

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

**O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
e Experiências Exemplares**



Brasília-DF
2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

PARTO E NASCIMENTO DOMICILIAR ASSISTIDOS POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

**O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
e Experiências Exemplares**

Série C. Projetos, Programas e Relatórios



Brasília-DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é das áreas técnicas.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2010 – Versão *online*

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

SAF/SUL - Trecho 02 Torre II - Sala 17 - Ed. Premium

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306.8101/ 3306.8104

Homepage: www.saude.gov.br

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

SAF/Sul – Trecho 02 Lote 05/06 Torre II 1º Subsolo Sala 01 - Ed. Premium

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306 - 8006 Fax: (61) 3306 - 8023

Homepage: www.saude.gov.br

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Gestão da Atenção Básica

SAF/SUL - Trecho 02 Torre II Subsolo Sala 10 - Ed. Premium

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306.8502/ 3306.8506

Homepage: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral:

Elsa Giugliani

Lena Vânia Carneiro Peres

Nulvio Lermen Júnior

Equipe de Elaboração:

Isa Paula Hamouche Abreu

Deurides Navega Cruz

Juliana Oliveira Soares

Lívia Penna Firme Rodrigues

Núbia Melo

Paula Viana

Ticiano Ramos Nonato

Colaboração:

Luciana Nunes Fonseca

Suzanne Jacob Serruya

Regina Rodrigues de Moraes

Revisão Técnica:

Daphne Rattner

Ilustração da Capa e das Páginas 51 e 56:

Juliana Oliveira Soares

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Homepage: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Heloiza Santos

Revisão: Mara Pamplona

Diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil/*Printed Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

90 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

Modo de acesso: World Wide Web: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152>

Título da página da web (acesso em 1 dez. 2009)

ISBN

1. Parto. 2. Parteira tradicional. 3. Humanização do parto. I. Título. II. Série.

CDU 614.253.5

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0067

Títulos para indexação:

Em inglês: Home births assisted by Traditional Midwives. The program “Working with Traditional Midwives” and Exemplary Experiences

Em espanhol: Parto y nacimiento Domiciliários assistidos por Parteras Tradicionales. El Programa “Trabajando con Parteras Tradicionales y otras Experiencias Ejemplares”

Lista de Quadros

Quadro 1 – Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001–2007, por região.....	15
Quadro 2 – Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família, na Região Norte, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009.	21
Quadro 3 – Capacitações realizadas em 2000.....	71
Quadro 4 – Capacitações realizadas em 2001.....	71
Quadro 5 – Capacitações realizadas em 2002.....	73
Quadro 6 – Capacitações realizadas em 2003.....	74
Quadro 7 – Capacitações realizadas em 2004.....	76
Quadro 8 – Capacitações realizadas em 2005.....	76
Quadro 9 – Capacitações realizadas em 2005 e 2006 para formação de parteiras facilitadoras para prevenção de DST/HIV/Aids e hepatites virais – parceria PN de DST e Aids, ATSM/MS, Departamento de Atenção Básica/MS, Funasa, Departamento de Enfermagem/UnB, CPM/GO e RNPT/PE.....	78
Quadro 10 – Capacitações realizadas em 2006.....	79
Quadro 11 – Capacitações realizadas em 2007.....	80
Quadro 12 – Capacitações realizadas em 2008.....	82
Quadro 13 – Capacitações realizadas em 2009.....	82
Quadro 14 – Capacitações realizadas em 2010.....	83

Lista de Siglas e Abreviaturas

Abenfo	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Agemp	Agência de Promoção da Cidadania
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Asareaj	Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá
ATSM	Área Técnica de Saúde da Mulher
Bemfam	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cemam	Centro Miriti de Assessoria às Mulheres-Gênero e Desenvolvimento
CES	Conselho Estadual de Saúde
CHPT	Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Conselho Indígena de Roraima
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPM	Centro Popular da Mulher
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
Febrasgo	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
FSESP	Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
Ideas	Instituto de Desenvolvimento, Educação Ambiental e Solidariedade
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSMS	Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Mama	Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PN	Programa Nacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSD	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
RDSA	Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã
RDSM	Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RNPT	Rede Nacional de Parteiras Tradicionais
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Seppir	Secretaria Especial para a Promoção da Igualdade Racial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UF	Unidade da Federação
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sumário

Apresentação	9
1 O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais	11
1.1 Situações condicionantes para a elaboração do Programa	12
1.2 Objetivos.....	21
1.3 Histórico das ações do Ministério da Saúde com relação ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais	22
2 A Humanização do Parto e do Nascimento	25
2.1 Um pouco da história da assistência ao parto.....	25
2.2 O movimento pela humanização do parto e do nascimento	28
2.3 O guia para assistência ao parto normal da OMS.....	31
2.4 Principais iniciativas do Ministério da Saúde no sentido da humanização do parto e do nascimento	32
2.5 Os Centros de Parto Normal (CPN): uma estratégia importante para a humanização do parto e do nascimento.....	37
2.6 O trabalho da parteira tradicional e a humanização do parto e do nascimento ..	38
3 A Experiência do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais de 2000 a Julho de 2010	41
3.1 Atividades desenvolvidas.....	41
3.2 Recursos utilizados.....	46
3.3 Resultados alcançados.....	47
4 Experiências Exemplares de Trabalho com Parteiras Tradicionais	49
4.1 O Projeto de Saúde Reprodutiva na Reserva Extrativista do Alto Juruá – Acre .	49
4.2 Programa Nascendo na Floresta – Acre.....	49
4.3 O Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá.....	50
4.4 O Projeto Modelo de Desenvolvimento Sustentável da Floresta Caxiuanã – Pará	51
4.5 O Projeto Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres – Goiás	52
4.6 As parteiras tradicionais das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã – Amazonas.....	52
4.7 As parteiras tradicionais de Minas Gerais	53
4.8 As parteiras tradicionais da Paraíba	53
4.9 O Programa Estadual de Parteiras Tradicionais de Pernambuco	54
4.10 Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo	54
4.11 Ações voltadas para promover a atenção à saúde da mulher índia	55
4.12 A atuação da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais.....	57
5 Considerações Finais	59
Referências	61
Anexos	71
Anexo A – Capacitações realizadas no período de 2000 a 2010	71
Anexo B – Nota técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher	85
Anexo C – Materiais para o <i>kit</i> da parteira	89

