédérick Leboyer, e Michel Odent, obstetras franceses, nos

anos 70, enfatizaram a importância que a transição do bebê do ambiente intrauterino para o ambiente externo ocorresse de forma gradativa e respeitosa. Portanto, propunham uma série de alterações nas rotinas hospitalares, visando amenizar esse impacto (LEBOYER, 1981; 1992).

Nos anos 80, a antropóloga Sheila Kitzinger defendeu o exercício do direito de escolha da mulher e o enfrentamento do poder médico a partir da apropriação do conhecimento técnico acerca dos processos fisiológicos e das intervenções médicas, bem como, enfatizou o papel do pai e dos processos psicológicos na família desencadeados pela gestação, parto e puerpério. (SALEM, 2007).

No decorrer da década de 1980, em colaboração internacional e apoiados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vários grupos de pesquisadores e médicos se organizaram para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, compondo o que ficou conhecido como medicina baseada em evidências científicas. (DINIZ, 2005). Em 1985, organizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS, foram realizadas na América e na Europa três conferências sobre o uso de tecnologia apropriada na assistência perinatal. A segunda delas - a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto – foi realizada em Fortaleza e constituiu um marco na política voltada para a saúde pública e para a defesa dos direitos das mulheres. O documento que resultou da conferência, a Carta de Fortaleza, integrou aquilo que a colaboração internacional, com base em evidências científicas, sistematizava como as boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Nesse sentido, incentivava o protagonismo das mulheres em todas as etapas da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizava a importância dos aspectos sociais e emocionais do parto e nascimento, aconselhava a suspensão do uso rotineiro de práticas

obstétricas consideradas inadequadas na maior parte dos partos, tais como enemas, raspagens de pelos, amniotomia,<sup>9</sup> episiotomia e a indução do parto; preconizava a liberdade de posições no parto e a presença de acompanhantes; e argumentava também que não havia justificativa para uma taxa de cesáreas superior a 15%.

Em 1993, a revista *Lancet* publicou uma revisão sistemática dos estudos sobre práticas de assistência perinatal, realizados desde 1950. Em 1996, uma síntese desse trabalho foi publicada pela OMS, como recomendações para as boas práticas de assistência ao parto e nascimento. (BOARETTO, 2003; DINIZ, 2005).

No Brasil, no final da década de 1970, grupos, que vinham questionando o modelo de assistência ao parto marcado pela hospitalização e excesso de intervenção, começaram a organizar-se em diversos formatos e em diversas partes do país. Algumas dessas organizações tornaram-se lócus de discussão, propostas e atividades voltadas para a assistência à gestação e puerpério, outras também propunham um atendimento ao parto num modelo que se diferenciava do habitual. Foi constituindo-se um movimento em prol da transformação da atenção ao parto e nascimento para uma assistência que respeitasse a autonomia da mulher, a fisiologia do corpo feminino, aliada à intervenção médica ponderada, que no Brasil foi chamado de “Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento” (DINIZ, 2005).

Embora esse movimento tenha tido seu berço na França, nos EUA e no Reino Unido, e começado mais tardiamente no Brasil, as publicações dos autores ligados a esse movimento chegaram ao Brasil logo após sua edição original e tiveram ampla aceitação (TORNQUIST, 2002). Um ponto culminante da consolidação do movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil traduziu-se em 1993, com a reunião

---

<sup>9</sup>Amniotomia é a ruptura artificial das membranas do saco amniótico (“bolsa d’água”) com o intuito de acelerar o trabalho de parto. A OMS (WHO, 2015) alerta quanto a inadequação do seu uso precoce como prevenção do trabalho de parto prolongado.

de representantes de várias dessas entidades, num encontro em Campinas (SP) que teve como propósito discutir as questões relativas a esse tema. O encontro resultou na fundação de ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, instituição que vem participando de forma relevante nas conquistas e nos enfrentamentos em favor da humanização do nascimento e que mantém atuação até os dias de hoje (RATTNER et al., 2010).

As ações envolvidas na assistência perinatal, predominantemente na assistência ao parto, permanecem possuindo centralidade e a discussão acerca das práticas desenvolvidas continuam sendo foco de debates entre diversas classes profissionais. Russo et al. (2019), sinalizam que atualmente há movimentos que propõem a desmedicalização do parto baseados em uma nova interpretação acerca da dor. Essa nova interpretação está vinculada à adoção de novas orientações e valores sustentados em informações legitimadas pelas evidências científicas. Trata-se de uma substituição de um enquadramento médico tradicional para uma adesão a um novo enquadre, no qual a dor do parto está inerente ao ritual de passagem da identidade-gestante à identidade-mãe. Distinguindo-se do movimento do parto sem dor, da década de 1960, não se trata mais de evitar a dor, mas de integrá-la à experiência.

## **4.2. Contexto global**

Os anos 1970 foram marcados por grandes transformações em diversos campos da sociedade. No que tange a economia, a crise do Petróleo trouxe reflexos econômicos para a Europa e Estados Unidos que reverteu em grande desestabilização econômica mundial na década de 1980. Dentre inúmeras consequências, o aumento do preço do petróleo refletiu em alterações na política de empréstimo monetário mundial, que até meados da década havia sido responsável pelo aumento do Produto Interno Bruto (PIB)

de países em desenvolvimento da América Latina. (JANNUZZI & MATTOS, 2001; PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

A crise econômica levou em seu vortex diversos campos da sociedade e fortaleceu concepções liberais que, a partir da última década do século XX se tornariam hegemônicas. No campo da saúde, o processo de sofisticação e encarecimento das tecnologias médicas, cada vez mais transformava a medicina em uma prática extremamente eficiente, mas de difícil acesso, o que se tornava mais intenso em países de baixa renda que, apesar do desenvolvimento tecnológico, tinham grande parte de sua população distante dos serviços. Tal processo iria originar novas alternativas no campo da saúde, em especial concepções relacionadas à ampliação do cuidado a partir da criação de modelos assistenciais que procurassem adequar o uso de tecnologias médicas as reais necessidades e possibilidades econômicas das populações (PONTE e FALLEIROS, 2010).

No período pós-guerra, os Estados Unidos tiveram grande destaque por seus avanços científicos e ampliação de pesquisas na área médica, que eram em grande parte financiados pela iniciativa privada (universidades privadas e laboratórios farmacêuticos). O paradigma norte-americano tornou-se, então, referência mundial no campo médico-científico da assistência sanitária que se consolidou no ocidente, centrado no modelo hospitalocêntrico. Esse modelo, que reconhecia o hospital como o local de excelência para a assistência à saúde, envolve duas hierarquias, a médica e a administrativa, ambas caracterizadas por alta fragmentação dos processos de trabalho. Somado a isso, trata-se de um modelo pautado na alta tecnologia e na valorização do médico especialista, o que desembocou em duas consequências: a contínua incorporação tecnológica acarretava desequilíbrio gerencial e financeiro dos serviços e a

prática altamente especializada dos médicos os afastou das reais necessidades dos pacientes, de seu contexto social e das condições de saúde da população.

O modelo assistencial centrado nos hospitais e em complexos exames diagnósticos levou a questionamentos acerca do acesso a serviços de qualidade para a população de baixa renda. Pesquisas patrocinadas principalmente pela OPAS revelaram crescente aumento de doenças relacionadas à pobreza, o que apontava para a necessidade de rever ações em saúde que integrasse bem-estar social e desenvolvimento econômico. (ALMEIDA, 2014; PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Outra agenda de saúde, liderada pelos Estados Unidos, que foi alvo de críticas, foi a política de controle da natalidade desenvolvida desde a metade dos anos 60, diretamente relacionada ao combate da pobreza. Argumentava-se, como justificativa para a crescente concentração de riqueza mundial no pós-guerra, que a pobreza estava diretamente relacionada ao crescimento demográfico. O progresso econômico dos países, até então nomeados subdesenvolvidos, dependia do apoio dos países ditos desenvolvidos, que por sua vez intencionavam imprimir determinado modelo de desenvolvimento. Os projetos de controle populacional nos países em desenvolvimento faziam parte desse investimento e foram financiados pelo Banco Mundial. Lima (2014) analisa que esse projeto se embasava numa lógica perversa, pois, segundo o autor, visava diminuir o número de pobres para que os investimentos pudessem ser voltados para as áreas produtivas ao invés das áreas sociais. Esses projetos foram alvo de denúncias e mobilização desencadeadas pelas pautas feministas. (ALMEIDA, 2014; LIMA, 2014).

As críticas e reivindicações que se desenvolveram ao longo da década de 1970 tiveram como consequência a adoção, pelas Nações Unidas, de um conceito de desenvolvimento econômico que se vinculava às necessidades sociais, culturais e

materiais da população. No final da década foi estabelecida a meta “Saúde para todos no Ano 2000” e em 1978 na Conferência de Alma-Ata foi aprovada, como sua principal estratégia, a Atenção Primária de Saúde (AP). A AP apoiava-se em estudos sobre ações básicas e propunha prioridade na prevenção de doenças e na promoção de saúde com foco nas condições de vida da população, abrangendo aspectos sociais como educação, nutrição, saneamento, urbanização, planejamento familiar e o uso de tecnologia apropriada ao meio social em que era utilizado. (ALMEIDA, 2014).

A primeira metade da década de 1980 foi uma época de visíveis conquistas pelos direitos das mulheres, que podem ser consideradas a culminância de décadas de esforços nesse sentido. A Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou o período 1976-1985 como a Década da Mulher (PIMENTEL, 2006).

Um grande marco foi a I Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no México em 1975, que teve como ponto central o debate acerca da igualdade de direitos entre os dois gêneros e aprovou diretrizes para a promoção de uma maior participação feminina nas atividades políticas, econômicas, sociais e culturais com a criação de agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e destinação de fundos para a defesa desses direitos.

Ainda no final dessa década, em 1979, foi adotada pela ONU a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, mais conhecida como CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women), que entrou em vigor em 1981 e foi o primeiro documento a tratar da discriminação contra a mulher em sentido mais abrangente (CTM, 1995; BRASIL, 2006).

A II Conferência Mundial sobre a Mulher ocorreu em 1980 em Copenhague, na Dinamarca, e elaborou um programa de ação para a segunda metade da Década da

Mulher com ênfase nas reivindicações feministas em prol da educação, dos direitos trabalhistas e da saúde. Cinco anos depois foi realizada a III Conferência Mundial sobre a Mulher em Nairóbi, Quênia, na qual foram aprovadas e adotadas estratégias para o futuro avanço da mulher com o tema “Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o Ano 2000”.

Durante a década de 1980, a OMS defendeu equidade do acesso aos bens e serviços de saúde e a adoção de políticas que favorecessem a redução das desigualdades sociais e o fortalecimento das capacidades dos países. Consolidou também uma definição de saúde ampliada que abarcava as questões sociais. Porém, outros interesses também se apresentavam nesse cenário, como por exemplo, em oposição a AP foi apresentada uma alternativa sob a alegação de ser mais viável, objetiva e mensurável, a APS – Atenção primária seletiva.

Essas oposições se traduziam em cortes orçamentários das contribuições regulares de alguns países, principalmente dos Estados Unidos, para a OMS. Almeida (2014) supõe que houve uma possível represália aos posicionamentos da OMS no final da década de 1970 como, por exemplo, ao incentivo ao aleitamento materno (que contrariou os interesses de empresas alimentícias) e o Programa de Medicamentos Essenciais, que previa a distribuição e produção de alguns medicamentos. (ALMEIDA, 2014).

No final da década de 1980, o financiamento da OMS era em grande parte oriundo de doações voluntárias, sendo os principais financiadores, o Banco Mundial (BM), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os Estados Unidos e os países europeus, o que enfraquecia o poder da OMS nas tomadas de decisões. Os recursos vindos do BM vinham na qualidade de empréstimos e se dirigiam aos projetos do setor público, visando o desenvolvimento econômico dos países. O BM

passou, então, a interferir diretamente na diminuição dos gastos públicos com os serviços de saúde e a participar ativamente da discussão acerca dos papéis públicos e privados nos serviços.

A situação acima descrita, aliada à mudança de gestão da OMS em 1988, teve como efeito a retomada de uma política de saúde tecnocrática com ênfase na doença, pouca atenção às questões de desigualdade social e convivência com os interesses dominantes da indústria da saúde. Esse contexto resultou em descrédito para OMS e a necessidade de uma reforma institucional, que só começou a se alterar em 1998 com as eleições da nova diretoria. (ALMEIDA, 2014). Apesar dessa retração a semente de ampliação do alcance da medicina, do uso de tecnologias mais leves e de preocupação com grupos mais vulneráveis da sociedade germinaram, originando, como veremos a frente, iniciativas direcionadas à saúde da mulher que ajudariam na transformação do cenário do parto e nascimento em diversas formações sociais.

### **4.3 O cenário brasileiro**

No Brasil, a década de 1980, ao contrário do que vinha ocorrendo desde o início do século, foi marcada por um baixo dinamismo econômico com aumento persistente da inflação, das taxas de desemprego e reduções salariais. A crise no mercado econômico brasileiro estava vinculada ao cenário econômico internacional e à necessidade do país em recorrer ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Esse empréstimo tanto gerou uma dívida externa crescente como submeteu o país a metas de controle de desempenho de indicadores macroeconômicos (JANNUZZI & MATTOS, 2001).

A queda do PIB foi tamanha que esse período ficou conhecido como a “década perdida”. Na década seguinte, porém, o crescimento econômico foi ainda menor. Após uma sucessão de planos econômicos, que não obtiveram êxito em reverter o quadro

inflacionário, os anos 90 iniciaram com um processo de abertura comercial que propiciou a entrada de produtos importados no país e a compra de bens intermediários e maquinário para abastecer as indústrias.

A abertura comercial e financeira teve como resultado a diminuição das exportações e um aumento das importações, principalmente nos setores que eram valorizados pelo comércio mundial, o que acarretou uma perda da competitividade externa da indústria brasileira. O Plano Real foi, talvez, o fato mais marcante dessa época. Jannuzzi & Mattos (2001) consideram esse modelo incompatível com os anseios de uma retomada do crescimento econômico na medida que tentava manter a valorização do câmbio “segurando” o dólar às custas da manutenção de elevadas taxas de juros e, conseqüentemente, aumentando a dívida externa e interna brasileira. (JANNUZZI & MATTOS, 2001).

A década de 1990 foi chamada de “década do neoliberalismo”, caracterizada por diversas medidas de política econômica ancoradas no ideário liberal com a diminuição do papel do Estado e a privatização de empresas estatais. Os ajustes no papel do Estado estavam diretamente relacionados às imposições do Banco Mundial no processo de negociação da dívida externa e se refletiam na gestão da saúde pública no país, alterando a condução que vinha se delineando desde a década de 1970.

No que tange ao modelo de atenção à saúde, a segunda metade dos anos 70 foi marcada por uma série de medidas que buscavam alterar sua vinculação à contribuição previdenciária, que tinha se estabelecido até então. Esse modelo priorizava o atendimento hospitalar e curativo, predominantemente destinados aos trabalhadores com vínculo empregatício. O Estado financiava, além de suas próprias ações, tecnologias complexas e serviços privados, através dos sistemas de contratos e convênios.

Com a crise econômica o modelo previdenciário, altamente custoso, começou a ruir e surgiram ações que apontavam para um modelo mais descentralizado, universal e com maior investimento na atenção primária. Esse movimento em prol da transformação na assistência, conhecido como Reforma Sanitária, foi acompanhado por reflexões acerca do setor de saúde produzidas tanto no meio acadêmico como pelas mobilizações sociais.

O Movimento pela Reforma Sanitária, em conformidade com as propostas da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reivindicava um sistema menos desigual de assistência e se mesclava à luta pela democracia (PAIVA & TEIXEIRA, 2014). A culminância desse processo foi a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto em 1986, na VII Conferência Nacional de Saúde e efetivado a partir da Constituição de 1988. A saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e igualdade. (RIZOTTO, 2014; PAIVA & TEIXEIRA, 2014)

O cenário do final da década de 1980 e início da década de 1990 era de redemocratização do país e de conquistas no setor da saúde, mas também de grande crise econômica que o sujeitava aos interesses de organismos internacionais e dificultava a concretização das propostas do SUS. Tratava-se, portanto, de um cenário de interesses conflitantes entre os princípios constitucionais do SUS, que previa um setor público fortalecido e uma ação pautada na atenção primária e a diretriz internacional que priorizava o setor privado, a medicina hospitalar e curativa e a redução de custos por diminuição dos investimentos no setor público. (RIZOTTO, 2014)

#### **4.4 A assistência perinatal no Brasil**

Na década de 1980, o cenário de políticas públicas nacionais foi marcado por iniciativas do Ministério da Saúde, no intuito de melhorar a assistência perinatal. Essas iniciativas ocorreram na interface com os movimentos feministas, com a luta pelos direitos reprodutivos, em consonância com as políticas internacionais e com o Movimento pela Reforma Sanitária, que dentre os seus princípios defendia a integralidade da assistência.

Dentro desse princípio de saúde integral e devido à preocupação com os altos índices de morbimortalidade materna e infantil, foi fundado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM foi formulado pela Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI). Esse programa foi pioneiro em preconizar uma política de saúde pública voltada para informar, dar voz às mulheres e promover ações de saúde voltadas não somente para o ciclo reprodutivo, mas para qualquer etapa do ciclo da vida feminina. Destacou-se também em ações voltadas para o planejamento familiar. (BRASIL, 2004)

Durante a década de 1990, o MS promoveu ações para incentivar a melhoria na qualidade da assistência e mecanismos de sanções financeiras para controlar o índice de cesáreas. Um exemplo desses incentivos foi o Projeto “Maternidade Segura”, lançado em 1995, inspirado na “Conferência sobre Maternidade Segura” realizada em Nairóbi em 1987. O projeto propunha oito passos com o objetivo de garantir os direitos das mulheres, incentivar o parto humanizado, estruturar normas e rotinas, bem como implementar avaliações sistemáticas. O título de Maternidade Segura era oferecido para as instituições que cumprissem as metas propostas. Em 1997 começou a ser conferido o título “Hospital Amigo da Criança” para os hospitais que promovessem o aleitamento

materno. Em 1998 foi instituído o prêmio Galba de Araújo para maternidades que se destacassem no atendimento humanizado à gestação e parto (BOARETTO, 2003).

As recomendações da OMS, lançadas em 1996, foram publicadas no Brasil, com o título: “Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático” e distribuídos a todos os médicos obstetras e enfermeiras obstétricas do país no ano de 2000. (BOARETTO, 2003; DINIZ, 2005). As ações categorizadas pela OMS, a serem adotadas na assistência perinatal, a partir de evidências científicas, foram denominadas Boas Práticas<sup>10</sup> de atenção ao parto e nascimento e incluem, dentre outras recomendações, o bom uso das tecnologias e a presença do acompanhante durante todo o processo do parto, se esse for o desejo da parturiente.

A partir do ano 2000, grande quantidade de normativas, fundamentadas nas diretrizes da OMS, foi criada pelo MS para garantir os princípios que haviam sido recomendados e incentivados no decorrer das décadas anteriores. Destacam-se: O Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais em 2000; a “Lei do Acompanhante” que garante a presença do acompanhante indicado pela parturiente durante todo o período de sua internação em 2005, e em 2011 o Programa Rede Cegonha, uma estratégia de promoção de cuidados humanizados e qualificados na assistência obstétrica e infantil.

Em 2014 foi publicado os resultados da Pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz. Esta foi a primeira pesquisa a retratar o cenário nacional sobre a assistência ao parto e nascimento. Os dados da pesquisa foram coletados em 2011 e 2012, em maternidades públicas e

---

<sup>10</sup>Leal (2014) descreve como critérios de boas práticas de atenção ao parto de risco habitual, os seguintes itens: ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, monitoramento do progresso do trabalho de parto pelo partograma e presença de acompanhante durante todo o período de hospitalização. (LEAL, 2014)

privadas, em capitais e cidades do interior, em todos os estados do país. (BRASIL, 2014)

A pesquisa mostrou que a atenção pré-natal tem ampla cobertura em todo o país, porém em 60% dos casos a primeira consulta é realizada após a 12ª semana, o que é considerado um início tardio e 25% de gestantes não tem o número de atendimentos mínimos preconizado pelo MS de 6 consultas.

O estudo revelou que 75% das mulheres tiveram a presença de um acompanhante em algum momento do parto. Embora ainda esteja distante do garantido por lei desde 2005, que garante a presença do acompanhante de livre escolha durante todo o período de internação, esse dado pode ser considerado um avanço. A permanência contínua do acompanhante foi verificada em 20% dos partos, a maioria na rede privada, de mulheres brancas, com maior renda e escolaridade e que realizaram cesariana.

Em relação ao profissional que assistiu o parto, 75% foram médicos, sendo que os partos realizados por enfermeiras e obstetizas ocorreram na sua maioria em regiões de difícil acesso aos médicos. Outro dado que se destacou foi que, embora 70% das mulheres desejassem um parto vaginal no início da gravidez, isso se modificou ao longo da gestação independentemente do surgimento de complicação. A pesquisa demonstrou que 52% dos nascimentos do país ocorrem por cesariana, mas, ao analisar apenas o setor privado, esse percentual é de 88%. Nos partos vaginais observou-se um modelo de assistência intervencionista, com procedimentos rotineiros que não estão em acordo com as Boas Práticas recomendadas pela da OMS.

Na assistência pública observaram-se partos dolorosos com relatos de insatisfação quanto à qualidade da atenção recebida. No setor privado, percebeu-se abuso de intervenções obstétricas, excesso de cesarianas e grande número de bebês

nascidos com menos de 39 semanas. Também foi demonstrada a permanência de mitos como, por exemplo, a impossibilidade de um parto vaginal após uma cesariana realizada anteriormente, embora as evidências científicas demonstrem que esse procedimento não se justifica como uma decisão a priori. Em relação aos recém-natos de baixo risco, foram observados procedimentos dispensáveis, como a aspiração de vias aéreas superiores, o uso de oxigênio e de incubadora, bem como a separação precoce da mãe do bebê, principalmente no setor privado (BRASIL, 2014).

Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” (2014) revelaram a urgência de uma reforma no modelo de atenção ao parto e nascimento, tanto no setor público como no privado, que garanta acesso e cuidados satisfatórios. Para esse fim, é indicada a implantação de políticas públicas que envolvam gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade civil na promoção das práticas obstétricas e neonatais propostas pela OMS e na elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas.

Em 2015, com vistas ao cumprimento da meta de redução de cesáreas no setor privado foi instituído o Projeto Parto Adequado. Trata-se de uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde (ANS), da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIHAE) e do Institute for Helthcare Improvement (IHI) em parceria com o Ministério da Saúde com o objetivo de promover a avaliação da qualidade dos serviços de atenção à saúde no setor suplementar brasileiro. (ANS, IHI, SBIBHAE, 2016).

Atualmente, no cenário brasileiro, coexistem diversos modelos de assistência ao parto, refletindo grande diversidade de contextos e de valores. Alguns desses modelos caracterizam-se pela ressignificação dos sentidos atribuídos à dor do parto e por uma nova proposta no seu manejo. Nesses modelos atuais surgem novos atores que ocupam papel de destaque, tais como a enfermeira obstétrica, a obstetriz e a doula.

Percebe-se, portanto, a existência de modelos que se sustentam por meio de práticas que expressam e mantêm as estruturas de poder vigentes. Mas, também se nota, concomitantemente, a incorporação de novos rituais e a alteração dos ritos instituídos, disseminando novos valores e atuando na transformação das crenças sociais. (DAVIS-FLOYD, 1994; RUSSO ET AL., 2019).

## 5. CASAS DE PARTO

Os Centros de Parto (CeP) existem em diferentes países e diferem em vários aspectos, contudo, a maioria apresenta determinadas características comuns. Em geral, os CeP são instituições nas quais gestantes de baixo risco (risco habitual) dão à luz, assistidas por parteiras, em instalações que comumente apresentam ambiente acolhedor. Esse modelo de assistência pressupõe a gravidez, parto e nascimento como processos fisiológicos naturais que, na maioria das situações, não requer intervenção médica. Quando necessário, são oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor e é comum o uso de práticas integrativas complementares<sup>11</sup>.

Os CeP, na grande maioria, possuem alguma interação com um hospital, o qual é acionado em situação de emergência. Os defensores desse modelo argumentam que, além de menor custo, é prestada uma melhor assistência porque favorece a participação ativa da mãe, a família é incluída no processo e o risco de intervenções médicas desnecessárias é reduzido. Entre outros benefícios, os simpatizantes desse modelo citam a maior frequência de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de nascimento, o que constitui um fator de importância para o desenvolvimento do vínculo

---

<sup>11</sup> “Práticas Integrativas Complementares (PICS) – Práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.- Exemplos de PICS: acupuntura, aromaterapia, arteterapia, homeopatia, fitoterapia, meditação, reiki,...dentre outros.” (BRASIL, 2018)

entre mãe e bebê e para o estabelecimento do aleitamento. (LARSEN, 2016; SIMON & BECKER, 2018)

O surgimento das Casas de Parto (também chamados Centros de Parto, Centro de Nascimento e, no Brasil, Centro de Parto Normal-CPN) foi um dos mecanismos de oposição ao excesso de intervenções médicas no ciclo gravídico puerperal (LOWY, 2018). Elas surgiram nos anos 1960 e 1970, inicialmente na Califórnia, num cenário marcado pelo movimento feminista e sua luta pela libertação do poder opressivo e paternalista sobre o corpo das mulheres. A filosofia que sustenta esse modelo afirma-se na compreensão da gestação, parto e nascimento como eventos saudáveis, contrapondo-se a determinadas intervenções<sup>12</sup> que se instauraram como rotina na assistência perinatal, com o objetivo de prevenir episódios patológicos. A maternidade de Pithiviers na França, coordenada pelo obstetra Michel Odent, foi um ícone na implantação desse novo modelo de assistência. (DOMINGUES, 2002; LOWY, 2018.).

O surgimento das casas de parto colocou em relevo a discussões sobre as competências das diferentes profissionais em saúde em relação ao nascimento. Segundo Lowy (2018), as casas de parto dirigidas exclusivamente por parteiras sofreram forte resistência dos ginecologistas e obstetras, que durante o processo de medicalização do corpo da mulher buscaram subordinar parteiras e outros profissionais ao seu poder profissional. Nesse sentido, seu discurso buscou reafirmar que o único lugar adequado ao nascimento é uma maternidade; organizada, sob controle dos médicos. Em sentido contrário, parteiras, doulas e outras profissionais de saúde se posicionam pelo grande valor das casas de parto como centros relacionados a nascimentos com menos intervenções e sofrimento.

---

<sup>12</sup>Refere-se aqui a condutas rotineiras na atenção perinatal tais como: enema, tricotomia, puxos prolongados dirigidos, massagem para distensão do períneo, permanência no leito, uso de ocitocina, episiotomia, amniotomia, jejum, dentre outros.

### **5.1. Casas de parto no cenário internacional**

Em 2018, foi publicado o resultado de um estudo israelense que comparou Centros de Parto, que operam como parte do sistema de saúde em sete países diferentes: Reino Unido, Irlanda, Austrália, Holanda, Noruega, Canadá e Estados Unidos. A pesquisa teve como foco os modelos operativos de funcionamento - localização (distância dos hospitais), funcionários, população-alvo, serviços médicos prestados, responsabilidade pela supervisão, procedimentos e financiamentos. Embora o ponto central desse estudo fosse a conformação existente em cada país, em relação às atividades desses centros e não o quesito segurança, verificou-se que, para mulheres grávidas de baixo risco, dar à luz no centro de parto é pelo menos tão seguro quanto em um hospital. Contudo, essa não é a posição do Ministério da Saúde Israelense, que considera que os nascimentos hospitalares, em salas de parto reconhecidas e autorizadas, são mais seguros para mãe e filho. (SIMON & BECKER, 2018)

Em Israel, os hospitais oferecem a opção de parto natural em sala de parto regular. O parto natural é entendido como o nascimento com o mínimo de intervenção médica, isso é, sem drogas para induzir o parto e sem anestesia peridural, mas com monitoramento fetal. O médico obstetra é o responsável por avaliar se a parturiente é elegível ao parto natural. Em caso afirmativo, a parteira fará o acompanhamento e, havendo situação de emergência, o médico será informado. A responsabilidade dessa assistência é compartilhada por ambos. Alguns hospitais oferecem salas próprias para o parto natural, mas essa é uma livre iniciativa do hospital, não fazendo parte da política governamental e esse serviço poderá ser cobrado. As salas de parto especializadas possuem ambiente diferenciado e recursos para o trabalho de parto, tais como piscina de nascimentos, jacuzzi, bola de fisioterapia e outros. O parto domiciliar é permitido no

país, e, embora sejam raros, quando ocorrem, estão subordinados a diretrizes específicas.

Já os CeP não fazem parte do sistema de saúde israelense, instituições externas aos hospitais não são autorizadas a assistirem mulheres no parto e nascimento e os CeP independentes, que operavam irregularmente no país, foram alvo de petição judicial no ano de 2017. Segundo o Ministério da Saúde desse país, o incentivo econômico, pelo baixo custo do CeP, não se aplica a esse sistema de saúde, pois em sua organização hospitalar já está prevista a assistência perinatal de baixo risco. (SIMON & BECKER, 2018)

Na Irlanda existiam apenas dois CeP, ambos intra-hospitalares e liderados por parteiras. O departamento de Saúde Irlandês formulou em 2016 uma política de saúde que previu ampliar esse serviço para todas as unidades hospitalares ou, como alternativa, que essas oferecessem condições para o parto natural, acompanhados por parteiras para gestantes de baixo risco.

A Holanda possui como diferencial o incentivo ao parto domiciliar e ao acompanhamento perinatal realizado por parteira. O Estado financia o parto domiciliar, mas o parto hospitalar, sem justificativa médica, é parcialmente custeado pela usuária. Apesar disso, a taxa de parto domiciliares caiu de 30% em 2000, para 13% em 2016 (ainda assim, mais alta que nos demais países desenvolvidos).

Os CeP são relativamente novos no país, mas aumentaram significativamente nas últimas décadas, totalizando vinte e três centros em 2018. Os serviços são, usualmente, prestados pela parteira da comunidade, que acompanha a gestante, a maioria dos CeP não possui equipe fixa. O estabelecimento pode ser coordenado por médico ou por parteira, sendo que, neste caso, ela deverá ser proprietária do centro, ou líder comunitária local ou participar de comitês atuantes na regulação da assistência à

gravidez e parto. Na Noruega, todas as unidades que atendem ao parto e nascimento pertencem às unidades hospitalares e são supervisionadas pela maternidade local, inclusive os centros independentes, que são liderados exclusivamente por parteiras. (SIMON & BECKER, 2018)

No Canadá, em 2014, os partos realizados fora dos hospitais (incluindo os domicílios e os CeP) correspondiam a 2%. Até final do século XX, a legislação limitava o atendimento de gestantes exclusivamente aos médicos. Porém, com a escassez de profissionais da área, a atuação das parteiras começou a ser regularizada e incentivada. O cuidado prestado pela parteira (na gestação, no parto e até seis semanas após o nascimento) é um direito do cidadão e é financiado pelo governo. O serviço geralmente é fornecido por um grupo de duas a quatro parteiras, o que permite a disponibilidade da parteira a qualquer hora.

Os CeP funcionam exclusivamente com parteiras, são regulamentados pelas leis das províncias na qual estão localizados e supervisionados pelo Colégio de Parteiras de Ontário, que em 2015 publicou normas padronizadas para seu funcionamento. (SIMON & BECKER, 2018)

Nos EUA, cada estado possui regulamentos próprios para o sistema de saúde e a assistência médica é realizada por prestadores de serviços privados para mais de metade da população, incluindo a assistência à gestação, parto e nascimento. O licenciamento estadual dos CeP baseia-se nas diretrizes gerais da Associação Americana de Saúde Pública (APHA) que definem: as normas de incêndio e de construção das instalações, os profissionais, a organização, os procedimentos e serviços que podem ser prestados, os critérios de qualidade e a avaliação das atividades. (AABC, 2016; ERNST & BAUER, 2017; SIMON & BECKER, 2018)

A APHA define como CeP "qualquer estabelecimento de saúde ou instituição que não seja hospital ou hospital onde os nascimentos estão planejados para ocorrer fora da residência da mãe após uma gravidez normal e sem complicações". Em 1983, a APHA publicou as Diretrizes para Licenciamento e Regulamentação de Centros de Parto, abrangendo esse conceito ampliado.

No caso dos CePAutônomos (aqueles localizados fora do hospital), foi acrescentada uma definição estatutária que previa, no licenciamento estadual das instalações, requisitos relacionados à saúde e segurança. A Associação Nacional de Proteção contra Incêndios (NFPA,) define o CeP como uma instalação com baixo volume serviço que presta assistência à gravidez, parto e pós-parto para gestantes de baixo risco obstétrico.

Prevê também que nos CeP mães e bebês têm analgesia mínima, não recebem anestesia geral ou local e são capazes de deambulação, mesmo no segundo estágio no trabalho de parto, bem como seus familiares, em caso de incêndio ou eventos ameaçadores. No sistema de Classificação da Indústria da América do Norte (NAICS), que estabelece o tipo de atividade econômica, os CeP são classificados no código que engloba todos centros de atendimento ambulatorial. Segundo a National Academy of Sciences, o CeP é “um local com ambiente familiar semelhante ao residencial, localizado principalmente fora de um hospital, onde prestadores de cuidados, geralmente parteiras, prestam cuidados centrados na família a mulheres grávidas saudáveis.” (AABC, 2016; ERNST & BAUER, 2017)

Segundo estudos da American Association of Birth Centers – AABC (organização atuante na política de saúde norte americana, na assistência à gravidez, parto e nascimento), nos EUA, existem, há muitos anos, as “clínicas de maternidade” nos lares de parteiras tradicionais e em consultórios médicos para atender mulheres que

não tinham acesso a cuidados hospitalares, não tinham condições domiciliares, ou entre grupos culturais que escolhiam seus próprios “assistentes de nascimento”.

Os Centros de Parto (CeP), no entanto, foram desenvolvidos para atender uma demanda da classe média saudável, informada, que buscava uma abordagem natural e mais humana ao parto. O CeP é concebido como uma unidade de saúde preventiva e a assistência obstétrica como prática de atenção primária, baseada no conceito de apoio à gravidez e nascimento como um processo fisiológico natural - "normal até que se prove o contrário”.

Nesse sentido, a distinção entre os cuidados primários e a necessidade dos cuidados agudos é o princípio mais importante do conceito de CeP. Em relação aos benefícios para os profissionais, o CeP é visto como promotor de uma abordagem colaborativa, o que permite um melhor uso das habilidades especializadas dentro da equipe multidisciplinar. (AABC, 2016; 2017; ERNST & BAUER, 2014; 2017)

A AABC é a única organização do EUA que possui uma comissão de credenciamento específica para CeP. Esta não possui fins regulatórios, mas pode atuar como intermediária para regulação estadual e monitorar a conformidade dos estabelecimentos com as portarias. Esse credenciamento é reconhecido por algumas seguradoras e usuários como garantia de qualidade.

Nos CeP credenciados pela AABC os partos são assistidos por enfermeiras obstétricas, parteiras certificadas ou médicos. As parteiras e enfermeiras certificadas possuem pelo menos mestrado ou licenciatura em obstetrícia. As instalações são equipadas para fornecer cuidados de rotina e iniciar procedimentos de emergência. Não utilizam intervenções como: parto à vácuo, medicamentos para acelerar o trabalho de parto e monitoramento eletrônico contínuo. Quanto ao alívio da dor são utilizados métodos não-farmacológicos (música, água quente, massagens, posturas corporais,

fitoterapia, homeopatia). Alguns centros, quando equipados para tal, oferecem gás nitroso e analgesia intravenosa.

Nenhum estado permite a realização de cesarianas em centros de parto. A distância para o hospital foi regulada em 15 minutos para acesso, porém dois fatores são considerados mais importantes do que esse item: a triagem, na qual será avaliada se a gestação, parto e puerpério é elegível para ser assistida em CeP; e a atuação e competência do profissional que assiste o parto, para identificar intercorrências precocemente, conhecer os procedimentos cabíveis e ter vínculo de confiança suficiente com a mãe para que essa os aceite. Sem essas características, mesmo dentro do complexo médico mais sofisticado, não haverá “distância segura”. (LARSEN, 2016; AABC, 2017)

Os resultados do primeiro estudo nos EUA acerca dos cuidados em centros de parto foram publicados no *American Journal of Public Health* em 1980 e na revista *Lancet* em 1982, concluindo que o atendimento nos centros de parto era seguro, satisfatório e econômico. Em 1989, novos estudos realizados com 11.814 mulheres tiveram sua conclusão publicada no *New England Journal of Medicine*: “Poucas inovações no serviço de saúde prometem menor custo, maior disponibilidade e um alto grau de satisfação com um grau comparável de segurança. Os resultados deste estudo sugerem que os modernos centros de parto podem identificar mulheres com baixo risco de complicações obstétricas e cuidar delas de uma maneira que ofereça esses benefícios.”

Um estudo norte americano, realizado em 2013, com 15.574 mulheres admitidas em CeP, apresentou resultados semelhantes. Os dados obtidos revelaram que a taxa de cesárea para as mulheres atendidas em centros de parto foi em média 6,1%, (aproximadamente metade dos nascimentos hospitalares de baixo risco), o custo foi

50% menor e 98,8% das mulheres que usaram o centro de parto recomendam a amigos e/ou retornam ao centro para um nascimento subsequente.”. (AABC, 2016; 2017; ERNST & BAUER, 2014; 2017).

O número de Centro de Partos vem crescendo nos EUA desde a década de 1980 e em 2017 foram identificados mais de 345 centros de parto independentes em 37 estados. Contudo, o aumento do número de centros de parto não parece ter tido um efeito significativo na porcentagem de mulheres que escolheram usá-las. Em 2016, 0,52% dos nascimentos ocorreram em CeP e 98,4% dos nascimentos ocorreram em hospitais. (AABC, 2016; 2017; SIMON & BECKER, 2018)

Segundo Simon e Becker (2018) o CeP apresenta-se como uma alternativa ao parto hospitalar e ao parto domiciliar, sendo uma proposta relativamente recente, cuja demanda vem aumentando. Entretanto, nos países pesquisados, seu percentual de nascimentos é muito baixo e os partos hospitalares são predominantes.

No Reino Unido, que tem um quantitativo maior, os partos em CeP correspondem a 11% dos nascimentos. Os motivos que levam os sistemas de saúde a investir nesse modelo variam desde oferecer opções de assistência diferenciadas, como na Austrália; oferecer uma alternativa aos partos domiciliares, como no Canadá, ou reduzir a quantidade de intervenções médicas e consequentemente os custos, como nos EUA.

Outra variação ocorre em relação à conexão com o hospital e ao envolvimento médico nos procedimentos. O mais comum são centros operando nas dependências do hospital, mas com gerência própria e projetado para que sua diferenciação das demais unidades hospitalares seja expressiva. Existem também os centros independentes, ou autônomos, que operam fora do hospital. Em geral, ambos estão sujeitos a regulamentos semelhantes às clínicas, hospitais e instituições médicas. Cada centro deve estar

preparado para a transferência das mulheres e bebês, caso haja complicações. Alguns países definem a distância de um centro independente até o hospital.

Os critérios de avaliação da elegibilidade das usuárias para atendimento no CeP são estabelecidos pelo próprio centro, de acordo com as normativas do país, considerando que os centros atendem mulheres de baixo risco. Na maioria desses países, os cuidados obstétricos são realizados por parteira, sendo comum que ela tenha, também, acompanhado a parturiente durante a gestação. Alguns centros funcionam sem a presença de médicos, em outros, eles estão em posição de gerência ou consultoria. Os EUA constituem uma exceção por ter no CeP uma incidência maior de médicos. Em nenhum desses países são realizados nos CeP serviços médicos complexos, como anestesia, anestesia peridural, indução do parto ou cesariana. (SIMON & BECKER, 2018)

## **5.2. As primeiras casas de parto no Brasil**

As Casas de Parto brasileiras surgiram aproximadamente duas décadas antes da sua regulamentação no âmbito do SUS em 1999. A maioria surgiu a partir de iniciativas isoladas de profissionais em vários estados do Brasil e tinham como objetivo atender a demanda local de assistência à gravidez e parto. O contato com outras formas de partejar e parir os motivou a estabelecerem parceria, na qual ofereciam suporte técnico às situações de pouco acesso a recursos.

Entretanto, sensíveis ao saber popular, esses profissionais também se beneficiaram desse contato, que os influenciou a transformarem sua prática baseada na abordagem médica, fortemente centrada na concepção do parto como um evento de risco e na tomada de decisões partir de protocolos e condutas padronizadas. Inspirados pelas práticas tradicionais da região que atuavam, iniciou-se o processo no qual

propunham mudanças na assistência e que foi configurando o Movimento pela Humanização do Nascimento. Os efeitos observados a partir da transformação de ações na atenção perinatal foram divulgados, pesquisados e submetidos aos discursos acadêmicos, seja pela adesão ou pela contestação. (ARAUJO, 1984; PEREIRA, 2007).

As casas de parto, em algumas situações, apresentaram-se como soluções de suporte social da própria comunidade, nas situações em que o acesso médico era precário ou inacessível. A esse respeito pode-se citar, na década de 1970, o exemplo emblemático de Galba de Araújo, em Fortaleza –CE. O obstetra propôs um serviço pioneiro com as casas de parto locais estabelecidas pelas comunidades rurais da região. Apostando no respeito à cultura local, valorizou o conhecimento popular das parteiras tradicionais, integrando-as ao sistema de saúde com o apoio técnico da Universidade Federal do Ceará. (BRASIL 2001; ARAUJO, 1984).

No final dessa mesma década, Moyses Paciornik, também obstetra, residente em Curitiba–PR, divulgou amplamente o parto de cócoras, contrapondo-o a posição litotômica. Sua argumentação foi baseada a partir da sua atuação como médico ginecologista em reservas indígenas e da observação do períneo de mulheres indígenas, que haviam dado à luz, comparando-os com as mulheres que atendia em sua prática urbana. A partir dessa experiência modificou a assistência em sua clínica particular, que começou a ser conhecida por realizar o “parto índio” (PACIORNICK, 1979).

Na década de 1980, podemos citar várias iniciativas em hospitais e universidades, que instauraram modelos de assistência à gestação, parto e nascimento, condizentes com casas de parto, são eles o Hospital Sofia Feldman, em Belo horizonte – MG; o Grupo de Parto Ativo, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP SP); e a Casa de parto de Ceres, vinculada ao Hospital Pio X em Goiás. Destacam-se também os grupos Curumim em Recife-PE e o grupo C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo

de Integração do Ser) em Olinda – PE pelo trabalho desenvolvido para a melhoria das condições de vida das parteiras tradicionais e pelo comprometimento com a manutenção da cultura popular na arte do partejar.

Na década de 1990, destaca-se especialmente a experiência desse modelo de assistência na favela de Monte Azul, localizada em São Paulo. A parteira alemã Ângela Gehrke, que desde 1983, oferecia assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto no Ambulatório da ACOMA- Associação Comunitária de Monte Azul, ação que a tornou referência em parto humanizado, fundou, em 1997, a Casa de Parto de Monte Azul, vinculada à Associação.

No final do ano seguinte, a CP foi fechada por conta de notificação do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, posto que a profissão de parteira não era reconhecida no Brasil. Em 1999, Ângela realizou disciplinas na Escola de Enfermagem do Rio de Janeiro e teve seu diploma revalidado com obstetriz.

Entretanto, a Casa de Parto de Monte Azul não foi aberta devido a seu retorno à Alemanha para tratar-se de câncer, doença da qual veio a falecer. Em 2003, a ACOMA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde empreendeu um projeto para reabri-la sob o nome de ‘Casa Ângela’, porém com mudanças de gestão municipal o projeto precisou de recursos vindos de doações nacionais e internacionais e trabalho voluntário para ser levado adiante. Em 2009 a Casa Ângela foi inaugurada sem o Centro de Parto Humanizado, que só passou a funcionar em 2012. Três anos depois, foi assinado seu convenio com a Prefeitura Municipal de São Paulo. (HOTIMSKY, 2001; CASA ÂNGELA, 2020).

No contexto dessa década destacam-se também a CP Nove Luas, localizada em Niterói-RJ e objeto dessa pesquisa e a Maternidade Leila Diniz, na cidade do Rio de

Janeiro, primeira maternidade pública autodefinida como humanizada. (PEREIRA, 2007)

### **5.3 As Casas de Parto no cenário nacional**

No Brasil, na década de 1990, o movimento de profissionais de saúde e de usuárias pela transformação à assistência perinatal foi de grande efervescência. Propunha-se um novo modelo de atenção em oposição à assistência centrada na doença e ao uso inapropriado de tecnologia, que se traduzia em grande número de cesarianas e estagnação das elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal.

As Casas de Parto (CP) e os Centros de Parto Normal (CPN) foram preconizados pelo MS com intuito de melhorar a assistência aos partos de risco habitual. Acreditava-se que a sua implementação poderia colaborar com a redução das altas taxas de cesáreas, de intervenções e de ações de medicalização desnecessárias, favorecendo a redução da morte materna e neonatal.

Em 1999, foram regulamentadas, pela Portaria 985/GM, as primeiras normas que definiram seu funcionamento no âmbito do SUS. Posteriormente, nos anos 2013 e 2015, as diretrizes para implementação e habilitação dos CPNs foram redefinidas em conformidade com a Rede Cegonha. (BRASIL, 1999; 2011; 2013; 2015; RIESCO, 2009).

Conforme a portaria 985/GM de 1999, os CPN inserem-se no sistema de saúde local como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma complementar às Unidades Básicas. São estabelecimentos que prescindem de centro cirúrgico, unidades de tratamento intensivo e tecnologias de alta complexidade. Nos eventuais casos de risco ou intercorrências no parto devem garantir a remoção da gestante e/ou do recém-nascido, em transporte adequado.

A portaria prevê também que seus profissionais estão habilitados com recursos técnicos para monitoramento do parto sem distócia e, no caso de emergência intraparto, para ações imediatas, tais como manobras básicas de ressuscitação. O funcionamento das CPN está submetido ao licenciamento da autoridade sanitária estadual ou municipal, bem como a aprovação de projetos de reforma ou ampliação. Cabe à gestão municipal e/ou estadual do SUS realizar as providências necessárias à habilitação dos CPN e às Secretarias de Saúde a responsabilidade de seu monitoramento. As despesas de custeio mensal do CPN são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. (BRASIL, 1999; 2008; 2013; 2015)

A estrutura dos CPN distingue-se da estrutura hospitalar por possuir uma ambiência que inclui características domiciliares, criando um espaço que se pretende aconchegante e agradável, que possibilite o respeito à privacidade da parturiente e propicie um cuidado humanizado. Compreende-se que a mudança na lógica da organização espacial promovida nas casas de parto, marcada por uma distinção do ambiente hospitalar, está intrinsecamente relacionada a mudanças no modo de atenção e de gestão e contribui para engendrar novas práticas, posturas e relações (BRASIL, 2012; LOWY, 2018). Segundo Pessati “Ao intervir nos espaços físicos na saúde, não estamos apenas reformando e ampliando áreas, mas transformando e criando novas situações de convivência e trabalho”. (PESSATI, 2008 apud BRASIL, 2018 p.3).

Os CPN são projetados em consonância com uma proposta que respeita a autonomia da mulher e visam propiciar condições para uma assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto pautada nas boas práticas. Estas incluem a abolição de ações rotineiras comprovadamente ineficazes tais como: enema, tricotomia, puxos direcionados e massagem para distensão do períneo.

Preconiza-se o respeito ao tempo necessário do trabalho de parto, evitando métodos que visam acelerá-lo, como uso de medicamentos, realização de amniotomia e de episiotomia, exceto em casos estritamente necessários. Durante o parto recomenda-se oferta de líquidos, oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor (massagem, banho morno, relaxamentos, música e outros), liberdade de movimento e a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher. No período expulsivo busca-se estimular posições verticalizadas. Ao nascimento incentiva-se, o contato cutâneo direto entre mãe e filho e a facilitação do início da amamentação na primeira hora do pós-parto.

Durante o pré-natal, as atividades, previstas nas portarias que os regulamentam, incluem atividades educativas acerca de temas relevantes do ciclo gravídico puerperal, como, fases do trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e amamentação. O acompanhamento do puerpério no mínimo nos primeiros 10 dias (puerpério imediato) também está previsto. O apoio empático pressupõe que todas essas condutas são realizadas levando em conta as escolhas da mulher. Informar sobre os procedimentos, esclarecer dúvidas, e não inibir sua livre expressão também fazem parte de um cuidado de qualidade. (WHO, 2015; BRASIL, 1999; 2013; 2015).

Em 2013 e 2015 as CPNs foram definidas, nas portarias MS/GM N° 904 e MS/GM N° 11 como: “a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações”. Nessas portarias foram estabelecidas as condições atuais para o seu funcionamento. O CPN pode possuir três ou cinco quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério). Os quartos PPP são espaços destinados à mãe, ao acompanhante e ao bebê, nos quais a assistência aos períodos clínicos do parto e do nascimento podem ocorrer no mesmo espaço desde a internação até a alta. Os quartos PPP podem ou não ter banheira, desde que observada as dimensões do recinto, conforme previsto nas portarias. A

ambiência adequada desse espaço está prevista pela Rede Cegonha em conformidade com as resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (BRASIL, 2008; 2013; 2015; 2018).

O CPN pode localizar-se internamente em um estabelecimento assistencial de saúde (unidade intra-hospitalar) ou como estabelecimento isolado. Embora o MS utilize a nomenclatura CPN para designar tanto as unidades intra como extra-hospitalares, estas últimas são referidas pela população e profissionais como Casas de Parto. As unidades intra hospitalares dividem-se em dois tipos: CPNi tipo I e tipo II.

As CPNi tipo I, possuem ambientes fins exclusivos: quarto PPP, recepção, sala de exames, área de deambulação, posto de enfermagem, podendo compartilhar, ou não, ambientes de apoio (tais como depósito de materiais, refeitório e rouparia) do hospital. Nessa modalidade a mãe permanece no quarto PPP da admissão à alta.

As CPNi tipo II compartilham ambientes fins com o restante do hospital e a mãe e o bebê podem ser transferidos do quarto PPP para o alojamento conjunto após o nascimento. Os CPN peri-hospitalar, são unidades vinculadas ao hospital, mas que se localizam externamente. Essas unidades isoladas possuem cinco quartos PPP e todos os ambientes, tanto para atividades fins, como de apoio, funcionam de forma autônoma.

Em 2013 foi definido que este deveria localizar-se a uma distância de, no máximo, duzentos metros do hospital referência. Em 2015, essa distância foi ajustada, tendo como foco o tempo de deslocamento, que não deve ultrapassar vinte minutos, em transporte adequado. A transferência, em caso de eventuais intercorrências, deve ser garantida 24 horas por dia, todos os dias da semana. (BRASIL, 2013; 2015; 2018; RIESCO, 2009).

A equipe de profissionais atuantes nos plantões do CPN, definida na lei 985/GM de 1999, era constituída minimamente por um enfermeiro obstétrico, um auxiliar de

enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, um motorista de ambulância e a equipe poderia contar também, com médico obstetra e/ou pediatra, mas esse não era um requisito normativo. As parteiras poderiam atuar nos locais em que especificidades regionais e culturais fossem “determinantes no acesso aos serviços de saúde”.

As normatizações posteriores seguiram-se mais enfáticas quanto à condução da assistência, da admissão à alta, realizada por enfermeiro obstétrico ou obstetriz e redefiniram a composição da equipe multiprofissional, acrescentando um enfermeiro obstétrico coordenador do cuidado e substituindo o auxiliar de enfermagem por técnico, sendo que a quantidade prevista desse profissional no plantão, varia entre um ou dois, conforme a quantidade de quartos da unidade. A participação da parteira tradicional, prevista de acordo com as especificidades regionais e culturais e com desejo da parturiente, poderá ocorrer, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz. (BRASIL, 1999; 2013; 2015)

A portaria MS/GM N°904 prevê que CPNs, habilitadas nos termos da primeira regulamentação em 1999, mesmo quando não enquadrados nos requisitos das normativas estabelecidas posteriormente, poderão, excepcionalmente, ser habilitadas pelo Ministério da Saúde, se forem consideradas estratégicas para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no Município, (BRASIL, 2013).

Embora a eficiência do CPNs no atendimento aos partos de risco habitual e na promoção de uma assistência humanizada tenha sido reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996 e prevista na perspectiva do Ministério da Saúde desde 1999, no Brasil, sua implantação se deu muito abaixo do esperado.

Segundo Vico (2017), no período de 2011 a 2016 foram implantadas quinze CPNs, o que correspondeu a uma cobertura para 0,82% do total de nascidos vivos, sendo que a meta do Plano Plurianual de Governo (PPA) para os anos de 2012-2015 era

implantar sessenta e cinco unidades. Em 2018 o total de CPNs no país era de vinte e cinco unidades com previsão de implantação de mais trinta e duas no ano 2019. Em fevereiro do presente ano, quarenta propostas de ampliação ou reforma e uma de construção de CPNs, que tinham um percentual de execução de obra abaixo de 60%, foram desabilitadas por não cumprimento dos prazos. (VICO, 2017; BRASIL, 2018; 2020)

Fatores como: a insuficiência de profissionais da enfermagem obstétrica para o abarcar o funcionamento dos CePs, 24 horas por dia durante sete dias da semana, principalmente em algumas regiões do país; a dificuldade em cumprir a meta mínima de partos normais, definidos pelas portarias; a demora no repasse de verbas, dentre outros, podem ser considerados na avaliação da dificuldade de habilitações de um maior número de CPNs. (VICO, 2017).

Além dessas questões, observa-se oposição da classe médica a esse modelo. Uma questão que permanece em debate é acerca do profissional indicado para acompanhar o parto em CPNs. Mais especificamente, o debate gira em torno da autonomia da enfermagem obstétrica ou sua subordinação à supervisão de um médico. Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) lançou normativa que recomendava que os CPNs estivessem circunscritos à unidade hospitalar numa distância de no máximo duzentos metros.

Orientou também que os partos normais em gestantes de risco habitual, assistidos por parteiras e enfermeiras obstétricas nas casas de parto, deveriam ser supervisionados por um médico. Essa resolução do CFM (CFM, 2013) exige o médico de responder por resultados adversos, quando atender uma complicação intraparto fora do contexto previsto por sua categoria profissional. Em relação ao recém-nascido, o

Conselho indicou a imediata avaliação deste pelo pediatra plantonista do hospital, mesmo nos casos sem qualquer intercorrência.

Contudo, este também é eximido de qualquer responsabilidade ética acerca de alguma complicação com o recém-nascido, visto que sua presença não está prevista no momento do nascimento, pelas portarias referidas pelo Ministério da Saúde. O documento do CFM (2013; 2014) ressalta ainda a responsabilização do diretor técnico da unidade hospitalar que autoriza a criação de CPN, acoplada ao hospital, segundo as diretrizes das portarias que as regulamentam (CFM, 2013; 2014).

Essa reação do CFM ilustra as controvérsias que giram em torno CPNs e as disputas de competência profissional envolvidas. Não só a delimitação da fronteira entre o papel da enfermagem obstétrica e do médico obstetra é complexa, como isso se intensifica quando se trata da inclusão de profissões mais recentes como as obstetras e as doulas, ou de profissões mais antigas, como as parteiras tradicionais. Nos dois últimos anos, surgiram novas discussões, tais como a garantia da presença das doulas no parto, a aceitação do plano de parto formulado pela parturiente e o uso do termo violência obstétrica, dentre outros. Evidencia-se assim que antigas disputas profissionais e políticas permanecem e novas se instauram no campo da atenção à saúde perinatal. Estas influenciam o não estabelecimento de CPNs de uma forma ampliada, apesar de seu potencial como ferramenta que contribui para melhoria na assistência perinatal no país.

## **6 A CASA DE PARTO NOVE LUAS, LUA NOVA – 1993/1999**

### **6.1 O município de Niterói e a Casa do Parto Nove Luas**

A Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova (C. P. Nove Luas), que também ficou conhecida como a “Casa de Parto de Niterói” ou a “Nove Luas”, foi uma instituição de

iniciativa privada, que funcionou entre os anos de 1993 a 1999, no referido município. A criação dessa instituição bem como seu fechamento, insere-se numa conjuntura político social que diz respeito a aspectos amplos do cenário nacional e internacional, mas também a aspectos específicos do município de Niterói. Para entender sua trajetória é importante uma breve incursão nos aspectos sociais, políticos e culturais do município, na década de 1990, bem como nas características gerais dessa cidade, que, dentre outros fatores, por seu histórico de já ter sido capital do Rio de Janeiro, a tornam singular.

Niterói é um município localizado à margem da Baía de Guanabara, no lado oposto ao Rio de Janeiro. Limita-se, ao norte com o município de São Gonçalo, à leste com São Gonçalo e com Maricá, ao oeste com a Baía da Guanabara e ao sul com o Oceano Atlântico. Possui uma área de 136,37 km<sup>2</sup>, uma extensão territorial menor que alguns bairros do Rio de Janeiro, como Barra da Tijuca, Guaratiba, Santa Cruz e Campo Grande.

Entre 1903 e 1975, quando a Cidade do Rio de Janeiro foi a capital do país e depois o Estado da Guanabara, Niterói foi a capital da província e posteriormente do estado do Rio de Janeiro. Tal proximidade geográfica e política trouxeram para Niterói, desde suas primeiras décadas, crescimento demográfico, econômico e urbano, mas também dependência política e financeira em relação à cidade do Rio de Janeiro (FERREIRA, 1997; CUNHA, 2016).

Em 1975, a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, fez com que Niterói perdesse o seu posto de capital. No entanto, a cidade foi economicamente beneficiada com a inauguração da Ponte Rio-Niterói, o que trouxe inúmeros moradores e aqueceu o mercado imobiliário. O crescente aumento da violência na Região Metropolitana do Rio de Janeiro e a proximidade desse grande centro urbano somados a

divulgação de índices favoráveis contribuíram para crescente migração para Niterói. Esse eminente crescimento urbano, para muitos de seus moradores, foi vivido como uma ameaça ao caráter intimista da cidade que possuía a reputação de ser “um lugar onde todo mundo se conhecia”. (CUNHA, 2016; LUZ, 2008).

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela modernização do espaço urbano e avanços nos sistemas de saúde e educação, que se traduziram em aumento IDH. As administrações de Jorge Roberto Silveira (1989-1992 e 1997-2002) e de João Sampaio (1993-1996), prefeitos que tiveram ampla aceitação popular, promoveram várias intervenções com o intuito de revalorização da cidade. A inauguração do Museu de Arte Contemporânea (MAC), em 1996, foi um destaque para a valorização de seu patrimônio cultural, sua história e potencial turístico e signo de uma época de reconstrução social da identidade de Niterói. (CUNHA, 2016; LUZ, 2008).

### **O panorama da saúde nos anos 1980/90 no município de Niterói**

Niterói está incluído entre os municípios brasileiros que desde a década de 1970 desenvolveram propostas inovadoras na atenção à saúde. As políticas contra hegemônicas desses municípios tinham seu foco na Atenção Primária e pautavam-se nas ideias que foram desenvolvidas na Conferência de Alma-Ata<sup>13</sup>. Tratava-se de movimentos pioneiros em um cenário nacional desfavorável, no qual o Estado conferia pouco poder aos municípios e o modelo médico-privatista prevalecia.

---

<sup>13</sup> Em 1978 foi realizada em Alma-Ata, capital do Kazaquistão, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. A Conferência foi organizada pela OMS e UNICEF e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental. Para atingir a meta de saúde para todos no ano 2000, a Declaração postulou que os governos formulassem políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a Atenção Primária à Saúde como parte de um sistema nacional de saúde integral em coordenação com outros setores de atuação nos determinantes sociais e ambientais da saúde. Chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. (GIOVANELLA et al., 2019; MENDES, 2004)

A rede municipal de saúde de Niterói investia na reestruturação do sistema de saúde e abarcava no seu campo práticas e saberes não médicos. Suas experiências na assistência à saúde ganharam notoriedade nacional por orientarem-se pelos princípios da integralidade, da interinstitucionalidade e da participação popular quando isso ainda não era uma realidade constitucional no cenário brasileiro. (BRASIL, 2010; MASCARENHAS & ALMEIDA, 2002)

Esse processo teve como destaque o surgimento do Projeto Niterói, descendente de um grupo de profissionais de saúde, oriundos de várias instituições públicas, que em 1970 havia rompido com o poder municipal. Era um movimento reivindicatório composto por integrantes da Universidade Federal Fluminense (UFF), do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene (SESH/RJ), da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e de grupos comunitários ligados à Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT). Sua proposta afinava-se ao Movimento da Reforma Sanitária, que estava nos seus primórdios e instituíra-se como foro de debate e articulação política. (BRASIL, 2010; MASCARENHAS & ALMEIDA, 2002)

Em 1989, o novo prefeito da cidade indicou para secretário municipal de saúde o secretário executivo do Projeto Niterói. Este fato, aliado à aprovação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS/MS), que possibilitou aos municípios gerirem sua rede, provocou mudanças na política local, que a tornou pioneira em ações integradas de saúde. Nesse mesmo ano, foi criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN), na qual grande parte dos cargos foi assumida por profissionais ligados ao Projeto Niterói. Essa composição tinha como objetivo agilizar a reorganização da rede de saúde, respaldadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e na Constituição Federal de 1988.

A FMSN tinha autonomia em relação à Prefeitura e à gestão do Fundo Municipal de Saúde, o que contribuiu para a municipalização dos serviços de saúde, para a construção de uma rede hierarquizada e regionalizada e para a implantação do Programa Médico de Família (PMF). Um fator que fortaleceu a continuidade dessa política de saúde foi a permanência do mesmo secretário de saúde e sua equipe durante 10 anos. (BRASIL, 2010; SENNA, 2002; MASCARENHAS, 2003)

O Programa Médico de Família (PMFN) instaurou-se em Niterói em 1991 direcionado às áreas de exclusão social e com baixa cobertura dos serviços de saúde. O objetivo era, além de facilitar o acesso dessa clientela, instituir uma relação mais próxima e acolhedora, uma atenção que considerasse o indivíduo em seus aspectos biopsicossociais e estabelecer um compromisso com a continuidade do serviço. O PMFN foi realizado a partir de uma cooperação técnica com membros da OPAS especialmente de Cuba, que incluía estágios, cursos e consultorias.

A organização e funcionamento desse programa assemelhava-se ao modelo cubano, porém adaptada à realidade do município através da análise de indicadores operacionais e epidemiológicos. As equipes técnicas eram constituídas apenas por médicos generalistas e auxiliares de enfermagem, e 50% de seu tempo era voltado para a realização de trabalhos de campo que estavam vinculadas a uma equipe de supervisão, de caráter multidisciplinar, que fornecia suporte, consultoria, capacitação e registro dos dados. Esse registro dava visibilidade ao contexto social e sanitário da população atendida e embasava as propostas de adequações dos serviços. Periodicamente eram realizados encontros entre as duas equipes e representantes das associações de moradores.

Cabia à Associação de Moradores, como co-gestora do PMFN, a admissão dos trabalhadores. Estes eram contratados pelo regime celetista e remunerados através de

repassa da verba do município. Embora a Associação de Moradores participasse da gestão administrativa e da avaliação de desempenho, cabia às equipes de supervisão a seleção, o acompanhamento e a avaliação técnica dos profissionais.

As atividades do PMFN eram dirigidas prioritariamente a crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos, e pautavam-se em procedimentos básicos de acordo com a especificidade de cada grupo. Além disso eram realizadas reuniões com a comunidade, baseadas em metodologia participativa; atividades de vigilância sanitária e prestação de serviços laboratoriais (BRASIL, 2010; MASCARENHAS & ALMEIDA, 2002; MASCARENHAS, 2003; SENNA, 2002)

O PMFN foi reconhecido por ter obtido resultados favoráveis em diversos aspectos, tais como a assistência pré-natal e às crianças no seu primeiro ano de vida; a realização de exames Papanicolau; o acompanhamento de doenças crônico-degenerativas e a redução de mortes por causas evitáveis. O maior desafio do projeto localizava-se na relação entre os profissionais e a gestão da associação de moradores.

O PMFN de Niterói e seu impacto social positivo foi uma das experiências que influenciou a Estratégia Saúde da Família, posteriormente implementada pelo Ministério da Saúde. Essa influência pode ser ilustrada pela presença do Secretário Municipal de Niterói, Gilson Cantarino, e de outros representantes de experiências com o PMF em diferentes municípios do país, na reunião ocorrida em dezembro de 1993, nas quais foram definidas as bases do Programa Saúde da Família. Nota-se também a semelhança desse processo de trabalho e de suas equipes de supervisão como referência para a criação dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2010; MASCARENHAS, 2003)

A municipalização e a ampliação da rede pública de saúde tiveram um rápido desenvolvimento de 1989 a 1992, em Niterói. A Secretaria municipal que geria treze

postos de saúde e dois serviços de pronto atendimento passou a ter sob sua gestão três módulos do PMFN, catorze Unidades Básicas de Saúde, seis Centros de Saúde, três serviços de pronto atendimento, quatro postos de saúde, três hospitais, três laboratórios, um Centro de Controle de Zoonoses e um Centro de Tecnologia de Alimentos. (SENNA, 2002).

Em relação à assistência perinatal, em 1992, Niterói possuía duas maternidades públicas: O Hospital Azevedo Lima (HAL) e a maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), referência para gravidez de risco. O setor público respondia por 14% do total de nascidos, desses 30% eram partos cirúrgicos; Nos quatro hospitais contratados ocorriam 72% do total de partos, dos quais 58,52% dos partos eram cirúrgicos. Já o setor privado abarcava 14% dos nascimentos e nele o índice de cesáreas aumentava para 85,7%. O total de partos cirúrgicos no município de Niterói correspondia a 60,6%, índice 1,6 vezes maior do que o do município do Rio de Janeiro no mesmo ano. A discussão sobre a ampliação de serviços de maternidade pública era uma pauta na política de saúde em Niterói na década de 1990. (KALE, 2016)

## **6.2 Encontros, desencontros, reencontros - os pródromos da CP Nove Luas**

Para a compreensão do percurso dessa instituição faz-se necessário, uma análise das contingências que aproximaram pessoas com objetivos e valores, alinhados entre si, no tocante às concepções acerca da gestação parto e nascimento, bem como, o exame de fatos que, tal como pródromos de um trabalho de parto, anunciaram e “prepararam o terreno” para o seu nascimento.

A CP Nove Luas teve como sócios fundadores três profissionais de saúde que atuavam tanto no setor público como no privado (a fisioterapeuta Vânia Maciel, a terapeuta ocupacional Lúcia Pires e o obstetra Ronaldo Cortes) e uma engenheira

(Denise Araújo), cliente desses profissionais, que se uniu a eles na iniciativa em prol da humanização do nascimento.

**Ronaldo de Assis Moraes Cortes** graduou-se em medicina em 1975, especializando-se em ginecologia e obstetrícia. Era médico ginecologista das demais sócias da CP Nove Luas, Denise, Lúcia e Vânia, e trabalhava em parceria com elas no setor público e privado. Durante a década de 1980 e 1990, realizava atendimentos em seu consultório particular, na C.P. Nove Luas e na Maternidade Santa Rosa, estabelecimento atualmente extinto que realizava atendimentos particulares, por convênios e através de contratos com o SUS. Fez ambulatório no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e foi docente de ginecologia do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense (UFF).

**Denise Vodopives Araújo** era paciente de Ronaldo Cortes e cliente de Vânia Maciel nos grupos de terapia corporal, tanto durante suas gestações, como nos grupos voltados para outras demandas. Por seu interesse pelo tema da maternidade, realizou curso de formação para o trabalho com gestantes, ministrado pela psicóloga Vitória Pamplona e por Vânia Maciel. Denise era proprietária de uma vídeo locadora e, após ter feito o curso citado, começou a filmar partos e acompanhar as terapeutas corporais em eventos públicos e privados relacionados ao tema.<sup>14</sup>

As gestações e partos de Denise Araújo permeiam a trajetória da CP nove Luas, marcando transformações nas práticas dos profissionais que a acompanhavam. Denise teve seu segundo filho em 1988 na cadeira para parto de cócoras do Hospital

---

<sup>14</sup> Cabe ressaltar que, nesse contexto, a filmagem do parto destinava-se ao registro do processo do nascimento para as famílias que optavam por ter esse serviço. Quando autorizado, o filme era exibido em situações específicas, como grupo de gestantes, casais grávidos ou em eventos com cunho específico de divulgar e incentivar a humanização do nascimento. Segundo a terapeuta corporal Vânia, os efeitos de “ter uma filmadora dentro do contexto da parturição e seus possíveis efeitos inibitórios” eram frequentemente problematizados. Como contraponto analisava-se o respeito ao desejo da família de ter esse registro e também a contribuição desse material para uma “causa maior”, já que era um instrumento utilizado para rever condutas, refletir e “sensibilizar” profissionais.

Maternidade Santa Rosa, “inaugurando” o uso desse equipamento. Seu terceiro filho nasceu em 1991 por meio de parto domiciliar na sua residência, que posteriormente se tornou a C.P. Nove Luas. Seu quarto filho nasceu na CP Nove Luas, em 1994. Seu depoimento no jornal *Ventre* revela suas motivações para inserir-se nessa sociedade.

*[...] A partir de minha experiência pessoal como mulher e mãe, após viver a emoção de um parto na minha própria casa (hoje Casa do Parto) com a presença de meu marido, filhos e profissionais amigos, em clima de celebração à vida, tive a certeza de que tamanha dádiva não era por conta do que já havia vivido, mas por coisas que ainda haveria de viver/fazer. Nesse momento, passei a agir como profissional atuante na concretização da Casa do Parto. (VENTRE, 1995)*

Em trechos das entrevistas a informante narra o processo pelo qual foi sendo cooptada para a adesão a um novo modelo de gestar, parir e exercer a maternidade e como ocorreu a ampliação desse tema para o exercício em um escopo profissional tão distante de sua formação de engenheira.

*[...] meu primeiro filho, [...] nasceu em 1986, um parto normal... Normal ser normal, por que não, né? Um parto normal tradicional, com episiotomia, com anestesia, né? Mas eu achei o maior barato a coisa do parto, a questão de ser mais mulher...Ter tido um parto normal, então... foi uma coisa legal. Mas, eu tinha 25 anos, me sentia crua e foi normal para mim. Dois anos depois, [...] quando eu fiquei grávida de novo da Carolina, eu fui fazer grupo com Vânia [...] E durante o grupo começou a surgir a história de parto de cócoras. [...] Foi o primeiro parto de cócoras [daquele hospital] e ela nasceu quase que sozinha, tudo assim supertranquilo e aí não teve anestesia, não teve episiotomia. [...]Todo mundo comentou no hospital... Então foi um negócio assim, diferente... Eu ter feito o parto de cócoras. [...] Eu estava tão ligada à questão do grupo de gestantes, ao grupo de casais, que depois que ela nasceu eu não conseguia parar de ir aos grupos. Dois meses depois eu continuava frequentando, eu ia nos grupos de casais falar, dar depoimento, conversar [...] e fiquei só imaginando "Gente, se Carolina tivesse nascido na água teria sido muito mais legal! “. (Entrevista: ARAUJO, 1999)*

Esse e outros trechos de suas entrevistas apontam para transformações que foram ocorrendo com a entrevistada, no tocante às suas expectativas com relação ao parto (e consequentemente em relação à assistência), com suas concepções acerca da maternidade e do lugar feminino. O parto de seu primeiro filho via vaginal, foi inicialmente percebido como “normal” e ganhou o significante de “mais mulher”.

Em seguida, o mesmo parto é referido como “normal tradicional”, à luz de sua maior “maturidade”, que se soma à experiência advinda da participação nos grupos de gestantes. Esse conjunto vai constituindo novas expectativas de viver o processo gestacional e o desejo de participar do processo de outras mulheres. O lugar que Denise ocupa na CP Nove Luas, pode ser pensado, metaforicamente, como o da mulher que transita, a partir da sua experiência pessoal, do lugar de gestante para o lugar de profissional da gestação. Sua fala também remete ao atravessamento que a maternidade produz, alterando, objetiva e subjetivamente, a forma da mulher estar no mundo do trabalho e na vida.

*Vania me chamou para fazer um vídeo lá no Centro de Saúde, na rede pública e no consultório dela. Então eu participei de vários encontros no posto de saúde, com dramatizações... eu filmei grupos [...], eu filmei partos [...], e eu comecei a ficar cada vez mais envolvida com essa coisa do nascimento. [...] Vânia me falou para fazer o curso de formação de trabalho com gestante [...] Nessa brincadeira do curso de formação engravidei [...] A gente programou de fazer o parto aqui em casa para tentar fazer um parto na água. E estava super esclarecido de que não seria uma coisa fácil de acontecer, que ia depender de um monte de fatores, um deles da segurança que o Ronaldo teria no momento, porque ele nunca tinha feito um parto na água. [...] Quando o Victor nasceu foi outra magia, a magia do de Carolina só que reforçada [...] Foi realmente muito bonito para todo mundo e as pessoas que estavam no dia do parto ficaram meses só falando do parto [...] Imagina eu que tinha vivido. (Entrevista: ARAUJO, 1999)*

A entrevistada conta que seu marido inicialmente não compreendia seu crescente envolvimento com as ações voltadas para o nascimento, uma área de atuação profissional tão distante de sua formação e prática profissional. Embora tentasse “dar força”, por perceber que era “algo que lhe fazia feliz”, ela define que o posicionamento dele era contra sua implicação maior nos planos de uma Casa de Parto. Por esse motivo, ficou surpreendida quando após o nascimento de seu terceiro filho, a proposta de transformar a sua residência em uma casa de parto partiu dele.

*No dia 28 de junho o Victor nasceu, aqui, eu estava morando aqui [...] E essa casa é do meu pai, né? E eu morava com o M. [marido] que era totalmente contra qualquer envolvimento meu com a Casa do Parto. Três dias depois que o Victor nasceu, estava meu pai e meu marido no corredor conversando a respeito do parto, da equipe médica, do envolvimento que eles*

*tinham com o nascimento, do desejo que eles tinham de fazer a Casa do Parto... E os dois, logo esses dois personagens, né? Estavam falando "Essa casa seria perfeita para ser a Casa do Parto", [...] Eu parei, olhei para cara de um e para a cara do outro, e falei "Vocês têm ideia do que vocês estão falando? [...] Vocês são o morador e o dono da casa! Então se vocês dois estão falando que aqui é o lugar perfeito para ser a Casa, aqui pode ser a Casa!", E eles confirmavam que aqui pode ser a casa... E eu olhava para eles e eu não sei, eu não sou religiosa, eu não sou de acreditar em nada, mas o olhar deles era um olhar diferente! [...]!" ... E aí eu virava e fala assim "Olha, se vocês estão falando isso, eu vou emitir meus convites para a Casa do Parto acontecer aqui." e eles falavam "Pode fazer!". Depois desse dia, eu parida de três dias... [...] comecei a falar com Vânia, falar com Ronaldo e aí começou ... (Entrevista: ARAUJO, 1999)*

Essa anuência inesperada do proprietário e morador da casa é corroborada nas narrativas dos demais informantes, que também partilham a ideia de que a CP Nove Luas era algo que “tinha que acontecer” e eles foram apenas veículo dessa realização. Contudo, outro aspecto que aparece nos trechos acima citados e em demais relatos, é o quanto a “aposta” de Denise, como parturiente, em modelos de nascimento diferentes dos vigentes, sensibilizava o universo a sua volta.

Essa “aposta” era vivenciada com o apoio dos profissionais de saúde que a acompanhavam (obstetra e terapeuta corporal) e dos quais se tornou amiga e posteriormente sócia. Segundo ela, quando teve sua segunda filha de cócoras, pouco tempo após o hospital ter adquirido o módulo para parto vertical, “todos comentaram”, referindo-se a comunidade de profissionais. Não foi só a cadeira de partos que foi inaugurada, mas a possibilidade de uma forma de “fazer diferente”.

Quando teve seu filho em casa com a presença de familiares, observa-se que houve uma sensibilização pelo contato com a assistência de humanizada e a vivência propiciada, que afetou as posições de seu pai e seu marido, a ponto de cederem sua propriedade (e lar) para viabilização do projeto. A experiência de parturição de Denise influenciou significativamente o deslocamento de posturas, valores e crenças de profissionais e familiares. Esses deslocamentos foram de suma importância para viabilizar a criação da CP Nove Luas.

**Lúcia Maria Pires da Silva** é terapeuta ocupacional com formações em Psicodrama, Morfo-análise, Terapia Reichiana, Terapia Familiar Sistêmica além de formações voltadas para a gestação, parto e amamentação. É membro fundador da REHUNA e integrante da Rede Internacional em Defesa do direito de amamentar (IBFAN). Trabalhou na Prefeitura de Niterói, no Centro de Saúde Santa Rosa (CSSR) coordenando grupos de gestantes, grupos de sala de espera e de planejamento familiar. Coordenou também grupos de capacitação e atualização em Saúde da Mulher, para profissionais da rede pública.

**Vânia de Freitas Maciel** é fisioterapeuta, terapeuta corporal e health coach. Pioneira da difusão da antiginástica no Brasil. Membro fundador da REHUNA. Trabalhou no Setor Público no município de Niterói entre 1982 e 2012. No INSS, implantou o núcleo da Saúde do Servidor. No Centro de Saúde Santa Rosa, coordenou trabalhos voltados à Saúde da Mulher e criou o Ambulatório de Reiki<sup>15</sup>.

Lúcia Pires e Vânia Maciel foram as idealizadoras do Projeto C.P. Nove Luas. Suas histórias e a caminhada profissional, rumo a esse projeto, encontram-se de tal forma entrelaçadas que, no contexto deste trabalho, pareceu mais apropriado aprofundar suas apresentações em conjunto. Formaram-se na mesma turma, em 1977, Lúcia em terapia ocupacional e Vânia em fisioterapia, pela Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro – ERRJ. Algum tempo depois, em sociedade com mais duas terapeutas, abriram um espaço no bairro Pé Pequeno, em Niterói, denominado Grupo Integrado de Reabilitação (GIR), um estabelecimento privado no qual trabalhavam com práticas corporais tradicionais voltadas para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Na década de 1980, ambas eram servidoras públicas e atuavam no Centro de Saúde Santa Rosa (atualmente Policlínica Sérgio Arouca) no Bairro Vital Brasil em

---

<sup>15</sup> Prática terapêutica que utiliza a imposição de mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental. (BRASIL, 2018)

Niterói. Vania era funcionária cedida pelo INSS e junto com Lúcia desenvolvia um trabalho voltado para a saúde da mulher. Essa experiência no setor público marcou sua inserção nos debates e ações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos femininos.

Aos poucos, as queixas e as demandas dos pacientes, tanto no contexto público, como no privado, as motivaram a buscar teorias e autores, até então pouco divulgados no Brasil. Elas buscavam compreender os sintomas corporais dentro de um enfoque mais ampliado, que incluísse os aspectos emocionais envolvidos. Nessa perspectiva, promoveram com recursos próprios a vinda de profissionais para formações em antiginástica, pela escola de Therese Bertherat, que na época só ocorria na França.

O trabalho que desenvolveram também recebeu influências teóricas de Philippe Souchard (RPG), Serge Peyrot (Morfoanálise) e Pichon Riviere (Grupo Operativo), dentre outros. Foram incluindo também consultorias com psicólogos de diferentes linhas teóricas, convidados para debater com elas sobre o tipo de trabalho que vinham realizando. Mais tarde, acrescentaram aos seus trabalhos com grupos, as ideias de Paulo Freire e as técnicas de psicodrama, criando uma metodologia de trabalho própria, fundamentada nas bases teóricas desses autores.

As formações em psicodrama foram realizadas com Marta Echenique e Vitória Pamplona, psicólogas, que possuíam experiência com essa teoria aliada ao trabalho com a gestação. Nessa esfera, seus estudos incluíam autores ícones ligados ao Movimento pela Humanização do Nascimento, como Frederick Leboyer e Michel Odent. Essas bases teóricas, mais tarde, embasaram o *Curso para o Trabalho com Gestantes*, promovidos pela CP Nove Luas.

A escuta das mulheres nos grupos de gestantes e em outros grupos de mulheres, bem como a própria experiência pessoal, aliada aos partos que foram acompanhando por solicitação das parturientes (viabilizada e permitida pelos vínculos profissionais que

possuíam, já que não havia nenhuma lei que amparasse esse acompanhamento), as motivaram a buscar a compreensão do que ocorria nesse cenário.

Para esse fim convidavam médicos locais para palestrarem e organizavam diversos eventos, no auditório do Hospital Santa Marta, convidando também palestrantes ligados ao movimento pela Humanização do Nascimento no Brasil, tais como Hugo Sabatino, obstetra da UNICAMP-SP; Jorge Sá obstetra da Bahia, divulgador do parto submerso, e Moisés Parciornick, de Curitiba, divulgador do parto de cócoras, dentre outros.

Vânia Maciel e Lúcia Pires eram profissionais de saúde reconhecidas, com vínculos que lhe davam acesso a diferentes serviços no setor público e privado. Possuíam uma perspectiva crítica que as motivavam a engendrar estratégias em prol da mudança na atenção à saúde da mulher. Em 1991 escreveram o livro *Nove Luas, Lua Nova – O espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida* em parceria com uma psicanalista. Em 1993 fundaram a Casa de Parto com o mesmo nome, junto com os demais sócios.

### **6.2.1 A experiência no serviço público (CSSR) e no privado (GIAM)**

Segundo as idealizadoras da Casa de Partos Nove Luas, suas experiências no CSSR, da rede municipal de saúde de Niterói, em ações voltadas para a saúde da mulher foi um passo significativo dessa construção. Essa vivência não só contribuiu para a criação de metodologias que foram desenvolvidas na CP Nove Luas, como se manteve ao longo de sua existência, traduzindo-se, muitas vezes, em ações de cooperação mútua entre as duas instituições.

O CSSR localiza-se na Rua Ary Parreiras, no bairro Vital Brasil, em Niterói. Desde a sua fundação, a unidade caracterizou-se por ser um espaço que concentrava

profissionais empenhados em transformar a política de saúde municipal. Além disso, era um espaço privilegiado de capacitação como polo de treinamento do Ministério da Saúde. Em 1980 sua direção buscava novos rumos para a atenção à saúde.

Segundo César Roberto Braga Macedo, diretor da instituição durante essa década, “era importante construir e trabalhar uma abordagem metodológica que possibilita a própria clínica reconfigurar sua forma de ser, sua forma de estar, sua dinâmica”. (Macedo *apud* Silva, 2015 p.8). Outro aspecto inovador, instaurado na unidade, foi a articulação com a academia e a abertura para a inserção de estagiários das universidades nas equipes de saúde. (SILVA, 2015).