Apresentação

Esta publicação apresenta um relato histórico do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde e faz o resgate de algumas experiências exemplares de trabalho com parteiras tradicionais desenvolvidas por instituições públicas e/ou organizações da sociedade civil.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora a maioria dos partos ocorra em ambiente hospitalar, o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais estão presentes no País, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais quilombolas e indígenas.

Contudo, por não estar incluído no SUS e nem mesmo ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, ocorre de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem respaldo e apoio da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança. A grande maioria das parteiras tradicionais não recebe capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País exige, entretanto, a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais.

Os índices de mortalidade materna e neonatal em nosso País ainda se encontram em patamares elevados. Tais indicadores configuram uma situação de violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, que atinge desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre as mulheres e crianças das classes sociais com menor acesso aos bens e serviços.

Levando em consideração esse contexto, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, inserindo-o entre as estratégias para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e para a qualificação e humanização da assistência obstétrica e neonatal.

A presente publicação, ao realizar o relato da experiência do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, de 2000 até julho de 2010, e ao resgatar experiências exemplares voltadas para a qualificação e humanização do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, tem por objeto induzir a reflexão junto aos gestores e profissionais de saúde sobre a importância do desenvolvimento de políticas públicas que busquem a inclusão no SUS de detentores de saberes e práticas tradicionais existentes na comunidade, tais como as parteiras tradicionais, valorizando e qualificando o seu trabalho, com vistas a potencializar e ampliar as atividades de atenção primária em saúde.

1 O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, adotou várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre elas, encontrava-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que recolocou a melhoria do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da atenção básica.

O Programa foi concebido e iniciou sua implementação em março de 2000, momento em que o Ministério da Saúde retomava com intensidade a ênfase na questão dos direitos e da humanização na atenção à saúde. Tem como pressupostos os princípios do SUS, inscritos na Constituição Federal de 1988: universalidade, equidade, integralidade e participação popular com controle social (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira.

Em muitos lugares a parteira é conhecida como “parteira leiga”, “aparadeira”, “comadre”, “mãe de umbigo”, “curiosa”, entre outras denominações. Porém, o Ministério da Saúde adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS, inserindo-o entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Visa resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias.

Foi elaborado considerando a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País, que exige a adoção de diferentes modelos de atenção obstétrica e ao recém-nascido. Esta diversidade, portanto, coloca a necessidade de implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se resgatar a dívida histórica das políticas de saúde em relação às mulheres e crianças assistidas por parteiras tradicionais.

O Programa esteve entre as 20 ações premiadas no 7º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal, Prêmio Hélio Beltrão 2002, promovido pela Escola Nacional de

Administração Pública (Enap), pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) e pelo Instituto Hélio Beltrão, tendo sido contemplado na dimensão “articulação de parcerias” (BRASIL, 2002d, 2002g).

1.1 Situações condicionantes para a elaboração do Programa

Existe um conjunto de situações que tornam premente a implementação de políticas e ações para a melhoria e a inclusão no SUS, no âmbito da atenção básica à saúde, do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, dentro de um contexto de direitos, de valorização e resgate das práticas e saberes tradicionais.

- ❖ Situação da pobreza e da desigualdade no Brasil.
- ❖ Situação da mortalidade materna e neonatal no Brasil.
- ❖ Situação do parto domiciliar e da cobertura da atenção básica no Brasil.

Situação da pobreza e da desigualdade no Brasil

As desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

A pobreza e a desigualdade estão entre os problemas mais sérios enfrentados pela população brasileira na atualidade. Segundo um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ambas diminuíram entre 2001 e 2004, mas continuam a ser um traço especialmente marcante da população residente nas regiões Nordeste e Norte, da população negra e da população rural (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2006).

Em 2001 e 2004, as desigualdades regionais permanecem elevadas. Em 2004, nada menos que 53,7% da população do Nordeste era considerada pobre¹ (26,6 milhões de pessoas), percentual que correspondia a 36,9% da população do Norte (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2006).

Analisando-se particularmente a situação da região Amazônica², suas precárias condições de vida podem ser expressas por indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³, que utiliza as dimensões de educação, renda e longevidade para medir o nível de desenvolvimento humano. Na maioria dos municípios da região, este índice se encontrava abaixo da média nacional (que era de 0,766), em 2000 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, [200-?]).

¹ No estudo em questão, a análise de pobreza apresentada está restrita ao dimensionamento dos rendimentos à disposição da população brasileira e divide-se em dois patamares. Um refere-se à indigência (ou extrema pobreza), definida como a condição da população que sobrevive com menos de um quarto de salário mínimo domiciliar mensal *per capita*. Outro concerne à pobreza, propriamente dita, conceituada como a situação daquela que vive com rendimentos entre um quarto e meio e salário mínimo. Já a mensuração da desigualdade corresponde à soma de rendimentos apropriados pelos 50% mais pobres da população, em contraste com a soma retida pelos 10% e pelo 1% mais ricos.

² A Amazônia brasileira é constituída por cerca de 810 municípios, distribuídos em nove estados – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, na região Norte do País, Maranhão, na região Nordeste e Mato Grosso, na região Centro-Oeste.

³ O IDH é um índice criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e é calculado para diversos países desde 1990. Originalmente proposto para medir a diferença entre países, foi adaptado para ser aplicado também a estados e municípios. O índice vai de zero a um, sendo que os valores mais altos indicam níveis superiores de desenvolvimento humano. Para referência, segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), os valores distribuem-se em três categorias: a) baixo desenvolvimento humano, quando o IDH for menor que 0,500; b) médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800; c) alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

Situação da mortalidade materna e neonatal no Brasil

A determinação de definir diretrizes políticas e técnicas para a inclusão do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais no SUS tem como um de seus fundamentos o compromisso com a redução da morbimortalidade materna e neonatal, que, segundo classificação da OMS, ainda se apresentam muito elevadas no Brasil, caracterizando um problema social de grande magnitude.

A mortalidade materna é um importante indicador das condições de vida e atenção à saúde das mulheres. Razões de mortalidade materna (RMM) elevadas indicam precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2004b, 2006d).

A gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença. Salienta-se que as mortes maternas são evitáveis em aproximadamente 92% dos casos (BRASIL, 2006b).

A razão de mortalidade materna (RMM)⁴ no Brasil vem diminuindo quando são observados os dados com fator de correção: ela passa de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 1990, para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 2007 (BRASIL, 2010). Os dados apresentados demonstram que a situação brasileira é inaceitável, pois em países desenvolvidos a RMM oscila de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2004b, 2008b).

Outro aspecto a considerar é que melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil estão entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, definidos na Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000. Inclui-se entre as metas para atingir esses objetivos reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a razão de mortalidade materna e em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

Com relação à mortalidade infantil, vem ocorrendo significativa diminuição no País. De 1990 a 2007, a taxa de mortalidade infantil passou de 48,0 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 19,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2007. A taxa de mortalidade infantil apresentou queda contínua e a redução decorreu principalmente da queda do componente pós-neonatal.

É importante considerar que, apesar da consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, que apresentaram taxas, em 2007, em torno de

⁴ A RMM relaciona as mortes maternas com o número de nascidos vivos e é expressa por 100.000 nascidos vivos. Frequentemente, a razão de mortalidade materna é chamada de "taxa" ou "coeficiente". Contudo, ela só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos, o que torna mais adequado o uso da expressão "razão". A RMM apresentada é resultado das informações do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) sem aplicação de fator de correção.

21,7 e 27,2, por 1.000 NV, respectivamente. A mortalidade infantil do Centro-Oeste foi de 16,9, do Sudeste, de 13,8, e do Sul, de 12,9, por 1.000 NV nesse mesmo ano. (ENCONTRO NACIONAL DOS NOVOS PREFEITOS E PREFEITAS, 2009b).

Apesar dos avanços, essas taxas são consideradas altas, se comparadas a países desenvolvidos, que apresentam média de 4 mortes por 1.000 nascidos vivos.

No período de 2000 a 2005, as principais causas de óbitos infantis foram nessa ordem: as afecções originadas no período perinatal, as malformações congênitas, as doenças infecciosas e as doenças do aparelho respiratório. As afecções perinatais representam mais da metade das causas de óbitos (BRASIL, 2008b).

A mortalidade neonatal⁵ passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 90, mantendo-se estabilizada em níveis elevados. Assim, a Taxa de Mortalidade Neonatal que era de 23,4/1.000 nascidos vivos em 1990 passou para 14,2 /1.000 nascidos vivos em 2005 (BRASIL, 2005e, 2007b).

As causas da mortalidade perinatal⁶ estão intimamente ligadas às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida das mulheres, assim como à qualidade da atenção prestada durante o pré-natal, no parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2006d).

Situação do parto domiciliar e da cobertura da atenção básica no Brasil

No Brasil, a questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais vem sendo amplamente discutida desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram desenvolvidas atividades com parteiras tradicionais, com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência, seja por parte do setor público ou de organizações da sociedade civil (BRASIL, 1994c).

Hoje em dia, a maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso são as parteiras tradicionais que prestam assistência às mulheres e crianças, muitas vezes. Entretanto, este trabalho quase sempre não é reconhecido pelo sistema de saúde local, que não oferece o apoio necessário para o desenvolvimento dessa atividade. O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais ocorre, então, em situação de exclusão e isolamento, desarticulado do SUS. A grande maioria das parteiras não recebe nenhuma capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho (ABREU; MELO; VIANA, 2003; ABREU, 2005; MASCELANI, 2002).

Uma consequência dessa desarticulação é o elevado índice de subnotificação⁷ do parto domiciliar. Em 1999, foram instituídos dois códigos no Sistema de Informação Ambu-

⁵ Morte neonatal: é a morte ocorrida no período entre 0 a 27 dias de nascimento.