Também as pautas feministas, especialmente as ligadas às dimensões dos direitos sexuais e reprodutivos, eram alvo de mobilização política niteroiense. O uso da pedagogia reflexiva, utilizada nos chamados “grupos de reflexão”, que se instaurou na atenção à saúde como instrumento crítico às questões de gênero, constituíram-se lugar privilegiado para a ocorrência dessas discussões no CSSR. (SILVA, 2015).

Esses grupos iniciaram no Rio de Janeiro e em São Paulo na década de 1970. A princípio eram formados por mulheres que possuíam algum vínculo entre si e ocorriam na residência de uma delas, liderados por feministas que haviam tido essa vivência no exterior. Tinham inspiração feminista de base europeia ou norte americana. A influência europeia traduzia-se em pautas voltadas para as desigualdades de gênero, principalmente no tocante às questões trabalhistas, já os temas de influência norte-americana centravam-se na transformação pessoal e cultural, possuindo uma abordagem mais centrada em aspectos da subjetividade<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Os grupos de reflexão foram alvos de críticas, especialmente pelas militantes de esquerda mais radicais. As críticas eram voltadas para dois aspectos: por terem sido iniciados nas rodas de mulheres da classe média eram considerados supérfluos e, por abordarem temas feministas específicos, a orientação esquerdista considerava que se desviava da luta central pela democracia. Nesse contexto, temas como a opressão das mulheres, a sexualidade e o aborto deviam ser evitados, pois poderiam abalar relações com importantes aliados na luta pelo fim da ditadura, como a Igreja Católica. (SOIHET, 2007; SILVA, 2015).

Os profissionais de saúde integrantes destes grupos levaram essa metodologia para seus locais de trabalho. Os grupos expandiram e na década de 1980, já sistematizados como práticas educativas na área de saúde, foram utilizados em programas federais, estaduais e municipais, em congressos nacionais e internacionais, em coletivos feministas e em diversos movimentos sociais.

O grupo de reflexão<sup>17</sup>, também chamado de “oficina de reflexão e ação” foi reconhecido então, como um espaço de fortalecimento do protagonismo feminino, que possuía dentre seus temas principais a sexualidade e os direitos reprodutivos. Essa prática deu origem a diversos grupos autônomos que se organizaram em torno de temas específicos. A metodologia dos grupos de reflexão influenciou e foi amplamente utilizada durante os primeiros anos do PAISM. (SILVA, 2015)

A principal metodologia do grupo de reflexão, utilizada nas unidades de saúde, foi nomeada no Brasil como “Linha da Vida”. Essa metodologia foi trazida para o Centro de Saúde Santa Rosa, em 1984, por uma professora da UFF, que passou a supervisionar estágios na unidade. Consistia de uma proposta na qual os componentes do grupo falavam de si a partir das experiências marcantes em cada etapa da vida (nascimento, infância, adolescência, juventude, maturidade e velhice), sendo que, nas etapas ainda não vividas, era feita uma projeção com base nas expectativas acerca daquela fase. A pessoa que estava coordenando o grupo registrava o que era dito em um grande papel, visível a todos. Objetivava-se o fortalecimento mútuo, pela identificação das semelhanças e das diferenças, pelo desenvolvimento da empatia em relação às questões alheias e o enriquecimento pela partilhar de experiências.

---

<sup>17</sup> “A decisão de utilizar a expressão «grupos de reflexão» em vez de «grupos de autoconsciência», própria dos movimentos de liberação de mulheres em outros países, era justificada pela necessidade de se proteger da repressão, uma vez que a palavra «autoconsciência» poderia ser confundida com militância política” (SOIHET, 2007)

A partir dos aspectos identificados, traçavam-se temas, passíveis de elencarem pautas para o serviço de saúde. Esse recurso foi usado e divulgado amplamente nos diversos eventos realizados no CSSR, tanto com profissionais como com usuários e era considerado “um importante instrumento de sensibilização para mudanças de práticas médicas” (SILVA, 2015, p.898).

Para além de seu trabalho no CSSR, também a experiência de suas idealizadoras em sua clínica voltada para a clientela particular, tiveram influência na criação da CP Nove Luas. Nesse espaço, inicialmente, o trabalho era exclusivamente voltado para reabilitação física, nos moldes tradicionais. Gradativamente, foi formando-se um serviço dedicado à saúde feminina, que compôs um núcleo de atendimento denominado GIAM - Grupo Integrado de Apoio à Maternidade, cujo atendimento se destinava principalmente à gestação e ao puerpério e no qual desenvolviam uma metodologia de trabalho semelhante à utilizada no Centro de Saúde Santa Rosa.

O GIAM funcionou no final da década de 1980 e primeiros anos da década de 1990, como um serviço específico, dentro do GIR, instituição particular de fisioterapia, da qual Vânia Maciel e Lúcia Pires eram sócias. Era composto por sete profissionais (duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional e quatro médicos obstetras). Vânia Maciel, Lúcia Pires e Ronaldo Cortes faziam parte da equipe de saúde do GIAM e Denise Araújo era gestante usuária do serviço. Suas atividades incluíam o atendimento individual ou em grupo de gestantes e casais grávidos, bem como para a promoção de palestras e de atividades formativas voltadas para essa área. Foi nesse grupo que cogitaram pela primeira vez realizar um projeto de Casa de Parto.

Segundo os depoentes, o grupo tinha a intenção de instaurar uma assistência que não fosse centrada na figura de um único médico e os obstetras passaram a realizar consultas pré-natais no GIAM. O atendimento não se restringia às consultas de pré-natal

e eles eram convidados a participar dos grupos de gestantes e das palestras abertas ao público, que tratavam temas relativos à gestação, parto e nascimento.

A implementação desta dinâmica assistencial visava que as parturientes tivessem oportunidade de conhecer todos os médicos, pois se propunha também que a gestante em trabalho de parto pudesse ser atendida por um dos quatro médicos que estivesse escalado para esse fim. Esse sistema tinha dupla função: como o objetivo era que todos os médicos estivessem alinhados com a humanização do nascimento, o vínculo realizado pela convivência, durante o pré-natal, entre a mulher e todos os médicos, seria suficiente para estabelecer um laço de confiança para uma assistência ao parto cujo protagonismo estivesse centrado na gestante.

Por outro lado, esse sistema de “plantão” responderia ao desafio médico de lidar com os imprevistos da agenda impostos pelo trabalho de parto normal, fato ao qual comumente é atribuído o excesso de cesáreas no setor privado. Essa proposta marca uma característica que permaneceu posteriormente na proposta da CP Nove Luas, a busca de proporcionar boas condições de trabalho (e qualidade de vida) para os médicos, objetivando que esse fator influenciasse na prestação de uma melhor assistência. Buscava-se prevenir o estresse profissional, para que este não implicasse em prejuízo na experiência emocional da mulher, no momento intenso que é o parto.

Os profissionais passaram a ter reuniões de equipe periódicas nas quais vivenciavam dinâmicas e técnicas baseadas nas mesmas abordagens metodológicas utilizadas nos grupos de gestantes. A intenção era, além de vivenciar “na pele” o que propunham, promover uma interação grupal e uma reflexão acerca do papel de cada um e das expectativas de trabalho. Consideravam imprescindível, para a organização desse trabalho, encarar as próprias motivações individuais, os objetivos em comum e os divergentes, mas acima de tudo as relações no interior do grupo. O trecho abaixo,

retirado da entrevista realizada com uma das informantes, em 1999, expressa a forma como isso ocorreu bem como os impasses enfrentados:

*[...] isso a gente sempre teve na cabeça, primeiro você tem que trabalhar a equipe. Você tem que ver qual é o objetivo de todo mundo estar junto [...]. A princípio era uma equipe multidisciplinar para trabalhar com as grávidas e os casais. Desse grupo é que surgiu vontade de fazer uma casa de parto [...] Sim, quatro obstetras. E aí, eu e Vânia, nos arvoramos a fazer um trabalho com eles de psicodrama, tipo um sociodrama para ver como era a relação entre as pessoas. A gente nunca podia ter se arvorado, nós, fazendo parte desse grupo, querer coordenar um negócio desse. A gente estava querendo trabalhar a relação de quatro médicos, olha a maluquice. Quatro médicos, quatro caciques, né? Não eram quatro principiantes. Eram quatro médicos. Tinham disputas, Tinha ciúme. [...]. Quando a gente viu que não dava conta desse trabalho, [...] chamamos dois caras que trabalhavam com psicodrama para fazer supervisão. Aí você imagina, aqueles médicos, endurecidos, há não sei quantos anos atrás, com dois caras fazendo psicodrama, trabalhando todas as relações que aconteciam: as relações homem-mulher, terapeuta-médico, a relação entre eles, a relação entre nós. Aí foi pipocando tudo que pudesse aparecer para a gente realmente poder formar uma equipe. (Entrevista: PIRES, 1999)*

As duas profissionais de saúde, portanto, investiram na composição de uma equipe multidisciplinar para trabalhar a gestação com mulheres e casais. Paralelamente propunham realizar um trabalho inovador com a própria equipe para abordar questões subjetivas que atravessassem a dimensão técnica, como as relações de poder, de gênero e os afetos que permeavam a relação entre os profissionais da equipe. Para as criadoras da instituição, era uma proposta transformadora, visto que a explicitação dos aspectos envolvidos nas relações de poder estabelecidas já implicava, em última instância, na sua alteração.

Nem o sistema de revezamento para o acompanhamento obstétrico do parto, nem a intenção de constituir uma casa de parto se concretizou nesse grupo. A parceria entre membros dessa equipe, em trabalhos realizados na esfera pública e na privada, permaneceu durante algum tempo, mas o GIAM se desfez. Foi no GIAM que surgiu o projeto para criar uma casa de parto no setor privado, mas esse projeto não se concretizou nesse momento, nem com essa equipe. Entretanto, foi no nesse espaço que

os quatro sócios, começaram a aprofundar uma parceria de trabalho, que culminou com a criação da CP Nove Luas.

### **6.2.2. O livro “Nove Luas, Lua Nova – O espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida”.**

O livro, cujo título refere o nome da casa de parto, tem a autoria de Lúcia Pires, Vânia Maciel e da psicanalista Maria Elisa Maciel. Sua primeira edição foi em 1991, aproximadamente dois anos antes da abertura da C. P. Nove Luas. Nele as questões femininas que emergem a partir da gestação, parto e maternidade são abordadas de forma lúdica e poética. O livro foi escrito a partir das experiências profissionais e pessoais das autoras com o público feminino e expressa as indagações e anseios que motivaram as autoras a investir em um novo modelo de atenção à parturição.

A protagonista do livro é Luíza (“a que traz a luz”), uma personagem fictícia, que sintetiza aspectos das diversas mulheres, em especial gestantes, que permearam o universo profissional das autoras. O livro é escrito em forma de cartas, redigidas pela personagem e dirigidas às pessoas importantes de sua vida, como sua mãe, seu ex-marido, seu filho mais velho, seu médico, seu chefe e sua empregada. Nas cartas, ela aborda suas novas reflexões, desencadeadas a partir da gestação, a respeito de temas como sexualidade, aborto, papéis femininos e masculinos, estereótipos e desigualdades sociais. As cartas incluem a contradição e a ambiguidade como inerente à vida e às emoções.

Em um artigo do Jornal *Ventre* intitulado “Casa do Parto – a história” a CP Nove Luas é metaforicamente identificada como a quarta filha de Luíza, a protagonista do livro.

[...] esta última, a Casa do Parto, parida e criada com alguns “loucos parceiros nessa viagem” [...] evidenciou-se para mim o canal de

transformação possível para a construção de um mundo mais saudável e menos violento [...] E nasceu a Casa do Parto. (VENTRE, 1994)

O livro também é citado como “a semente que gerou a concretização da Casa do Parto”. Portanto, a CP Nove Luas é identificada por seus idealizadores como o desdobramento ou uma etapa subsequente ao livro. A sócia Denise Araújo, na época, ainda não fazia parte da equipe de profissionais que intencionava criar uma casa de parto, mas vinha sendo cooptada pela causa. A informante relata que o lançamento do livro foi um momento relevante para ela, pois estava “se sentindo a dona da festa” porque reconhecia sua história e tinha a sensação de ser a protagonista, junto com as demais gestantes que haviam participado dos grupos.

O seguinte trecho do prefácio revela os anseios, sonhos, ideais e expectativas que motivaram a escrita do livro e a criação de instituição.

*Se a gente pudesse escolher preferiria não ter que dizer nada, porque já compreendemos que a sensibilidade fala no silêncio de olhares que se cumpliciam [...] Em algum momento do tempo, no entanto, a história tentou calar nossas bocas e nossos olhos, fazendo-nos crer que reproduzir – nossa tarefa mais essencial – era repetir o modelo desse mesmo mundo que nos oprimia. Quase nos convenceram de que nosso pranto era consequência da nossa própria incompetência e a ordem do sensível ganhou o nome e a conotação diminuta de sentimental. Então foram necessárias vozes. [...] nos reunimos para escrever um livro que pudesse ser uma dessas vozes, em nome de tantas de nós. Esbarramos constantemente na dificuldade de expressar e comunicar com palavras experiências tão intensamente vividas. [...] Havíamos de nos lembrar que reproduzir não era repetir o velho, mas revelar o novo, revolvendo a vida. [...] As cartas falam da mulher que pode, através do universo da gestação, parto e maternidade, revolucionar a sua história e contribuir para a revolução da história, senão a partir de um grande feito, a partir de sua própria obra e da apropriação da sua condição de mulher e do discurso do feminino. Afinal, a maternidade cumpre um lugar sem retorno, onde é preciso dizer algo, oferecer o colo e suportar a dor de cortar o cordão, no sentido de produção da vida. (MACIEL et al., 1991)*

O livro, o jornal *Ventre* e a própria instituição apresentavam-se como vozes que se contrapunham ao modelo opressor vigente que provocava sofrimento em parturientes e em profissionais de saúde. A opressão era vista como a ação que não possibilita a instauração do novo, da criação, e que busca calar o que se apresenta como diferente.

### 6.2.3. O projeto de uma casa de parto municipal

Em 1992, período compreendido entre o lançamento do livro e a inauguração da C.P Nove Luas, as terapeutas corporais Vânia Maciel e Lúcia Pires investiram em um projeto no qual propunham a criação de uma Casa de Parto Municipal.<sup>18</sup> Para esse propósito estabeleceram parceria com gestores do Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva, localizado no Centro de Niterói. Segundo as entrevistadas o projeto previa que a Casa de Parto Municipal se localizaria próxima ao Hospital Santa Rosa.

No arquivo documental pesquisado foi encontrado uma das versões preliminares desse projeto. Trata-se de um documento de catorze páginas, datilografado, cujo conteúdo faz referências a índices nacionais e internacionais de cesáreas, cita estudos sobre intervenções desnecessárias e um breve resumo da história da parturição e da obstetrícia. Além das características físicas e espaciais, o documento descreve a composição da equipe multidisciplinar que incluía: parteiras, obstetra(s), anestesistas, pediatras, auxiliares de enfermagem, auxiliares de berçários e serventes. Em nota de rodapé, sem referência da fonte pesquisada, encontra-se uma diferenciação entre as parteiras tradicionais e as que iriam atuar na Casa de Parto:

Parteiras tradicionais - são mulheres que na sua comunidade são reconhecidas como aquelas que sabem orientar, têm confiança da sociedade local, possuem um saber acumulado em curas alternativas (fitoterapia massagem e etc) e exercem essas atividades naturalmente como agentes de saúde. Costumam acompanhar o trabalho de parto, o parto, o pós-parto e cuidar do recém-nascido nos locais onde não há acesso ao Serviço de Saúde.

Parteiras na Casa de Parto - são mulheres treinadas e sensibilizadas que funcionam como apoio à gestante durante a evolução natural do processo de parto sendo supervisionadas pela equipe de saúde. (1992)

A referência às “parteiras na Casa de Parto”, no documento encontrado, não deixa claro o papel desse ator. A descrição pode referir-se tanto à mulher que se

---

<sup>18</sup> Cabe ressaltar que nesse período não havia normatização para Casas de Parto, pois somente em 1999 foi instituída a lei que regulamentou o funcionamento dos Centros de Parto Normal e Casas de Parto no âmbito do SUS.

ocuparia do suporte emocional e físico contínuo, mas não exerceria procedimentos clínicos (semelhante ao papel atualmente desempenhado pelas doulas) como pode indicar parteiras leigas treinadas.

Essas últimas foram definidas pelo MS (1996) como parteiras ou auxiliares de enfermagem que receberam algum grau de treinamento para realizar o serviço obstétrico, sendo mais comum nas áreas rurais ou carentes (OMS, 1996). Já a definição adotada para “parteira tradicional” no projeto aponta para uma valorização desse ator social, que estava em consonância com a defesa do saber popular na parteria tradicional que vinha sendo desenvolvido por alguns grupos ligados aos movimentos pela humanização do Nascimento como C.A.I. S. do Parto (Olinda-PE) e Grupo Curumim (Recife-PE). Observa-se, contudo, que o projeto citado visava uma proposta local, em centro urbano, no qual era incomum a atuação de parteiras tradicionais e leigas, treinadas ou não, bem como a existência de enfermeiras obstétricas.

O profissional que seria responsável pela supervisão da atuação das parteiras também não se encontra especificado. Nota-se, porém que a ênfase dada à formação de uma equipe de supervisão era direcionada a todos os profissionais como oferta de suporte permanente. Esse formato assemelha-se à organização de serviços que vinha se desenvolvendo, nesse período, no serviço público em Niterói, em especial ao PMFN.

É necessário uma equipe de supervisão formada por profissionais de saúde capazes de multiplicar conhecimentos e aprofundar reflexões através de sensibilização da equipe de apoio ao parto, visando a unidade ideológica e de conduta. Esta unidade é fundamental para que a mulher sinta-se familiarizada e segura na relação com qualquer um dos membros da equipe. (1992)

O projeto, em sua apresentação, deixa claro suas diretrizes e posicionamento frente à política em saúde e manifesta de forma explícita sua ênfase na qualidade da assistência e na instauração de um centro de estudos:

[...] A casa do parto não tem como proposta suprir a falta de leitos obstétricos da nossa comunidade, mas sim estabelecer uma relação direta com os serviços de pré-natal, oferecer acompanhamento de parto e pós-parto de forma diferenciada e principalmente formar um núcleo de reflexão e multiplicação e a possível transformação do conceito que se tem do gestar e parir. O projeto da casa do parto, como aqui se apresenta, traz em sua forma embrionária inúmeras questões, uma vez que sua organização só pode ser definida em função daquilo que possa ser oferecido como recursos iniciais. O que é possível de ser desde já definido é um compromisso: colocar as regras que norteiam e circunscrevem o modelo atual de atendimento em questão para que nós mesmos, profissionais em exercício, possamos, no lugar de nossos próprios julgadores, exercermos, na plenitude de nossa capacidade, o exercício da ética no estabelecimento de nossa cidadania. (1992)

O documento encontrado data de outubro de 1992 e tem em suas últimas páginas três endereços de referência: Centro de Saúde Santa Rosa, Grupo Integrado de Reabilitação e a Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova. Conclui-se que em um curto período de tempo a proposta desenvolvida no GIAM, a construção de um projeto de casa de parto municipal e o investimento na instituição privada coexistiram.

As entrevistadas consideram que o projeto poderia facilmente ser viabilizado pela Prefeitura de Niterói, pois se tratava de um projeto de baixo custo e de estrutura relativamente simples, tanto que pode ser viabilizado posteriormente, por apenas quatro sócios, num curto espaço de tempo. Não foram identificadas, por parte das autoras, limitações no projeto que inviabilizassem sua execução, já que ele podia ser facilmente adaptável aos recursos e condições disponíveis. Elas relatam que o projeto foi apresentado ao Secretário de Saúde, que o elogiou, mas disse que iria “engavetá-lo” por não ser um momento político propício para desenvolvê-lo, questão essa que não teve maiores esclarecimentos.

### 6.3. O nascimento da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova

“Não sabia que era impossível. Foi lá e fez.”

Jean Cocteau

Conforme descrito anteriormente, o projeto de uma casa de parto vinha sendo gestado desde final da década de 1980, por Vânia e Lúcia, em diferentes momentos e com diferentes parceiros. O trabalho em equipe no GIAM se desfez pouco antes da criação da CP Nove Luas e pouco tempo depois da sua inauguração as terapeutas corporais saíram da sociedade no GIR. Dessa experiência restou os afetos resultantes do trabalho em conjunto e das dinâmicas vivenciadas nas reuniões de equipe. As frustrações e a persistência envolvidas no percurso anterior a criação da CP Nove Luas são abordadas em um trecho da entrevista realizada com uma das terapeutas corporais.

*Então ficou aquela discussão daquele grupo, da gente com os médicos, [...] foi uma coisa que começou a ser ventilado lá [no GIAM] fazer uma casa de parto, mas aí cada um queria de um jeito, cada um tinha um objetivo [...] Aí a gente escreveu um projeto. Casa de parto para a Prefeitura. Pensamos até o lugar, tudo [...] toda semana a gente ia lá, [...] e discutia todas as coisas. [...] Levamos meses fazendo aquilo, e entregamos para o Secretário Municipal de Saúde de Niterói. Ele não quis saber daquilo, outro banho de água fria. Arquivou. [...] Aí não deu certo né, nem a tentativa no privado [no GIAM], nem a tentativa no público, Cada uma apresentando as suas dificuldades. Surgiu a ideia de escrever um livro. [...] (entrevista: PIRES, 1999)*

As terapeutas corporais, portanto, antes de inaugurarem a CP Nove Luas, intencionaram efetivar uma Casa de Parto com a equipe do GIAM e também apresentaram um projeto para a Prefeitura de Niterói. Nesse ínterim, escreveram o livro *Nove Luas, Lua Nova – O espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida*. Dos quatro médicos participantes da equipe do GIAM, um optou por restringir sua atividade à ginecologia, abandonando a obstetrícia. Nas lembranças, evocadas pelas entrevistas, os informantes não se recordavam o motivo pelo qual, dos três obstetras restantes, apenas um participou como sócio fundador da C.P. Nove Luas. Entretanto, as

sócias avaliam que, antes de o escolherem como sócio já o haviam escolhido como seu obstetra pessoal, o que denotava a confiança que tinham no trabalho desenvolvido pelo profissional.

Os informantes relatam fatos que foram sendo realizados e “*costurados até chegar à casa do parto*”. Eles se recordam que, no final da década de 1980, a terapeuta Vânia tomou a iniciativa de encomendar um módulo de parto vertical<sup>19</sup> para o Hospital Maternidade Santa Rosa, no qual os quatro médicos da equipe do GIAM atuavam e buscavam promover uma ambiência mais propícia à assistência humanizada. A entrevistada relata que essa foi uma compra custeada pelos obstetras e não pelo hospital. Segundo ela, o equipamento, projetado por Cláudio Paciornik, obstetra envolvido com o movimento pela humanização do nascimento, e filho de Moyses Paciornick, grande divulgador do parto vertical, foi o primeiro vendido no Brasil. O contato telefônico promovido para a compra da cadeira e a articulação da terapeuta corporal com seu idealizador culminou com um convite para os obstetras conhecerem o trabalho desenvolvido na clínica Paciornik em Curitiba. Ronaldo Cortes relata que esse momento foi um diferencial na sua atuação profissional em obstetrícia.

*Nesse dia, eu falei: eu quero aprender. Quero ver como funciona isso. [...] A paciente em trabalho de parto, já no final... período expulsivo. Vai para sala de parto. Eu nunca tinha visto uma sala de parto daquela, uma sala grande, o marido de sunga, céu [teto] todo cheio de estrelas, tudo azul, tudo bonitinho, ambiente de penumbra, Leboyer, essas coisas. Nunca mais esqueço disso. Aí tinha uma porta grande, eu, mais uns quatro assistindo aquilo... ficamos ali, óh [muito tempo]. O velhinho, cara, não se mexia... [...] sentado num banquinho de 20 cm, lá no chão. O cara sentadinho assim e conversando baixinho com a paciente. Ela estava na cadeira [...]... Aí vinha a contração, a mulher levantava. Ele não dava um ai. [...] a cadeira, tem aquele bercinho, né. Uma das coisas que mais mexeu comigo. Daqui a pouco, você vê aquilo assim.... [onomatopeia] sai o neném, cai no colchãozinho e fica ali. E a mulher fica olhando, e o cara não abre a boca. De repente ela vai, pega, aí começa o contato assim, abraçar, né? O marido que tava na cabeceira vem. Foi o dia que eu mais chorei na minha vida. Aí veio aquela coisa assim: Como eu mexi tanto com as mulheres? Os partos que eu achava o máximo, induzia, furava, eu via como normal, foi assim que eu aprendi. Aquilo mexeu tanto comigo. Como eu estava intervindo, né? Nos partos todos. Daí em diante começou essa história toda. Isso é antes da Casa*

---

<sup>19</sup> Cadeira de cócoras hospitalar

*do Parto. Eu tinha um trabalho de parto normal, que eu achava que era normal né? Daí pra frente meu trabalho mudou muito. (Entrevista em grupo: CORTES, 2019)*

Para os entrevistados, a proximidade entre o obstetra Ronaldo e personalidades ícones do movimento pela humanização do nascimento no Brasil foi um dos elementos importantes para a realização da CP Nove Luas. Os informantes também citam que nessa mesma época houve o contato com Jorge Sá, um dos precursores do parto na água no Brasil, por conta de um evento organizado pelas terapeutas Vânia Maciel e Lúcia Pires no auditório do Hospital Santa Marta, Niterói. Na compreensão das terapeutas essas aproximações estimularam o obstetra Ronaldo a realizar condutas menos usuais.

*Logo depois disso [...] ele topou com uma gestante ter filho no consultório dele. [...] Encheu de coragem, sei lá, [...] Aí a gente arrumou o consultório do Ronaldo, porque a gente sempre estava por trás, né. Todas as coisas, almofadas, tatame, tudo, [...]. E o parto aconteceu lá. Ronaldo conseguiu convencer uma pediatra que levou todo o material, balão de oxigênio, todas as coisas. O Hospital Santa Rosa estava pronto esperando porque se desse alguma m\*\* ele ia levar a mulher para lá. [...]. O parto se deu, tudo certo, maravilhoso. Aí que é a concretização mesmo. Se isso aconteceu no consultório de Ronaldo, [...] por que não podia fazer isso numa casa que tivesse tudo, sala de cirurgia. Não é possível dizer que não pode, né? (Entrevista: PIRES, 1999)*

Segundo o obstetra, essa paciente chegou para atendimento no início da gravidez e perguntou se ele realizava parto domiciliar. Ele nunca havia feito, mas falou que caso tivesse as condições básicas de segurança poderia realizar. Entretanto, a gestante morava em um apartamento pequeno e com acesso mais difícil ao Hospital Maternidade e o obstetra, que já havia passado pela experiência em Curitiba com Moysés Paccionick, sugeriu que o parto fosse realizado em seu consultório. O espaço foi adaptado para esse fim a partir da atuação das terapeutas corporais, do suporte técnico e tecnológico de uma pediatra de sua equipe (berço aquecido e demais aparatos básicos) e com o background da instituição hospitalar na qual o obstetra trabalhava.

Pouco tempo depois desse fato, em meados de 1991, Denise propôs ao obstetra Ronaldo, que seu parto fosse domiciliar. O parto ocorreu na sua residência, local que posteriormente transformou-se na CP Lua Nova. Foi o primeiro parto na água, assistido pelo obstetra. Denise mudou-se de residência dois meses depois do nascimento de seu filho para que a casa fosse transformada na instituição. Iniciaram-se as obras para adaptar o espaço às dependências da C.P. Nove Luas, a qual foi inaugurada após seis meses

### **6.3.1 Uma casa de parto chamada *Casa do Parto***

Casa do Parto Nove Luas Lua Nova era o nome fantasia e também sua razão social (com o acréscimo da sigla Ltda.). No entanto, entre os “íntimos” (sócios, usuários, frequentadores assíduos e profissionais) a CP Nove Luas, Lua Nova não era chamada de “Casa de Parto Niterói”, nem tampouco “Nove Luas”, era referida simplesmente como “A Casa *do* Parto” (e não “Casa *de* Parto”). Era mencionada dessa forma, tanto pelos informantes nas entrevistas, como nos vários depoimentos no Jornal *Ventre*.

O detalhe do artigo “o” parece indicar que “A Casa” pertence a uma “entidade” simbólica “o Parto”, ou seja, o verdadeiro dono da casa é o parto. Nesse sentido, frente à multiplicidade de atividades e valores promovidos pela instituição e à estratégia discursiva adotada, pode se pensar em parto como analogia ao processo criativo, a capacidade de gerar e deixar emergir o “novo” - novos valores, novas práticas, novos saberes. Tanto no jornal *Ventre*, como nas entrevistas, a Casa do Parto, por vezes é referida como sujeito ativo, uma entidade com vida própria. As entrevistadas relatam em distintos momentos a sensação que a Casa do Parto era algo que ia acontecer e eles foram apenas seus executores.

Os informantes não se recordam dos detalhes que levaram ao nome “Nove Luas, Lua Nova”, porém esse nome já havia sido escolhido anteriormente como título do livro escrito pelas terapeutas. Vânia relata que há uma conexão entre essa escolha e as demandas relacionadas à data provável do parto, tema que emergia frequentemente no grupo de gestantes, como fonte de ansiedade no final da gestação. Consideravam importante focar que, em geral, a gestação dura mais de nove meses, por volta de quarenta semanas ou duzentos e oitenta dias, o que corresponde a dez meses lunares. “Lua Nova” referia-se à décima lua, à chegada do bebê.

Além disso, o nome remete a uma conexão entre a lua e o ciclo feminino, o que estava dentro do sistema de crenças das duas terapeutas. O símbolo da logomarca da instituição, tem a lua como elemento principal, porém, em um texto do Jornal Ventre o contorno também é interpretado como seio ou como o contorno da barriga. A descrição apresenta o logotipo como “*cargas simbólicas que se sobrepõem e reforçam a ideia da vida, da fertilidade e do feminino*”. (VENTRE, 1996)

*A lua representa o feminino, o secreto, o mistério, os ciclos. A estrela representa a luz, filha(o), destino. O ovário recebendo óvulo representação física material do início da vida da acolhida. O mamilo fonte geradora da vida, o sol do feminino. A barriga, seu contorno, e o umbigo, representam a barriga cheia de vida. (VENTRE, 1996)*

A divulgação formal da instituição era realizada através de publicações no Jornal Ventre e de exibições de fita VHS, na qual eram apresentados o ambiente, trechos de partos (cuja exibição da filmagem havia sido autorizada) e os diversos trabalhos desenvolvidos na casa, enquanto eram narrados os princípios e as propostas da instituição. Na narração a CP Nove Luas era apresentada como o lugar onde “*é possível trazer a vida com harmonia, segurança e aconchego*”. “*Resgate; Confiança; Intimidade; Amor; Vínculo; Simplicidade; Segurança; Vida*” eram as palavras citadas para definir seus princípios.

O audiovisual era utilizado com famílias e profissionais que visitavam à casa e também exposto em eventos relacionados à humanização do parto e nascimento. A CP Nove Luas passou a ter endereço eletrônico e site em outubro de 1996, quase quatro anos após a sua inauguração. Destaca-se que, no Brasil, o fortalecimento das redes sociais na divulgação dessas informações estava nos seus primórdios (DINIZ, 2005; SENA e TESSER, 2016).

Nos textos do Jornal Ventre, que apresentam a instituição, são pontuados o investimento na ambiência, mas a maior ênfase está na criação de uma “*esfera de apoio psicoafetivo à equipe e a família*”. A oferta de um ambiente que ofereça condições para a equipe médica e trabalhadores se sentirem confortáveis é ressaltada, conforme trecho a seguir narrado na fita de divulgação.

*Vivenciar o parto em ambiente simples, com cômodos mantidos como na nossa casa, tendo por trás dessa atmosfera familiar, os recursos necessários à segurança e preservação da vida, proporciona aos profissionais a oportunidade de exercitar mais seguros, o novo velho papel do verdadeiro obstetra, assistindo e aguardando, ele sim, como verdadeiro paciente, a ordem sábia da mãe natureza. (TRECHO DE NARRAÇÃO DO VÍDEO DE APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL, 1993/1998)*

Outros profissionais, não diretamente ligados à assistência perinatal, que escreviam no Jornal Ventre, também expunham sua compreensão acerca das ações desenvolvidas na instituição, como, por exemplo, o psicodramaticista João Tavares. Ele caracteriza o trabalho da CP Nove Luas como “*inovador, singularizador e desmistificador*” e o define o parto à luz dos conceitos de Moreno<sup>20</sup>, como “*ato espontâneo, que traz em seu bojo as duas únicas possibilidades de toda vida – viver ou morrer*”. Seguindo essa mesma linha ele define os papéis dos profissionais da CP Nove Luas como “*os de ego-auxiliares, de uma criação que mesmo não sendo sua, amparam no seu devir singular*”. (VENTRE, 1995)

---

<sup>20</sup> Fundador do psicodrama

### **6.3.2 Estrutura física, jurídica e administrativa**

A CP Nove Luas era localizada na rua Ministro Otávio Kelly, 491, no Bairro Icaraí, Niterói, RJ. Sua estrutura física era constituía-se de uma casa de dois andares com área frontal sem muros, cuja entrada para recepção ocorria a partir de uma varanda com livre acesso. No andar inferior, ao lado direito, contíguo à recepção, havia um espaço para lanches e escada de acesso ao andar superior. Na parede oposta à entrada localizava-se a porta de acesso à área interna, na qual localizavam-se os ambientes destinados ao trabalho de parto e parto: uma pequena sala de estar, três suítes com cama de casal e berço para alojamento conjunto; 1 banheiro com banheira disponível para relaxamento durante o trabalho de parto; uma sala de parto equipada com mesa tradicional para parto normal, cadeira para parto de cócoras e banheira para parto submerso; jardim interno ; 1 sala de cirurgia e berçário para os primeiros cuidados, com berço aquecido, incubadora e fototerapia, caso necessário . (APÊNDICE A)

A instituição foi juridicamente fundada em 23 de novembro de 1992 como Sociedade Empresária Limitada e classificada no Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE) como Atividade de Atendimento Hospitalar. Tratava-se de uma sociedade civil, cujo capital social era dividido em cotas de igual valor entre os quatro sócios. A gerência e administração da sociedade ficou a cargo da sócia Denise Araújo e a responsabilidade técnica a cargo do obstetra Ronaldo Cortes.

No contrato, registrado no cartório do 5º Ofício da Justiça, os objetivos descritos são: Consultas Médicas, Cirurgias Obstétricas, Internações, Fisioterapia, Ginástica, Grupo de Gestante, Massagens, Cursos, Palestra, Ultrassonografia, Exames Laboratoriais e Centro de Estudos e Pesquisas. A especificação de serviços no registro

do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), órgão responsável pela concessão de marcas e patentes, difere ligeiramente: Serviços médicos e auxiliares; Serviços de Psicologia, Assistência Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Similares; Serviços de Biologia e similares. Já os artigos do Jornal Ventre que divulgavam e apresentavam a CP Nove Luas, sinalizavam sua característica híbrida de instituição médica e casa de parto:

*A Casa do Parto é uma maternidade em forma de casa que possui uma equipe especializada não apenas em técnicas e cuidados obstétricos. É um espaço agradável e acolhedor [...] Mas não bastam cores para pintar a realidade da ansiedade e dos medos que rondam o desconhecido que é o nascimento [...]. É preciso mais. O que nos distingue é o tratamento diferenciado. [...] respeito, atenção, carinho à intimidade e apoio necessário[...] Respeitando o bebê [...] amenizando sua chegada, evitando uma excessiva rotina de testes e manipulações, nem sempre necessários [...]. Mas tudo isso não se consegue com romantismo; é preciso muita reflexão sobre a ação, troca de experiência com outros profissionais, para que, além de se fazer ciência se possa agir com consciência. (VENTRE 9, 1997)*

Durante o período de funcionamento de CP Nove Luas não havia lei que regulamentasse o funcionamento das casas de parto, o que só ocorreu em 1999, circunscrita às instituições no âmbito do SUS. O contexto social e normativo referente às instituições de assistência à maternidade na década de 1990 diferia do que se seguiu após a regulamentação das casas de parto, no qual a discussão acerca do profissional mais indicado para assistir partos de risco habitual (médicos, enfermeiros obstétricos, obstetizes ou parteiras) se acirrou como um dos temas centrais, vinculado a esse modelo de assistência.

Para ilustrar esse contexto podemos evocar uma matéria da Revista Crescer, de janeiro de 1998, intitulada “As campeãs de qualidade”. A reportagem faz uma classificação das doze melhores maternidades do Brasil, eliminando as que possuíam mais de 92 partos por leito ao ano e analisa critérios como índice de cesáreas, alojamento conjunto, índice de infecção hospitalar, presença do acompanhante, suporte

psicológico, alternativa de via de parto, entre outros, com o intuito de estimar a qualidade do atendimento pautada na proposta de humanização do nascimento. (SANCHEZ e LAKATOS, 1998).

A matéria compara os serviços de grandes hospitais públicos como Sofia Feldman - MG, Darcy Vargas-SC e Leila Diniz -RJ; hospitais universitários como o CAISM-SP (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - UNICAMP) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand -CE; a Casa de Parto de Ceres -GO (grupo ligado ao Hospital São Pio X, que dentre as suas atividades desenvolvia ações voltadas para parteiras) e instituições privadas como a CP Nove Luas, RJ.

Observa-se também que, como não existia, no Brasil, uma definição precisa de Casa de Parto, em alguns artigos acadêmicos, que se referem aquela época, instituições perinatais na qual a assistência era realizada por médicos, mas que possuíam ações e ambiências diferenciadas, como a Maternidade Leila Diniz e a Casa de Saúde Paciornik, são por vezes nomeadas “casas de parto”. (TORNQUIST, 2014; SILVA et al, 2014). Conforme aponta Riesco (2009), além da grande variação na denominação relativa a esse modelo de assistência (Birth Center, Maternity Home, Homelike settings, e no Brasil Casa de Parto ou Centro de Parto Normal - CPN), também a definição de suas características e estrutura de funcionamento são variadas. (RIESCO, 2009).

A CP Nove Luas era caracterizada legalmente como um estabelecimento sujeito às normas pertinentes aos estabelecimentos hospitalares, como, por exemplo, à exigência de um profissional médico que respondesse pela área técnica e um farmacêutico responsável pelos dispensário de medicamentos. Essas condições possibilitavam que fosse credenciada a diversos planos de saúde.

Contudo, os procedimentos, a ambiência, a quantidade de leitos (três quartos) e de partos (média de aproximadamente dez partos por mês), a gestão diferenciada, os

processos de trabalho e ações voltadas para o fortalecimento de práticas humanizadas na atenção à saúde eram condizentes com o modelo de casas de parto. Por sua vez, distinguia-se das demais casas de parto principalmente por três fatores: possuía nas suas dependências, um centro cirúrgico destinado a atender emergências intraparto, o parto era assistido por equipe médica e não por enfermagem obstétrica ou parteiras e era um serviço da rede particular desatinado à classe média. As implicações dessas características são abordadas pelos entrevistados:

*Tinha uma coisa assim, na época a gente era muito atrasada para os progressistas porque tinha sala de cirurgia e muito adiantada para os “cesarianistas”. Então a gente ficou no limbo. A gente não agradava nem um, nem o outro. Quem era radical, achava que a Casa do Parto tinha sala de cesariana, mas não tinha enfermeira obstétrica. Para os outros a gente era um absurdo porque não tinha UTI. Porque a gente fez uma coisa no meio do caminho. [...] A gente foi acelerado demais para a época. (Entrevista em grupo, 2019)*

A ausência de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal era, segundo os entrevistados, um dos principais alvo de críticas. Eles referem que quando a CP Nove Luas foi inaugurada, as UTIs neonatais não eram localizadas nas maternidades, mas nos grandes hospitais e que justamente nessa época essa organização dos serviços hospitalares estava em transformação.

Afirmam que, em caso de intercorrência, na qual fosse necessário a remoção para UTI, o que era incomum, a instituição tinha condições de prestar os primeiros atendimentos ao neonato, até que fosse transferido em UTI móvel para a Clínica Sabin, com a qual possuíam parceria (clínica situada a dois quarteirões de distância, atualmente extinta). A narrativa dos entrevistados revela que, para eles, as críticas referentes ao risco oferecido pela instituição não se sustentavam em confrontos argumentativos, estando relacionada a disputas profissionais entre a própria categoria médica e configurava uma estratégia discursiva de manutenção da prática hegemônica.

### 6.3.3 Equipe e estrutura de funcionamento

A CP Nove Luas funcionava diariamente, vinte e quatro horas por dia, para a assistência à parturição, com plantão permanente de equipe de enfermagem e equipe médica de apoio em sobreaviso. A equipe de profissionais contratados pela instituição era constituída por: um farmacêutico, uma enfermeira chefe, duas técnicas de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, duas auxiliares de serviços gerais e uma recepcionista.<sup>21</sup>

A equipe gestora era composta pelos quatro sócios. Eles relatam que a integração entre eles foi fundamental para que a instituição tivesse funcionado durante aproximadamente seis anos.