⁶ Morte perinatal: morte ocorrida no período compreendido entre a 22ª semana de gestação até o 7º dia completo de nascimento.

⁷ Diz-se que um evento é subnotificado quando, por um conjunto de fatores, é possível inferir que sua ocorrência é abaixo do esperado, não correspondendo à realidade, o que compromete a qualidade do indicador. No caso da subnotificação do parto domiciliar no Brasil, a subnotificação pode estar associada aos mesmos fatores – identificados por Waldman e Jorge (1999) para o caso de acidentes e violências – : “a falta de conhecimento [...] da importância e dos procedimentos necessários para a notificação, [...] a ausência de adesão à notificação [...], falta de percepção dos profissionais, da relevância em saúde pública, [dos eventos] submetidos à vigilância.”

latorial SIA-SUS para registro do parto domiciliar: 029 – Assistência ao parto sem distócia por parteira(o); e 030 – Assistência ao parto sem distócia por enfermeira(o) obstétrica(o). O Quadro 1, que está longe de espelhar a realidade, apresenta dados do SIA-SUS sobre os partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais que foram notificados ao SUS, nos anos de 2001 a 2007.

Quadro 1 – Número de partos domiciliares realizados por parteiras tradicionais notificados ao SUS, 2001–2007, por região

REGIÃO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NORTE	4.507	6.355	5.477	3.670	4.477	4.934	6.687
NORDESTE	33.727	33.576	34.360	26.842	22.204	9.114	7.797
SUDESTE	449	277	996	-	-	-	-
SUL	126	159	3	-	-	-	-
CENTRO-OES-TE	697	231	144	80	29	-	-
TOTAL	39.506	40.598	40.980	30.592	26.710	14.048	14.484

Fonte: DATASUS/MS Tabnet SIA-SUS, produção ambulatorial do SUS, quantidade apresentada, acessado em fevereiro/2009.

No Quadro 1, observa-se uma diminuição do número de partos domiciliares notificados ao SUS. Acredita-se, entretanto, que isso se deve muito mais a um aumento progressivo da subnotificação de tais partos do que a uma real diminuição da ocorrência destes. Para entender melhor esta situação, faz-se necessário a realização de estudos, que orientem as ações dos gestores locais.

Estima-se que existe um número expressivo de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Entretanto, não se dispõe de dados que expressem o real quantitativo das parteiras, pois existe um cadastramento insuficiente destas por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, visto que ainda é predominante a situação de não articulação do trabalho das parteiras tradicionais com o sistema de saúde formal.

Vale ressaltar que a ocupação parteira consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) edição 2002 do Ministério do Trabalho e Emprego, sob o código 5151-15, na família ocupacional agentes comunitários de saúde e afins.

A CBO é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva.

A edição 2002 da CBO contém as ocupações do mercado brasileiro organizadas e descritas por famílias. Cada família constitui um conjunto de ocupações similares correspondente a um domínio de trabalho mais amplo que aquele da ocupação.

Igualmente, a ocupação parteira leiga consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Atualmente, encontram-se cadastradas no CNES 846 parteiras leigas, dados referentes a agosto/2010 (BRASIL, 2009a). Nesse banco de dados, também é evidente o subcadastramento, visto que muitos estados e municípios onde foram realizadas ações de capacitações, por meio do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, não apresentam cadastros de parteiras. Por exemplo, no Estado do Amapá, em 2000, a Agência de Promoção da Cidadania identificou, aproximadamente, 1.531 parteiras tradicionais atuantes.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, mostrou uma alta incidência de partos domiciliares nas áreas rurais (20%). Os dados sobre assistência médica ao parto levantados nessa pesquisa apontaram que, para o País, como um todo, 78% das crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa foram assistidas por um médico na ocasião do nascimento. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e parteiras foram responsáveis por cerca de 20% dos partos. Nas áreas rurais e nas regiões Norte e Nordeste, a porcentagem de partos assistidos por médico caiu para valores em torno de 55%, aumentando a representatividade de enfermeiras e de parteiras para cerca de 40% (SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997).

A PNDS realizada em 2006 indicou que 98% dos nascidos vivos nos cinco anos anteriores à pesquisa o fizeram em ambiente hospitalar. As maiores porcentagens de parto domiciliar foram observadas entre mulheres com nenhuma escolaridade (8,4%), entre aquelas que não realizaram pré-natal (32%), na área rural (3,5%) e, principalmente, na Região Norte (7,5%) (BRASIL, 2008a).

Segundo a PNDS 2006, a grande maioria dos partos foi assistida por médico (89%). Esta assistência só foi conduzida por enfermeira em 8,3% dos casos, fato mais frequente nas regiões Norte (21%) e Nordeste (14%). Os partos assistidos por parteiras tradicionais, nas regiões Norte e Nordeste, representam, respectivamente, 5,8% e 3,6% dos nascidos vivos (BRASIL, 2008a).

As regiões Norte e Nordeste são historicamente conhecidas por abrigarem os municípios com maiores problemas de exclusão social. Nessas regiões estão localizadas, igualmente, as áreas com menor cobertura de serviços de saúde, levando-se em consideração o conjunto dos três níveis de atenção: atenção básica, de média e de alta complexidade.