*Isso eu acho que é uma coisa interessante de se falar, né? [..]a gente não gastava muito tempo para discutir a filosofia do trabalho, parecia que cada um já tinha aquilo ali totalmente internalizado, entendeu? Todo mundo sabia o que o outro estava pensando e a coisa fluía assim, naturalmente. [...] era transparente para a gente, a gente não precisava gastar palavra para ver qual que era a linha que a gente ia seguir. (Entrevista: ARAÚJO, 1999)*

*- Eu nunca tive nenhum problema, vocês três, cara, iguaizinhas, muito difícil encontrar pessoas assim. A gente viveu ali oito anos, dez anos, sei lá, e nós nunca tivemos problemas. (CORTES) [...] - Tinha uma coisa que cada um ficava no seu papel, sem nada muito combinado cada um fazia um pedacinho, com muita confiança e muita honestidade. (MACIEL). (Entrevista em grupo. 2019)*

Além da afinidade de propósitos, os informantes citam características e traços de personalidade individuais que se complementavam e davam equilíbrio à dinâmica institucional. Vânia Maciel era reconhecida por sua iniciativa, ousadia e coragem e Lúcia Pires por fornecer consistência, organização e estabilidade aos processos. Denise Araújo foi “a empresária que se encantou com o projeto e apostou nele a ponto de desapegar de sua residência”. O papel de Ronaldo Cortes foi fundamental para viabilizar e dar legitimidade à instituição naquele contexto, por pertencer à categoria

---

<sup>21</sup> Dados coletados a partir de documento contábil encontrado no arquivo documental.

médica, por ser um obstetra reconhecido na cidade, por ser simpatizante do parto humanizado e por se permitir ser influenciado por suas sócias.

*[...] Ai que está: o grande barato da Casa do Parto. Pra mim foi o máximo. Porque o médico tem muito essa coisa né. Ele aprendeu ali e segue aquilo ali. Então a criança que nasce, 90% dos neonatologistas dizem que tem que aspirar, tem que isso e aquilo. Ninguém nunca se perguntou o porquê [...] Nasceu uma criança, 99% das vezes [...], pode deixar que está bem, Você viu a criança chorando, apgar 10 [...] Mas não. Ele aprendeu que quando nasce tem que aspirar, rotinas desnecessárias. Mas o grande barato é que a Casa do Parto conseguiu tirar isso de muita gente. Para mim muita coisa. Com a Casa do Parto [...] comecei a ver e aprender, foi com elas lógico. (CORTES) - Você começou a bancar. Ronaldo! (PIRES) - Várias pequenas vitórias! (MACIEL). (Entrevista em grupo, 2019)*

A congruência nas informações coletadas nas entrevistas e a semelhança nas narrativas, entre os quatro sócios, quanto aos princípios ideológicos que norteavam a CP Nove Luas, é uma característica que chama atenção. Este fato corrobora a afinidade de ideais e a facilidade inter-relacional entre os envolvidos, apontadas e identificadas por eles como um dos fatores que possibilitou a constituição da instituição e a solidez de seus princípios. Entretanto, nas narrativas também fica evidente a distinção de papéis e as funções desempenhadas entre as três mulheres e o obstetra.

As três mulheres, exerciam, o papel de doula, como era compreendido internacionalmente na época e como foi regulamentado posteriormente no Brasil. Elas assumiam o compromisso de colocar-se como apoiadoras nas tomadas de decisão da parturiente. Nesse contexto, era uma função indissociada da gestão institucional e atuavam como símbolo das ideias promovidas pela CP Nove Luas. A ação ampliava-se no intuito de modificar, não somente a prática local, mas de exercitar e divulgar um novo modelo de atenção ao nascimento.

Dessa forma, as atividades formativas, as ações voltadas à divulgação dos valores defendidos e o ativismo pela humanização da assistência eram prioritariamente desenvolvidos pelas três sócias. O discurso da sócia Denise Araujo e dos demais em

referência a ela tinha a particularidade de ser marcado pela referência à experiência desta como gestante e parturiente.

Já na narrativa das terapeutas corporais, estava presente a menção de seus percursos formativos e a construção de suas metodologias de trabalho. O protagonismo nos eventos em prol da Humanização do Nascimento era exercido principalmente pelas duas terapeutas corporais. Quanto ao obstetra, evidencia-se sua importância em sustentar tecnicamente os procedimentos divulgados e promovidos pela instituição e em responder as demandas dos planos de saúde e de seus pares médicos.

A instituição estava aberta a profissionais externos que compartilhassem da mesma “filosofia da casa” e desejassem ali assistir partos, porém a assistência à parturição era prioritariamente realizada por ele (aproximadamente sessenta por cento), que via em suas sócias um incentivo e uma influência para práticas menos intervencionistas. Ele relata que se deixava influenciar pelos questionamentos e ideias dessas mulheres e pelos resultados que ele observava em suas práticas.

O obstetra e as duas terapeutas corporais tinham uma trajetória profissional estabelecida e eram reconhecidos por suas atividades no setor público e privado de saúde. As atividades profissionais individuais exercidas por eles permaneciam as mesmas anteriores à criação da instituição, porém no setor privado passaram a ser desempenhadas também naquele espaço. Denise Araújo não atuava na área de saúde, era proprietária de uma vídeo locadora, atividade que manteve.

O obstetra Ronaldo respondia pela direção técnica da instituição até o ano de 1997, quando, embora continuasse como sócio gestor e permanecesse como o principal obstetra da casa, optou por se afastar dessa função para dedicar-se a outras atribuições de sua vida profissional. Nesse período, o cargo foi ocupado pelo anestesista de sua equipe: Arnolpho Briggs.

A gerência administrativa era exercida principalmente pela sócia Denise, que abarcava desde o contrato com os planos de saúde e com as famílias até a remuneração dos trabalhadores. Ela também coordenava os encontros de casais e revezava com as terapeutas corporais no acompanhamento de partos. A presença de uma delas, junto a cada equipe médica que atuava na casa, era uma estratégia que visava garantir os princípios da assistência que propunham.

As terapeutas corporais Vânia e Lúcia também guiavam visitas explicativas à instituição, promoviam palestras e eventos e realizavam a capacitação dos profissionais. Vânia, além disso, supervisionava a edição do jornal *Ventre*. Os informantes relatam que a CP Nove Luas era uma instituição que “*se mantinha financeiramente, nunca deu lucro, mas também nunca deu prejuízo*”, porém as funções exercidas por eles para viabilizar o funcionamento da instituição não eram remuneradas.

As equipes médicas visitantes, que realizavam partos na instituição, eram compostas na sua maioria de obstetras de Niterói. Apesar da proximidade física, poucos médicos vinham da cidade do Rio, embora a instituição se apresentasse como uma das poucas alternativas para quem buscava exercer esse modelo de assistência, sendo a única no setor privado. Isso talvez se explique pela relação histórico cultural entre as duas cidades.

Vários aspectos são citados quanto ao relacionamento com as equipes visitantes. Alguns procedimentos, ainda não garantidos por normativas na década de 1990, não só eram permitidos como incentivados, o que engendrava práticas incomuns para as equipes que se propunham a acompanhar partos na CP Nove Luas. A presença do pai durante todo o período de “*internação*”, o alojamento conjunto para o casal e o bebê, a concordância quando o desejo da mulher era ter consigo mais de um acompanhante ou seus outros filhos, o contato mãe/bebê logo após o nascimento, o respeito ao

protagonismo feminino, a proposta de minimizar ao máximo as intervenções e a permanência de uma das sócias na instituição, em todos os partos que ali eram realizados, exigiam das equipes visitantes alteração na rotina de suas ações. Um fator que os entrevistados acreditavam que dificultava a aderência dos médicos era a proximidade entre o profissional e a clientela.

*Nada do que acontece [aqui] dá para esconder [...] pelo barulho, pela proximidade. Não tem aquela de entrar no corredor, fechar a porta, ir para o terceiro andar e tô chegando, entendeu? Qualquer coisa [...] que dava tempo de vomitar, tomar banho, lavar o rosto, escovar os dentes e quando a família chegar estar bem, aqui é um escândalo, não dá! Porque todo mundo vê tudo, então [...] aparece. Qualquer coisa que acontecer no Hospital Geral, não foi ninguém, foi o Hospital, aqui não é assim. (MACIEL, 1999)*

Observa-se que, nessa perspectiva, a proximidade relacional proposta pelo movimento de humanização do nascimento, possuía implicações que iam além do acolhimento à gestante. A entrevistada aponta que em uma instituição de grande porte, a responsabilidade quanto às ações profissionais se diluem, o que dificilmente ocorre no modelo de assistência que propunham.

Percebiam que a oferta de uma estrutura que conciliava “aconchego e segurança” era uma possibilidade para médicos que queriam exercer uma assistência humanizada e influenciava à prática de outros, que gradativamente iam agregando novos valores. Porém, também mencionaram que havia posicionamentos ambíguos. No consultório obstétrico e nos grupos surgiam relatos acerca de médicos, que embora realizassem vários partos na CP Nove Luas, insinuavam para as gestantes que não se sentiam seguros, mas deixavam a escolha a cargo delas. Os informantes não percebem essa postura como respeito à escolha feminina, mas como um posicionamento, gerado por disputa, que causava dissonância na mulher, colocando em confronto seu desejo quanto ao modelo de assistência e a confiança no saber médico.

Uma situação que, segundo os mesmos, os deixavam em “pânico” era a chegada de equipes que não compartilhavam dos mesmos princípios e se propunham a realizar partos lá por curiosidade, modismo ou mesmo para aprender. Consideravam esse fator um risco para a integridade da instituição e passaram a realizar uma “triagem” no contato com a equipe visitante. No arquivo documental pesquisado, foram encontradas cartas à instituição de vários profissionais de saúde solicitando estágio, porém a instituição não possuía estrutura física e funcional que oferecesse compatibilidade entre a assistência proposta e a introdução de estagiários na cena do parto. A oferta formativa se dava através das visitas guiadas, dos encontros, cursos, supervisões e debates a partir das filmagens realizadas.

Em relação à categoria profissional, segundo os entrevistados, somente no último ano de funcionamento, em 1998, começou a haver contato com enfermeiras (os) obstétricas (os), através de uma professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que levava suas alunas para visitarem e conhecerem o trabalho ali desenvolvido. Logo depois a CP Nove Luas passou a funcionar somente com as demais atividades.

Os trabalhos voltados para a gestação, parto e nascimento, que ocorriam no período diurno, eram constituídos por: grupo para gestantes, grupos para casais, consultas de pré-natal, acompanhamento terapêutico durante o trabalho de parto e parto, orientação para pós-parto e amamentação (também à domicílio ou pelo telefone), grupos de pós-parto, massagem para bebês, massagem na gestação e no pós-parto.

A instituição oferecia também palestras e serviços, relacionados ao campo da saúde, voltadas para o público em geral. As práticas oferecidas baseavam-se nas formações tradicionais como psicologia e fisioterapia, como também nas terapias alternativas, como por exemplo, a medicina chinesa. Esses serviços eram realizados por

profissionais que se afinavam com a proposta da Casa de Parto e sublocavam horários nas salas localizadas no segundo andar da casa.

Além de propiciar vivências de gestar, parir e assistir diferenciadas, a singularidade dessa instituição residia na multiplicidade de propostas educativas, que se dirigiam tanto às mulheres e às famílias, como a turmas escolares de diversas faixas etárias. Dentre essas incluía-se a visitação de profissionais e famílias para conhecer o local e ações realizadas na instituição, além de visitas específicas com cunho educativo. Estas últimas variavam desde a pré-escola, ensino fundamental e médio até graduandos e pós-graduandos de diversas especialidades profissionais.

As atividades educativas promovidas pela C.P. Nove Luas abarcavam um Centro de Estudos e a veiculação de informações através da publicação de um jornal institucional. O Centro de Estudos era composto por: biblioteca, videoteca, encontros para discussão de temas relacionados à saúde, curso de formação para o trabalho com gestantes, cursos e supervisões para profissionais. O Jornal “Ventre”, editado pela instituição, era distribuído gratuitamente no local, em diversos estabelecimentos situados nas adjacências ou enviado, por mala direta, a quem solicitasse. Todas essas atividades serão aprofundadas em capítulos posteriores.

#### **6.3.4 O Público alvo**

A CP Nove Luas era uma instituição privada cuja clientela constituía-se principalmente de usuárias dos serviços suplementares de saúde ou da rede particular pertencentes à classe média, que buscavam uma assistência ao parto diferenciada, visto que o índice de cesarianas na cidade de Niterói no setor privado variava entre 80% e 90% (SINASC, 2020; KALE. 2016)

Embora o acesso ao serviço privado fosse, e ainda seja, uma expressão de privilégio de um segmento social, isso não o isenta de imposição de rotinas médicas desnecessárias que, no campo da assistência perinatal, são atualmente consideradas violência obstétrica. Nessa área, a queixa predominante no atendimento privado é a imposição velada como prática naturalizada de procedimentos invasivos e uso abusivo de tecnologias, que não raro desembocam em uma cesárea, ou a própria cesárea de rotina, eletiva, por desejo da mulher ou conveniência médica. (BRASIL, 2014; SANFELICEET, 2014)

As mulheres e famílias que buscavam a CP Nove Luas conheciam esse cenário, tinham acesso a informações e buscavam outros modelos de compreender e viver a gestação e o nascimento. Muitas eram ou tornavam-se profissionais desse campo, outras eram fotógrafas, terapeutas alternativas, escritoras ou profissionais de saúde que se envolviam nas atividades promovidas pela CP Nove Luas, configurando uma rede de apoio, prestação de serviços e trocas de informações. Pela inserção das sócias no serviço público de saúde, os temas em discussão na instituição, não raro alinhavam-se com a agenda de políticas públicas, principalmente as voltadas para as pautas feministas.

Embora destinada à gestação de baixo risco (risco habitual), a singularidade de possuir um centro cirúrgico permitia abrir algumas exceções. Dois exemplos foram citados durante a entrevista com os quatro sócios. O primeiro caso, uma gestante de baixa renda, que entrou em trabalho de parto prematuro durante uma audiência judicial, na qual seu marido foi julgado culpado. Por não ter conseguido assistência no serviço público, sua mãe, que já havia prestado serviços domésticos a uma das sócias da CP Nove Luas, solicitou ajuda. Esta acionou a equipe médica da casa e prestou o atendimento necessário.

A outra situação tratava-se de uma gestante de classe média, cuja ultrassonografia revelou morte fetal. A gestante, que tinha a expectativa do nascimento de seu filho na CP Nove Luas solicitou que a indução de trabalho de parto fosse realizada na instituição. Os entrevistados relatam que o ambiente acolhedor e respeitoso durante a conduta médica para o nascimento do feto natimorto, a autópsia e os procedimentos para o corpo ser velado, foi de suma importância para elaboração do luto dos familiares e dos profissionais presentes. Essa foi, segundo os mesmos a única situação de óbito na instituição.

Contudo, eles também relatam que essas situações os deixavam em situação de grande estresse, pois sabiam que qualquer eventualidade, mesmo que não houvesse erro médico, era fonte de difamação, o que os colocava no dilema entre cumprir os princípios ideológicos que os guiavam e suportar as represálias.

## **7. CONCEPÇÕES E PRÁTICAS**

### **7.1. “Para mudar a forma de viver é preciso mudar a forma de nascer”**

A frase de Michel Odent, muitas vezes citada no jornal pesquisado, no vídeo de apresentação da instituição e nas entrevistas, foi adotada como slogan da CP Nove Luas, por expressar a ideia motriz que motivou sua criação, na qual a humanização do nascimento era vista como o “canal de transformação para um mundo menos violento” (Ventre 1, 1994 p. 2). Esse pensamento que relaciona a forma de nascer como uma ação que tem potencialidade para a transformação social é explicado em um trecho da primeira edição do jornal “Ventre”, escrito pela psicóloga Maria Teresa Maldonado, autora de vários livros acerca da gestação, do nascimento e das relações familiares nos primeiros anos de vida do bebê, e que participou ativamente em palestras e eventos da instituição.

*Nas primeiras horas após o nascimento, o bebê que veio ao mundo em boas condições, está num estado muito especial de alerta que permite estabelecer um contato íntimo de boas-vindas. O encontro por meio do olhar, do toque carinhoso e das palavras amorosas traduz a melhor qualidade de acolhida ao bebê em seu novo mundo. Isso fica registrado na memória como um poderoso alicerce de saúde. [...] numerosos estudos sobre a sensorialidade do feto e do recém-nascido desenvolvem a ideia de que a maneira como somos tratados no ato de nascer pode ter uma influência importante no modo pelo qual viremos a tratar as pessoas e o ambiente em que vivemos. [...] Portanto: receber o recém-nascido como atenção, respeito, carinho e amorosidade são indispensáveis se quisermos contribuir para a formação de gerações menos violentas e mais capazes de cuidar amorosamente de si, dos outros e do mundo. A assistência ao parto sem a excessiva medicalização, sem o abuso de cesarianas desnecessárias, assim como um maior investimento em saúde materno infantil são fatores básicos para a formação da cidadania. É preciso garantir a nutrição, tanto de alimentos, quanto de afetividade, para o bom desenvolvimento das gerações vindouras. (VENTRE1, 1994)*

A importância dos momentos iniciais para o bebê foi sinalizada desde a década de 1970 por autores como Frédérick Leboyer e por Michel Odent. Em 1985 esse estudo foi sistematizado por Klaus & Klaus, que, descreveram o estado de alerta que o bebê permanece nos primeiros sessenta minutos após o nascimento. Segundo os autores, se o ambiente for tranquilo, o nascimento ocorrer sem complicações, não houver excesso de manuseio e o ambiente permanecer na penumbra, o bebê permanecerá num estado de consciência tranquila, mas alerta. Esse estado foi considerado importante para o estabelecimento do apego entre o recém-nascido e as pessoas que cuidam dele. (KLAUS&KLAUS, 2001).

Na CP Nove Luas a importância da oferta dessas condições no momento do nascimento eram valorizadas, bem como ao longo de todas as edições do jornal *Ventre*, a excessiva medicalização<sup>22</sup> ou o “surto de cesarianas” eram criticados. Contudo, havia também uma preocupação em deixar claro que não se propunha a defender uma forma específica de parir e de reiterar que não havia adesão a modismos.

---

<sup>22</sup> No jornal o *Ventre* o termo era utilizado com diferentes significados, conforme a autoria e tema abordado nos artigos. Neles estão presentes alguns dos diversos significados apontados por Nicida et al. (2019), tais como intervenções, violação de direitos das gestantes; cenário do parto e reflexo da medicalização da sociedade.

*É importante que possamos conhecer novas experiências e avaliarmos os modelos propostos pois tememos que posterior ao atual surto das cesarianas tenhamos o futuro surto dos "partos de cócoras"! Não temos a intenção de substituir velhos por novos conceitos ou formas de parir, mas defendemos o direito pela liberdade de escolha da mulher. O importante é poder voltar a atenção para a gestação, trabalho de parto e como o bebê será recebido, sem nos prendermos a polêmicas sobre o melhor tipo de parto e tantos outros conceitos caducos que infernizam a vida da gestante. A forma ou posição de parir não é fundamental, nem determinante, dentro do processo maior que é a maternidade. Confiamos na sabedoria que cada corpo traz em si no gestar, parir, amamentar, criar, etc. Esta sabedoria é latente em cada mulher, podendo emergir numa gestação cuidada e consciente. O bebê não será mais ou menos feliz porque a mãe viveu este ou aquele tipo de parto. O que na realidade importa é a forma como se viveu a relação com o feto, como se permitiu viver o trabalho de parto e finalmente como esse bebê foi recepcionado. E ainda sim ambos terão muitos anos pela frente...*  
(VENTRE, 1995)

O trecho acima e outros, que serão posteriormente citados, revela que na concepção que embasava as práticas na CP Nove Luas, o “parto natural” não excluía o uso de tecnologia, o que se distinguia no ideário do parto natural dos anos 80 e 90, o qual segundo Salem (2007) era composto de vários requisitos que o distinguia dos “outros partos”, sendo a posição verticalizada o que mais se destacava, pois a adesão ao parto natural era por vezes subentendida como adesão ao “parto de cócoras”.

Em diversos artigos do jornal *Ventre* vários profissionais defendem, ou simplesmente expõem, algumas modalidades de parto, tais como: parto submerso, parto vertical, parto sem dor, parto ativo, nascimento espontâneo. Com relação ao “parto natural”, nos textos assinados pelos gestores da instituição, ou naqueles que divulgavam a “filosofia da CP Nove Luas”, a categoria “natureza”, por vezes nomeada como “sabedoria do corpo”, outras como “intuição”, aparece atrelada ao autoconhecimento, ao reconhecimento da singularidade de cada experiência e à defesa do protagonismo feminino, referindo-se à tomada de decisão na parturição como um consenso entre o saber médico e o saber feminino sobre si mesma. Uma matéria intitulada “Parto não é

exame de Vestibular”, de autoria da psicóloga Vitória Pamplona<sup>23</sup>, aborda a desconstrução do parto ideal:

*Sem dúvida, o parto via vaginal é um processo fisiológico, mas em cada cultura e época é cercado de ritos e mitos criados pelas comunidades para receber seus novos membros. Assim jamais é meramente um processo natural e sim um fato cultural... Nossa cultura ocultou, durante muito tempo, às crianças, os fatos a respeito do parto sob histórias de cegonhas ou pés de couve. Tais explicações caíram em desuso e as crianças já sabem que os bebês vem da "barriga da mamãe". Mas continuam nada sabendo sobre o parto, que se tornou nas cidades um ato hospitalar. E as mulheres chegam a idade adulta desconhecendo o que ocorre no seu corpo durante a gestação e o parto [...] Sobre o parto recaí exigências diferenciadas por classe social. Na quase totalidade dos serviços públicos, aos quais recorre a classe popular, exigem que as mulheres vivam este momento apartados de seus familiares; que suportem dores em caso de parto vaginal, sem a possibilidade de uma anestesia peridural; que se "comportem bem", não se descontrolarem, não gritem, etc. Para as mulheres que recorrem aos serviços privados, as exigências podem ser as mais diversas: aceitar uma cesárea porque "o médico que me trata a anos gosta de fazer cesárea", tomar peridural "porque meu médico diz que sempre dói e fica tudo mais fácil com a peridural"; ter um parto de cócoras porque é natural; ter um parto na água porque suaviza a passagem do bebê, etc e seja qual for o parto "não se descontrolar". Com todas essas exigências a mulher chega ao parto sem refletir sobre os seus desejos, suas possibilidades, suas limitações. [...] O parto é como a vida, imprevisível. [...] E por mais importante que possa ser este momento o parto é apenas um entre os tantos da relação mãe e filho [...] A mulher não tira nota, [...] parto não é exame de vestibular. Para que então preparar as gestantes? Para conhecerem sua anatomia, sua fisiologia, suas emoções, sua condição social, seus direitos; para entenderem o que ocorre no trabalho de parto; para dialogarem com sua equipe de trabalho. E principalmente para [...] entrar na relação com bebê sem culpas por não terem dado a ele o "parto ideal", que só existe na imaginação. (VENTRE, 1995)*

Observa-se, que por um lado, a mudança na forma de nascer e as primeiras impressões do bebê em sua chegada ao mundo extrauterino eram concebidas como tendo importância relevante (mas, não determinante) na constituição da personalidade do indivíduo e, por conseguinte, associada à construção de uma sociedade mais saudável e menos violenta. Por outro lado, a proposta da instituição está articulada a uma visão de mundo que ultrapassava a estrita dimensão do parto e do nascimento.

---

<sup>23</sup> Vitória Pamplona foi uma das profissionais que influenciou o trabalho da CP Nove Luas. Psicóloga e psicodramaticista, coordenou as primeiras turmas do curso de formação para o trabalho com gestantes, que iniciou no GIAM e teve continuidade na instituição.

O respeito ao protagonismo feminino e às escolhas que a mulher realiza sobre seu corpo; a inclusão do pai na gestação, parto e puerpério pelo reconhecimento de sua inerência ao processo, o atendimento multiprofissional no pré-natal, a desmistificação do mito do amor materno compõe princípios mais abrangentes de não-violência.

Características institucionais como: o público a quem se dirigia, ser uma instituição pública ou privada, o ambiente físico ou a ação específica voltada para a assistência ao parto, aparecem nas narrativas como secundárias e vinculadas à intenção principal de se constituir como ferramenta de intervenção nos valores sociais. Suas ações buscavam, portanto, contribuir não somente com a transformação de paradigmas acerca do nascimento, mas também com a mudança de padrões sociais acerca dos direitos femininos, dos papéis sociais de gênero, das mudanças nos modelos familiares e das ações da assistência em saúde.

Simultaneamente buscava-se a desconstrução do “belo parto” ou de formas rígidas de assistência que pudessem desembocar em novas normativas aprisionantes. A instituição buscava apresentar novas condutas, hábitos e rotinas e submetia--se à autocrítica e reflexão de suas práticas e princípios, como estratégia de funcionamento. O trecho abaixo foi utilizado na apresentação da primeira edição do Jornal Ventre e também nos vídeos de divulgação da CP Nove Luas.

*Esse Ventre/Vídeo é dedicado a todos nós, homens e mulheres, fruto dessas gerações que nasceram acuada pelo medo e pelo desconhecimento, que desejam resgatar a possibilidade de não reproduzir, mas sim, procriar o tanto do novo que ainda possa ser aprendido. E quem sabe quando a nova geração, que chegou de forma menos assustada, tiver a idade de procriação, essas lutas todas tenham virado apenas histórias a serem contadas a seus filhos. Todas as realizações e os grandes feitos tiveram como sonhos, sementes. Esta é a semente que estamos plantando.... (VENTRE, 1994)*

Verifica-se que há uma distinção entre “reproduzir” (*produzir novamente*) e procriar. A procriação é metaforicamente associada à expansão e a construção do novo. Há a intenção de um resgate libertário, ao oferecer a nova geração uma “chegada menos

assustada” e mais consciente. Esse intuito norteava os princípios da instituição na oferta de serviços desde o pré-natal ao pós-parto, que serão analisados a seguir.

### 7.1.1 A assistência perinatal

Conforme narração no vídeo de apresentação da CP Nove Luas, “a experiência de convívio com mulheres grávidas, em grupo de gestantes, em consultório de pré-natal, públicos e privados, e acompanhando partos, durante vários anos, levou à reflexão sobre as frustrações vividas com a forma institucionalizada e hostil que cerca o nascimento e impulsionou o desejo de possibilitar mudança nas condições de gestar e parir”. As inquietações profissionais que as motivaram a criar uma instituição que pudesse oferecer uma alternativa ao modelo vigente são abordadas nas entrevistas realizadas. Como exemplo, segue abaixo o relato da terapeuta corporal sobre seu desconforto, sua impotência e suas emoções, ao presenciar uma cena que atualmente seria facilmente reconhecida como violência obstétrica, mas naquele contexto parecia estar naturalizada. A situação ocorreu aproximadamente uma década antes da inauguração da CP Nove Luas.

*E um monte de coisa que você via que estava por trás, de não querer testemunha mesmo [...], Eu voltava para casa sempre chorando. Eu lembro na ponte [Rio-Niterói], um dia, eu voltando, um senhor me parou [...] perguntou "Senhora, pelo amor de Deus, o que é que te aconteceu?" Eu estava voltando aos prantos. Isso deve ter uns 10 anos [...] O cara usou uma manobra... que antigamente eles usavam demais isso, que era uma coisa assim de... "Peguem os ferros!" E começar a fazer barulho com fórceps porque a mulher "não estava ajudando". Entendeu? Então a cena era; aquele monte de homem, a mulher "acuadésima" falava "Tira esses homens daqui!". E aí eles começaram uma coisa assim, de bater o ferro. E não ia usar o fórceps entendeu? Que é uma coisa que se aprendia na escola de medicina [...] desespero, do desespero que vinha a vontade de ajudar, antes que alguém te empurre, te machuque mais ainda, machuque teu neném, crie uma deformidade no teu neném... "Eu sei que você está tentando ajudar, mas como você não está conseguindo ajudar nós vamos precisar usar o fórceps". Eram coisas assim, que aí você já sai passando mal, né? [...], Porque aí você está querendo ajudar, mas de qualquer maneira, foi uma escolha da mulher. Você trabalhou no pré-natal, de alguma forma ela continuou com aquela equipe. Mas aí você vive aquilo, que em parte não é história tua, mas em grande parte é história tua, né? Você vive a violência. E quando chega a hora de se deitar... (MACIEL, 1999)*

O trecho acima aponta vários temas que ainda permanecem em discussão no universo da assistência perinatal tais como a situação de violência obstétrica e o papel da profissional (“doula”) que acompanha o parto. Entretanto, por ora, o foco da discussão se voltará para o trecho em que a informante relata sua inquietação quanto ao limite entre as informações e reflexões propiciadas nos grupos de gestantes e a escolha da parturiente em permanecer com determinado obstetra e equipe de assistência<sup>24</sup>.

A entrevistada, a partir de suas experiências com gestantes no setor particular, parte do pressuposto de que durante o pré-natal alguns obstetras são muito claros sobre seus princípios e suas prováveis condutas durante a assistência ao parto, e outras vezes, quando não são tão explícitos, há muitos “sinais” facilmente detectáveis para uma gestante informada e em contato com uma rede de apoio à gestação. A questão que se coloca para a terapeuta corporal é o motivo que leva as mulheres (aquelas que tem acesso a outras escolhas) a permanecer com um profissional, cujas prováveis condutas durante o parto não estão em consonância com suas expectativas.

O fenômeno descrito acima pode ser compreendido, a partir de Irving Zola (1972), como uma faceta da medicalização, que não é resultado de um mero imperialismo médico, mas de um sistema burocrático e tecnológico cada vez mais complexo que levou ao caminho da confiança e dependência do especialista. A medicina provida de potencial de moralização e controle social reivindica a jurisdição sobre a doença independente de sua capacidade de lidar com ela de maneira eficaz.

Além disso, possui um acesso quase exclusivo para examinar e tratar a mais pessoal das posses individuais, o funcionamento interno dos corpos. Quando algo afeta o seu funcionamento corriqueiro, é passível de ser rotulado como doença dentro do

---

<sup>24</sup> Neste caso o relato indica que trata-se de um acompanhamento realizado na esfera privada, na qual havia uma continuidade de profissionais que atuavam no pré-natal e no parto.

domínio teórico da medicina. Para o autor, à medida que a hospitalização do parto foi solidificada, houve também a reivindicação para o escopo da medicina de uma série de processos relacionados: não apenas ao nascimento mas ao pré-natal, ao pós-natal e ao atendimento pediátrico; não apenas à concepção mas a infertilidade; não apenas ao processo de reprodução, mas também ao processo e problemas da própria atividade sexual; não apenas quando a vida começa, como na questão do aborto, mas se e quando ela deve começar (por exemplo nos aconselhamentos genéticos).

As práticas e condições cotidianas consideradas desejáveis para a saúde, o diagnóstico que identifica quando esse valor primordial não está sendo alcançado e o tratamento que define como esse estado será atingido foram restringidos ao âmbito da medicina. Isso coloca um determinado grupo em posição de exercer um grande controle e influência sobre o que deve ou não ser feito, balizando o comportamento humano saudável e os comportamentos de risco à saúde (ZOLA, 1972).

O tema “risco” é um dos pilares que sustenta a resistência à mudança do modelo de assistência perinatal ou à aceitação de outros modelos, que não o biomédico. As intervenções que se instituíram como rotinas padronizadas na atenção ao parto apoiam-se na crença que elas constituem um conjunto de procedimentos preventivos e minimizadoras de risco.

O movimento pela humanização do nascimento defende que o uso rotineiro de certas ações pode configurar-se como desnecessário e perigoso. Nessa visão, procedimentos, tais como: tricotomia<sup>25</sup>, lavagem intestinal, dieta zero, episiotomia,

---

<sup>25</sup>Tricotomia é a remoção dos pelos através da raspagem com lâminas, utilizado comumente como método pré-cirúrgico baseado na suposição de que este procedimento diminuiria o risco de infecções por micro-organismos e para facilitar a higienização do local a ser operado. O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP, 2017), em conformidade com as diretrizes da OMS (2016), recomendou que “em pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, os pelos não sejam removidos ou, se absolutamente necessário, que sejam apenas aparados.” A remoção com lâmina é fortemente desencorajada em todos os momentos – seja no pré-operatório ou no centro cirúrgico. (BRASIL, 2017). A raspagem dos pelos pubianos foi instaurada como uma rotina na assistência ao parto normal.

posição supina<sup>26</sup>, puxo dirigido<sup>27</sup>, dentre outras, além de consequências físicas causam impactos emocionais para a mulher que atuam diretamente na evolução do trabalho de parto e podem culminar, na melhor (ou seria na “menos pior”?) das hipóteses, numa cesárea, a princípio desnecessária.

Dentro da perspectiva biomédica esse impacto emocional teria uma importância minimizada, quando comparado à urgência e à emergência de ações para garantir, salvar e manter a vida. A contra argumentação se daria no sentido que muitas ações de emergência se tornam necessárias, decorrentes de procedimentos e protocolos de rotina que ignoram não só a singularidade da mulher, mas também as consequências do uso abusivo e indiscriminado de tecnologias e colocam a mãe e o bebê em risco, constituindo-se ações iatrogênicas.

Rotman (2014) lança a pergunta “É possível falar de gravidez e parto em *outra* idioma que não o de risco? E afirma que semanticamente, em nossa sociedade, gravidez e nascimento são entendidos como tendo riscos, criando riscos e sendo arriscados e que isso não se restringe ao campo da saúde, mas pertence ao campo sociocultural mais amplo. Todos, como membros das sociedades contemporâneas, conhecem fatores que “aumentam o risco” na gravidez e no nascimento como beber, fumar, uso de drogas ilícitas, ser muito jovem ou muito velho, dentre outros. Os riscos assumidos de uma forma geral são julgados pelos próprios indivíduos e pelos demais, mas o peso moral que as escolhas feitas durante a gestação carregam se destaca.

---

<sup>26</sup> Também chamada de decúbito dorsal, é a posição no qual a pessoa fica deitada com as costas apoiadas no leito e a face voltada para cima.

<sup>27</sup> Puxo é uma força reflexa realizada pela parturiente quando o feto atinge o assoalho pélvico. Esse reflexo pode ser alterado pela analgesia e outras intervenções durante o trabalho de parto. Tornou-se uma prática na atenção ao parto estimular a mulher a realizar essa força de forma prolongada, mediante o comando dos profissionais (manobra de Valsalva). Autores como Santos & Riesco (2016) afirmam que os puxos dirigidos estão relacionados com lacerações do períneo e que seu uso rotineiro, bem como o da episiotomia, além de aumentarem o trauma perineal e a dor no pós-parto são práticas claramente ineficazes. Segundo recomendações da OMS (1996) deve-se aguardar até que a mulher responda aos sinais de seu corpo para realizar os puxos espontâneos, respeitando seus esforços expulsivos mais curtos e seus movimentos respiratórios superficiais e rápidos, como também os intervalos para descanso.

A autora aponta que não é novidade que há perigos na gravidez e no nascimento. Ademais de que possam ser evitados ou superados, também podem acontecer na melhor e mais saudável das gestações. O ponto central para ela é que não existe mais uma gravidez saudável e que o nascimento só pode ser considerado “saudável” em retrospectiva, depois do evento.

Essa perspectiva medicalizada não se restringe à figura do profissional, o olhar médico é socialmente internalizado. Isso é exemplificado quando, no início da gestação, o simples reconhecimento dos sinais corporais não é suficiente para atestar a confirmação da gravidez, sendo necessário um exame e/ou parecer médico. A necessidade de testar o que foi reconhecido no próprio corpo é um dos mecanismos que engendra a falta de confiança na legitimidade da própria percepção sobre si mesma. Não se trata da "autoridade médica" mas da autoridade medicalizada, interiorizada. (ROTMAN, 2014)

A incorporação da categoria “risco” como inerente ao processo do nascimento e o deslocamento do saber sobre o corpo feminino para a esfera médica é abordado em vários textos do material pesquisado.

*Em geral as gestantes, quando procuram o atendimento do pré-natal, buscam pessoas capacitadas a resolver imprevistos possíveis, valorizados e enfatizados pela nossa cultura, subordinando-se ao profissional detentor do saber dito oficial para salvá-la, se necessário, dos fantasmas que rondam a obstetrícia atual. Nesse encontro forma-se um pacto. Mas por que tanto medo? [...] Confiar em si, enquanto fêmea, faz parte de uma natureza sábia. Afinal quem precisa confiar em quem? [...] talvez seja necessário que os personagens envolvidos na gestação e no parto deixem cair suas defesas utilizando o tempo de pré-natal para estabelecer relações mais próximas e efetivas, indo muito além dos exames, vitaminas e balanças. Para poder acreditar no processo de gestar e parir é preciso romper o pressuposto de que a medicina tem o poder de consertar tudo que a natureza falha [...] Será que [...] nos deixamos hipnotizar pelas “canções de amor” que a ciência nos cantou? (VENTRE, 1995)*

Rothman (2014) afirma que medicalização nos “cega” para identificar os riscos específicos introduzidos pela própria assistência ao parto, como também para as

habilidades e conhecimentos que as parteiras e as mulheres que dão à luz têm para lidar com imprevistos. A autora considera que, para além da contraposição “risco real’ versus “risco percebido” existe um equilíbrio inteligente de riscos que pode ocorrer de diversas maneiras. (ROTHMAN, 2014)

Essas reflexões não respondem, mas apontam itens envolvidos na complexidade que leva as gestantes a não apostar em modelos menos intervencionistas de assistência à parturição, mesmo quando esse é o seu desejo. O resgate do protagonismo feminino está intrinsecamente relacionado ao compartilhamento na gerência e equilíbrio dos riscos.

Martins (2009) ressalta que, nas relações que vão se constituindo na assistência ao parto, os protagonismos ocupam diferentes dimensões e tanto podem se alternar, como coexistir numa mesma cena. A imposição de saberes na parturição extrapola as oposições hierárquicas entre masculino-feminino, saber científico-saber popular, médico-demais profissionais, profissionais-parturiente/família da parturiente.

As relações de poder que se instauram no campo da saúde perinatal estão intrinsecamente ligadas às transformações das ações e dos significados sociais e são frutos não somente de tensões e resistências, mas também de alianças e cooperações. Retoma-se aqui a questão acerca do alcance e dos limites das propostas “educativas” que visam prestar informações acerca da gestação, parto e nascimento, às gestantes ou ao casal grávido. Pode-se dizer que, para este fim, além de oferecer um ambiente propício a uma assistência ao parto humanizada, a CP Nove Luas lançava mão de várias estratégias, das quais se destacam: O jornal *Ventre* e os grupos de encontros.

### **7.1.2. Jornal *Ventre***

O jornal “*Ventre*” foi um jornal publicado e editado pela C.P. Nove Luas. Ele foi definido como “a voz da Casa do Parto”. A primeira publicação inaugura com um texto

Intitulado “Na Dança do Ventre” que enuncia a escolha do nome “Ventre” e expressa o “sonho” que impulsionou a iniciativa para criar a instituição.

*VENTRE é o símbolo da matriz original, da mãe. Assim como a caverna, a imagem do ventre inspira proteção e calor materno. O VENTRE é um sonho antigo. Literalmente: sonho sonhado mesmo! **Era uma vez um lugar onde as mulheres pariam diferente, e onde nós profissionais podíamos trabalhar de outra forma.** Mais o que é trabalhar assim? É poder repensar todas as práticas e questionar a cada instante a nossa própria ação, sem cair na utopia. Mas não queremos ter esse sonho só nosso, afinal não era assim o sonho! Era uma aventura grande, partilhada por todas as pessoas, apesar de a princípio nem todas estarem sensibilizadas com essa ideia: uma gestação consciente; um parto humanizado, normal ou cesariana e a vivência de um nascimento sem violência, onde se possa substituir o conceito de intervenção pelo de acompanhamento. **E tinha um ventre que gerava e paria, espalhando no ar sementes de nossa filosofia que cresciam e cresciam...**<sup>28</sup>*  
(VENTRE, 1994)

O Ventre era a “voz” de uma instituição que se propunha a oferecer um local para as mulheres que desejavam vivenciar o processo de gestar e parir de uma forma diferente da que era comumente oferecida, a acolher os profissionais que buscavam prestar uma assistência contra hegemônica, a sensibilizar os que se opunham à mudanças ao modelo de atenção em saúde, a se construir como rede de interações e a contribuir com uma práxis reflexiva. O jornal Ventre, como a instituição que ele representa, se propõe a acolher e entoar várias e diferentes vozes, tendo como pano de fundo a ‘humanização do nascimento’, considerando aqui a polissemia do termo.

O jornal era impresso em formato padrão, pela Tribuna da Imprensa e distribuído gratuitamente em âmbito local. Sua primeira publicação foi em outubro de 1994, 1 ano e 9 meses após a inauguração da instituição. A última edição foi no inverno de 1998, totalizando 14 edições com periodicidade trimestral. Todos os jornais, a partir da segunda edição, tinham 12 páginas. A tiragem do primeiro número foi 5000 exemplares, do segundo 7500, do terceiro 10000 e a partir da quarta edição eram impressas 15000 unidades.

---

<sup>28</sup> Os grifos em negrito e palavras em caixa alta foram reproduzido conforme o texto original.

Até o sétimo exemplar, eles eram ordenados pelo número, mês e ano de sua edição, por exemplo; “*Ventre – número 7 - outubro de 1996*”. A partir da oitava edição eles foram ordenados por ano (Exemplo: *Ano 2 – número 8 – dezembro de 1996*) e a partir da décima primeira edição o mês não é mais indicado, fazendo-se referência às estações do ano (Exemplo: *Ano 2 – número 11- Primavera de 1997*). É interessante notar que o “Ano 1”, que não foi especificado como tal, compreendeu dois anos de edição, o que pode ser interpretado como uma vivência de temporalidade diferenciada entre os anos iniciais e os dois últimos.