No contexto determinante para a elaboração do Programa, despontam realidades como a da cidade de **Marechal Thaumaturgo**, localizada na região do Alto Juruá, no Acre:

[...] situada numa altaneira ponta de terra firme, no encontro do rio Amazonas com o rio Juruá, que até 2000 contava com um único telefone público, sem serviço de correios nem banco, sem juiz nem padre, sem transporte regular fluvial ou aéreo (não há estradas), sem rede de esgotos e sem água encanada potável. De Thaumaturgo a Cruzeiro do Sul – a articulação entre o município e o resto do País – levam-se 45 minutos de teco-teco ou três dias de barco pelo sinuoso Juruá. (ALMEIDA et al., 2002, p. 105).

Na **região do Alto Juruá**, cerca de 24,6% dos partos são domiciliares, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc-AC/2002, sendo que, em Marechal Thaumaturgo, município que só por curtos períodos de tempo conta com médico(a) ou enfermeira(o) (mas que possui cerca de 70 parteiras tradicionais cadastradas), esse percentual chega a 85,8%. A Região do Alto Juruá se encontra na área do Acre ocidental, onde foi criada, em 1990, a primeira reserva extrativista do País, composta por cinco municípios (Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter), onde convivem, lado a lado, vários grupos indígenas e seringueiros, e onde a diversidade biológica se revelou uma das maiores do globo (ACRE, 2003; CUNHA; ALMEIDA, 2002).

No **Arquipélago do Bailique**, 100% dos partos são assistidos por parteiras tradicionais. O arquipélago pertence ao município de Macapá (AP) e só é possível ser acessado por via fluvial, após algo em torno de 10 horas de viagem, partindo-se do centro urbano de Macapá. Em Bailique não há médicos(as) e nem enfermeiras(os), mas existem aproximadamente 50 parteiras cadastradas (AMAPÁ, 2001).

Na **região do Médio Solimões**, localizam-se as **Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (RDSM) e Amanã (RDSA)**, consideradas a maior área protegida de conservação de florestas inundáveis. A região está localizada no Estado do Amazonas e é composta pelos municípios de Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Jutai, Japurá e Fonte Boa, compreendendo uma população total de 146.312 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [2009]). A população que habita as reservas compreende cerca de 10.000 pessoas e está distribuída em pequenas comunidades, com 20 famílias em média, que ficam localizadas ao longo dos rios Solimões, Japurá e seus afluentes. Como os serviços e as ações de saúde concentram-se nos centros urbanos, essa população ribeirinha precisa percorrer grandes distâncias em pequenas embarcações com motores de fraca potência, levando, em alguns casos, mais de 20 horas de deslocamento da sua comunidade ao centro de atendimento (SOCIEDADE CIVIL MAMIRAUÁ, 2003, 2006, 2009).

O **município de Melgaço**, localizado no **Arquipélago do Marajó**, no Estado do Pará, é um dos municípios de menor IDH do estado e está entre os mais pobres do Brasil.

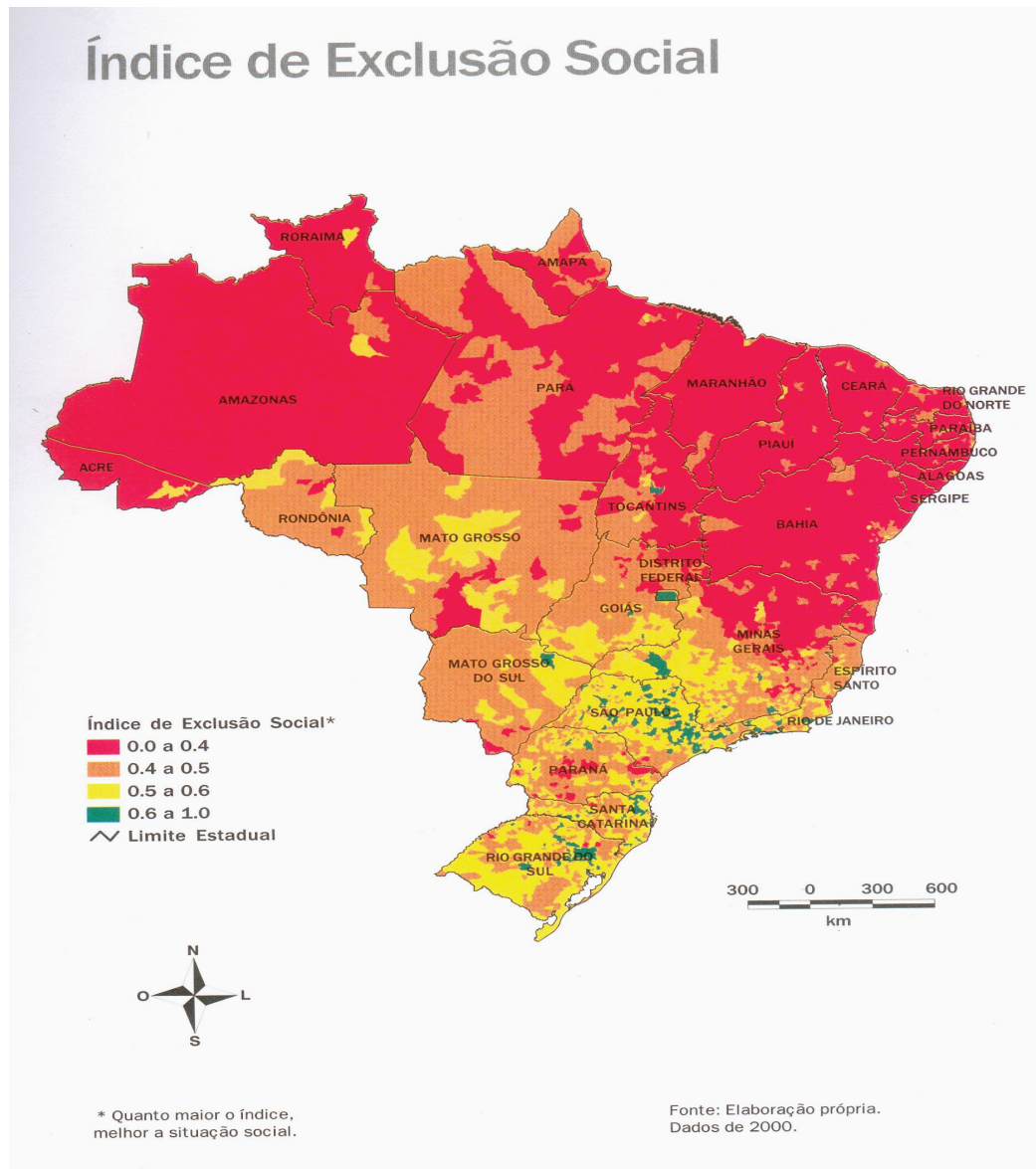
No que diz respeito aos serviços de saúde, o município possui apenas uma unidade básica de saúde, e quase 100% dos partos são assistidos por parteiras tradicionais (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2002a, 2002b). Segundo Mascelani (2002), nas diversas capacitações para parteiras tradicionais dessa região, realizadas pelo Grupo Curumim, Gestação e Parto, as parteiras relataram suas histórias de vida e suas experiências e dificuldades como parteiras em localidades desassistidas pelo sistema formal de saúde:

Contavam das noites sem dormir, do susto quando um 'compadre' vinha de longe buscá-las de canoa para fazer um parto numa ilha ou num igarapé distante. E também de suas vitórias e alegrias quando tudo dava certo e tanto as mães como as crianças sobreviviam cheias de saúde e histórias para contar. (MASCELANI, 2002, p. 113)

A **Mesorregião Geográfica do Marajó** compreende 16 municípios, que compõem uma população total de 467.822 habitantes, segundo o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [2009]). A densidade demográfica é de cerca de 4.05 habitantes/km². É a região mais pobre do Estado do Pará junto com a região do Tapajós.

Segundo Pochmann e Amorim (2004), os habitantes de aproximadamente 42% do total de municípios do País (o que equivale a 21% da população brasileira), vivem em localidades associadas às situações de exclusão social. Por outro lado, apenas cidadãos de 200 municípios (3,6% do total), o que representa 26% do total da população, residem em áreas que apresentam padrão de vida adequado. A produção e a reprodução da exclusão estão sujeitas a intensidades, alcances e modalidades diferenciados nas regiões Norte e Nordeste, por um lado, e nas regiões Centro-Sul, por outro. Nas primeiras, constata-se uma ampla "selva" de exclusão, marcada pela pobreza e também pela fome, que atingem famílias numerosas, jovens, população pouco instruída e sem experiência assalariada formal. Já nas regiões Centro-Sul observa-se uma "selva" de exclusão pontuada por alguns "acampamentos" de inclusão, onde a pobreza atinge principalmente famílias pouco numerosas, com número reduzido de crianças e jovens, sendo os indivíduos que as compõem relativamente escolarizados e detentores de experiência de assalariamento formal (POCHMANN; AMORIM, 2004).

No mapa a seguir, a representação do índice de exclusão social:



Fonte: Pochmann; Amorim (2004).

Com relação à cobertura da atenção básica, atualmente, o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é entendida como uma estratégia de reorientação da atenção básica, é de 50,7%, contando com 30.328 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 5.251 municípios, o que representa um percentual de 94,4% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de dezembro de 2009. O número de Agentes Comunitários de Saúde é ainda mais significativo, chegando a 60,8% de cobertura de ACS.

A distribuição dos estabelecimentos de saúde é marcadamente desigual entre as regiões e os estados. As diferenças ficam mais observáveis quando examinamos a distribuição de estabelecimentos de acordo com os tipos de serviços de saúde, assim definidos como serviços de atenção básica, de média e de alta complexidade. Ocorreu aumento de 49% de estabelecimentos cadastrados no Brasil entre 2004 e 2006 e estes estão mais concentrados na região Sudeste e nos municípios mais populosos (BRASIL, 2006d).

A proporção de estabelecimentos de saúde cadastrados em janeiro de 2006 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, apresentou a seguinte distribuição em ordem decrescente: Sudeste, 39,0%; Nordeste, 25,2% (para este percentual no Nordeste, contribuem significativamente os serviços de atenção básica); Sul, 20,94%; Centro-Oeste, 9%; Norte, 5,1% (BRASIL, 2006d). Em 2010, a proporção mantém desigualdades: Sudeste, 44,9%; Nordeste, 20,94%; Centro-Oeste, 8,7%, Norte, 4,4% (BRASIL, 2010).

No caso da Amazônia brasileira, a rede assistencial de saúde da região, predominantemente pública (66,1%), é ainda incipiente. As unidades públicas representam apenas 16% do total das unidades do País. Os municípios que contam com população acima de 100 mil habitantes representam 9,7% do total de municípios, e é neles que estão aproximadamente 29,3% do total de serviços de saúde da região. A participação das unidades federais de saúde é de 5,4% e das estaduais é de 8,2%. Esses dados demonstram a forte desconcentração do sistema de saúde para o âmbito municipal. (BRASIL, 2004c, 2006d, 2006e).