A referência às estações do ano, como marcador temporal, remete à valorização dos ciclos da natureza, mas também se percebe uma influência do jornal da AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services), objeto da última matéria do *Ventre*, anterior a utilização desse formato. A AIMS é uma associação, criada em 1960 no Reino Unido, com o objetivo de apoiar as mulheres e famílias em prol de melhores nascimentos e da proteção dos direitos humanos.

A matéria publicada consistia na reprodução de uma entrevista com Ina May Gaskin, parteira, autora do livro *Spiritual Midwifery* (Obstetrícia Espiritual) e fundadora da Farm Midwifery Center, comunidade cooperativa nos EUA, na qual os nascimentos eram assistidos por parteiras e que possuíam atividades voltadas para a formação dessas profissionais. Ina ficou conhecida por divulgar uma técnica que previne a distócia de ombro em partos de culatra, manobra que recebeu o seu nome (manobra de Gaskin), o que se destaca por ser incomum uma prática instituída por parteira ser reconhecida no campo obstétrico. (2020)

As capas do “*Ventre*” (APÊNDICE B) em geral apresentavam uma foto, que ocupava grande parte de seu espaço, acompanhado de trecho de música ou poesia. Com exceção do segundo exemplar, não havia um sumário ou indicativo das reportagens

contidas no seu interior. Contudo, o jornal sempre era iniciado com um pequeno trecho, que, a partir do número 3, foi intitulado “Editorial”, no qual o tema central da publicação era apresentado. Em seguida, ainda na primeira página, em um espaço intitulado “Notícias de cá e de lá” eram divulgadas notas acerca de políticas públicas, conquistas feministas e eventos em instituições diversas como universidades, ALERJ e CSSR, dentre outras. A agenda referente às atividades da instituição eram anunciadas na última página, como também as cartas de leitores.

A equipe redatora do Jornal, que tinha a terapeuta corporal Vânia como supervisora geral, constituía-se de profissionais voluntários ou que estabeleciam permuta de serviços, tais como uso do espaço ou participação em um dos grupos terapêuticos da CP Nove Luas.)

A autoria dos textos são muitas: gestores públicos e privados do sistema de saúde, médicos, alunas do curso de formação para o trabalho com gestantes da CP Nove Luas, profissionais diversos, depoimentos de familiares e matérias informativas atreladas ou não à divulgação de serviços, citações de livros e esclarecimentos sobre o funcionamento da Casa do Parto. A autoria de diversos artigos era identificada, não apenas a partir da formação profissional, mas também com referências parentais (por exemplo, “*Laura, odontóloga e mãe de dois meninos*” ou “*Luiz, avô de Caio*”), o que sugere que a experiência da relação familiar legitimava o “lugar de fala” do sujeito tanto quanto sua formação profissional.

Algumas matérias não eram assinadas ou eram assinadas pelo “Ventre” ou pela “Casa do Parto”, apresentavam “a filosofia da C.P. Nove Luas” e utilizavam o pronome “nós”. Outras tinham a autoria individual de cada um dos sócios. As propagandas, na maioria das edições, concentravam-se em uma única página e em rodapés de outras.

Aproximadamente dois terços dos artigos são assinados por mulheres. Os artigos assinados por homens possuem, na sua maioria, enfoques profissionais. Nas matérias de autoria feminina é comum o enfoque profissional e o depoimento pessoal estarem conjugados. Poucos depoimentos acerca da experiência vivida na CP Nove Luas ou sobre a construção da parentalidade são assinados exclusivamente por homens, alguns são assinados pelo casal.

Os títulos de uma maneira geral eram sugestivos e provocadores acerca do tema que desenvolviam. Vários títulos continham a palavra “Mito(s)”, o que remete ao compromisso da instituição com a desmistificação de crenças que permeiam o universo da maternidade, dos papéis femininos e masculinos, da sexualidade e das condutas da atenção ao nascimento. As informações e posicionamentos divulgados eram variados, mas convergiam para uma concepção acerca de ressignificações na assistência ao parto e no cuidado da saúde com caráter reivindicatório e contestador do status quo, marcada por intervenções e verticalidade nas relações entre os profissionais de saúde e as parturientes.

As ilustrações, na maioria, são caricaturais, algumas sutilmente provocadoras, outras nem tão sutis, o que é uma tônica também de diversos artigos de autorias diferentes. (APÊNDICE C)

Em outubro de 1996, na edição 7, quando o jornal completava 2 anos de existência (um ano e dois meses antes do encerramento da CP Nove Luas), nota-se uma mudança no “tom” das publicações, o que fica evidente na abertura dessa edição:

*Em meados de outubro o Ventre completa dois anos. Voltamos aos nossos arquivos para folhear os seis números que compõem essa existência e fizemos avaliações do trabalho, partindo de questões sobre os objetivos que tínhamos; que lugar é esse que o veículo vem ocupando e o que queremos agora. Fazer esse balanço traz de novo a emoção de ver impressas nossas verdades, lembranças das discussões por vezes intermináveis e das batalhas que enfrentamos para colocar o jornal na rua. [...] até que ponto não estamos nós, o Ventre, parados na subjetividade, achando que para bom entendedor meia palavra é suficiente e não pisamos demais em ovos para*

*falar do ensino e do exercício da obstetrícia como acreditamos, das possibilidades reais de um parto humanizado, da energia que envolve o nascimento, sem tantos escrúpulos em ferir brios, éticas hipócritas e falsas sensibilidades. (VENTRE, 1996)*

No final de 1996 e início de 1997 a palavra “desabafo” e o tom de indignação e exaustão aparece com maior frequência nos artigos do *Ventre*, tanto nos assinados pela “casa”, como nos textos assinados por outros militantes da humanização do nascimento. Numerosos artigos remetiam à grande insatisfação com o cenário da parturição nos meados dessa década, cuja persistência do modelo tecnocrático de assistência materna e infantil expressava-se no elevado número de cesáreas, que teve seu ápice no ano de 1996. (SINASC, 2020)

O tom de indignação permanece na edição seguinte, na qual o *Ventre* se propõe a colocar a “boca no trombone” e cobrar das autoridades, em seus artigos, medidas que contribuam para a mudança nas práticas em ações obstétricas.

*A partir de agora, a voz quer o trombone para pôr a boca, para podermos perguntar em alto e bom tom onde estão as autoridades que fiscalizam o cumprimento das determinações de organizações internacionais para o nascimento? Quando será decretado estado de calamidade pública pela epidemia que são em cesarianas em nosso país? Se a opção pelo nascimento humanizado não pode ter suas bases teóricas apoiadas em [...] ideologias. [...] que sigam mesmo a linha mercantilista [...]: por que as seguradoras de saúde, por exemplo, não invertem suas tabelas e privilegiam os obstetras que acompanham horas de trabalho de parto ao invés de valorizarem, como fazem, os cesarianistas, que gastam apenas 45 minutos operando? Não queremos continuar a falar só para uns poucos, que já fazem parte da nossa tribo. Queremos despertar outras mulheres, para que, mais conscientes, comecem a questionar o porquê da cesariana, o porquê do medicamento, o porquê do berçário, o porquê do leite em pó e por aí vai esta lista imensa... (VENTRE, 1996)*

Nessa mesma edição, em um artigo intitulado “*Por que?*”, a professora de yoga para gestantes Fadyinha, que anualmente organizava no Rio de Janeiro os “Encontros Nacionais de Gestaçã e Parto Natural”, expressou indagações e inquietudes que permeavam os pioneiros no Movimento pela Humanização. Além disso, ela aborda os objetivos desses encontros (“*a importância de nos unirmos... apoiarmo-nos uns aos*

outros para não sucumbirmos isoladamente”) e sua insatisfação com a carência de maior patrocínio para o evento. Abaixo alguns trechos desse artigo:

*Teimosamente continuamos nadando contra correnteza [...]. Somos pioneiros sim, temos testemunhas oculares da história que não nos revelam em público jamais. Por que? Corporativismo?” [...] Somos mais agora. Que bom! Mas, será que somos o suficiente para vencer as dificuldades que agora se nos apresentam? [...] Por que as pessoas só procuram os hospitais, só acreditam que tem segurança em ambiente apropriado para alto risco, como se as grávidas fossem doentes? [...] Por que, mesmo mulheres saudáveis, super informadas, preparadas, a gente vê caindo na rede da cesárea? [...] Conheço todas as manhas de como levar uma mulher para uma cesárea, é terrivelmente frustrante perceber como esse lado cresce assustadoramente [...] Até a tecnologia que temos agora, que era para ser a favor da grávida, é usada contra ela, para respaldar más intenções daqueles que querem fazer partos em quantidade e não com qualidade, que veem no parto o sinônimo de dinheiro.[...] Por que as multinacionais, instituições governamentais ou não governamentais não tem interesse em patrocinar eventos como esse?.(VENTRE, 1996)*

Assim ela encerra o texto: *“Agradecemos o carinho e o espaço do Ventre que nos deixa fazer esse desabafo e gestar o 7º Encontro. Esperamos ter uma vida intraventre muito feliz. Muita paz!”* A palavra desabafo, mais uma vez citada, aponta para a função do jornal “Ventre” como voz que se expressava para além da CP Nove Luas, ampliando-se como um canal de expressão das batalhas, impasses, desafios e reflexões, que diversos militantes pela humanização do nascimento se deparavam no seu espaço de atuação.

Os artigos citados demonstram a intenção de intensificar a postura crítica às práticas obstétricas como vinham ocorrendo e ser mais firme acerca dos princípios norteadores da instituição (“pisamos demais em ovos”). A partir daí percebe-se que o discurso de combate à tecnologia invasiva foram mais severas, principalmente nas últimas edições do jornal. Contudo, a primeira edição do Jornal Ventre também se caracterizou por opiniões firmes em contraposição à prática hegemônica de atenção ao nascimento.

Na publicação inaugural vários pressupostos que norteavam as atividades da instituição foram claramente apresentados. O hospital foi definido como uma instituição que *“abarcou a atividade obstétrica em seu espaço alegando oferecer condições de assepsia e atendimento às urgências, hoje se apresenta como uma estrutura falida, hostil e fria, inserido num sistema mercantilista, onde os bens de consumo são a saúde e a vida humana”*, o parto foi entendido como *“a culminância da sexualidade e do processo gestacional”* ou *“momento privilegiado do erotismo e das possibilidades”* e a cesariana foi apresentada como *“uma operação relativamente segura que, de prática de auxílio, se tornou uma intervenção arbitrária”*.

Nessa primeira edição também foram apresentados os significados atribuídos ao termo “Humanização do Nascimento”: por profissionais, que prestavam assistência ao período gravídico puerperal na C.P Nove Luas ou que interagiam com a instituição. São eles: *“Desmistificar os modelos novos ou velhos impostos pela sociedade”* (Vitória Pamplona, psicóloga); *Respeitar os processos fisiológicos e os mecanismos naturais do trabalho de parto preservando uma boa homeostase do bebê* (Hugo Sabatino, obstetra); *Respeitar a chegada do bebê* (Ronaldo Cortes, obstetra); *Conscientizar os médicos, as mulheres e a sociedade em geral para que não interfiram, seja por medo ou pressa, no ato de parir* (Neitamar Alves Gama, obstetra); *Fornecer o início de uma vida pacífica e harmoniosa* (Francisco Villela, obstetra); *Devolver a este fenômeno natural as características distintivas e culturais de nossa espécie, principalmente aos aspectos transcendentais, emocionais, familiares e éticos, lançando mão, se necessário de toda a tecnologia disponível para segurança do binômio mãe e filho.* (Fernando Estellita Lins, obstetra); *Aceitar a natureza* (Solange Dacach, profissão não citada). No trecho abaixo a definição sustentada pela CP Nove Luas:

*[...] é preciso que à mulher seja dada a possibilidade de resgatar a confiança em si, exercitar a entrega [...] e livre expressão de suas sensações. Para tal é*

*necessário não apenas um ambiente onde prevaleça a tranquilidade, mas profissionais que acreditem e estimulem o desenrolar do processo natural, onde a sensibilidade e a intuição acompanhem a habilidade técnica. O filho que chega necessita ser afagado, sem cortes bruscos, afastamentos precoces, e por vezes desnecessários tendo, próximo ao pai, ou outro acompanhante [...]. Não há uma forma ideal de parir, mas é imprescindível o incentivo à mulher em reconhecer sua legitimidade enquanto corpo que gera, que escolheu e foi escolhido para dar à luz. (VENTRE, 1994)*

A apresentação de um panorama sobre as concepções atribuídas ao termo “humanização” por diversos profissionais aponta para o reconhecimento que significados e prioridades diversas guiavam os atores que se propunham a realizar ou defender uma prática “humanizada”. Parece não se tratar apenas de um recurso retórico, mas uma estratégia utilizada pela instituição para promover a constante reflexão sobre a prática, ideia defendida diversas vezes no jornal e nas entrevistas.

Aqui, como ao longo das demais edições, o termo humanização foi utilizado com vários dos sentidos apontados por Diniz (2005), tais como: assistência baseada em evidências científicas, defesa dos direitos das mulheres, crianças, e famílias na assistência ao nascimento, uso de tecnologia adequada, participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, a defesa do tratamento acolhedor e respeitoso, dentre outros. Esses sentidos, que ora aparecem associados entre si, outras não, apoiam-se nos princípios que guiavam o movimento que no Brasil foi nomeado de “Humanização do Nascimento”, caracterizando a CP Nove Luas como uma das instituições que exerciam sua militância e o Jornal “Ventre” como seu instrumento.

### **7.1.3 Grupos de gestantes, grupos de casais, grupos de pós-parto**

A CP Nove Luas oferecia atividades em grupo voltadas para gestantes, para casais e também grupos de pós-parto. Os grupos eram coordenados por uma das três sócias. O trabalho ocorria com os participantes dispostos em círculo, comumente sentados no chão. Essa acomodação era priorizada em todos os grupos e também em

palestras promovidas por profissionais convidados e pode ser amplamente observada nos álbuns e vídeos do arquivo documental pesquisado. (APÊNDICE D).

Não era uma organização de trabalho fortuita ou estereotipada. Entendia-se que o círculo possuía várias propriedades que favoreciam o trabalho grupal: intensificava a cooperação, aproximava as pessoas, possibilitava uma relação menos hierárquica, favorecia a conexão de cada um consigo mesmo e uma troca mais profunda com os demais, o que acarretaria benefícios para todos os participantes. (MACIEL, 2015)

O grupo de gestantes era divulgado como “*um lugar onde se compreende o pré-natal num contexto biológico, emocional, físico e social*”. Os grupos aconteciam semanalmente e eram oferecidos em diversos horários, com uma das terapeutas. A inscrição era realizada por mensalidade (e não por encontro), o que imprimia certa constância e assiduidade das participantes, porém não era um grupo fixo, já que as mulheres iniciavam a participação em diferentes idades gestacionais. O encontro tinha duração de duas horas e trinta minutos, metade desse tempo era voltado para trabalho corporal e a outra metade para abordagem de temas relativos ao universo gestacional. O trecho a seguir, intitulado “*Curso? Aprender a parir?*”, publicado no Jornal Ventre e no Livro Nove Luas, Lua Nova define a proposta desse trabalho.

*Curso! Engraçado chamá-lo de curso. Porque, aí sim, parece um enlatado sobre como respirar, relaxar, não ter estrias, não engordar, saber amamentar e parir. Não, não é desta forma. [...] A coordenação escolhe para trabalhar o tema que estiver mais emergente naquele dia [...] O gostoso [...] é quando uma fala uma experiência que era o fantasma da outra. Assim o medo e as culpas vão se diluindo e abrindo uma brecha para o prazer [...] e cria uma cumplicidade, nos tornando verdadeiras “comadres”. (MACIEL et al., 1991/ VENTRE, 1995)*

O trabalho informativo baseava-se na construção do conhecimento através de técnicas variadas como jogos dramáticos, dinâmicas de grupo, além da troca de saberes acerca da fisiologia da gestação, parto e pós-parto e debates sobre temas diversos como sexualidade, maternidade, amamentação, entre outros.

A condução dessas atividades tinha como referenciais teóricos o psicodrama de Moreno, o grupo operativo de Pichón Riviere e a proposta pedagógica de Paulo Freire. A conjugação dessas três teorias embasava uma “educação perinatal” que pretendia ultrapassar o nível cognitivo. A troca de informações buscava escapar a apresentação conteudista, ou no dizer de Paulo Freire, da “educação bancária”. Não se tratava apenas do uso de técnicas vivenciais, por exemplo os jogos dramáticos, como um recurso a mais, e sim do uso dessas ferramentas numa perspectiva dialética, reflexiva e crítica que privilegiava a experiência prévia do sujeito e sua visão de mundo.

Uma pauta constantemente presente nos grupos era a relação entre o médico e a gestante. Estimulava-se a reflexão acerca da consonância entre o que a gestante verbalizava como sua expectativa para o parto e o que profissional escolhido lhe oferecia. Incentivava-se o aprofundamento de questões como o bem-estar sentido na interação, o que era verbalizado (e o que não era) nas consultas, as escolhas que eram delegadas ao profissional, os aspectos que davam segurança e o quanto as dúvidas que eram esclarecidas. Nessa perspectiva incentivava-se a participação ativa da gestante e do casal na relação que se estabelecia no pré-natal com o obstetra. “*A fala, a reflexão e a ação precisam ser devolvidas à mulher*” era também uma frase utilizada na divulgação do grupo de gestante. As relações de poder, de uma forma geral, eram temas que emergiam nos grupos.

Em relação ao parto e à maternidade, embora fosse estimulado o reconhecimento das próprias expectativas, trabalhava-se na desconstrução de um parto idealizado, na visão de que “*o melhor parto foi o parto possível*”. Era comum a gestante, após ter seu bebê, visitar o grupo do qual ela havia participado. Nesse encontro, promovido pelo vínculo estabelecido e pela celebração do nascimento daquele bebê, a experiência recente, vivida no parto, era compartilhada. Constituíam-se um momento, no qual a recém

mãe era acolhida e o confronto entre sua idealização e a experiência vivida podia ser dividido com gestantes que a acompanharam em seu processo de gestar. O grupo era um espaço de escuta, de partilha de emoções e dúvidas e de desconstrução de estereótipos.

A gravidez e o nascimento eram compreendidos como momentos nos quais emergem questões da história pessoal da mulher, cuja elaboração era facilitada pelas identificações ou pelo contato com diferentes experiências promovidas na troca grupal. O trecho a seguir, escrito pela terapeuta corporal Vânia Maciel, explica como era compreendido o papel do coordenador do grupo, nomeado “facilitador”, na condução do encontro.

*Refinamos nossas percepções treinando uma qualidade de presença, uma escuta afetiva, um olhar que sustenta sem invadir, um toque sensível e alguns silêncios produtivos. [...] É também papel do facilitador dos encontros em grupo incluir a todos, ouvir os silêncios, marcar as posturas, pulverizar e redistribuir as raivas e /ou choros. Esses elementos dificilmente pertencem a um só. Se um dos componentes do grupo traz um assunto, ele se torna assunto de todos. A forma como cada um se sente [...] no movimento do grupo, ajuda aos outros, seja por semelhanças ou diferenças, a irem se reconhecendo. (MACIEL, 2015)*

Nas narrativas das três sócias, tanto nos artigos do jornal, como nas entrevistas, a ênfase quanto à vivência do nascimento não está na via de parto, ou na busca de uma “experiência positiva”, embora o abuso de intervenções fosse criticado e uma assistência que respeitasse e dialogasse com os desejos da mulher fosse veementemente defendida. Contudo a retórica mais reforçada nos depoimentos é o nascimento como uma experiência com potência transformadora, principalmente para a mulher, mas também para todos que cercam o evento.

Essa perspectiva é abordada no livro “Nove Luas, Lua Nova”, no qual a personagem grávida reflete sobre sua história de vida e define a gestação como “louca viagem que fiz para dentro de mim, ao longo destes nove meses”. A gravidez era entendida, portanto, como um momento privilegiado para rever e reestruturar aspectos

conflitantes da própria história e o encontro no grupo como uma ferramenta que poderia contribuir com a ressignificação desses conteúdos.

O outro pilar que embasava o trabalho de grupo com gestantes era o estímulo a “ouvir” o próprio corpo, que era possibilitado pelo reconhecimento das sensações corporais através de exercícios de consciência corporal, alongamento, respiração e relaxamento. Visava-se promover autoconhecimento através destas atividades, o que seria útil também ao alívio de desconfortos durante a gravidez e à descoberta de recursos pessoais que poderiam ser utilizados durante o trabalho de parto.

Essa forma de abordar o corpo apoiava-se em princípios teóricos que, a partir de meados da década de 1980, começaram a influenciar práticas corporais tradicionais do âmbito da fisioterapia e da educação física. Eram propostas que se opunham à “educação do corpo” a partir de treino ou do seu “adestramento”, pois, ao contrário, buscam libertar o corpo de suas “amarras” ou, em linguagem reichiana, de suas “courageas”, compreendendo o indivíduo como uma unidade biopsicossocial. (MATTHIESEN,1998). Nessa vertente, o trabalho de Thérèse Bertherat teve grande influência na prática desenvolvida pelas terapeutas corporais, Vânia e Lúcia, que incorporaram vários de seus conceitos na metodologia que desenvolveram e utilizaram na CP Nove Luas.

Bertherat, decepcionada com a fisioterapia tradicional, que a seu ver, tratava o corpo como “peças separadas”, criou a antiginástica que se apoiava num conceito de corpo como uma totalidade de elementos interdependentes. A autora criticava o uso de aparelhos, esportes ou ginásticas que forçassem o corpo ao excesso muscular. Propunha movimentos suaves, precisos e conscientes, a partir de uma "terapia global" capaz de tratar do indivíduo de "modo completo".

Sua teoria apoia-se em outras terapias corporais como a bioenergética, a eutonia, o rolfing, a gestalt-terapia, a acupuntura, como também em teóricos da psicologia como Perls, Freud, Jung e Reich. Bertherat afirma que para trabalhar o corpo é necessário observá-lo, conhecê-lo, descobrir suas limitações e redescobrir possibilidades. Ela supõe que os encurtamentos e contrações musculares estão diretamente ligados a experiências psicológicas, assim às intervenções no corpo atuariam na regulação somática e emocional do indivíduo.

A partir da gravidez de sua filha Marie Bertherat, a autora concluiu que a antiginástica poderia ajudar gestantes a compreenderem melhor sua organização corporal, sua constituição e a lidar com as sucessivas modificações corporais, que ocorrem durante a gravidez, para dar lugar a um bebê que cresce a cada dia. (MATTHIESEN,1998; BERTHERAT, 2010).

Para análise da perspectiva acerca de conduções terapêuticas que visam intervir na percepção e sensações corporais dos indivíduos, se recorrerá às reflexões do antropólogo Marcel Mauss sobre as técnicas do corpo. Para o autor cada sociedade tem uma atitude corporal que lhe é peculiar, não havendo atos corpóreos “naturais”, já que até mesmo atos considerados predominantemente motores (e portanto orgânicos) como, por exemplo, a marcha, é construído culturalmente a partir do domínio de uma técnica com a qual os indivíduos “servem-se de seus corpos” em determinada sociedade.

O corpo é considerado, por esse teórico, o primeiro ato técnico do ser humano, isto é, um ato tradicional eficaz, como o ato mágico, o religioso e o simbólico, cuja diferença reside apenas em ser compreendido como um ato físico ou natural. Compreender esse “habitus” impele ir além das instâncias individual e coletivo, é necessário compreender sua natureza tríplice: física, psicológica e sociológica.

A “técnica” do corpo insere-se um sistema de montagens simbólicas, morais e intelectuais que se impõem aos indivíduos através de atitudes que são autorizadas ou interditas, como também as que são consideradas “naturais”, sendo que essas variam conforme idade, sexo, e demais categorias de ordenação da sociedade a qual está inserida. São transmitidas geracionalmente por meio de “adestramentos” que reforçam os atos corpóreos de maior rendimento, isto é, os eficazes na manutenção das tradições e hábitos culturais.

A criança de cada cultura assimila e imita os movimentos efetuados por pessoas que representam o elemento social da autoridade e da confiabilidade. Logo as técnicas do corpo são fruto de determinada conjuntura social e se constroem a partir de detalhes, como por exemplo a forma de segurar ou alimentar os bebês, o modo considerado correto (ou saudável) de dormir, de repousar ou os cuidados com o corpo. O indivíduo passa, assim, a “encarnar” os costumes de seu povo de acordo com suas condições de estar no mundo e com o lugar que ocupa naquela sociedade. (MAUSS, 2003; DAOLIO et al, 2012).

Cabe aqui ponderar, considerando o corpo como fato social, se as ações que buscam intervir na percepção do sujeito sobre seu corpo e promover uma “consciência corporal”, como propõe Thérèse Bertherat, possibilitam a alteração das construções simbólicas ali instituídas. Caso isso seja possível, compreendendo a corporeidade pelo enfoque de Mauss, esse alcance não estaria circunscrito a uma transformação individual, mas configuraria uma alteração nos elos que compõe o tecido social, reorganizando, revolucionando ou participando da construção de um novo ordenamento social.

Os princípios metodológicos que guiavam a condução no grupo de gestantes abarcavam as demais atividades que permeavam o funcionamento da casa. Os encontros de casais eram oferecidos semanalmente, mas o formato que possuía maior aderência

eram os encontros mensais. A proposta era “*discutir temas relativos à gestação, parto e puerpério fortalecendo os vínculos familiares*”, contudo, algumas técnicas, semelhantes as utilizadas no grupo de gestantes, também eram eventualmente usadas, conforme a avaliação da coordenadora de grupo.

Além do grupo de gestantes e casais eram oferecidos “grupos de apoio ao pós-parto ou “chá de pós-parto”, cujas inscrições ocorriam em cada encontro. Esses aconteciam quinzenalmente, conforme a demanda. O apoio ao aleitamento e ao puerpério também era oferecido como orientação individual, presencial ou pelo telefone, no formato “Disque Pós-parto” ou “Disque Amamentação”. Os serviços voltados para o pós-parto e os encontros de casais eram abertos, oferecidos à gestantes, mães e casais independentemente de terem outro vínculo de assistência com a instituição.

Os trabalhos de outras equipes, não diretamente ligadas à instituição, que ofereciam suporte específico às demandas perinatais também eram amplamente divulgados no jornal “Ventre”. Entre eles encontravam-se o grupo de apoio à amamentação “Amigas do Peito” e um serviço telefônico menos conhecido denominado “Pai 24 horas”, fundado pelo psicólogo Sócrates Nolasco, cujo objetivo era “auxiliar os pais nos cuidados e tarefas diárias”.

As ações citadas previam a integralidade do cuidado, numa proposta que se estendia além das práticas mais circunscritas de atenção à saúde no pré-natal, parto e pós-parto, oferecendo-se como rede de apoio de formas diversificadas. Percebe-se que as atividades tinham como tema transversal a reflexão acerca das relações de poder e dos papéis femininos e masculinos na sociedade e na família. A metodologia utilizada apoiava-se numa visão não dicotômica dos indivíduos e seu manejo visava abarcar os aspectos individuais e coletivos nas dimensões físicas, psicológicas e sociais. A partir

de intervenções que endereçavam os sujeitos rumo ao protagonismo de suas vidas buscava-se fortalecê-los nas tomadas de decisões, em especial nas que não estavam em consonância com modelos sociais vigentes.

#### **7.1.4 O parto, o obstetra e o uso de tecnologias**

O modelo adotado pela CP Nove Luas era denominado pelos entrevistados como “casa de parto no modelo médico”, referindo-se aos seguintes fatos: a casa tinha centro cirúrgico, a direção técnica era exercida por médico, a instituição cumpria as exigências legais de um estabelecimento hospitalar e os partos eram acompanhados por obstetras e não por enfermeiras obstétricas, obstetrizes ou parteiras.

Porém, o fato do parto ser assistido por médico não significava que era compreendido como um ato médico, ou seja, não estava aderido à ideologia que o “parto seguro” precisava ser acompanhado ou supervisionado por médico, argumento que na década seguinte foi defendido por vários Conselhos Regionais de Medicina (FERNANDES, 2004).

A ideia defendida pelos sócios da CP Nove Luas, principalmente pelas terapeutas corporais, das quais partiram as primeiras iniciativas para a criação de CP Nove Luas, é que as casas de parto podem se concretizar em vários formatos, conforme o local, a época e as contingências sociais e políticas, sem que a assistência humanizada fique comprometida. A esse respeito as informantes relatam:

*Casa de parto no modelo médico, essa foi a primeira do Brasil. O trabalho do Galba Araújo, lá em Fortaleza no Ceará, também tinha, mas não era uma casa de parto como essa. Uma das coisas que precisa entender, [...] tem a casa de parto, essa de Niterói que é de um jeito, e tem outras casas de parto de outros jeitos. Por exemplo, tem a casa de parto de São Paulo que é só de enfermeira obstétrica, tem a casa de parto da Ângela que é na favela de Monte Azul. Ela começou a fazer parto domiciliar e depois passou a ser uma casa de parto. Tudo isso veio depois da Casa de Parto de Niterói. Essa casa de parto tem um monte de coisa negativa e positiva. Não havia espaço para fazer uma casa de parto sem ser no modelo médico numa cidade no centro urbano. [...] ou ela vai ser pública como o Ministério da Saúde está propondo, ou em parcerias. [...] Você não vai nunca conseguir fazer uma*

*casa de parto para classe média, se não mudar a estrutura de atendimento. A classe média está toda apoiada nos planos de saúde. Os planos de saúde são planos médicos não existe planos de saúde que pague pré-natal com enfermeira obstétrica. Tem uma briga corporativista entre médicos e enfermeiras obstétricas, tem muita coisa nessa história. (PIRES, 1999)*

A atuação da enfermagem obstétrica não era prática comum no início da década de 1990. Embora desde 1972 esta habilitação fosse incorporada às escolas de enfermagem, era oferecida somente no último ano do curso, na dependência da oferta de vagas. Como essa graduação passou a ser cada vez menos oferecida, o contingente de profissionais no mercado de trabalho foi sendo reduzido.

Em 1994, as habilitações foram extintas do currículo de enfermagem e o curso para formação específica de profissionais não-médicos na área obstétrica passou a ser em nível de pós-graduação lato sensu. A quantidade de enfermeiros obstetras atuando no país, portanto, era muito baixa. Somente em 1998, último ano de funcionamento da CP Nove Luas, a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto, foi fortalecida, sendo incluída na tabela do SUS o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra", através da portaria MS/GM 2.815. (BRASIL, 2001; RIESCO, 2009).

É comum a atenção perinatal realizada por médico obstetra ser considerada um impasse para o processo de trabalho humanizado mas, no contexto da CP Nove Luas, segundo suas idealizadoras, a presença de um médico na sociedade foi o que viabilizou seu funcionamento e a consolidação de sua proposta. Contudo, para esse fim, havia investimento em uma estrutura que contribuísse para a desconstrução da função médica que reduz o cuidado à intervenção. Buscava-se incentivar uma relação médico-paciente que abarcasse o sentido mais amplo da assistência, incluindo o vínculo relacional às práticas de cuidado. As entrevistadas relatam que o formato de uma assistência

realizada por equipe médica não se estabeleceu como uma escolha a priori, mas como a que foi possível de ser viabilizada no contexto que se apresentou:

*Para manter uma coisa dessas, a gente precisou fazer o modelo médico, entendeu? [...] nós não [estávamos] dentro de uma Universidade de Enfermagem, não temos a tradição de parteiras, nada disso... [...] Então a gente precisava ter um número x de nascimentos, que comprovasse o seguinte: qualquer um que quiser fazer pode. Qualquer lugar... (MACIEL, 1999)*

A partir de 1999 a polêmica em torno das casas de parto, teve dois pontos centrais: sua localização (no tocante à distância do hospital referência) e a assistência prestada por enfermeiras obstétricas, conforme definição das portarias que as regulamentaram. As questões referentes à definição de fronteiras de competência profissionais, à hegemonia médica e à autonomia de profissionais não médicos, especialmente as(os) enfermeiras(os) na parturição apareceu com centralidade no debate sobre esse modelo assistencial. (FERNANDES, 2004).

O cenário da CP Nove Luas se apresentava distinto desse. A disputa entre classes profissionais não se apresentava com relevância e não é citada na narrativa dos informantes. A resistência ao modelo que a instituição apresentava era reconhecida como advinda da própria classe médica, além dos impasses que se apresentavam frente às condições oferecidas pelos planos de saúde. A princípio pode se pensar em uma disputa de mercado, mas segundo os entrevistados a CP Nove Luas, com três quartos e uma média de dez partos por mês, não ameaçaria por uma concorrência de clientela, mas sim por suas concepções e pelo modelo de assistência que propunha. Abaixo o depoimento de uma mulher que teve parto gemelar na instituição.

*[...] tinha colegas de barriga que não conseguiram convencer seus médicos de fazerem parto normal. Se elas falassem em Casa do Parto, então, elas se arrepiavam colocando mil empecilhos [...] Acho que ele se arrepiam é de medo. [...] Talvez por não quererem perder tempo, nem a cliente, pois elas podem entrar em trabalho de parto e eles perderiam o fim de semana ou será que eles não sabem aparar um bebê que nasce de parto normal? [...] Grite e proteste contra essa onda de “cordões enrolados nos bebês”, de faltas de dilatação e perigo da vida para bebê. Antes de escolher seu obstetra procure*

*informações sobre ele. Médico que faz mais cesárea do que parto natural. pode ser só mais um cirurgião, não obstetra de verdade. (VENTRE, 1997)*

Embora a via de parto não fosse o tema central do jornal *Ventre*, a crítica à cesariana era frequente, pois através dela eram elencados os posicionamentos acerca da farmacologização do parto. A cesariana, em uma cultura marcada pela medicalização da vida, aparece como uma opção de *parto* seguro com a suposta vantagem de *evitar a dor*. O risco presente na cesárea é culturalmente minimizado e o medo da dor é socialmente reforçado.

Dois fatores dão suporte à adesão social à cesariana: O primeiro sendo o fato de que, devido ao alto investimento nessa tecnologia, a cesárea tornou-se universo das cirurgias relativamente segura e, o segundo o medo da dor justificar-se pela prática obstétrica incluir uma série de ritos que influencia negativamente a evolução do trabalho de parto. As matérias do *Ventre* utilizavam termos como a “falsa opção pela cesárea” ou “desnecesária”, ressaltando que, no parto cirúrgico desnecessário, os procedimentos padronizados, que negam a imprevisibilidade, inerente ao processo de parir (e de viver) negam também a expressão individual da mulher.

Uma das principais características que distinguia a CP Nove Luas de outras casas de parto era a existência do centro cirúrgico. Todo o restante do ambiente físico possuía características domiciliares, visto que, anteriormente era de fato a residência de uma das sócias. Na descrição dos serviços oferecidos, é especificado que a instituição possuía uma sala de cirurgia para cesariana, “somente quando necessária”.

*A Casa de Parto possui instalações caseiras [...] associadas às hospitalares [...], como salas de parto e de cirurgia, para cesarianas só quando necessárias, berçário com incubadora, berço aquecido, fototerapia, etc, e é aberta a todos os profissionais que comunguem da filosofia de viver o nascimento como celebração à vida. (VENTRE, 1993)*

O índice de cesarianas na instituição variou entre 24 e 36%. Embora acima do preconizado pela OMS como no máximo 15%, este índice apresentava-se bem abaixo do apresentado, no período, nas demais instituições privadas em Niterói, que variava entre 80 e 90 % (SINASC, 2020; KALE. 2016)

*Essa proposta da casa do parto não era melhor, era a possível. O índice de cesariana e de anestesia para parto normal ainda eram altos. Não era ideal, a gente estava discutindo sempre para ver se mudava. Mas, ainda assim, era muito melhor do que se oferece. A coisa é tão difícil que a gente conta nos dedos no Brasil quem está fazendo isso. Num país desse tamanho tem o Marcos Leite em Florianópolis, tem o Jorge... Umas 10 pessoas nesse Brasil inteiro, é muito pouca gente querendo mudar alguma coisa. O que significa uma casa do parto que em seis anos fez 700 partos? É um pingão! E mesmo assim, mesmo assim, incomoda. (Entrevista: PIRES, 1999)*

O fato de possuir uma sala cirúrgica não era tido como um elemento que incentivava seu uso, mas tinha o intento estrito de proporcionar um ambiente amparado por recursos tecnológicos. Essa condição era valorizada como um item que promoveria o estabelecimento de um vínculo de parceria tanto entre os componentes da equipe, como entre os profissionais e os familiares. O aparato tecnológico era visto como uma oferta institucional de tranquilidade e segurança, consideradas condições para o médico exercer a função do “*verdadeiro obstetra*”, que era definido como aquele que “*assiste e aguarda, ele sim, como verdadeiro paciente, a ordem sábia da mãe natureza*”.

Observa-se que a categoria “natureza” está referida à “fisiologia do parto”. Tornquist (2002) considera que a supervalorização da compreensão do funcionamento corporal pela biomedicina, que está na base do excesso de intervenções médicas, é, paradoxalmente, o que sustenta o contraponto à medicalização na argumentação feita pelos que defendem a humanização. O primeiro caso se insere em uma ótica baseada no processo de medicalização da vida que prioriza riscos e complicações e parece desacreditar na capacidade da mulher de gerar, parir e amamentar. No segundo observa-

se uma ênfase na fisiologia humana a partir da proposta do resgate de um suposto saber instintivo da mulher no processo de parir.

Para a autora ambas as situações consideram a dimensão corporal apartada do contexto sociocultural, uma ótica dicotômica que ignora a indissociabilidade entre corpo e sociedade. A autora ressalta que o pensamento, relativo ao “saber instintivo” da mulher, nasce concomitante com transformações socioculturais que instauram uma concepção de natureza, de maternidade e de forma de posicionamento frente ao que constitui o feminino, que se evidencia na defesa de uma postura expressa em termos como: protagonismo, empoderamento, autonomia.

Na citação mencionada acerca da concepção sobre o “*verdadeiro obstetra*” defendida pela instituição, se propõe o resgate do protagonismo feminino, a partir do deslocamento da postura médica, que deveria se tornar o “*verdadeiro paciente*”, aquele que aguarda. A proposta aponta para uma desconstrução de um estilo de assistência obstétrica, que se consolidou durante o século XX, legitimando o saber médico nesse campo a partir de uma roteirização do processo de parturição. (SILVA et al., 2019).

A sistematização da parturição encontra sua expressão máxima na cesárea eletiva, alvo de críticas intensas dos que compunham o movimento pela humanização do nascimento e presente com frequência nos artigos do jornal *Ventre*. Dois fatores eram comumente citados como incentivadores dessa cirurgia, as políticas de remuneração dos planos de saúde e a busca de estabilidade na agenda médica.

*[...] Tudo converge para o parto cirúrgico: a desinformação e indução da situação de risco para as mulheres, a ilusão de segurança dos grandes hospitais, as seguradoras de saúde que equiparam a remuneração profissional de um parto normal com o cirúrgico, os profissionais que ganham por “procedimento” e quanto mais fazem mais ganham. Precisaríamos de uma revisão não só nos conceitos econômicos científicos e culturais mas principalmente nos conceitos morais [...] Só vislumbro uma saída: [...] os profissionais dariam dedicação exclusiva a uma instituição. Todos teriam seus filhos em um local onde o profissional não tivesse pressa de ir embora e o parto poderia durar duas ou oito horas, tanto faz, o profissional estaria ali. Quanto sonho! Como acho que isso só aconteceria*

*por milagre, afirmo que o parto normal caiu em desuso, assim como enxovais feitos à mão. (VENTRE, 1997)*

Em relação à agenda os informantes relatam que equalizar a rotina do obstetra sem comprometer a qualidade da assistência era uma meta da organização do serviço, mas as tentativas de soluções foram infrutíferas. Uma das propostas, iniciadas ainda no GIAM, era um pré-natal no qual a gestante pudesse ser acompanhada por uma equipe de três ou quatro obstetras, cujo vínculo se formaria não somente nas consultas, mas em outras atividades voltadas para as gestantes, das quais eles participariam. As informantes atribuem que o insucesso dessa proposta estava relacionado a uma cultura de formação e atenção em saúde centrada na figura médica, na qual o ponto culminante da assistência à parturição se concretiza quando o obstetra “faz” o parto.

A respeito do cotidiano do obstetra, Ronaldo Côrtes escreve no Jornal *Ventre* um texto intitulado “A rotina do obstetra” do qual segue trecho abaixo:

*Não existe rotina na vida de um obstetra. Cada dia se apresenta diferente apesar dos planos e compromissos assumidos [...] E como se sentem as mulheres que marcam uma consulta ginecológica com um mês de antecedência, faltam ao trabalho e ao chegar ao consultório encontra um bilhete dizendo que “fui fazer um parto”. Além da vida cheia de imprevistos ainda tem o estresse, as olheiras, as dores de estômago [...]. Mas o que há de tão especial na obstetrícia que nos faz abrir mão de tantas coisas? Talvez a sedução seja a mesma que leva os casais a insistir em ter um parto humanizado com tantas opiniões desanimadoras a respeito. A resposta com certeza está na colheita: a felicidade da família com a chegada do bebê no ambiente de amor e acolhimento, a alegria de ser um instrumento para a chegada daquele novo milagre da vida. É assim que a cada nascimento o obstetra se renova para outro dia. (VENTRE, 1997)*

Os argumentos defendidos no trecho acima e em outros escritos por obstetras que defendiam o parto com menos intervenção (chamado comumente de parto natural ou humanizado) rompem com uma tradição e estilo de formação que supõe a cesárea como ideal de parto. A formação obstétrica reconhece na especialidade cirúrgica o parto seguro, indolor e moderno que supera o processo fisiológico, atende normas de estética e operacionaliza o tempo de forma produtiva. (NAKANO et al, 2017).

Os médicos que compunham o movimento pela humanização do nascimento estavam, portanto, na contramão de sua própria formação, compondo uma minoria que buscava estratégias para reinventar sua prática. No caso do obstetra Ronaldo Côrtes, ele cita que, além do contato com outros obstetras que prestavam a chamada assistência humanizada, a influência de suas sócias foi fundamental para a mudança em sua prática.

A cesariana humanizada, praticada na CP Nove Luas, era a indicada pela avaliação obstétrica de um trabalho de parto, que em sua evolução, apresentava sinais de risco real para mãe ou para o bebê, mas, que apesar da “mudança de planos”, mantinha o respeito ao momento singular do nascimento. As atitudes humanizadas nessa situação, divulgada no jornal *Ventre*, incluíam a forma como era feito o encaminhamento à sala de cirurgia, a evitação de conversas paralelas e de ruídos desnecessários com o material cirúrgico, o cuidado com o excesso de luminosidade e a promoção do contato mãe/bebê logo após o nascimento.

O vídeo de divulgação da instituição continha, em sua apresentação, uma filmagem de cirurgia cesariana na qual os pais cantavam uma música, enquanto o procedimento estava sendo realizado. Em outra versão, a acompanhante lê um poema. Tais ações configuram possibilidades de protagonismo mesmo numa situação de grande imobilidade física, imposta pelo ato cirúrgico, e ilustra a concepção de cesárea humanizada proposta pela instituição.

*Antes da Casa do Parto, quando era cesariana [...] a criança nascia e a primeira coisa que fazia era pegar a criança, levava para o berçário e fazia os cuidados do neném. Por que vai tirar correndo? Por que a criança não pode amamentar na cesariana? Eu botava [para amamentar] também na cesariana. Por que tirar? Por que não pode amamentar? O próprio pediatra começou a deixar. (Entrevista em grupo: CORTES, 2019)*

As informantes declaram que a conquista de mudanças, que buscavam a integralidade do cuidado, eram gradativas e fruto de insistência por parte delas. Procedimentos como proporcionar que a mãe recém operada se colocasse em uma

posição inclinada que possibilitasse a amamentação ou a simples orientação que nenhuma medicação deveria ser administrada “no copinho”, sem que a gestante tivesse a informação do que se tratava, eram fontes de resistência ou controvérsia. Buscava-se ampliar à discussão para além do uso ou não de tecnologia, enfatizando-se que qualquer procedimento se tornava invasivo, quando feito sem o consentimento ou conhecimento da mulher.

Os diversos procedimentos invasivos que constituíam práticas rotineiras nas assistências vigentes (episiotomia, analgesia, ruptura da bolsa, indução do parto, dieta zero, enema, raspagem dos pelos pubianos, dentre outros), quando realizados na instituição, eram objeto de reflexão. A problematização se dava acerca da real necessidade da intervenção ou de sua realização por conveniência ou por hábito médico.

Elas também citam que, frente a respostas negativas em relação a algum desejo inusitado por parte da família ou a uma proposta diferenciada por parte de outros profissionais, tinham o hábito de promover a indagação: “Por que não pode, mesmo?”. Essa pergunta tornou-se uma marca da atuação das três mulheres, constituindo uma estratégia de desconstrução da padronização que julgavam obsoletas. Era comum que o estranhamento de práticas naturalizadas fosse sentido pelas equipes visitantes como incômodo e inconveniente. A analgesia ou o nascimento realizados no quarto (e não na sala de parto), que na década seguinte tornou-se a realidade dos quartos PPP, propostos pelo Ministério da Saúde, ou a oferta de alimentos leves e água durante o trabalho de parto, são alguns desses exemplos.

Contudo, no arquivo documental analisado e nas entrevistas há uma ênfase em reiterar que a filosofia da C.P. Nove Luas não pressupunha a humanização e a tecnologia como excludentes, mas sim aliadas no cuidado.

*Mas há que se desfazer enganos! Este não é um discurso contra o tecnicismo. Através dele, o mundo caminha a passos largos e tão ligeiros que algo se*

*perdeu no tempo. Não é possível e não há porque dispensar os avanços tecnológicos que os séculos empilharam nos livros do tempo e das realizações. Mas aparelhos não são escudos a nos impedir de compartilhar nossa prática como seres inteiros e intensos, capazes de estabelecer vínculos através do respeito e do afeto. (MACIEL et al, 1991)*

*O grande desafio que trazemos na filosofia da Casa do Parto é utilizar os avanços tecnológicos, respeitando os ciclos naturais de procriação, resgatar a qualidade das relações humanas, em harmonia com as normas de segurança e preservação da vida, humanizar o nascimento, sem dar o tom de modismo nem retrocesso. Foi assim que esse projeto se estruturou. [...] Não estamos carregando nenhuma bandeira sobre formas de parir. (TRECHO DA NARRAÇÃO DA FITA DE DIVULGAÇÃO)*

Os relatos acima denunciam um posicionamento que parece tentar responder a dicotomia entre sociedade e natureza, apontada por Tornquist (2002), com a busca de uma conciliação entre o uso da tecnologia e o respeito à fisiologia. Essa tentativa de conciliação é a ação que os idealizadores da instituição supõem como a causa de “não agradar nem os naturalistas, nem os intervencionistas.”.

Tencionava-se proteger a mulher do excesso de intervenções sem, contudo, rejeitar a sua possibilidade. Essa discussão, que não se reduz ao trabalho de parto, é ilustrada pelo texto “A ultrassonografia” escrito por Vânia Maciel, na edição 5 do Jornal *Ventre*, bem como, pelo desenho que o acompanha, no qual a barriga da gestante é substituída por uma tela, na qual os profissionais concentram sua observação.

*É fato que nos dias de hoje é indiscutível o valor da ultrassonografia, da dopplerfluxometria e alguns outros exames que vieram qualificar o pré-natal oferecendo valiosas oportunidades diagnósticas. Mas inúmeras vezes ouvimos nos grupos de gestantes o relato aflito de mulheres sobre os comentários, por vezes até elogiosos, feitos nos seus exames de ultrassom. [...] Quando [...] a mulher recebe informação sobre prováveis dimensões, peso ou estimativa, esses diagnósticos, legitimados por todo aparato eletrônico e pelo saber médico podem assumir uma perspectiva irrevogável e às vezes apavorante. Afinal quem ouve [...] é uma mulher que traz consigo uma história de nascimento e vida desconhecida por quem atende [...] É a partir dessa vivência que ela interpretará todas as informações ditas, inclusive as não ditas explicitamente. O pânico que causa um perímetro cefálico grande ou pequeno demais [...] cordões enrolados, quantidade de líquidos, [...] não raro acabam por determinar um procedimento obstétrico por vezes sobrepujando uma avaliação clínica anterior ou impede que a mulher tenha condições emocionais adequadas para ter seu parto [...] O menor e mais inofensivo comentário pode resultar em angústia e mudar o rumo de toda uma antes tranquila gestação, não só para gestante mas também para seu obstetra. Tendo em vista tudo acima o Centro de Estudos da Casa do Parto tem intenção de organizar uma discussão sobre a questão*

*dos exames complementares e suas implicações na gestação e parto.*  
(VENTRE, 1996)

Percebe-se que a crítica à medicalização não era reduzida à atuação do médico e nem compreendida somente como o excesso de intervenção, mas como uma postura que negava a singularidade do sujeito que a ela iria se submeter. Na assistência a parturição, propriamente dita, havia uma preocupação em não negar os avanços tecnológicos e a contribuição da medicina para o bem estar social e para o alívio do sofrimento, mas se questionava a exclusão de outras práticas terapêuticas.

O uso de métodos não farmacológicos da dor durante o trabalho de parto era ofertado e incentivado, porém considerava-se o grupo de gestantes como momento privilegiado para a mulher experimentar ou tomar conhecimento dos recursos que poderiam ser utilizados posteriormente, pois estaria mais tranquila para avaliar com quais aparatos e estratégias possuía maior identificação. Durante o trabalho de parto, além do ambiente aconchegante e intimista, do suporte contínuo oferecido pelo acompanhante, eram disponibilizados o banho de chuveiro ou de banheira, a possibilidade de deambular no jardim interno, massagem, música, materiais fisioterápicos como bola suíça, bolas de diferentes tamanhos, banquinho, dentre outros, como havia também a possibilidade do uso de recursos que fizessem parte do sistema de escolha pessoal da parturiente e sua família como como floral, homeopatia, acupuntura.

O debate acerca do uso abusivo de tecnologia, portanto, não se restringia ao uso ou não de determinado recurso, mas por quem, como, e em quais condições essa escolha era realizada. Considerava-se que a opção quanto ao recurso a ser utilizado se produzia no recorte do momento presente (o “aqui e agora”) a partir do encontro entre aqueles que estão envolvidos na cena do parto.

Azeredo & Schraiber (2017), partindo da distinção entre autoridade e poder, defendem que não é o excesso de poder conferido ao profissional de saúde que geraria violência institucional, mas é justamente a destituição da autoridade de seu saber que abre brechas para que a violência se instaure. Nessa ótica, o reconhecimento da assimetria quanto ao conhecimento técnico entre especialista e usuários não equivaleria a uma submissão às imposições dos profissionais e sim possibilitaria o diálogo entre instâncias diferentes. É na legitimação das diferenças entre os lugares ocupados que o convencimento e a persuasão podem estar em pauta.

A informação, nessa perspectiva não seria usada pelo usuário para contrapor o saber profissional, já que isto sim coloca o em uma posição de subalternidade, pois se espera que o especialista tenha um domínio maior de sua especialidade, mas para que o sujeito tenha clareza de suas possíveis escolhas.

Segundo Azeredo & Schraiber (2017), quando o médico deixa de ocupar o lugar de profissional liberal e se transforma em trabalhador assalariado, submetido à tecnologia, sua autoridade profissional fica comprometida. Nessa circunstância, embora isso não se traduza no imaginário social, ele perde a gerência sobre aspectos essenciais de sua prática como: o fluxo de seu atendimento, o valor monetário de seu serviço, a organização de sua demanda e inclusive sua autonomia técnica na tomada de decisões clínicas.

Trata-se de uma estrutura organizacional que impõe uma dupla fragilidade aos vínculos: destitui o médico de seu saber técnico e fragiliza o reconhecimento do saber do usuário a respeito de si próprio. É nessa conjuntura, caracterizada por um esvaziamento de poderes dos sujeitos, que residiria à raiz da violência institucional (AZEREDO &SCHRAIBER, 2017).

Essa reflexão provoca a desmistificação de um cenário que se caracterizaria por “vítimas” e “algozes” reconhecendo a opressão que se instaura, por vezes, na prática médica, como socialmente construída. No âmbito da CP Nove Luas, os informantes relatam, que a relação com os planos de saúde e seus critérios de pagamento dos serviços realizados traduziam-se em impasses na organização estrutural da instituição que ameaçavam a possibilidade da manutenção de ações condizentes com os seus princípios. A situação vivida frente à remuneração do anestesista foi uma das situações citadas nas entrevistas, que exemplifica os obstáculos enfrentados.

A assistência proposta pressupunha a disponibilidade de um anestesista caso a parturiente recorresse a uma analgesia peridural após experimentar outros recursos não farmacológicos para o alívio da dor. Essa disponibilidade também era necessária caso houvesse a necessidade de uma cesárea por uma intercorrência intraparto. Porém, a remuneração do tempo dispendido pelo profissional era um desafio, pois, sua presença não significava necessariamente o uso da anestesia, ao contrário, o objetivo era que esse uso fosse desnecessário.

O impasse ocorria devido ao fato que os honorários do anestesista não seriam remunerados pela agência de saúde caso não houvesse aplicação do fármaco. Uma das soluções pensadas, já que não havia anestesista plantonista (por não se tratar de um hospital) foi a cobrança de um valor adicional por esse serviço.

Essa solução, porém, não era satisfatória nem para o usuário, que considerava esse serviço coberto pelo seu plano de saúde, nem para o anestesista, que receberia um valor inferior ao do procedimento cirúrgico por uma maior permanência de tempo. Essa questão não teve solução efetiva, sendo contornada pela parceria de alguns anestesistas, principalmente um dos componentes da equipe do “médico da casa”, que em 1997 tornou-se diretor técnico da instituição.

A vinculação aos planos de saúde foi uma das condições determinantes para tornar possível o funcionamento da CP Nove Luas, destinada prioritariamente à classe média. Porém, a sujeição às regras impostas pelos mesmos também foi apontada como uma das principais dificuldades que inviabilizaram a continuidade da instituição.

### **7.1.5 O acompanhante**

Na C.P. Nove Luas a mulher escolhia o acompanhante que ficaria com ela e o bebê, em alojamento conjunto, durante o todo o período de “internação”. Procurava-se também atender o desejo da mulher, viabilizando a presença de um ou mais acompanhantes adultos ou a presença de crianças, em geral os filhos, se a mulher considerasse importante tê-los ao seu lado durante algum momento do trabalho de parto. Quando se tratava de uma equipe médica “visitante” esse aspecto era negociado entre a mulher e seu médico. Porém, o fato de sua escolha ser acolhida pela gestão da C.P. Nove Luas era um fator que atravessava essa negociação, pois ambos, a parturiente e o médico estavam cientes dessa filosofia.

Cabe lembrar que a presença de um acompanhante não era garantida por lei em 1993, quando a CP Nove Luas foi inaugurada. Embora os benefícios dessa participação tivessem respaldo em evidências científicas e fosse preconizado pela OMS desde 1996, só em 2001, no Rio de Janeiro, a entrada do acompanhante, durante o parto, foi normatizada. Mas somente em 2005 foi sancionada a lei federal que garante a sua permanência durante todo o período de internação, com prazo para as instituições se adequarem até junho de 2006. (Leis 11.108/2005 e 3613/ 2001). Na prática, a pesquisa Nacer no Brasil, que realizou a coleta de dados nos anos de 2011 e 2012, mostrou que 75% das mulheres tiveram acompanhantes em algum momento do parto, mas menos de 20% tiveram em todo o período da internação. (BRASIL, 2014)

Entre os médicos, essa lei, desde sua aprovação, foi fonte de controvérsias conforme demonstrado neste Processo de Consulta e Parecer do Conselho Regional de Medicina de 2007: *“Parece existir portaria do Ministério da Saúde permitindo a permanência de parentes das parturientes quando do trabalho de parto, e agora também na sala de parto e em centro cirúrgico. No meu entender este procedimento não traz benefícios à paciente, além de expor o profissional, pois vários procedimentos de rotina na especialidade não são entendidos por leigos.*

O parecer, embora reconheça, em uma de suas linhas, que a presença do pai fortalece os vínculos familiares, afirma que alguns procedimentos *“inéditos”* para os leigos, como a dilatação manual do períneo e a extração à fórceps, podem causar *“impacto emocional desagradável”*. Recomenda, ainda, que o obstetra se antecipe explicando, orientando e estabelecendo um bom relacionamento com o casal para evitar *“aborrecimentos para o profissional responsável pelo ato do nascimento: o próprio médico”*.

Ressalta ainda que cabe ao SUS cobrar que as instituições ofereçam as condições apropriadas. A conclusão apresentada em sua ementa: *A presença de acompanhante para mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, embora prevista em lei, deve obedecer aos princípios da privacidade, sem os quais inviabiliza-se o cumprimento da lei.* (CFM nº 9.393/06 - Parecer CFM nº 7/07).

Outro Processo-Consulta, de 2018, ao CRM de Minas Gerais, contribui para ilustrar o posicionamento dos Conselhos Médicos, acerca desse tema. Nele um obstetra explica que vinha sendo pressionado pela instituição, na qual trabalhava, a não aceitar a presença do acompanhante por não possuir estrutura para tal.

Falava também de seu dilema frente a diferenças no atendimento, já que as parturientes que tinham condições de pagar advogado apresentavam um liminar e

faziam valer seu direito. A ementa desse parecer é que: *O direito do acompanhante da parturiente na sala de parto está garantido na Lei 11.108/2005 e em sua conclusão: “Na negação deste direito, cabe recurso legal por parte de quem se sentir prejudicado.”*

Na CP Nove Luas, a “cama de casal”, junto ao “moisés”<sup>29</sup>, presente nos quartos (APÊNDICE E) é um aspecto valorizado em diversos artigos do jornal e nas entrevistas. É um item da ambiência que materializa a disponibilidade e o incentivo da instituição à presença paterna nesse momento. A entrada do pai é vista como um elemento que contribui para mudanças nas relações de gênero e importante para o desenvolvimento infantil. Esse posicionamento é firmemente defendido em um artigo do “Ventre” que contesta uma publicação do jornal “O Globo” (ANEXO D) cujo título é “*Deu no jornal O Globo “Presença de pais aumenta tensão nas salas de parto”, e a Casa do Parto respondeu*”:

*A vivência que nós temos com os quatro anos de existência da Casa do Parto, onde a presença dos pais na sala de parto - seja normal ou cirúrgico - é de 90% das internações, é exatamente oposta à descrita. Na Casa do Parto incentivamos a participação do pai, sem no entanto forçá-lo. Alertando-o que não deve entrar se não quiser. O que temos observado e obtido como depoimento é que: - Médicos acham que a presença do pai ajuda, inclusive reforçando o estabelecimento do vínculo pai-bebê que apresenta resultados práticos posteriormente, no seu envolvimento no pós-parto e no incentivo e apoio à amamentação. - Mães que não precisam controlar seus companheiros podem sentir cumplicidade com sua presença e viver com tranquilidade a sua parte do processo. - Pais que tinham dúvidas se queriam ou não entrar, pois não tinham claro o papel a ocupar naquele espaço, relatam terem percebido que o mais importante não é controlar a equipe médica, nem dar apoio a mulher como julgavam. Aquele momento é o de começar a viver seu lugar de pai, inclusive pela oportunidade inigualável de estarem revivendo sua própria história de nascimento e paternidade. - Se pudéssemos ter também o relato dos bebês, temos certeza de que sua aprovação quanto à presença de seus pais no momento de seu nascimento seria de 100%. Conforme demonstrado com nossa experiência de mais de 600 partos, discordamos inteiramente de nossos colegas. Será que isso não fica por conta de todas as diferenças inerentes à londrinas e latinos americanos que somos?! (VENTRE, 1997)*

O texto supracitado demonstra mais do que um posicionamento frente à presença ou não do pai na sala de parto e remete a uma leitura acerca da construção da

---

<sup>29</sup>Tipo de móvel em formato de cestinha utilizado nos primeiros meses de vida do bebê.

paternidade e do pressuposto que o parto endereça todos os envolvidos ao seu próprio nascimento. Nota-se também que o artigo encerra com uma pergunta, em tom espirituoso, que remete à questão de transpor pesquisas de outras culturas para a realidade brasileira.

Em um dos capítulos do livro “Nove Luas, Lua Nova”, a personagem Luiza relata que em um grupo de gestante foi abordado o tema o “*mito do acompanhante*”, a partir do qual tece questionamentos e reconhece sentimentos ambíguos acerca da motivação para a presença paterna durante o parto:

*Nós queremos a presença de vocês no parto como se pudessem vir embrulhados em papel celofane e programados para nos ajudar. Ou seja, o marido ideal seria o marido calmo. O que a gente pode ver é que a calma deveria estar na equipe. Vocês calmos diante do nascimento do filho? Impossível! Ao casal cabe a emoção... A Beth ainda questionou se a decisão do homem ir ou não ao parto mereceria ser decidida por ele, tendo em vista sua presença ou ausência no momento em que o filho dele vem ao mundo e não em função da necessidade feminina. Tudo isso me deu a sensação de ter tentado te empurrar para o parto, sem conseguir escutar a quantas ia você com suas coisas. Acho que isso merece ser repensado por nós dois...*  
(MACIEL, et al., 1991)

A associação desses dois relatos demonstra que, a postura institucional em garantir a presença paterna no nascimento, como um direito da família, não estava atrelada à padronização de uma prática ou ao pressuposto que essa presença seria um benefício absoluto em qualquer situação. A ideia adotada era que essa e outras escolhas envolvem complexidade, e dizem respeito à singularidade das famílias.

No fragmento citado, a personagem contrapõe sua expectativa feminina quanto ao papel do futuro pai, no momento do parto, à experiência e emoção masculina frente à construção da própria paternidade. Em ambos os textos mencionados, a presença paterna no nascimento é mais valorizada por proporcionar ao homem uma experiência que poderá influenciar positivamente os vínculos familiares do que pelo suporte e auxílio que este possa dar a mulher no momento do parto. Nessa perspectiva, o pai não

é visto como a fonte de suporte para a mulher, já que esse papel cabe à equipe que realiza a assistência.

Acerca da participação do pai “neste mundo de mulheres”, segue fragmento de texto publicado no jornal *Ventre* em 1994, cujo sugestivo título é: “O futuro homem em gestação”.

*Essa abertura me parece reflexo das mudanças que vem ocorrendo nas relações homem-mulher onde a “guerra entre os sexos” começa a ceder repertório para construção de novas relações entre os gêneros, de forma que a intimidade, a afetividade e a subjetividade deixam de ser exclusivamente “naturais” da vida da mulher e as questões políticas e de trabalho deixem de ser sinônimo de virilidade e excludente das mulheres. (VENTRE, 1994)*

Nota-se que esse texto remete à desconstrução de características naturais atribuídas ao feminino, tais como intimidade, afetividade e subjetividade. Aqui a defesa de um modelo que reconheça a presença paterna como inerente ao processo de gestação, parto e nascimento estava indissociada da transformação dos papéis sociais atribuída aos gêneros. A narrativa presente nos textos escritos no jornal e nas entrevistas remete ao rompimento com um ideário de papel parental rigidamente definido. A maternidade e a paternidade “defendida” são construídas no cotidiano com base na singularidade do núcleo familiar, a partir dos erros e acertos, “sem danos graves”.

#### **7.1.6 Doulas?**

Em relação ao “acompanhante profissional”, uma das três sócias, estava presente na instituição quando partos eram realizados. Essa presença era oferecida pelas profissionais ou solicitada pelas famílias no momento em que a parturiente decidia ter o parto na instituição e acordava os aspectos administrativos da assistência (contrato, plano de saúde, plano de pagamento).

Algumas vezes, essa função estava vinculada à filmagem do parto. Outras, nos casos em que a parturiente era participante do grupo de gestantes, a presença se dava

como continuidade desse trabalho. As entrevistadas relataram que, em algum momento da experiência da CP Nove Luas, esse acompanhamento que acontecia durante o trabalho de parto e parto começou a ser nomeado, entre os profissionais ligados ao movimento pela humanização do nascimento, como doula. Contudo, esse termo era pouco usual e desconhecido, principalmente para os usuários.

O termo “doula”, de origem grega<sup>30</sup>, foi utilizado no Ocidente, no início da década de 1980, por Dana Raphael, antropóloga reconhecida por seus estudos acerca dos padrões da lactação em diferentes culturas, por sua ação frente às empresas que produziam e comerciavam fórmulas de leite e por ter fundado, junto com Margaret Mead, o Human Lactation Center, em Westport-Connecticut. A antropóloga usou o termo ‘doula’ para nomear a pessoa que carinhosamente se importava e “maternava” a nova mãe, ao perceber o impacto dessa presença na manutenção do aleitamento materno.

Doula na concepção dessa autora, seria uma função que poderia ser incorporada pela avó do bebê, pela cunhada, pela parteira, ou por outra pessoa que oferecesse apoio e encorajamento contínuo. Essa função podia ou não ser remunerada, mas em ambas situações, sua orientação era que o suporte disponibilizado deveria ser bem definido nos seus aspectos práticos, como, por exemplo, tempo e atividades que seriam ofertadas.

O termo só começou a ser popularizado e ganhar uma conotação profissional em 1992, quando, cinco pesquisadores<sup>31</sup> em saúde materno-infantil, fundaram, nos EUA, a

---

<sup>30</sup> O termo era utilizado na Grécia Antiga para referir-se à mulher que ia ajudar a mãe no pós-parto imediato, em diversos afazeres, que iam desde acalentar o bebê, cuidar do alimento, das crianças mais velhas e das tarefas domésticas, até apoiar e orientar a nova mãe. (RAPHAEL, 1981). O termo foi questionado por profissionais, na década de 2010, principalmente na Grécia, por sua referência grega à escravidão. Algumas outras palavras foram dadas como alternativas, como “paramana”, que significa “próximo à mãe”. Isso se mostrou impossível, uma vez que o termo já era amplamente usado na maior parte do mundo, nos campos do parto, sendo hoje em dia, um termo 'neolinguístico'. (INTERNATIONAL DOULA JOURNAL, 2013)

<sup>31</sup> Marshall Klaus (neonatologista), John Kennell (pediatra), Penny Simkin (fisioterapeuta), Phyllis Klaus (psicoterapeuta e assistente social) e Annie Kennedy (educadora perinatal)

DONA International<sup>32</sup>, uma agência que se propunha a formar e certificar doulas, como acompanhantes treinadas, para oferecer suporte físico e emocional no período gravídico puerperal. (RAPHAEL, 1981; DARBY, 2018; DONA, 2020)

Esse termo demorou um pouco mais a ser usado correntemente no Brasil. E somente no ano de 2013 ocorreu a inserção de doula no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO). Na década de 1990, as profissionais que acompanhavam o pré-natal, fora do âmbito da consulta obstétrica, o faziam de acordo com a sua formação de base, aliada a conhecimentos específicos acerca do ciclo gravídico puerperal.

No Rio de Janeiro a psicóloga Vitória Pamplona que realizava um curso de formação voltado para essa área, passou a ministrar esse curso também no GIAM, espaço onde Lúcia Pires e Vânia Maciel trabalhavam. Posteriormente esse curso passa a ser ministrado na CP Nove Luas pelas duas terapeutas corporais

No setor privado, esse papel era exercido principalmente por psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas corporais, professoras de yoga, profissionais de saúde e ativistas em prol da humanização do nascimento, que atendiam gestantes em grupo ou individualmente. Muitas se dispunham, quando solicitadas a acompanhar o parto, mas como não havia uma lei que regulamentasse a presença do acompanhante (profissional ou familiar), a entrada do profissional dependia da aprovação do médico e do hospital, ou seja, de seus contatos, vínculos e inserção junto às equipes médicas.

A assistência da parturição, realizada pelas terapeutas corporais entrevistadas, iniciou-se na década de 1980, aproximadamente uma década antes de a instituição ser criada. Sua prática era semelhante às descritas posteriormente no CBO (15 anos após o

---

<sup>32</sup> “O nome DONA, referia-se inicialmente à sigla - Doulas Of Norte America, mas à “medida que a organização crescia e o papel da doula se espalhava por todo o mundo, ficou claro que DONA não era mais “Doulas Of North America”, mas uma organização internacional. Doulas da América do Norte tornou-se oficialmente DONA International durante o verão de 2004”. (DONA, 2020)

fechamento da instituição) para definir as competências da doula: “acompanhantes de parto, escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante”, como também os limites instituídos na lei 7314 de 2016, no qual “Fica vedada às doulas a realização de procedimentos médicos ou clínicos, como aferir pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoração de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamentos, entre outros, mesmo que estejam legalmente aptas a fazê-los.”, (pois no Brasil a função das doulas se diferencia das parteiras).

O papel desempenhado pelas sócias na CP Nove Luas também era condizente com a atuação das doulas (que, internacionalmente começava a ser profissionalizado). Elas exerciam a função de suporte emocional contínuo, usavam recursos para alívio não farmacológico da dor, facilitavam a troca de informações com a equipe, forneciam apoio na tomada de decisão, favorecendo o protagonismo feminino e ofereciam suporte que abrangia também o cuidado com a família.

Contudo, uma grande diferença era o fato de sua atuação ser perpassada pela condição de proprietárias da instituição. Uma das sócias, entrevistada em 1999, relatou o seu desconforto perante essa posição:

*[...] você vai discutindo essas coisas todas e vai sentindo que você está trabalhando como patrulheira, né? Você está incitando de alguma forma pessoas, para que elas fiquem ligadas e não se deixem enganar. E esse não é o clima do parto, esse não é o clima que deveria rolar no momento do nascimento, [...] E aí, só a figura da gente, já era uma figura que, de um jeito incomodava, mas de alguma forma criava um certo respeito. [...] As pessoas me davam explicações do porquê estavam precisando intervir. Isso dava um certo desconforto, porque gerava uma coisa assim... Nada era espontâneo, você realmente ocupava aquele espaço da patrulha. [...] Outro lugar, a intérprete [...] Será que quando ele diz que vai usar um pouquinho de soro para dar ritmo na contração, é isso mesmo que ele está dizendo? [...] de qualquer forma você gera um sentimento de que a pessoa não pode estar entregue, porque ela não pode confiar, porque realmente o nascimento em algum momento foi inserido em um contexto vulnerável. Um contexto vulnerável, financeiramente falando, um contexto vulnerável em termos de formação das pessoas envolvidas, que não tem habilidade para acompanhar*

*o que seria um parto mais natural por falta de preparo, por falta de experiência. Porque se você perguntar que partos essas pessoas viram de forma natural, elas não viram. [...] Então foi um trabalho assim, super de formiguinha. (MACIEL, 1999)*

À função social de “donas” do estabelecimento agregava-se a de “doulas”, marcando essas presenças com o signo de representantes oficiais dos princípios que a CP Nove Luas propunha. O comportamento pouco usual entre obstetras manifestado nos médicos visitantes<sup>33</sup> de comunicar-lhes e/ou justificar o procedimento que iam realizar pode ser interpretado de várias maneiras.

Por um lado, a lógica de prestar contas à instituição apresenta-se como uma característica das instituições privadas de saúde e poderia estar sendo reproduzida. Entretanto, é possível que esses médicos estivessem exercitando reconhecer o papel de outros atores na cena do parto e o deslocamento do protagonismo centrado na figura do médico. No trecho citado, a informante pontua que “nada era espontâneo” referindo-se a adesão a um modelo menos intervencionista.

O papel encarnado na figura por ela, denominada de “vigia” e “patrulha”, exercia a função de controle externo de práticas intervencionistas e incentivo ao “autocontrole” médico. Embora esse não fosse o lugar que considerassem mais “confortável”, essa posição, conferida pelo poder institucional, contribuía com a mudança da prática médica habitual e com a possibilidade de garantir à parturiente o esclarecimento e consensualidade sobre as ações realizadas em seu corpo. Portanto, a presença delas no momento do parto constituía-se como fator protetivo da assistência centrada na parturiente e prática alinhada às ideias da instituição.

No decorrer da entrevista, a informante ressalta a importância de uma transformação mais profunda, que envolvesse a formação e incluísse aspectos subjetivos

---

<sup>33</sup> Nesse contexto “médicos visitantes” refere-se a todos os obstetras que assistiam partos na CP Nove Luas, com exceção do obstetra Ronaldo Cortes, sócio da instituição.

dos profissionais, “autoconhecimento”. Nesse sentido, propunham-se atividades como vivências, palestras, rodas de conversas, buscando atingir principalmente a classe médica. Durante os trabalhos de parto, além do apoio à família grávida, oferecia-se suporte e ambiente acolhedor aos médicos, para que eles pudessem atuar mais seguros e relaxados.

A presença da doula é atualmente recomendação da OMS e sugerida pelo Ministério da Saúde brasileiro. Entretanto, no Brasil, as leis que garantem sua atuação existem em âmbito municipal ou estadual. Nos estados em que não operam essas normativas é comum que a mulher tenha que optar entre a doula e o acompanhante. No Rio de Janeiro, em 2016, foi sancionada a Lei que dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições de saúde, públicas e privadas, permitirem a presença da doula solicitada pela gestante, durante todo o período da internação, sem ônus para o estabelecimento. O teor de seus parágrafos garante que a presença das doulas não se confunda com a presença do acompanhante, instituído pela Lei Federal nº 11.108, que estas podem entrar com seus respectivos materiais de trabalho, desde que condizentes com as normas de segurança e ambiente hospitalar e que sua presença está garantida no centro cirúrgico, em circunstância na qual seja necessária uma cesárea. (BRASIL, 2016; CBO, 2013; RUSSO & LOUREIRO, 2019)

### **7.1.7 O pós-parto e a amamentação**

Os diversos textos acerca da amamentação, ao longo dos 14 exemplares do jornal, são escritos por mães, pediatras e outros profissionais de saúde. Embora os enfoques abordados difiram entre si, não há posturas nitidamente divergentes. Como esperado, os textos escritos por pediatras e profissionais de outras especialidades médicas, na sua grande maioria, referem condutas preconizadas pela área e explicam os

pressupostos que servem de base para os procedimentos, como, por exemplo, os casos extremos em que o complemento é necessário, a importância de preservar a amamentação até o segundo ano de vida e os diferentes “temperamentos” do bebê.

Os demais profissionais tendem a destacar aspectos subjetivos da amamentação, do pós-parto e da construção de vínculo entre mãe e bebê, mas também abordam temas como: a importância do colostro principalmente para prematuros, a desmistificação do leite fraco, o enaltecimento das qualidades nutritivas do leite materno e dos benefícios para o bebê, a amamentação como um estímulo à regularização do ritmo respiratório, como um promotor de vínculo, o incentivo à amamentação exclusiva e à livre demanda até os 6 meses, o manejo do aleitamento (orientação de postura que facilite a pega e a sucção, o esvaziamento do seio para atingir o leite com maior teor de gordura, dicas para evitar empedramento ou rachaduras). O aleitamento e o contato na primeira hora do nascimento também são destacados, como no trecho abaixo de uma matéria intitulada “Peitando dar o peito, do parto ao pós-parto”:

*No momento do nascimento um doutor muito bem intencionado, toma o bebê para si, meio que o rouba, e rapidamente lhe administra uma série de cuidados e exames que os modernos manuais de Pediatria preconizam... Que bom que vocês, ciência e doutores existem! Mas será que não poderiam esperar um pouquinho mais para entrar em cena? (VENTRE, 1996).*

Campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde também são apresentadas e valorizadas. Uma matéria no *Ventre* 5 (1996) intitulada “*O Homem e o Aleitamento*”, exibe uma listagem da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com 10 passos para a participação paterna no aleitamento. A lista consta de recomendações de suporte emocional expressos em verbos como: encoraje, incentive, seja paciente e compreensivo até dicas práticas como coopere nas tarefas, ocupe-se mais de outros filhos e não traga latas de leite, mamadeira ou chupetas.

Também incluía sugestões menos usuais como: divida e compartilhe as mamas de sua mulher com o bebê, mantenha o hábito de acariciar as mamas de sua mulher se você costumava a fazê-lo, fique atento às variações do apetite sexual de sua mulher, abordando o tema acerca da sexualidade do casal no período da amamentação. Em outras matérias, porém, as conduções das políticas de saúde são alvo de questionamentos, como o slogan da Campanha de Amamentação de 1996: “Quem tem peito dá leite, quem não tem dá força!”. Nesse caso, a questão abordada é a incongruência entre o tempo de licença maternidade, que, segundo o artigo, induz à introdução precoce dos alimentos e a recomendação de amamentação exclusiva até os seis meses.

*[...] Afinal o Ministério da Saúde e a Previdência Social não precisariam chegar a um acordo? Como vamos dar força à amamentação, como supostamente recomenda o Ministério da Saúde, se as Leis Trabalhistas não fazem sua parte, sendo coerentes com essas orientações. Afinal, a quem cabe dar força?... (VENTRE, 1996)*

Entretanto, a maioria dos artigos referentes à amamentação tinha seu enfoque na desmistificação da maternidade idealizada e no reconhecimento que a maternidade é construída cotidianamente e inclui erros e acertos. Muitas frases voltadas para amamentação e pós-parto configuram-se como acolhedoras e apaziguadoras de um possível sentimento de culpa materna: “*Calma: lembre-se que esta fase passa. Erre e acerte: bebês não nascem acompanhados de manual de instruções! E relaxem: eles, os bebês são à prova de mães*” ou “*Um belo dia as cólicas passam. O sono regulariza. Ele começa a te acompanhar com os olhos e até sorri. E assim de um instante para o outro deixa de ser o estranho tirano que invadira sua vida. E passa a ser alguém para se conhecer e gostar a cada dia.*”. (VENTRE 1, 1994)

Em vários trechos do jornal, nos quais foram apresentados resultados sobre a CP Nove Luas, a alta com amamentação estabelecida era um dos fatores enaltecidos. Em

um depoimento de um casal no Ventre 8, o pai ressalta que após uma demora na dequitação da placenta foi importante o prolongamento da estadia e a “ajuda preciosa na descida do leite”.

Porém, os aspectos práticos e objetivos não são os mais ressaltados nos artigos, assinados pela instituição ou por seus sócios, sobre esse tema. O resultado favorável da amamentação é relacionado principalmente à aceitação dos desconfortos, das contradições e à conexão com a “intuição” que pode ser compreendida também como autoconhecimento. O trecho a seguir escrito por Lúcia define bem a posição a respeito da amamentação e do pós-parto assumida como base para a atuação dos profissionais e da família.

*Falar da importância da amamentação já parece lugar-comum, quando tantas campanhas a favor são feitas por aí. Fundamental é nos questionarmos como fica a mulher recém-parida [...] para que o aleitamento materno mecanicamente aconteça, basta uma mulher com bico de peito protuso e um bebê com reflexo de sucção: colocar em contato um com outro e pronto. Parece simples, não fosse esse o encontro de duas histórias [...] esse encontro acontece no tempo que se chama pós-parto [...]. Espaço de tempo esse, em que ela se coloca em contato com as emoções mais diversas, lembranças primitivas, mudança de papéis, sentimentos ambíguos e inconfessáveis em relação ao bebê, necessidade de ser cuidada e obrigação de cuidar, mudanças corporais [...] Precisamos ser cuidadosos com a amamentação e compreender essa avalanche de sensações com bom senso, para que o processo simplesmente aconteça. Inúmeros livros e orientações estão à disposição, mas só cada um vivendo a experiência poderá chegar as suas próprias soluções. Todas as informações são preciosas desde que se tenha em mente que [...] é necessário estar atento, ser paciente e acima de tudo valorizar a intuição. (VENTRE, 1995)*

Em outro artigo, de uma aluna do curso de formação, é salientada a delicadeza dos processos subjetivos envolvidos na construção da maternidade e a importância da postura dos profissionais: *“É mesmo necessário [...] dos profissionais um grande equilíbrio entre a omissão e a intromissão (missão impossível?) – para ouvir o que ainda não pode ser dito, mas apenas sentido” (VENTRE 6, 1996)*

A crítica a posturas rígidas e impostas de amamentação, que desconsidera a experiência individual, também pode ser observada em outro artigo intitulado

“*Desabafo de uma mãe após um congresso de aleitamento*” (1997) no qual uma economista, militante do Grupo “Amigas do Peito”, expressa, em uma página inteira, seu descontentamento.

Ela pontua a interpretação e a divulgação apelativas, baseadas nas estatísticas, dos benefícios da amamentação (para a mãe, para o bebê e para a natureza); as orientações contraditórias (“*Uma mãe que, ainda grávida, quiser se preparar para uma boa amamentação, poderá ser protagonista de uma epopeia digna de Castro Alves.*”) e principalmente demonstra sua indignação acerca da culpabilização materna.

*[...] E as chupeta e as mamadeiras? Mães dirão que seus filhos haviam usado chupetas e tomavam água em mamadeiras e que amamentavam exclusivamente ao seio nos seis primeiros meses, depois por mais um ou dois anos. Logo, nem chupeta nem mamadeira influenciaram o desmame. E a mídia? Se mães de centros urbanos amamentam apesar de toda propaganda, por que um pediatra que foi ao famigerado congresso no navio será tão influenciado? [...] Então, quem é o vilão do desmame precoce? Descartando os produtos de leite, mamadeiras, chupetas, os profissionais de Saúde, os livros, restará a MÃE. [...] O que realmente faz uma mãe amamentar até os 6 meses exclusiva ou desmamar precocemente? Ela amamenta ou porque deu tudo certo ou porque na hora do sufoco alguém a ouviu, a entendeu, a acarinhou [...] não porque iria evitar um câncer ou porque era benéfico para seu filho ou porque existem leites em pó. Em lugares isolados do Brasil o desmame acontece com fubá ou outros sucedâneos. O desmame precoce não é só o único responsável pela mortalidade infantil; também o é o saneamento básico, a infinita pobreza, a saúde da mulher, a falta de estrutura hospitalar, as imperícias médicas e quantas mais que não me ocorrem agora.* (VENTRE, 1997)

Em relação à duração do aleitamento e à melhor idade para o desmame, a ideia mais divulgada é traduzida em um parágrafo no texto intitulado “*Vale lembrar*” em uma página dedicada à amamentação: “*Há quem amamente até os dois anos, há quem prefira parar mais cedo. Tudo vai depender das circunstâncias, é uma questão íntima entre mãe e bebê.*”.

Em outro texto intitulado “*Mamar é preciso e desmamar é fundamental*”, uma odontóloga, que se referiu à importância do parto e da amamentação no desenvolvimento das arcadas dentárias, mas considerava que o desmame é um assunto pouco abordado, faz um apelo para que essa separação não seja drástica e propõe um serviço destinado a esse tema.

*[...] Mas, agora, eu me pergunto: e o desmame? Quem falou ou vai falar? Quem vai nos orientar? Geramos, parimos e amamentamos com maior qualidade, amor. Nossas crianças são mais exigentes [...] E o desmame vamos ignorá-lo? [...] ou quem sabe passar borra de café no seio? Faz de conta que essa dupla mãe e filho nunca teve uma relação tão íntima, intensa e prazerosa? Vamos abandoná-los? Acho que não. Como fazer? Não sei, pois também estou reencontrando as minhas raízes. Estou pensando se não é necessário fazer os Amigos do Desmame. Eu e o pessoal da Casa do Parto estamos dispostos, que tal? (VENTRE, 1997)*

O pós-parto e a amamentação são concebidos, portanto, como um *continuum* que não se inicia no parto ou na gestação, mas muito antes. É um período indissociado da história da mulher e da família, o que impõe limites e possibilidades, que não podem ser alterados simplesmente pela informação ou pela obediência às normas preconizadas. Foi essa perspectiva que a C.P. Nove Luas procurou divulgar, praticar e inserir nas suas propostas formativas.