Na Região Norte a distribuição de médicos é de 0,57 médicos/1.000 habitantes; no Maranhão 0,49 médicos/1.000 habitantes e no Mato Grosso 0,79 médicos/1.000 habitantes, enquanto que a média brasileira é de 1,42 médicos/1.000 habitantes. Vale destacar ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e, em vários estados, profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal (BRASIL, 2004c, 2006e).

Outro aspecto que deve ser considerado é o referente às reais dificuldades para a fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos(as) e enfermeiras(os), no interior do País. De acordo com a OMS, o Brasil possui uma situação confortável na relação médico/habitante, chegando à relação de um médico por 1.712 habitantes. No entanto, na região Amazônica, por exemplo, essa média cai marcadamente, chegando a um médico por 8.400 habitantes (BRASIL, 2004c).

Apesar da região Nordeste ter acompanhado a evolução de expansão da estratégia Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), observada nestes últimos anos, inclusive tendo os maiores índices de cobertura do Brasil (70,69% de cobertura de SF e 83,87% de cobertura de ACS), ainda há muito que avançar em termos de qualidade e resolubilidade da atenção ofertada à saúde.

Dados de dezembro de 2009 mostram que a cobertura de equipes de SF na Região Norte do Brasil ainda está muito aquém do almejado, sendo somente 50,5% do território assistido por essas equipes de saúde, conforme demonstrado no Quadro 2. Esta situação, aliada a todas as características e aos outros problemas peculiares desta região, tal como a baixa densidade populacional (4 habitantes/km²), contribui para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, permanecendo ainda distante o alcance do princípio da universalidade do SUS.

Quadro 2 – Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família na Região Norte, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009

Ano	Mês	População	Agentes Comunitários de Saúde			Equipe de Saúde da Família		
			Nº de Municípios com ACS	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada	Nº de Municípios com eSF	Implantados	Proporção de cobertura populacional estimada
2008	1	15.591.792	438	26.138	78,29	415	2.078	44,01
2008	2	15.591.792	437	26.266	78,24	415	2.081	43,99
2008	3	15.591.792	434	26.229	78,18	413	2.076	43,87
2008	4	15.591.792	444	26.552	79,12	420	2.074	43,76
2008	5	15.591.792	444	26.948	80,12	423	2.128	44,96
2008	6	15.591.792	444	27.509	81,1	425	2.158	45,57
2008	7	15.591.792	448	27.898	81,88	427	2.198	46,41
2008	8	15.591.792	449	28.131	82,23	430	2.221	46,92
2008	9	15.591.792	447	28.404	82,66	427	2.238	47,28
2008	10	15.591.792	447	28.569	82,85	427	2.246	47,41
2008	11	15.591.792	445	28.681	83,06	425	2.238	47,25
2008	12	15.591.792	445	28.681	83,06	425	2.238	47,25
2009	1	15.195.860	444	28.818	82,99	424	2.248	48,05
2009	2	15.195.860	442	28.452	82,78	421	2.217	47,65
2009	3	15.195.860	441	28.496	82,82	423	2.248	48,03
2009	4	15.195.860	445	28.448	82,51	430	2.264	48,38
2009	5	15.195.860	445	28.724	83,24	427	2.290	48,74
2009	6	15.195.860	447	28.709	83,38	431	2.305	49,13
2009	7	15.195.860	447	28.642	82,78	432	2.323	49,36
2009	8	15.195.860	447	28.736	82,55	434	2.328	49,5
2009	9	15.195.860	447	28.881	82,36	435	2.353	50,01
2009	10	15.195.860	448	29.071	83,06	437	2.368	50,36
2009	11	15.195.860	447	29.050	82,89	436	2.373	50,29
2009	12	15.195.860	447	29.176	82,86	437	2.387	50,55

Fonte: Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.
Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php Acesso em: fevereiro 2010.

1.2 Objetivos

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades a atenção integral à saúde da mulher e da criança. No que se relaciona particularmente à melhoria da assistência obstétrica – com vistas à redução da morbimortalidade materna e neonatal e à ampliação do acesso, da qualificação e da humanização da atenção pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento – o Ministério vem desenvolvendo um conjunto de estratégias, incluindo-se entre elas a melhoria da atenção ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.

Objetivos do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

- ❖ Reconhecer, valorizar e resgatar o trabalho das parteiras tradicionais na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, no parto e nascimento domiciliar.
- ❖ Articular o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais ao SUS, garantindo as condições materiais, apoio logístico e rede de referência necessários para o exercício de tal prática com segurança e qualidade.
- ❖ Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das populações rurais, ribeirinhas, de floresta, residentes em locais de difícil acesso e para as populações tradicionais quilombolas e indígenas.
- ❖ Melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde para as populações em situação de exclusão social e isolamento geográfico, bem como para populações com especificidades étnico-culturais.
- ❖ Qualificar e humanizar a atenção ao parto e nascimento domiciliar.

1.3 Histórico das ações do Ministério da Saúde com relação ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais

Ao estudar a história das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em relação ao parto e nascimento assistidos por parteiras tradicionais correspondente ao período de 1943 a 1994, tem-se como principal fonte as informações contidas no manual *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*, do Ministério da Saúde de 1994 (BRASIL, 1994c).