## **7.2 “Para mudar a forma de nascer é preciso mudar a forma de viver”**

As concepções propostas pela CP Nove Luas visavam a transformação na atenção perinatal, abrangia uma mudança de paradigma que extrapolava a assistência em saúde à gestação, parto e nascimento. Essa ideia, que partir de meados de 1997 é gradativamente enfatizada na instituição, é explicitada no depoimento de uma usuária, na edição 13 do jornal *Ventre*, na qual ela expressava sua indignação pela interrupção das atividades da instituição, que começava a se anunciar: *“A Casa do Parto não é só um lugar para se nascer! É a possibilidade de transformarmos vida através daquele momento!”*

Nessa época, frente as dificuldades e resistências enfrentadas, um novo slogan, parafraseando a frase original de Michel Odent, passou a ser usado na instituição: *“Para mudar a forma de nascer é preciso mudar a forma de viver”*. Ressalta-se aqui a construção de novos papéis e hierarquias sociais, que teriam efeitos nas relações entre

os atores que envolvem a cena do nascimento, posto que a transformação das ações em saúde, tanto são consequências das mudanças socioculturais, como também, as constroem.

*Como esperar que um ser humano vivendo numa sociedade como a nossa, que não respeita nem os mais elementares direitos do cidadão, uma forma de vida que aliena o indivíduo de si mesmo e da natureza, num contexto sexualmente repressivo e massacrante para maioria das mulheres, como esperar de tudo isso um “parto natural”? Se “para mudar a vida é preciso mudar a forma de nascer”, o contrário também é válido: “para se mudar a forma de nascer é preciso mudar a vida”. É preciso escutar o coração e reaprender a sentir o outro, [...] perceber e verdadeiramente apoiar a gestante, a mulher que vai dar à luz ajudando-a a experimentar esse processo da melhor forma possível para ela, respeitando os seus medos e limitações. (VENTRE, 1998)*

A instituição possuía desde o seu início, atividades que se constituíam como estratégias que visavam contribuir para a “mudança da forma de viver”. Essas atividades, aqui englobadas na categoria “atividades formativas”, foram as que permaneceram, junto com os grupos de gestantes, casais e pós-parto, em 1999, último ano de funcionamento, no qual não houve realização de partos na instituição.

### **7.2.1 As propostas formativas**

“Cuidar de quem cuida” era um dos focos do trabalho da CP Nove Luas. Essa concepção exprimia uma nova forma de formação condizente com os princípios mais gerais da instituição. Ela voltava-se para a equipe de trabalhadores contratados, para a equipe de gestores e era uma ideia desenvolvida no curso de formação para o trabalho com gestantes.

A metodologia que desenvolveram para conduzir os encontros era por elas nomeada “terapêutico-pedagógica”. A partir interação em grupo, propunham técnicas e vivências que favorecessem o autoconhecimento. Buscavam agregar os múltiplos

saberes e explorar a criatividade como ferramenta para lidar com o imprevisto, o que consideravam que fomentava o “exercício de uma prática continuamente renovada”.

Para as entrevistadas a regularidade dos encontros com as equipes era fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade e por isso devia ser empreendido um esforço para que esse espaço fosse preservado e não sucumbisse à agenda apertada. Simultaneamente, consideravam imprescindível que não acontecesse por mera formalidade, pois se constituía, ao contrário, um recurso para evitar a armadilha do “automatismo”.

*Não acredito que as mudanças das cores nas paredes ou nas mobílias de uma maternidade seja indispensável para que aconteça um nascimento de uma forma respeitosa delicada e feliz. Mas é preciso que os profissionais envolvidos possam se desintoxicar de sua formação acadêmica tão fixada nos riscos e nas intervenções e cada vez mais distantes da observação dos processos naturais do ser humano (VENTRE, 1993)*

Supunha-se que acompanhar o nascimento de um bebê remete os envolvidos ao próprio nascimento e, portanto, que dimensão instrutiva deveria extrapolar os âmbitos da competência e a habilidade técnica dos profissionais envolvidos na cena da parturição. A instituição preconizava que as formações deviam incluir os aspectos subjetivos que motivavam os profissionais a ocupar suas funções e analisava criticamente práticas formativas cujas bases estavam estruturadas no distanciamento afetivo e na hierarquização de saberes entre profissionais e pacientes.

*É preciso também que pratiquemos em nós mesmo este “estado de abertura”, que não encontra eco na nossa formação tradicional voltada para [...] a objetividade, a técnica [...], distante e muito especializada. Precisamos repensar esse formato ou, senão, poderemos acabar utilizando nossa bagagem para simplesmente reforçarmos nossas defesas, ao invés de nos tornarmos profissionais competentes, amorosos e disponíveis. [...] Para quem foi (de)Formado para ser competente, distanciado, especializado, salvador e “solucionador”, tendo seguidores, apaixonados por suas mãos hábeis ou por suas aulas fantásticas, é difícil passar de protagonista a coadjuvante, sem um grupo de apoio. (MACIEL, 2015)*

No trecho acima se evidencia o norteador que guiava o processo formativo que a instituição propunha, no qual as atividades voltadas para o autoconhecimento eram consideradas indispensáveis para a formação de profissionais de saúde comprometidos com uma prática de cuidado eticamente alicerçada nos direitos das mulheres. Os grupos de apoio, que também foram referidos nas entrevistas como encontros com os profissionais, grupos de reflexões ou grupos de supervisão, tinham como proposta compartilhar os sofrimentos e as dificuldades que emergiam nos profissionais ao lidar com os pacientes.

Acreditava-se que expor essas questões à pluralidade de olhares do grupo, ampliava a percepção de cada um e levava ao “refinamento da prática”. Buscava-se “transpor a dualidade certo/errado” e atingir os “condicionantes por detrás das máscaras pessoais”, ou seja, considerava-se que o excesso de intervenções que ocorrem nas ações em saúde buscava aliviar a dor e a angústia, não somente do paciente, mas também do profissional, especialmente o envolvido com o parto, evento que agrega temas tabus como vida, morte e sexualidade.

*[...] temos o profissional como protetor, detentor do saber do corpo e da saúde da mulher, que desconhece seus próprios processos emocionais, decorrendo daí a desvalorização dos processos alheios - que convive com o risco e o fantasma da morte, acirrando a impotência, disfarçada e substituída pela onipotência. (VENTRE, 1994)*

Nos grupos de profissionais, o discernimento entre os significados sociais (compartilhados) e os subjetivos (pessoais) era explorado através das técnicas grupais e corporais<sup>34</sup>. Essa metodologia era utilizada na formação em serviço dos profissionais contratados pela instituição com a intenção de promover a empatia e o respeito nas ações de cuidado. Para ilustrar possíveis efeitos dessa proposta segue abaixo, trecho do

---

<sup>34</sup> Refere-se aqui a mesma metodologia utilizada nos grupos de gestantes, descrita anteriormente.

Jornal Ventre, de autoria de uma auxiliar de enfermagem, sobre sua experiência como funcionária da CP Nove Luas:

*A Casa do Parto estava precisando de uma enfermeira, quando cheguei lá estranhei um pouco, mas achei legal tudo o que foi colocado: o respeito pela paciente, pelo bebê, etc. Faz três anos que estou na Casa do Parto. [...] Há alguns dias fui convidada para trabalhar em outro hospital. Tudo certo lá, fui até bem recebida. Mas a forma de trabalhar é completamente diferente do que aprendi. Só que tudo que aprendi está enraizado no meu coração, na minha forma de trabalhar, de encarar o mundo e a vida. Acho que se não estivesse na Casa do Parto não iria achar nada de anormal e absurdo em outro hospital. Mas trabalhando na Casa do Parto seria impossível não ter revolta com que vi lá fora: Cesarianas atrás de cesarianas, todas as cirurgias no horário de emergência, você ser carinhosa com a paciente é sinal de bobeira, [...], bebê nasce e é colocado na incubadora, [...] A mãe de uma paciente falou: “Nossa como você é educada, risonha, é funcionária nova? [...] Enchi a boca, com todo orgulho, para falar que trabalho na Casa do Parto. Acho que quem pegou a filosofia da Casa, de verdade, nunca mais vai conseguir trabalhar em outro lugar. (VENTRE, 1997)*

Observa-se que a construção de melhores estruturas coletivas de cuidado tinha como ponto de partida a concepção de que a vivência pessoal e profissional não são instâncias separadas, mas aspectos da experiência subjetiva que se interinfluenciam.

### **Curso de Formação para o Trabalho em grupo com gestantes**

Na área formativa, a instituição oferecia ainda, anualmente, um curso voltado para profissionais que tinham a intenção de trabalhar com grupos de gestantes. O curso era coordenado pelas terapeutas corporais e abordava temas relativos à gestação, parto e pós-parto como: anatomia e fisiologia dos aparelhos reprodutores, sexualidade, contracepção, amamentação e mito da maternidade.

A estratégia pedagógica incluía estudo teórico e vivencial. A abordagem teórica baseava-se no debate e fichamento do material bibliográfico sugerido, na elaboração de textos, os quais vários eram publicados no Jornal Ventre, na produção de relatórios reflexivos acerca do encontro semanal e na supervisão em grupo, de casos clínicos, que

poderiam ser trazidos pelas participantes ou desenvolvidos a partir de uma experiência ocorrida na instituição.

As atividades vivenciais como dinâmicas grupais e jogos dramáticos, que buscavam sensibilizar o profissional, despertar a empatia e promover a conscientização de aspectos da esfera pessoal que inter-relacionados a prática profissional. Era um curso com carga horária de 90 horas distribuídas em encontros semanais de 5 horas, o que conferia duração aproximada de 5 meses.

O curso não oferecia estágios, mas as alunas (era um curso eminentemente buscado por mulheres) tinham acesso às atividades promovidas pela instituição. Em alguns anos foi oferecido estágio no Centro de Saúde Santa Rosa, mas não houve demanda significativa para essa proposta.

### **Visitas guiadas**

A instituição, contava também, com visitas guiadas à instituição, que podem ser consideradas estratégias formativas e se diferenciavam das visitas de casais, que buscavam conhecer às instalações e atividades, no intuito de decidir se iriam aderir aos serviços oferecidos que quisessem conhecer a instituição. Incentivava-se a visita de profissionais, especialmente de “recém-formados que procuravam formas não tradicionais de lidar com o nascimento”.

As visitas às instalações eram acompanhadas por uma das três sócias e os temas eram desenvolvidos conforme a categoria profissional e interesse do grupo visitante, sendo em geral exibido o vídeo de divulgação da CP Nove Luas ou outros do acervo que julgassem pertinente.

Vitória Pamplona, psicóloga que, desde a década de 1980, também realizava curso de formação para trabalho de grupo com gestantes, no Rio de Janeiro, passou a

incluir no currículo de sua atividade formativa uma visita à CP Nove Luas. Ela relata, em depoimento no Jornal *Ventre* (1997), que a visita proporcionava o contato com a prática dos conteúdos teóricos que abordava: o parto como evento familiar, a importância do acompanhante e do alojamento conjunto, a possibilidade do pai estar junto no quarto de casal, o parto como momento da sexualidade feminina, a possibilidade da mulher desfrutar os avanços tecnológicos sem perder o protagonismo e a possibilidade de fazer escolhas em comum acordo com a equipe que a acompanha. Uma proposta pioneira oferecida pela CP Nove luas era o incentivo à visitação de crianças de diferentes faixas etárias.

*Uma nova mentalidade precisa ser formada o que associe os ganhos da ciência com a integração à natureza. Assim a Casa do Parto recebe visitas marcadas de turmas de escolas que vem conhecer seu espaço e perceber que o nascimento não é mistério ligado nem a cegonhas nem pés de couves. Essas crianças poderão saber que o parto não é um evento e exclusivamente médico nem hospitalar mas ligado a ambientes aconchegantes cheios de respeito e amor. (VENTRE, 1996)*

*Precisamos fazer investimento na humanização do nascimento, a curto, médio e longo prazo. Então as criancinhas, que elas vejam que pode ser diferente, [...] Teve um que trouxe a mãe grávida para entrar na Casa, porque a mãe foi para o hospital e ela queria que o irmão nascesse aqui. Sabe assim, umas coisas super bonitas. (Entrevista: MACIEL, 1999)*

As visitas de turmas escolares abarcavam desde a pré-escola ao ensino médio e incluía o debate de temas como: planejamento familiar, tipos de parto, métodos contraceptivos e sexualidade, cuja linguagem era adaptada à faixa etária do grupo visitante. Era comum que os temas abordados durante a visita às instalações fossem desenvolvidos posteriormente em seminários e eventos escolares, como, por exemplo, as “Feiras de Ciências”.

### **Palestras e práticas terapêuticas**

Paralelamente às atividades voltadas diretamente para a assistência perinatal e para a saúde da mulher, a instituição oferecia atividades, vinculadas ao campo da saúde

tais como terapias corporais, psicoterapias, grupos para a terceira idade, atividades voltadas para adolescentes. Incluía-se nesse universo, desde a sua fundação, a divulgação e promoção das terapias alternativas, atualmente denominadas no Brasil, pelo MS, como PICS<sup>35</sup>. Tratava-se de serviços como; homeopatia, floral, massagem energética, astrologia, medicina chinesa, renascimento, dentre outros.

As práticas alternativas oferecidas pela CP Nove Luas, não estavam especificamente dirigidas à assistência perinatal, mas também eram alvo de interesse desse público. Madel Luz (2005) compreende essas práticas como outras racionalidades médicas que se propõem a despertar a autonomia do paciente, se pautam na consolidação de uma medicina que tenha como categoria central a saúde e não a doença e nas quais a relação médico-paciente é vista como elemento essencial da terapêutica, Percebe-se que as bases das terapias alternativas, conforme concebidas pela autora, estão em consonância com as concepções que guiavam a assistência perinatal na CP Nove Luas.

### **7.2.2. O encerramento das atividades**

Em relação ao tempo de duração da CP Nove Luas, surge o questionamento se era uma instituição economicamente viável e teria condições financeiras de permanecer em funcionamento por mais tempo. Este é um tópico que não ficou claro nas entrevistas, porém parece haver unanimidade entre os quatro sócios em não atribuir à inviabilidade financeira a causa principal de interrupção das atividades. Os entrevistados relatam que a instituição nunca deu lucro, nem prejuízo – “ela se

---

<sup>35</sup> As PICS (Práticas Integrativas complementares em Saúde), denominadas pela OMS como medicinas tradicionais e complementares, foram institucionalizadas no SUS em 2006. Por meio da portaria GM/MS 849, em 2017, foram ampliadas novas opções terapêuticas na atenção à saúde, com o objetivo de contribuir para a redução do uso de medicamentos, melhora da autoestima e da qualidade de vida dos usuários. (BRASIL, 2018)

mantinha”. Porém nas narrativas ressaltam a distinção entre o trabalho realizado para sustentação da casa (as atividades de administração, a gestão e a direção técnica) e suas práticas profissionais individuais (os grupos, os atendimentos terapêuticos, as consultas e a prática obstétrica), sendo que as primeiras não eram remuneradas.

*Não foi uma, nem duas vezes que eu não dormi em casa não, foram inúmeras vezes [...] Nenhuma de nós tirou, um real, um nada daqui de dentro. Tipo assim, se eu resolvesse que ia parar de ser fisioterapeuta morria de fome. Então todo esse tempo eu tive que me manter, Denise teve que manter a vídeo [locadora], Lúcia trabalhando, Ronaldo trabalhando, ele ganhava o dinheiro de parto. Mas da Casa do Parto, todo o trabalho - se vai mamar, se não vai mamar, quem está fazendo sensibilização com isso e aquilo. Para ter aquele clima, parece que basta colorir a parede, mas não basta colorir a parede. O clima não rola se você só colorir a parede e o pessoal continua a ser barulhento, o pessoal continuar a acordar para dar o remédio, o pessoal continuar dando remédio sem dizer o que é. Não tem como. Então, é um trabalho incansável de ler prontuário, de ver, de falar “olha eu sei que você não fez de propósito, mas não faz mais assim[...] De estar no berçário [falando] “Não, não toca assim. [...] De toda hora [falarem] “Não tá mamando, não tá pegando!”, Sabe? [...]. Então você tem que estar lá fazendo o trabalho o tempo todo. As pessoas acham assim “Ah, que delícia que você chegou cedinho agora para ficar comigo!”, era realmente muito delicioso quando eu estava, mas no dia seguinte eu tinha que trabalhar normalmente. (Entrevista: MACIEL, 1999)*

Nos relatos, o retorno financeiro não aparece como uma motivação para a criação ou manutenção do espaço. Os quatro sócios já tinham uma carreira estabelecida nas suas respectivas áreas, sendo que as terapeutas corporais e o obstetra passaram a realizá-las também na CP Nove Luas. Nos relatos a questão ideológica se sobrepõe financeira e o tema aparece atrelado à sobrecarga emocional desencadeada pelos enfrentamentos a interesses diversos e impasses relacionados aos planos de saúde. O papel de “mediador” entre os limites impostos pelos convênios e a insatisfação ou desconfiança dos usuários é expresso como fonte de desmotivação para a continuidade do trabalho.

*Aí você dá uma vacina porque o Rh da mulher é negativo, [a Seguradora de Saúde] fala que quer o exame de sangue da mãe, você manda, do filho, você manda, do marido, da caixa de material que você usou... Você fala “Ahã”. Aí pronto, 200 reais para receber. Você estava contando receber 380 quando deu a vacina. Aí você vai para a mulher e fala assim “Olha só, a senhora vai deixar um cheque para a vacina, quando seu convênio pagar a gente devolve.”. Aí era um escândalo [e falava] “Porque vocês estão me roubando!*

*Porque eu não vou pagar porra nenhuma!", Aí fala "Eu já pago o plano, o melhor do mundo..." e você só "Aham!". Aí vai indo, e você assim... A quantidade de gotinha que foi indo... E então você pensa assim "Gente, isso tudo é para que mesmo?". Aí eu mesma fazia essa pergunta... Vem cá gente, quem que quer isso mesmo? (Entrevista: MACIEL, 1999)*

As entrevistadas relatam que a proposta de assistência à parturição fazia parte de uma reflexão mais ampla de mudança de paradigma e que todas as atividades como o jornal, as visitas, as palestras, eram ferramentas importantes. Porém, “eram as mesmas pessoas a fazerem todas as coisas” (as três sócias): “como se tivéssemos uma bandeira a carregar”. (MACIEL, 1999)

Aliada a essa sobrecarga referem também o desgaste emocional frente à pressão recebida por defender valores que estavam na contracultura e lidar com a fato que, muitas vezes, os próprios usuários, que se beneficiavam de um atendimento mais respeitoso, também eram coniventes com um sistema que não possibilitava a existência desses espaços.

Quanto ao relacionamento entre os sócios, as narrativas convergem na sensação de que havia uma harmonia rara entre os quatro gestores. Não foram referidas desavenças ou conflitos entre os componentes da sociedade que interferiram na decisão de fechar a instituição. Também foi consensual os relatos que não encontraram outros parceiros, que compartilhassem os ideais e a facilidade de gerir em conjunto o projeto.

*O lado bom é que nós quatro pudemos viver uma relação que era uma simbiose de confiança, de saber o que o outro estava pensando, de não duvidar em hora nenhuma dos interesses do outro naquela história. [...] Nós quatro e a instituição da Casa do Parto, passava uma coisa de instituição sólida. A gente era uma instituição sólida, não só em termos de filosofia de trabalho, como de empresa mesmo. A gente fazia tudo com muito cuidado, cada detalhe, cada manutenção do ar refrigerado, da parte do oxigênio, da lubrificação das pinças, entendeu? Eu não conheço lugar nenhum que tenha tanto cuidado, (Entrevista: ARAUJO, 1999)*

*Formamos uma sociedade de quatro pessoas bem diferentes entre si, mas com muita idealismo e vontade de acertar, um certo grau de inconsequência, nenhuma noção de cifras e fomos ao sonho [...] Tínhamos um objetivo a alcançar e nunca esperei que fosse fácil, nunca achei que ganharia dinheiro, só sentia que seria o projeto profissional da minha vida e por isso apostei nele quase tudo que tinha [...] A medida que fui me aprofundando*

*conhecendo as condições que os nascimentos ocorrem nesse nosso tempo fui sentindo a responsabilidade de lutar pela transformação dessas condições. Hoje sou integralmente comprometida com essa causa porque nela vejo e início de possibilidades para transformar nossa sociedade. (VENTRE, 1993)*

Na entrevista, realizada com os quatro sócios, em 2019, o obstetra Ronaldo relatou que não sabe identificar porque a CP Nove Luas fechou. O grupo recordou-se que quando o obstetra se afastou da direção técnica, em 1997, para dedicar-se a laparoscopia, houve uma desestabilização da sociedade. Embora Ronaldo continuasse a ser o obstetra da casa e considerassem o médico, que o substituiu nessa função, parceiro e competente tecnicamente, o vínculo existente entre os quatro sócios era um dos pilares que sustentavam a manutenção da instituição.

A disputa entre a classe médica também foi apontada como um dos impasses enfrentados. A crítica à CP Nove Luas se dava em duas vertentes principais: que era para ricos e que não oferecia segurança. Quanto a ser um serviço caro, o obstetra Ronaldo Cortes relatou que inúmeras vezes confrontou a informação divulgada para a gestante por seus colegas médicos e o valor padrão, de fato cobrado pela instituição, e constatou que versão especulada era acentuadamente maior.

Esse fato era visto pelos sócios-gestores como um boicote aos serviços da CP Nove Luas, o que não verificavam em relação aos seus serviços profissionais individuais. Por outro lado, embora os pacotes de contrato fossem combinados caso a caso, os custos com a qualidade do serviço e a distância entre as práticas promovidas pela casa e a remuneração autorizada pelos planos de saúde, interferiam na gestão de finanças.

Por exemplo, tinham dificuldades em justificar uma diária a mais, nos casos em que julgavam importante oferecer suporte para que a mulher recebesse alta após a amamentação ter sido estabelecida, o que não era um critério justificável para as

operadoras. Outro exemplo refere-se ao valor de uma diária que cobrisse todas as refeições do acompanhante, já que possuíam alojamento conjunto para o casal.

Dentre outras, há também, as dificuldades quanto à remuneração do anestesista, já abordado anteriormente. Quanto à segurança, a crítica voltava-se para a ausência de UTI, o que para os entrevistados não se justificava, já que havia uma estrutura que possibilitava o socorro imediato e a transferência para uma instituição próxima num curto período de tempo.

Os entrevistados relataram que ser uma casa de parto, na qual um dos sócios era um médico foi o que possibilitou a sua existência naquele contexto, mas também foi o que a tornou alvo de perseguição e disputa. Não era uma competição por mercado, já que a instituição possuía apenas três quartos e não teria como atender uma grande demanda. A disputa, era ideológica, “como se a simples existência da CP Nove Luas denunciasse que era possível fazer diferente”

Pode-se, portanto, concluir que o fechamento da CP Nove Luas foi uma conjunção de diversos fatores: o exercício contínuo e não remunerado, pelas três sócias, de funções institucionais; o afastamento do obstetra da incumbência de diretor técnico da instituição; as críticas e boicotes promovidos pela classe médica obstétrica; as políticas de remuneração dos planos de saúde; os impasses com a clientela devido às condições impostas pelas operadoras de saúde e ainda a ausência de patrocínio ou políticas públicas que apoiassem sua manutenção.

*Mas o Ventre é a voz da Casa do Parto que, embora anseie o grito, como instituição inserida no sistema de saúde, se sente isolada e sem apoio externo que lhe garanta a sobrevivência. E é pega de calças curtas, precisando manter relações de boa vizinhança. Como imprimir um tom mais alto e mais forte em favor de nossa filosofia, sem compactuar com a hipocrisia reinante e ainda manter as instalações que nos permitem provar nosso discurso com a prática? Mas é no testemunho do afeto, nos momentos iniciais, que buscamos nosso gás. O Ventre dedica esse número aos nossos futuros parceiros, ou melhor, aos atuais e aos futuros parceiros. Os atuais nos mandam seguir em frente e os futuros talvez não compreendam como um dia os homens banalizaram e comercializaram tanto o nascimento. (VENTRE, 1996)*

A saudade e o luto vivido pelo fechamento da instituição são suplantados, nas narrativas, pela sensação de alívio com o seu término. “Foi ótimo, a coisa mais linda que eu vivi, mas que bom que acabou” foi uma frase proferida na entrevista realizada com o grupo e reconhecida como sentimento comum aos quatro. Pode-se deduzir que a indignação, que funcionou como força motriz para a criação da CP Nove Luas, foi também o que promoveu o desgaste emocional em seus idealizadores, que culminou com o seu fechamento.

*Eu acho que a gente durou tempo demais. ... Eu faço uma análise da Casa do Parto que eu fico pensando, faz um ano que a Casa do Parto parou de funcionar. Primeiro, para mim parece que faz muito tempo; segundo como nós fomos corajosos! [...] muito audaciosos. Em momento nenhum me ficou uma sensação de fracasso, muito pelo contrário[...] Seis anos de Casa do Parto, 700 partos que aconteceram aqui, nenhum óbito, nem de mãe e nem de bebê. Todas as contas pagas impecavelmente, todos os funcionários saíram satisfeitos. Não posso falar da totalidade do atendimento às pessoas porque isso é uma coisa impossível de se fazer, nem Cristo agradou todo mundo. Mas assim, certeza de que nós fizemos o melhor que a gente poderia fazer, em tudo! [...] O pensamento que a gente tinha e a prática, era uma coisa de vanguarda demais, uma coisa que estava fora do tempo. [...] O final da Casa do Parto, o último ano da gente, para mim, foi muito angustiante, eu estava torcendo para acabar. (Entrevista: ARAUJO, 1999)*

Uma frase recorrente nas falas das duas terapeutas corporais remete à intenção inicial que motivou o projeto: “A gente só queria mostrar que era possível.” A fisioterapeuta Vânia relata que o projeto naquele formato era um “laboratório por um determinado tempo”, que não estava estabelecido e poderia ter sido durante um tempo maior ou menor do que foi de fato. Para ela a continuidade de sua existência só seria possível se passasse a ser atrelada a outro formato, como vinculação a uma universidade ou ao poder público. Não concebiam a CP Nove Luas como um modelo a ser reproduzido na sua organização estrutural, mas como uma contribuição para a mudança de paradigma que não estava vinculada ao seu tempo de permanência.

### **7.2.3. Os desafios da Casa de Parto no contexto do sistema de saúde brasileiro**

Nos anos 1980 iniciou-se um processo gradativo de incorporação da OMS ao ideário neoliberal. Segundo Lima (2014), a discussão e alternativas para crise da saúde, então propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS, foi orientada por dois eixos centrais: a contenção de custos da assistência médica e a reestruturação do mix público-privado através da descentralização de atividades para o setor privado com o aumento da participação do usuário no custeio dos serviços de saúde. A universalização do direito à saúde, constituiu-se, portanto, dentro de uma matriz liberal sob a direção das forças dos mercados, a partir da privatização das instituições públicas, das parcerias público-privadas e das modalidades de planos de pré-pagamento e seguros-saúde. (LIMA, 2014).

No Brasil, com a criação do SUS, garantido na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser legalmente direito de todos e dever do Estado. Criou-se um sistema universal, orientado pelos princípios da integralidade e da igualdade e pelas diretrizes da descentralização, da regionalização e da participação da comunidade.

Contudo, o sistema nacional de saúde com perspectivas de predomínio do setor público sobre o privado, almejado pelo movimento social que o promoveu (Movimento pela Reforma Sanitária), iam de encontro aos interesses neoliberais internacionais de um Estado mínimo. Os princípios que caracterizavam o SUS de universalidade, integralidade e igualdade previam apenas eventualmente uma complementaridade do setor privado ao público. Já na visão do BM, os setores públicos e os privados tratavam-se de dois subsistemas com destinos e funções distintas.

O serviço público, que se destinava à camada mais pobre da população, constituía-se prioritariamente por programas de saúde preventiva focados nos fatores de risco e ações de promoção da saúde a partir de serviços clínicos essenciais e recursos

humanos oriundos da própria comunidade. O setor privado constituía-se de uma oferta abrangente de especialidades e recursos tecnológicos a serem consumidos conforme o poder aquisitivo do usuário.

Quanto à participação da comunidade, havia distinção entre como era compreendido pelo SUS e o defendido pelo BM, enquanto o primeiro visava controle social da população sobre às ações do Estado, o segundo defendia que a comunidade assumisse responsabilidades que eram do Estado, como a participação e a oferta de serviços por meio de trabalho voluntário e mutirões, por exemplo. (RIZOTTO, 2014).

Desde a década de 1980 o setor privado de saúde (constituído pela medicina de grupos, seguros privados, planos de saúde e cooperativas médicas) vinha ganhando destaque como um setor autônomo e moderno, que poderia dar suporte ao setor público, tanto por suas inovações administrativas, como realizando uma parceria na qualidade da prestação de serviços de saúde financiados com recursos públicos.

Entidades de representação dos empresários da saúde brasileiros (Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços) buscavam atuar no direcionamento da política de saúde brasileira, visando ampliar sua organização política pela difusão de valores e ideias relacionados à capacidade de gestão privada como parâmetro a ser seguido pelos serviços de saúde. (RIZOTTO, 2014; FALLEIROS, BAHIA & ESCOREL, 2014)

As entidades empresariais de saúde, para se contrapor ao controle público sobre os serviços privados contratados, ampliaram sua representação política. A ampliação dessa organização política expressou-se por meio criação da Confederação Nacional da Saúde, Hospitais e Estabelecimentos e Serviços (CNSa), em 1994, que representaram os interesses privados hospitalares, de clínicas, laboratórios e empresas vendedoras de planos de saúde. Durante essa década a indústria do complexo médico-hospitalar-

farmacêutico, favorecida pelas políticas neoliberais, se reestruturou e ganhou força na promoção de um modelo curativo de atenção à saúde, baseado em serviços de média e alta complexidade e no grande volume de recursos administrados. (RIZOTTO, 2014; FALLEIROS, BAHIA & ESCOREL, 2014).

A ideologia neoliberal proposta pelo BM e pela OMS na organização, prestação e financiamento da saúde encontrou no Brasil ambiente econômico, político e social favorável à sua aceitação. Em 1995, as deficiências do setor público brasileiro foram analisadas a partir de um documento emitido pelo BM enfatizando a necessidade do controle dos custos, da melhoria da qualidade dos serviços e da regulamentação da assistência médica, destacando a pouca atenção dada à cooperação entre o setor público e o privado.

O documento propunha uma flexibilização na proposta do setor de saúde que descaracterizava a proposta inicial do SUS. Segundo Rizotto (2014) grande parte das estratégias propostas tinha como objetivo limitar o acesso a tratamentos mais caros, como os de alta complexidade tecnológica: listas de espera, limitação de cobertura, copagamento e redução das internações e procedimentos hospitalares, aumento da produtividade dos trabalhadores e serviços de saúde.

Para a autora algumas dessas proposições foram colocadas em prática e permanecem até hoje, como as filas para procedimentos de alta e média complexidade, cota mensal e limite máximo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), avaliação e pagamento de desempenho por produtividade, bem como a migração da população não atendida no SUS para o setor privado, através dos planos e seguros de saúde. (RIZOTTO, 2014).

A criação e manutenção da CP Nove Luas foram tecidas num aparente paradoxo entre uma ideologia com raízes no movimento pela Reforma Sanitária e nos

movimentos feministas, (que marcaram a trajetória das idealizadoras da CP Nove Luas) e uma prestação de serviços privada, voltada para clientela da classe média, na esfera privada, cuja assistência no âmbito da gestação, parto e nascimento era hegemonicamente marcada pelo uso maciço das inovações técnico científicas que teve seu expoente máximo na normalização da cesariana.

Grande parte das propostas da instituição baseava-se na vivência e na reflexão acerca dos serviços prestados no setor público, como por exemplo, pensar a assistência ao parto desvinculada do médico que acompanhou o pré-natal ou o princípio da integralidade tão presente e defendido nas práticas da instituição. Sua estrutura física e administrativa de proporções diminutas, se comparadas às demais maternidades, sua gama de ações voltadas para mudança de paradigmas que se estendiam para além da gestação e parto, como a desconstrução dos papéis sociais dos gêneros e do ideário de maternidade, a divulgação e celebração das conquistas dos direitos feministas, bem como sua aderência a uma assistência perinatal menos intervencionista e mais humanizada, colocavam a instituição em posições que se distinguiam daquelas promovidas pelo serviço privado.

Apesar dessa busca de pertencimento simbólico ao ideário surgido com a Reforma Sanitária e o desenvolvimento da noção de universalização dos serviços, a análise do livro de registro de nascimentos da CP Nove Luas<sup>36</sup> aponta para um perfil de clientela que se aproxima, em vários aspectos, aos descritos por Nakano et al (2015), ao analisar maternidades privadas no Sudeste do Brasil em 2011 e as mulheres de classe média que são suas usuárias.

---

<sup>36</sup> O livro de registros era composto dos seguintes itens: Número do registro; Data da Entrada; Nome da paciente; Idade, Nacionalidade; Cor; Estado civil; Profissão; Filiação; Residência; Responsável; Médico; Quarto, Data de saída; Nome do bebê; Data de Nascimento; Número da declaração de Nascido Vivos

São mulheres que tinham em média 30 anos de idade, brancas, possuíam nível superior, exerciam profissões liberais e 82% eram casadas<sup>37</sup>. Os serviços divulgados no jornal *Ventre* (laboratórios, serviços de ultrasonografia, clínicas de pediatria, de odontologia, escolas, práticas corporais, alimentares e terapêuticas, dentre outros) também indicam semelhanças nas rotinas de autocuidado, destacando-se, entretanto pela ênfase às práticas alternativas (atualmente denominadas integrativas complementares) que se observa em anúncios como os de acupuntura, homeopatia, yoga.

As rotinas de cuidado realizadas durante a gravidez pelas mulheres que frequentavam a CP Nove Luas eram as tipicamente realizadas pelas gestantes de classe média: consultas mensais e construção de vínculo com o ginecologista obstetra, uso de tecnologias médicas e não médicas para apoiar a geração de um bebê saudável e minimizar os efeitos da gravidez sobre o corpo da mulher, realização frequente de exames laboratoriais e de imagem, uso de diversidade de técnicas e profissionais de apoio.

Contudo, para a clientela da CP Nove Luas, essas práticas não estavam vinculadas ao repertório negativo associado ao parto vaginal (experiência degradante e estigmatizante composta de dor, contorções, espasmos, sangue, secreções, gritos, descontrole e riscos) - presente no imaginário social e reforçado midiaticamente - nem à construção de justificativas para evitá-lo através da cesariana, considerada mais segura, limpa, organizada e compatível com a vida moderna. (NAKANO et al, 2015). Ao contrário buscava-se na instituição suporte para a desconstrução de imagem negativa associada ao parto normal e condições ambientais e emocionais para sua realização. Era a hegemonia do parto cirúrgico, destinado à classe média, que se buscava evitar.

---

<sup>37</sup> Refere-se aqui ao estado civil propriamente dito, observando que no livro de registro não é indicado se no percentual de mulheres com estado civil distinto do casado (18%) há existência ou não de companheiro.

A coexistência de vários aspectos aparentemente antagônicos caracterizava a proposta da instituição e circunscrevia a demanda de uma clientela específica. A produção de saúde e vitalidade, divulgadas como rotinas de cuidado, eram fortemente embasadas nas práticas integrativas complementares, mas incluíam também as tecnologias médicas.

A promoção de uma prática perinatal menos intervencionista, baseada nos princípios da integralidade e da assistência centrada na parturiente, conviviam com a existência de uma sala cirúrgica e de tecnologias que dessem segurança a equipe médica, reconhecendo a construção cultural do parto como um evento de risco. A defesa da humanização do nascimento estava associada à desconstrução do "belo parto" e do ideário do parto natural, fortemente associado ao parto de cócoras, pois se combatiam modismos que engessassem o protagonismo feminino.

Essa singularidade, que caracterizava tanto os serviços prestados pela CP Nove Luas, como a clientela que os buscava, é expressada com frequência no depoimento dos gestores em frases como: "A gente ficou no limbo, não agradava nem um, nem o outro"; "A gente fez uma coisa no meio do caminho"; "A gente foi acelerado demais para a época."; "O pensamento que a gente tinha e a prática, era uma coisa de vanguarda demais, uma coisa que estava fora do tempo."

A instituição tinha uma perspectiva inclusiva de posicionamentos, que analisados superficialmente podiam ser considerados incompatíveis. Entretanto, seu maior desafio, apontado pelos gestores da CP Nove Luas como um dos fatores que influenciou fortemente a decisão de fechamento da instituição, relacionava-se à prestação de serviços de saúde vinculada à dinâmica dos serviços privados e planos de saúde baseados numa lógica de consumo que diferiam fortemente da ideologia

promovida ou divulgada pela instituição que, embora de iniciativa privada, alinhava-se com os princípios de universalidade, igualdade e integralidade dos serviços de saúde.

No que tange a inserção institucional, o pertencimento da CP Nove Luas ao campo privado apresentou potencialidades e dificuldades. Dificuldades essas que, em última análise determinaram o fim da instituição. Criada como instituição privada, a partir da impossibilidade do projeto inicial ser instituído no campo municipal, a CP surgiu no momento de desenvolvimento dos planos e seguros.

Era um período promissor, à medida que a clientela dos setores mais elitizados da medicina previdenciária (Instituto Nacional de Assistência Médica Da Previdência Social – INAMPS) começava a se associar a seguros e planos de saúde. (BAHIA, 2008). No âmbito privado, em virtude da menor regulação e maior liberdade de organização e escolha de procedimentos e formas gerenciais, a CP parecia ter maiores possibilidades de institucionalização.

No entanto, a já observada tensão entre as propostas da Casa e os custos – financeiros e administrativos - para a sua consecução logo surgiram. Além disso, as dificuldades de conciliar a burocracia e exigências de racionalidade empresarial do campo privado ao desejo de cuidados individualizados e de melhor qualidade e menor custo das pacientes passou a ser um empecilho à continuidade do projeto que se pretendia.

## **8. O Legado**

*“Aqui nascem bebês, nascem mulheres, nascem homens, nascem sonhos...”*  
(VENTRE, 1996)

A CP foi pioneira. Sua idealização antecedeu os padrões esperados para o seu momento histórico e se projetou no tempo futuro. Hoje, ela manifesta-se na memória de

ideias e práticas que continuam a ser discutidas com intensidade. O que se idealizou e se viveu nesse espaço (que nunca foi apenas físico) deixou marcas no corpo diretivo, nos profissionais ali atuantes, nas parturientes e suas famílias, nos estudantes e observadores que por lá passaram, nos profissionais da saúde que puderam exercer suas práticas na instituição e na sociedade na qual estava inserida.

Há que se considerar também o que se produziu, em termos de valores e princípios, a partir das experiências de mulheres que antes, durante e depois do parto fizeram parte do circuito constituído em torno da instituição. Com essas mulheres, vinham seus companheiros, filhos, demais parentes e amigos que entravam em contato com uma proposta de nascer e viver de forma diferenciada daquela que se apresentava em geral.

Pensar no legado que a existência da CP Nove Luas produziu significa refletir acerca do fato de que as experiências vividas naquele cenário, por todos aqueles que participaram ativamente do mesmo, não ocupam apenas lugar de memória situado num passado recente, mas já concluído. Ao contrário, o que foi possível reunir em termos de depoimentos e material impresso remetem a consideração que a história é um processo que se reconstrói em cima de continuidades e rupturas que, juntas, compõem memórias individuais e coletivas, cujas marcas podem ser encontradas em bases dispersas, mas não passíveis de serem desconsideradas ou mesmo negligenciadas. Esse é o caso da CP Nove Luas. As marcas de sua existência, que até pode ser considerada breve, não podem ser reduzidas concretamente ao que se escreveu, ao que se falou ou se experimentou durante o período em que a casa funcionou, em termos institucionais e operacionais.

*Aos meus queridos "amigos sócios", cúmplices da vida e a você Ana Rosa que nos permitiu remexer nesse sonho sonhado junto. [...] Como dizem: saudade é o amor que fica. Para conseguir deixar lá atrás a Casa do Parto e os seus filhos precisei guardá-la em lugar seguro no meu peito. Fechei bem*

*lacradinha para que de lá nunca saíssem fantasmas com potência para me assombrar e perguntar: “E agora? Aonde foi parar tudo aquilo que acreditava, que defendia com sua Alma? Não há como enterrar experiências de missão de vida sem pagar um preço por isso. Muitas vezes, esse amasso da minha Alma traz um desassossego [...] Fica uma saudade dos amigos, das ousadias, de um tempo de mais certezas que dúvidas... de significado. Tomara, Ana, que você consiga colocar em palavras acadêmicas, o que nasceu, cresceu, floresceu e deixou alguns frutos gerados na sede de nossas almas. Não tenho dúvida que a vida possibilitou a nós quatro, [...] um grande reencontro. Que essa história não tenha fim... (Entrevista: MACIEL, 2019)*

Os vestígios passados da existência dessa instituição, com começo, meio e fim, sinalizam algo que se estende além do que está registrado nessa fração delimitada no tempo (passado), mas que se projetam, em termos de futuro. A narrativa da terapeuta corporal, lida para seus três sócios e para a pesquisadora, durante a entrevista, situa a própria produção dessa pesquisa como legado.

No sentido da representatividade de sua história, isto é, da ressonância de sua trajetória em outras trajetórias, percebe-se deslocamentos temporais que reverberaram no conjunto de práticas e conhecimentos utilizados posteriormente por outras instituições e transmitidos a outras coletividades. Nesse sentido, observa-se a repercussão da CP Nove Luas nas políticas públicas de saúde a partir de citações acerca da instituição em artigos científicos de autoria de gestores públicos e ícones do movimento pela humanização do nascimento.

Rattner et al. (2009; 2010) citam a história da CP Nove Luas e as iniciativas das terapeutas corporais Vânia Maciel e Lúcia Pires como inseridas no movimento feminista e incluídas no conjunto de iniciativas pioneiras que levaram à criação da REHUNA. A REHUNA nasceu de um encontro, em 1993, organizado por Hugo Sabatino, professor e obstetra, ligado ao Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas.

A atuação dessa entidade desde então, tem sido de relevância fundamental no processo de humanização ao parto e nascimento, pois desde sua criação promovia a interlocução entre os diversos atores, espalhados pelo Brasil, que, embora advindos de realidades socioculturais diversificadas, tinham em comum a luta por uma assistência centrada nas necessidades da parturiente e a crítica às práticas excessivamente intervencionistas.

Além do Grupo de Parto Alternativo e da Casa do Parto “Nove Luas, Lua Nova” (RJ), compareceram representantes do Cais do Parto (PE), Centro Integrado de Estudos e Pesquisa do Homem – CIEPH (SC), Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (SP), Grupo Curumim (PE), Hospital São Pio X (GO), Instituto Aurora de Yoga e Terapias (RJ), Instituto de Saúde (SP), Maternidade Escola Assis Chateaubriand (CE), Maternidade Odete Valadares (MG), Prefeitura Municipal de Campinas (SP), Puccamp (SP), Rede de Defesa da Espécie Humana – REDEH (RJ), SOS Ação-Mulher Família (SP) e da Universidade Federal de Santa Catarina (SC). (RATNER, 2009).

Um fato pouco conhecido, relatado pelos entrevistados, é que o “pontapé” inicial que culminou com a fundação da REHUNA ocorreu a partir de um telefonema de Vânia Maciel para Hugo Sabatino, no qual surgiu a ideia de um encontro que reunisse os diversos militantes pela humanização do parto e nascimento. Segundo os informantes, o encontro inicialmente iria ocorrer no Rio de Janeiro, mas por uma questão de logística e viabilidade financeira a reunião acabou por acontecer em Campinas.

Aproximadamente um ano após a criação da REHUNA, outro evento marcante recebe influência da instituição. A inspiração que a Casa de Parto “Nove Luas, Lua Nova” exerceu na concepção e implantação da Maternidade Leila Diniz (experiência de política pública pioneira em novas práticas de atenção ao parto) é citada por gestoras públicas que na década de 1990 compunham a coordenação da Secretaria Municipal de

Saúde do Rio de Janeiro como Kátia Ratto Lima (1997), Rosa Domingues (2002) e Cristina Boaretto (2003).

*Grande marco na estratégia de implantação de um modelo de atenção humanizada foi a reabertura em 1994 da Maternidade de Curicica, que passou a se chamar Maternidade Leila Diniz [...]. As concepções que a inspiraram foram baseadas em documentos internacionais (Leboyer, 1974; Odent, 1984; OMS, 1985), nacionais (Paciornik, 1991; Sabatino, 1992), e também nas experiências da Casa de Parto São Pio X em Ceres-Goiás, e da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova em Niterói-Rio de Janeiro. (BOARETTO, 2003)*

*Queríamos alguma proximidade com a maternidade de Pithiviers criada por Michel Odent em 1974 e então levamos os arquitetos para conhecer a Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, criada em 1993 em Niterói, por um grupo de profissionais de saúde com o qual parte de nossa equipe havia compartilhado o trabalho em tempos recentes e nos haviam contaminado com suas ideias... foi muito fácil para eles absorverem o espírito do projeto. (LIMA, 1997)*

Lima (1997) também descreve a participação efetiva dos quatro sócios no seminário realizado para capacitação dos funcionários da Maternidade Diniz, no ato de sua implantação. A proximidade entre as gestoras e Vania Maciel, no tocante aos ideais que as motivavam no ativismo pode ser observada nos agradecimentos das gestoras em suas produções acadêmicas: “À Vania Maciel, amiga querida, pelos nossos sonhos e realidades”. (BOARETTO, 2003); “À Vânia Maciel, por ter propiciado uma re- iniciação em toda essa história do parto e nascimento quando eu já havia desistido”. (LIMA, 1997)

Uma ação que também merece destaque foi a parceria e influência da instituição na implantação da Casa de Parto de Juiz de Fora, que tinha como intuito constituir-se uma estratégia para a diminuição de óbitos maternos relacionados à assistência. (PROGIANTI, 2013)

*Para elaborar o projeto da Casa de Parto os agentes da Comissão foram conhecer pessoalmente a experiência da Casa de Parto chamada Nove Luas Lua Nova LTDA, em Niterói, no Estado do Rio de Janeiro [...] A Comissão conseguiu recurso para a gente ir conhecer a Casa de Parto de Niterói e nós fomos. (PROGIANTI, 2013)*

Percebe-se na trajetória da CP Nove Luas, reconstruída pelos documentos e pelos relatos, elementos remanescentes dessa construção histórica que situam seu legado tanto no registro experiencial, profissional e afetivo daqueles que puderam participar das atividades ali realizadas como se ampliam influenciando as políticas públicas que tiveram relevância na Humanização da assistência ao parto e nascimento no país.

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No que se refere à saúde da mulher, a década de 1990 é marcada pela relevância dada aos conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais femininos. No Brasil, o campo da parturição, a partir dessa década, teve muitas conquistas, tanto em termos de normativas, como em práticas. Contudo, os avanços não se configuraram como consensuais nas políticas de saúde, nem na produção de conhecimento, estabeleceu-se no país, na assistência ao parto e nascimento, um acirrado campo de disputas, que envolve uma heterogeneidade de atores.

Mulheres, movimentos feministas, gestores, empresas de insumos e serviços médicos, além de diversos profissionais especialistas tais como, médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrizes, pediatras e doulas, compõem esse cenário. Tais atores se norteiam por diferentes princípios filosóficos e interesses acerca da parturição.

A CP Nove Luas, na época de sua implantação (1993), destacou--se por uma postura crítica às tendências hegemônicas de medicalização da vida que desprezavam a individualidade das mulheres e sua autonomia. As ações propostas buscavam levar em conta a pluralidade de indivíduos e suas especificidades e opunham-se a intervenções profissionais que privassem os sujeitos das informações e das escolhas acerca das decisões sobre o seu próprio corpo.

A instituição, embora se constituísse legalmente como um estabelecimento hospitalar, possuindo centro cirúrgico e tendo assistência ao parto prestada por médicos, buscava provocar rupturas com o modelo biomédico de assistência perinatal. Essa atuação a tornava reconhecida como casa de parto por seus pares no Movimento pela Humanização do Nascimento, pois suas práticas, propostas e princípios afinavam-se com esse modelo.

Nos referenciais que guiavam os princípios da CP Nove Luas, a instituição se propunha a oferecer um contexto diferenciado para a atuação médica, que incluía o incentivo à transformação da relação médico-paciente, a oferta de condições para uma prática humanizada e a tranquilidade de ter, dentro do cenário doméstico que a casa oferecia, as tecnologias nas quais a formação biomédica estava alicerçada, para serem usadas em casos emergenciais. Em relação à formação e à transformação de paradigmas sociais, a instituição propunha ações voltadas à formação em serviço dos trabalhadores da casa, para os profissionais de saúde em geral e mantinha interlocução com as instituições educacionais, desde a pré-escola às graduações.

Supunha-se que a tecnologia e a humanização eram conciliáveis e a direção da casa propunha um modelo: “sem apologias a nenhum naturalismo selvagem, nem desprezo à tecnologia”. Na escrita do jornal *Ventre*, há uma heterogeneidade de sentidos nas referências à “natureza feminina”. Esse fator está ligado à multiplicidade de autores que ali escreviam e às diversas concepções que tinham quanto à humanização do nascimento e à medicalização do parto<sup>38</sup>. Em alguns artigos dos jornais, a “natureza feminina” é remetida a um aspecto transcendente ou sagrado, com o qual o feminino teria conexão, algumas vezes nomeado como “Mãe Natureza”. Em outros, a referência à natureza é remetida à fisiologia e o reconhecimento das necessidades corporais é

---

<sup>38</sup> Refiro-me aqui às descritas no capítulo 2 “Referências teóricas”.

reconhecido como uma estratégia para o exercício da potência feminina. Essas concepções, embora diferentes, convergiam no sentido de incentivarem o exercício do protagonismo da mulher no parto.

Já o questionamento à “maternidade instintiva” ou sua concepção como atributo natural do feminino é unânime nos artigos que tratam desse tema. Em geral, tais artigos propõem rupturas com um ideário de papel parental pré-estabelecido. A gestação e parto são reconhecidos como momentos que impulsionam a mulher a rever sua condição de filha e a ressignificar aspectos de sua identidade a partir dos sentimentos ambíguos evocados nessa fase. Os sentimentos ambivalentes e a experiência do confronto entre o bebê real e o bebê esperado são temas abordados a partir de narrativas que desnaturalizam comportamentos e sentimentos socialmente associados ao amor materno. A maternidade e a paternidade “defendida” são construídas no cotidiano, com base na singularidade do núcleo familiar.

A possibilidade do pai ou outra pessoa íntima estar envolvido no processo de evolução do trabalho de parto era vista como um fator que, além de transmitir segurança afetiva para a mulher, facilitava a construção de vínculos nesse período de transição entre a gestação e o bebê no colo. A postura institucional legitimava e reconhecia a pertinência do pai no processo do parto e nascimento.

Entretanto, a representatividade nos depoimentos presentes no *Jornal Ventre* era feminina e os temas abordados diziam respeito a acerca experiência de ter seus filhos ou de ter participado dos processos da instituição, como também abordavam medos, dúvidas, indignações e ambiguidades que perpassam a maternidade. Pode-se concluir, que embora houvesse um “ativismo” na mudança do papel masculino, a voz enunciada era a das mulheres.

A concepção que norteava a CP Nove Luas era influenciada pelos princípios divulgados por Michel Odent, nos quais as alterações nas práticas de assistência à gestação, parto e nascimento são consideradas elementos que podem contribuir para a desconstrução de condicionamentos que perpetuam a manutenção de estratégias básicas de sobrevivência baseadas na dominação da natureza e de grupamentos humanos sobre outros (ODENT, 2012).

A transformação no cenário da parturição sendo multifacetada engloba vários e distintos componentes tais como; políticos, sociais, culturais, econômicos, institucionais (NAKANO et al, 2015). A instituição pesquisada propunha ações que tinham a intenção de abarcar os diversos elementos sociais que influenciavam e eram influenciados pelas práticas em saúde perinatal e construía o contexto em que os seres humanos nasciam.

Embora a prática assistencial estivesse vinculada ao setor privado, as reivindicações e análises críticas alinhavam com as políticas voltadas para o setor público. As ideias que divulgavam, cujo principal veículo era o Jornal Ventre, pretendiam contribuir com mudanças no cenário amplo da saúde no país. Sua influência mais visível no âmbito público se deu pela contribuição direta nos processos de implantação da Maternidade Leila Diniz e da Casa de Parto de Juiz de Fora. Essas, somadas à contribuição na criação da REHUNA e à experiência pessoal das mulheres, dos profissionais, famílias e bebês que por ali passaram constituem o legado da CP Nove Luas.

## REFERÊNCIAS

AABC American Association of Birth Centers. Bringing Midwife to Main Street™. **Birth Center Accreditation, 2016**. Disponível em: < <https://www.birthcenters.org/> >. Acesso em: 23 de outubro de 2020

\_\_\_\_\_. **Birth Center Definitions**. Pennsylvania, 2016

\_\_\_\_\_. **Standards for Birth Centers**. Pennsylvania, 2017

AARTS, B.; BAUER, M. W. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In BAUER, Martin W.; GASKELL, G. (Ed.) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

AIMS. **Association for Improvements in the Maternity Services**. Disponível em: < <https://www.aims.org.uk/> >. Acesso em: 7 de janeiro de 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS); INSTITUTE FOR HEALTHCAREIMPROVEMENT (IHI); HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (SBIBHAE). **Cartilha: Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde – Projeto Parto Adequado – fase 1**, Rio de Janeiro, 2016.

ALMEIDA, C. C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Orgs). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2014. p. 183-232.

ARAÚJO, G. et al. Parteras tradicionales en la atención obstétrica del noreste de Brasil. **Boletín de la Oficina sanitaria panamericana**, v. 96, n. 2, p. 147-159, 1984. Disponível em: < <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15908/v96n2p147.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER L. B. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.22, n.9, pp.3013-3022, 2017. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002903013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002903013&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

BAHIA, L. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 123-185.

BERTHERAT, M. A Antiginástica. In: BOLSANELO, D. P. (Org.). **Em Pleno Corpo: Educação Somática, Movimento e Saúde**. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2010. p. 258- 263

BOARETTO, M. C. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. 2003. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2003. Disponível em: < <https://teses.ict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf> >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 985 de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 26 de agosto de 1999, seção 1, p. 69. Disponível em:< <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 3613, de 18 de julho de 2001. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado do rio de janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: < <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/90717/lei-3613-01>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher (2001). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Lei 11.108 7 abril de 2005 - Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 08 de abril de 2005. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=Art.,-19%2DJ.>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=Art.,-19%2DJ.>) >. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2004. - Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)> Acesso em: 11 de maio de 2019

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos)

\_\_\_\_\_. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Oficina de Ambiência para o Parto e Nascimento**. Rede Cegonha. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização DAPES /SAS Ministério da Saúde. Brasília. DF. 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 904, de 29 de maio de 2013, publicada no DOU, 31 maio 2013, seção 1, p.68-72 revoga parcialmente a portaria MS/GM nº 1.459, de 24-06-2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html)>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Sumário Executivo Temático da Pesquisa, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 18 de abril de 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.314 de 15 de junho de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do Estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=324914#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20obrigatoriedade%20das,sempre%20que%20solicitadas%20pela%20parturient e.>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. FIOCRUZ. **Diretrizes Globais para a Prevenção de Infecções de Sítio Cirúrgico**. Sumário Executivo. Proqualis / Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2017

\_\_\_\_\_. **Glossário temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva de Atenção à Saúde – Brasília, 2018

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2018**. Ministério da Saúde, 2018

\_\_\_\_\_. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Ministério da Saúde. Brasília: 2018. 48 p

\_\_\_\_\_. Portaria nº 186, de 3 de fevereiro de 2020. Publica lista de propostas desabilitadas no âmbito do Programa Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF de 06 de fevereiro de 2020, ed. 26, seção 1, p.82. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-186-de-3-de-fevereiro-de-2020-241824383>>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. MS/SVS/DASIS - **SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2020.

BISSIO, B.; COSTA, P. **Rumo a Beijing**. In: RIMA - Repositório Institucional IM-UFRRJ. Centro de Documentação e Imagem, CEDIM. CTM - Revista Cadernos do Terceiro Mundo. Ed Brasil - Ano XX – nº184, 1995. Disponível em: [http://repositorio.im.ufrj.br:8080/jspui/bitstream/1235813/515/1/CTM\\_EdicaoBrasileira\\_AnoNumero184\\_005\\_RumoaBeijing.pdf](http://repositorio.im.ufrj.br:8080/jspui/bitstream/1235813/515/1/CTM_EdicaoBrasileira_AnoNumero184_005_RumoaBeijing.pdf). Acesso em: 12 de janeiro de 2020.

BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-19 abr/jun, 1991. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Bruxas, comadres ou parteiras**: a obscura história das mulheres e a ciência. COOPMED (Pelicano): Belo Horizonte, 2005.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. **A aventura antropológica**: Teoria e Pesquisa. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra Antropologia, 1977

CARVALHO, M. L. O renascimento do parto e do amor. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 521-523, 2002. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200022](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200022)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

CASA ANGELA. Centro de Parto Humanizado. Disponível em: <<http://www.casaangela.org.br/historia.html>>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

CELLARD, A. Análise documental. In: POUPART, J.; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 295-316.

**CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES**. Código 3221-35. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>>. Acesso em: 30 de janeiro de 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM nº 9.393/06**. Parecer CFM nº 7/07. Brasília-DF, 14 de junho de 2007.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 2.056/2013**. Brasília - DF. 2013

\_\_\_\_\_. **Parecer CFM nº 7/14**. Brasília - DF. 2014

\_\_\_\_\_. **Parecer CRM-MG Nº 114/2018** – Processo-consulta Nº 97/2018 - Belo Horizonte, 23 de agosto de 2018.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **Jornal de Pediatria**, vol.91, n. 1, pp S44-51. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021->

75572015000800006&script=sci\_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

CUNHA, B. O. **Jogo urbano**: história local no Ensino de história. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Departamento de História, 2016. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/5585/1/Jogo%20Urbano%20historia%20local%20no%20ensino%20de%20hist%C3%B3ria.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

DAOLIO, J.; RIGONI, A. C. C.; ROBLE, O. J. Corporeidade: o legado de Marcel Mauss e Maurice Merleau-Ponty. **Pro-Posições**, v. 23, n. 3, p. 179-193, 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73072012000300011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73072012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

DARBY, A. "Dana Louise Raphael (1926–2016)". **The Embryo Project Encyclopedia**, 2018. Disponível em: <<http://embryo.asu.edu/handle/10776/13062>>. Acesso em: 06 de abril de 2020.

DAVIS-FLOYD, R. E.; The Rituals of American Hospital Birth. In: JAMES, P. S.; MCCURDY, D. W. **Conformity and Conflict, Reading in Cultural Antropogy**. 8ª ed., Harper Collins, Nova York, 1994, pp. 323-340.

DAVIS-FLOYD, R. E.; CHEYNEY M. Birth and the Big Bad Wolf: An Evolutionary Perspective. In: SELIN, H.; STONE P. K., (Eds). **Childbirth across Cultures**. Dordrecht, The Netherlands: Springer, 2009

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: Notas teóricas. In BOSI, M. L. M. **Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**; v. I, n.1, p.80-91, 2006. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod\\_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%20E2%80%9D.pdf)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

DINIZ, C. S. G. Que valores escolhemos nesse ritual? **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v.10, n.2, p.523-27, 2002. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-026x2002000200023&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-026x2002000200023&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_ ; GRILO, C. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.627-637, 2005. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext) >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. 2002. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5214>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

DONA INTERNATIONAL. História. Disponível em: <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/history/>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2020.

ERNST, K.; BAUER, K. **The Birth Center Experience**. American Association of Birth Centers, Pennsylvania, 2014

\_\_\_\_\_. **Birth Centers in the United States**. American Association of Birth Centers, Pennsylvania, 2017

FALLEIROS, I.; BAHIA, L.; ESCOREL, S. Entidades Empresariais em Saúde e a Política Nacional de Saúde – da Saúde como direito de todos e dever do Estado à Saúde como Serviço não-exclusivo do Estado. In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R.; MATOS, A. (Orgs). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. FIOCRUZ, 2014, p.41.

FERNANDES, P. J. **Ato médico: versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil**. 2004. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6096> >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

FERREIRA, M. M. Niterói Poder: A cidade como centro político In: MARTINS, I. L.; KNAUSS, P. (Orgs.). **Cidade múltipla: temas de história de Niterói**. Niterói: Niterói Livros, 1997. p 73 - 100.

GIOVANELLA, L.; et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**, v.35, n.3, 2019. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/en\\_1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/en_1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

HOTIMSKY, S. N. **Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica**. São Paulo, 2001.

INTERNATIONAL DOULA JOURNAL, **The term “Doula” in modern Greece**, v. 21, Issue 1, 2013.

JANNUZZI, P. de M.; MATTOS, F. A. de. Duas décadas de conjuntura econômica, de (des)emprego... **Transinformação**, v. 13, n.2, p. 111-129, julho/dezembro, 2001. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-37862001000200008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-37862001000200008)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

KALE, P. L. **Como nascem nossas crianças? Uma análise dos nascidos vivos no município de Niterói 1992**. Anais do X Encontro Nacional de Estudos populacionais, p. 237-246, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/709/688>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artemed Editora, 2001

LARSEN, N. Birthing Center versus Hospitalized Birth. **CrissCross**: Vol. 4: Iss. 1, Article 4. 2016. Disponível em: <<http://digitalcommons.iwu.edu/crisscross/vol4/iss1/4>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

LEAL, M. do C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M., et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup.1, p.S17-S47, 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. São Paulo: Ground, 1981.

\_\_\_\_\_. **Shantala: Uma arte tradicional massagem para bebês**. São Paulo: Ground, 1992.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In PEREIRA, J. M. M., PRONKO,

M. (Orgs). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, p. 233-255, 2014.

LIMA K. M. R. **Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996):** Nascimento de um novo profissional de saúde. 1997. Dissertação (Mestrado) Instituto Fernandes Figueira FIOCRUZ, 1997. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=303674&indexSearch=ID>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

LÖWY, I. The birthinghouse as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthinghouse. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez., p.1161-1169, 2018. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702018000401161](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000401161) >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 15, p. 145-176, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

LUZ, M. da. **O melhor de Niterói é a vista do Rio - Políticas Culturais e Intervenções Urbanas: MAC e Caminho Niemeyer**. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, 2008.

MACIEL, M. E. MACIEL, V. F.; SILVA, L. P. **Nove Luas, Luas Nova: O espírito feminino revelando a experiência de gerar vida**. Gráfica La Salle, Niterói RJ, 1991.

MACIEL, V. F. Cuidando do Cuidador: Re-unir, Re-criar, re-novar. In: OGATA, M.; SITA, M. (Orgs.). **Manual completo de Treinamentos Comportamentais**, Editora Ser Mais, São Paulo, SP, 2015, p.378-384.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1980.

MARTINS, A. P. V. **A Ciência Obstétrica in Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. Protagonistas, saberes e práticas da história do parto e da maternidade no Chile. **Hist. ciênc. Saúde**, Manguinhos; v.16, n.4, p.1138-1141, out.- dez. 2009.

Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000400020](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400020)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. **Saúde em Debate**, v. 26, n.60, pp.82-102, 2002. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/riposa/resource/pt/lil-336631>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Implementação da atenção básica em saúde no Município de Niterói, RJ: estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do programa médico de família**. 2003. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

MATTHIESEN, S. Q. A Educação do corpo e as práticas corporais alternativas: Reich, Bertherat e antiginástica. **Motriz. Journal of Physical Education**. UNESP, v.4, n.4, p. 116-117, 1998. Disponível em: <<https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/87>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p. 399-422.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre. Artemed, 2014.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 25, 2002. Disponível em: < <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

NAKANO, A. R.; BONAN C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n.3, p.885-904, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300885&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300885&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n.3, p. 415-432, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000300415](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300415)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

NATIONAL WOMEN’S HALL OF FAME. Ina May Gaskin Disponível em: <<https://www.womenofthehall.org/inductee/ina-may-gaskin/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2020.

NICIDA, L. R. A.; TEIXEIRA, L. A. S.; NAKANO; A. R.; BONAN, C. Medicalização do parto: Os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 28, 2019. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medicalizacao-do-parto-os-sentidos-atribuidos-pela-literatura-de-assistencia-ao-parto-no-brasil/17102?id=17102>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

NUNES, C. História da Educação: espaço do desejo. **Em Aberto**, v. IX, n.47, p. 37-45, 1990. Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/2104>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

ODENT, M. A primeira verdade inconveniente. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 61-65, 2012. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/acervo/a-primeira-verdade-inconveniente/>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília; 1996.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar., p.15-35, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

PACIORNIK, M. **Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PEREIRA, A. L. de F. **O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

PIMENTA, T. S. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 11, supl. 1, p.67-92, 2004. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000400004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

PIMENTEL, S. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher: Cedaw 1979. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. (Série Documentos)

**Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e FJP** - Fundação João Pinheiro; 2010. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/niteroi\\_rj](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/niteroi_rj)>. Acesso em 21 jan. 2020

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.2, n. 3, p. 3-15, 1989. Disponível em: <[http://www.uel.br/cch/cdph/arqtxt/Memoria\\_esquecimento\\_silencio.pdf](http://www.uel.br/cch/cdph/arqtxt/Memoria_esquecimento_silencio.pdf)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p.200-212, 1992. Disponível em: <<http://www.pgedf.ufpr.br/memoria%20e%20identidadesocial%20A%20capraro%20.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

PONTE, C. F.; et al. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. EPSJV/COC, 2010.

PROGIANTI, J. M.; HAUCK, F. T. A implementação do Modelo Humanizado de assistência ao Parto na Cidade de Juiz de Fora. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 21, n.3, p. 324-9, 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7469>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

RAPHAEL, D. The midwife as doula: A guide to mothering the mother. *Journal of Nurse-Midwifery*, **Journal of Nurse-Midwifery**, v. 26, n. 6, p. 13-15, 1981. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0091218281901701>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 595-602, 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L.; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa - A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**. v.4, n.4, p. 215-228, 2010. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

RIESCO, M. L. G.; et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE2, p. 1297-1302, 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600026&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

RIZZOTTO, M. L. F. O Banco Mundial e o sistema nacional de saúde no Brasil. In: PEREIRA, J. M. M; PRONKO, M.; (Orgs). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, p. 255-275, 2014.

ROTHMAN, B. K. Pregnancy, birth and risk: an introduction. **Health, Risk and Society**, v.16, n. 1, p.1-6, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.876191>>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

RUSSO, J.; NUCCI, M.; SILVA, F. L.; CHAZAN, L. K. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Mana**, vol.25, n.2, pp.519-550, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132019000200519&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132019000200519&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

RUSSO, J. A.; SILVA, F. L. “A porta da transformação só abre pelo lado de dentro” Notas etnográficas sobre o processo da (trans)formação de si em cursos de capacitação de doulas. **Perspectivas Contemporâneas em Antropologia e Saúde, Cadernos de Gênero e Diversidade**. Número Especial: Reprodução, Partos, Maternidades e Paternidades: Salvador, BA, Brasil. v.5, n.4, 2019. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2020.

SANCHEZ, F.; LAKATOS, S. As campeãs de qualidade. **Revista Crescer**, Ano 5 nº 50. Editora Globo S.A. Rio de Janeiro. Janeiro de 1998. 106 p.

SALEM, T. **O casal grávido, disposições e dilemas da parceria igualitária**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

SANFELICE, C. F. de O.; et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SANTOS, R. C. S. dos; RIESCO, M. L. G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.37, n.esp., e68304, 2017. Disponível em: <doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 209-220, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SENNÁ, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.7, n.3, 2002, pp.523-525. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232002000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232002000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SILVA, A. R.; SILVA, L. F. da; LÉBEIS, M. A. **O parto humanizado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): o enfermeiro como mediador e incentivador dessa prática**. Brasília, DF, Faculdades Promove, 2014.

SILVA, E. F. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 893-903, Set. 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000300893](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300893)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SILVA, F. L.; TEIXEIRA, L.; NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, v.28, n.3, p.171-184, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000300171](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300171)>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SIMON, S. M.; BECKER, E. **Birth Centers: A Comparative Review**. The Knesset, Research and Information Center, Kiryat Ben-Gurion, Jerusalém, 2018.

SOIHET, R. Cisões, Alianças e Sucessos dos Feminismos no Rio de Janeiro. Anos 1970-1980. **Revista La Manzana de la discórdia**, v. 2, n. 1, p. 37-53, 2007. Disponível em: < <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53602>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SPINK, M. J. (Org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

THOMPSON, E. P. **A Miséria da Teoria**. Rio de Janeiro Zahar, 1981

TORNQUIST, C. S. Armadilha da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estud. Fem.**, vol.10, n.2, pp.483-492. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

\_\_\_\_\_. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis. 2004

\_\_\_\_\_. Vicissitudes da subjetividade: autocontrole, auto exorcismo e liminaridade na antropologia dos movimentos sociais. In: BONNETTI, A; FLEISHER, S. **Entre saias justas e jogos de cintura**. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

VELHO, G. Observando o familiar. In: Nunes, E. (Org). **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978

VICO, A. F. **Avaliação da Implantação dos Centros de Parto Normal no Sistema Único de Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2017. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25239>>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.  
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations for Augmentation of Labour. Summary of recommended and non-recommended practices**. World Health Organization and Jhpiego .2015. WHO/RHR/15.05.

\_\_\_\_\_. **WHO Recommendations: intrapartumcare for a positive childbirthexperience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. **Sociol. Rev.**, v.4, p.487-504, 1972. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1859-1868. 2014. Disponível em : < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601859&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601859&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

## APÊNDICE A – ESTRUTURA FÍSICA E AMBIÊNCIA

Área de acesso - externa



Área para lanches e refeições



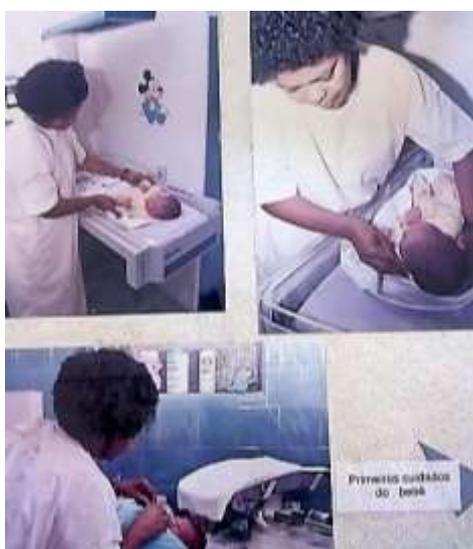
Banheira para relaxamento



Banheira para parto submerso



Berçário para primeiros cuidados



Sala cirúrgica



APÊNDICE B – CAPAS DO JORNAL VENTRE



### APÊNDICE C – ILUSTRAÇÕES

“As visitas”



“Parto não é exame de vestibular!”



“A ultrassonografia



“Pensam que é fácil ser mãe?”



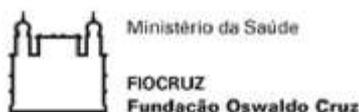
## APÊNDICE D - GRUPOS



APÊNDICE E - QUARTOS



## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa:** A trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova: Concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento

**Pesquisadores:**

Ana Rosa Ferreira dos Anjos  
Contatos: (21) 98770.8653; [ananjosferreira@gmail.com](mailto:ananjosferreira@gmail.com)  
Luiz Antônio da Silva Teixeira  
Contatos: (21) 98836.8697; [luztei3@gmail.com](mailto:luztei3@gmail.com)

**Instituição responsável pela pesquisa:**

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. - Av. Rui Barbosa, 716 - 2o andar Sala dos Professores – Flamengo Rio de Janeiro - RJ, 20021-140.

**Nome do participante:**

---

Eu, Ana Rosa Ferreira dos Anjos, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ convido-a (o) a participar da pesquisa: “A trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova: Concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento”, um estudo qualitativo, de caráter histórico.

TCLE versão \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica participante

\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisador

A assistência à gestação, parto e nascimento é um tema que possui centralidade no campo da saúde na atual conjuntura brasileira. As casas de parto são consideradas locais favoráveis a ações pautadas nas boas práticas em saúde perinatal e a proposta de implementação desse modelo foi uma das iniciativas do Ministério da Saúde, com a finalidade de melhorar a assistência.

Considerando que a Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova foi uma das instituições pioneiras a favor da assistência humanizada à gestação, parto e nascimento acredita-se que a análise de sua trajetória pode trazer contribuições para o debate das questões contemporâneas que têm se colocado nesse campo.

Sua participação é voluntária e se dará somente mediante a assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido. Uma vez iniciada a entrevista, você tem a liberdade de desistir da mesma, cancelar o consentimento ou se retirar do estudo, a qualquer momento, sem que isso implique em prejuízos a você.

Sua participação consistirá em conceder-nos uma entrevista com o objetivo de coletar dados acerca da história da casa de parto. A entrevista ocorrerá em local e horário que lhe for conveniente. Se concordar, sua entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Em caso contrário, as anotações serão feitas à mão, pelos pesquisadores. Você terá livre acesso a transcrição e anotações referentes à sua entrevista e caso deseje que algum trecho seja retirado, isso será realizado. Também poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento.

Serão garantidas sua privacidade, assim como de outras pessoas que venham a ser citadas durante a entrevista, assim como a confidencialidade das informações prestadas, que serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, incluindo a produção da dissertação de mestrado e artigos científicos. Como testemunho(a) da história da casa do parto, seu depoimento é muito relevante para nós. Contudo, seu nome será ocultado na apresentação dos resultados e divulgação do estudo, se este for o seu desejo. Você pode assinalar essa opção neste termo, em espaço próprio abaixo.

Esta pesquisa não implica em riscos objetivos, porém, se houver desconfortos, decorrentes do processo de recordar e narrar, a entrevista pode ser interrompida e os pesquisadores se comprometem em oferecer o apoio que for necessário.

TCLE versão \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica participante

\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisador

Você não receberá nenhuma forma de pagamento por sua participação, mas poderá solicitar o ressarcimento de despesas relacionadas a deslocamentos para o local das entrevistas.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados para você e para os demais entrevistados, que também serão convidadas para a apresentação pública do trabalho.

Uma via idêntica deste documento, assinada pelo pesquisador do estudo, será entregue a você antes do início da entrevista.

Todos os procedimentos adotados durante o curso da pesquisa serão disponibilizados pelos pesquisadores mediante sua solicitação. Para isso, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Ana Rosa Ferreira dos Anjos ((21) 98770-8653; ananjosferreira@gmail.com) e Luiz Antônio da Silva Teixeira ((21) 98836.8697; luiztei3@gmail.com).

Você poderá também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) que encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; telefone: 2554-1730; fax: 2552-8491).

( ) Consinto em ser identificado(a) nos materiais científicos que resultarem da pesquisa.

( ) Desejo preservar minha confidencialidade.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

TCLE versão \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Rubrica participante

\_\_\_\_\_ Rubrica pesquisador

Nome ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS

Assinatura \_\_\_\_\_

Orientador:

Nome LUIZ ANTÔNIO DA SILVA TEIXEIRA

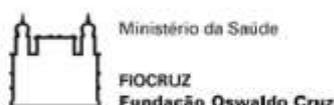
Assinatura \_\_\_\_\_

TCLE versão \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica participante

\_\_\_\_\_  
Rubrica pesquisador

## ANEXO B - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A ARQUIVO DOCUMENTAL



### CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A ARQUIVO DOCUMENTAL

**Título da pesquisa:** A trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova: Concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento

**Pesquisadores:**

Ana Rosa Ferreira dos Anjos – [ananjosferreira@gmail.com](mailto:ananjosferreira@gmail.com)

Luiz Antônio da Silva Teixeira - [luiztei3@gmail.com](mailto:luiztei3@gmail.com)

**Instituição responsável pela pesquisa:**

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.  
- Av. Rui Barbosa, 716 - 2o andar Sala dos Professores – Flamengo Rio de Janeiro - RJ,  
20021-140.

Eu, Lúcia Maria Pires da Silva, tenho ciência e autorizo o acesso aos documentos privados referentes à Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, extinta em 1999, e sua utilização para a pesquisa sob o título “*A trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova: concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento*”, realizada no Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ, sob responsabilidade do pesquisadora Ana Rosa Ferreira dos Anjos, orientada pelo Prof.º Dr. Luiz Antônio da Silva Teixeira.

Para os fins dos objetivos da pesquisa, serão disponibilizados à pesquisadora documentos diversificados, tais como, textos impressos, textos manuscritos, materiais didáticos, arquivos de mídia institucionais, que se encontram sob minha guarda.

Rio de Janeiro, 09 de agosto de 2019.

Assinatura

Nome Completo: Lúcia Maria Pires da Silva

Endereço: Rua Monte Lindo, 149 - Charitas, Niterói - RJ

Identidade: 12105728-5

CPF: 517.978.287-20

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova: concepções e práticas na atenção à gestação, parto e nascimento

**Pesquisador:** Cláudia Bonan

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18749319.3.0000.5269

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.557.681

#### Apresentação do Projeto:

As informações referentes à "Apresentação do Projeto", foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO 1407620.pdf de 09/08/2019:

"Este projeto propõe trazer elementos para a discussão acerca dos modelos de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento a partir da análise da trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova, uma instituição da rede privada que funcionou durante aproximadamente seis anos, na década de 1990, no município de Niterói. Para tal, será realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter histórico, com enfoque analítico a partir de procedimentos descritivos e interpretativos de fontes documentais e fontes orais, compostas de entrevistas com os quatro fundadores da instituição."

"Será realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter histórico, da trajetória da Casa de Parto Nove Luas, Lua Nova, instituição privada extinta em 1999. O enfoque analítico ocorrerá a partir de procedimentos descritivos e interpretativos de fontes documentais, públicas e privadas, e fontes orais, compostas de

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 3.557.681

entrevistas

narrativas com os quatro fundadores da instituição e outros informantes que no decorrer do estudo sejam considerados relevantes para o desenvolvimento dos objetivos que este projeto propõe. Os critérios para inclusão desses últimos seriam gestores estaduais ou municipais, profissionais de saúde e/ou militantes dos movimentos de humanização do parto que de alguma maneira se destaquem, seja nas entrevistas com os sócios fundadores ou na análise documental. Não serão incluídas mulheres ou outros sujeitos na condição de usuárias(os) da casa de parto".

#### **Objetivo da Pesquisa:**

As informações referentes aos "Objetivos do Projeto", foram obtidas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO de 09/08/2019: O objetivo primário é "analisar em perspectiva histórica a trajetória da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova e discutir, à luz dessa experiência, questões contemporâneas que têm se colocado no campo da assistência à gestação, parto e nascimento". O objetivo Secundário é "Compreender as concepções que nortearam a criação da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova e descrever a estrutura organizacional, as práticas, as atividades formativaseducativas

e as inter-relações da Casa do Parto Nove Luas, Lua Nova com outras iniciativas pela humanização do parto de sua época".

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme informações retiradas do arquivo de informações básicas e do TCLE, os autores dizem que serão garantidas as condições de participação voluntária e esclarecida, privacidade e confidencialidade, consideram que a pesquisa não implica em riscos objetivos, e que em caso de desconfortos, decorrentes do processo de recordar e narrar, se comprometem em oferecer o apoio necessário. Os pesquisadores consideram que a pesquisa poderá contribuir com a construção da história da saúde no Brasil e com os debates contemporâneos sobre direitos reprodutivos, especificamente aqueles

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepfff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS**



Continuação do Parecer: 3.557.681

relacionados à gravidez, parto e nascimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de nível de mestrado coerente com a linha de pesquisa do Mestrado e com os objetivos a que se propõe. Trata-se de estudo documental, com a realização de algumas entrevistas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados. Um roteiro de entrevistas foi anexado após solicitação resultante da primeira avaliação do CEP.

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1407640.pdf	21/08/2019 20:38:58		Aceito
Outros	guiaintervistas.pdf	21/08/2019 20:37:30	ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoanarosacasapartonoveluas.pdf	21/08/2019 20:36:39	ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
Outros	cartaautorizacaoassinada.pdf	15/08/2019 20:35:41	ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaaprovacaoiff.pdf	09/08/2019 15:37:26	ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/08/2019 13:43:31	ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
Orçamento	orcamento.xlsx	05/08/2019 17:31:21	ANA ROSA FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
TCLE / Termos de	tcle.pdf	05/08/2019	ANA ROSA	Aceito

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 3.557.681

Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	17:27:11	FERREIRA DOS ANJOS	Aceito
--	----------	----------	-----------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Setembro de 2019

Assinado por:

Ana Maria Aranha Magalhães Costa  
(Coordenador(a))

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

## ANEXO D

08/01/2020

[https://acervo.oglobo.globo.com/?service=printPagina&imagemPrint=https%3A%2F%2Fday0k3aayxim.cloudfront.net%2FPDFs\\_XMLs\\_artigo...](https://acervo.oglobo.globo.com/?service=printPagina&imagemPrint=https%3A%2F%2Fday0k3aayxim.cloudfront.net%2FPDFs_XMLs_artigo...)

## CIÊNCIA E VIDA

## Presença dos pais aumenta a tensão nas salas de parto

Estudo britânico levanta  
casos de crises de  
nervosismo dos maridos

Jo Knowlesley

Do Daily Telegraph

• LONDRES. A presença dos pais nas salas de parto, ao invés de ajudar, só atrapalha. A conclusão é de um estudo realizado em várias maternidades da Grã-Bretanha, segundo o qual em quase metade dos casos os homens criam problemas à equipe médica. De acordo com a pesquisa, o nervosismo dos pais, que muitas vezes desmaiam, prejudica a equipe médica e aumenta o nervosismo das mães.

Ao contrário de 20 anos atrás, quando os homens não acompanhavam normalmente o parto dos filhos, hoje em dia isto é cada vez mais comum. Dos mil casos de partos estudados, 84% contaram com a presença dos pais na sala. No entanto, a maioria das mulheres ouvidas pela pesquisa disse que se sente mais estressada com a presença dos maridos do que com o parto em si.

Janet Draper, professora de enfermagem da Universidade de Hull, realizou uma outra pesquisa que chegou à conclusão de que os homens se sentem na obrigação de participar do parto, mesmo quando não têm vontade.

— Se os homens não querem acompanhar o parto, eles não devem ceder às pressões sociais — afirmou Draper. ■