Segundo essa fonte, sempre estiveram presentes no País atividades desenvolvidas com as parteiras tradicionais, seja por meio da atuação de Organizações Não Governamentais (ONG), seja por instituições públicas. No âmbito do setor público, destacou-se a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que posteriormente foi incorporada à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desde 1943, a FSESP iniciou o treinamento e a supervisão de parteiras tradicionais na região Amazônica, estendendo sua atuação aos estados de Minas Gerais, Espírito Santo (Vale do Rio Doce) e, posteriormente, ao Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 1994c).

No Estado do Pará, desde 1960, vários municípios desenvolviam ações em relação ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais.

Em Recife, no ano de 1964, foi criado o Programa de Parteiras Leigas, no Centro de Saúde Amaury Medeiros, integrado à Universidade de Pernambuco e à Fundação do Ensino Superior de Pernambuco.

No Ceará, a partir de 1975, o professor Galba de Araújo implementou em áreas periurbanas e rurais o Programa de Atenção Primária de Saúde (Paps), resultante de esforços integrados da Universidade Federal do Ceará, da Secretaria de Saúde do Estado, da Fundação Kellogg e do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps. Tal Programa fundamentava-se no aproveitamento dos recursos humanos da comunidade, onde a parteira era componente ativo e de grande importância.

No decorrer de 1981/1982, a então Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/MS apresentou as primeiras linhas oficiais do Ministério da Saúde sobre a assistência ao parto domiciliar, visando à redução dos óbitos maternos e perinatais.

Em 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, que introduziu um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado na integralidade e equidade das ações e com ênfase na função educativa dos serviços, para promover mais conhecimento da mulher sobre o seu próprio corpo, sua saúde e sua sexualidade. O PAISM propôs uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não só no ciclo gravídico-puerperal. Entre as diretrizes recomendadas pelo PAISM encontrava-se: “a adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência” (BRASIL, 1984, p. 22).

Em 1985, surgiu um novo documento de referência nacional intitulado *Diretrizes para Atuação da Parteira Tradicional*, que foi desenvolvido nos estados com ações de cadastramento, capacitação e supervisão em áreas de periferia urbana e área rural.

Em 1991, o Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde, em parceria com ONGs, com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), com o Unicef e outras entidades, elaborou o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais. Este Programa apresentava o seguinte pressuposto:

[...] como ponto de partida a visão do nascimento em condições dignas e seguras como um direito de cidadania [...]. O Programa Nacional de Parteiras se propõe a resgatar e apoiar o tradicional trabalho das parteiras em sua comunidade para que proporcione atenção à saúde da mulher nos períodos da gestação, parto e pós-parto. Este programa tem como base o aproveitamento das parteiras tradicionais cuja atuação já é reconhecida pela comunidade, oferecendo-lhes melhores condições de trabalho, além da sua capacitação e reciclagem (BRASIL, 1991, p. 3).

Em 1994, a Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde propôs um conjunto de diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais e elaborou três manuais: *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 1994c), que contém as diretrizes preconizadas para tal assistência; *Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Módulos das Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança* (BRASIL, 1994b), para apoiar a capacitação das parteiras tradicionais; e *Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Manual para Monitores e Supervisores* (BRASIL, 1994a), para apoiar a capacitação e a sensibilização dos profissionais de saúde.

Nos anos que se seguiram até o ano 2000, observou-se uma ausência do Ministério da Saúde em relação a esta questão. No ano 2000, com a elaboração do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, o Ministério da Saúde retoma a responsabilidade de apresentar diretrizes e induzir políticas públicas voltadas para a melhoria do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais (ABREU, 2005).

2 A Humanização do Parto e do Nascimento

2.1 Um pouco da história da assistência ao parto

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade. Por muitos milênios foi considerada uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada pelas parteiras, que também cuidavam do corpo feminino e dos recém-nascidos. As parteiras eram depositárias de um saber popular, que foi produzindo lendas e crendices sobre o corpo grávidico, associadas à natureza (BRENES, 2005). Portanto, durante muito tempo, as mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres, que podiam ser do seu ambiente mais próximo (parentes, vizinhas ou amigas), ou mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento – as parteiras.

No tempo da caça às bruxas

Vários autores afirmam que no processo de caça às bruxas houve a execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental, das quais 70% a 90% eram mulheres, principalmente no período de 1563 a 1727. Ehrenreich e English (1976) argumentam que a história da caça às bruxas e a extinção das curandeiras devem ser vistas como parte da história da exclusão das mulheres da prática curativa, já que na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias – as curandeiras, as parteiras e as herboristas. Para as autoras, a caça às bruxas fez parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento.

A medicina, ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, transformou-se em uma atividade reservada aos homens, de forma que a situação das parteiras e das curandeiras tornou-se uma ameaça ao monopólio do saber. A caça às bruxas não conseguiu acabar com as curandeiras e parteiras, mas teve como consequência a transformação de sua prática em atividade suspeita (VIEIRA, 2002).

No final do século XVI, a profissão de parteira começou a sofrer um declínio, devido à utilização do fórceps obstétrico, que foi inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540–1596). O fórceps trouxe mudanças radicais à assistência obstétrica, substituindo paulatinamente a embriotomia e desafiando a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana (OSAVA; TANAKA, 1997; LITOFF, 1982). Apesar disso, até o século XVI persistiu um forte sentimento contrário ao ingresso dos homens na arte de partejar, exceto em casos extremos, quando a assistência cirúrgica era necessária.

O paradigma mecanicista

A visão de mundo e o sistema de valores que estão na base de nossa cultura, da assim chamada racionalidade científica moderna, foram formulados em suas linhas essen-

ciais nos séculos XVI e XVII – a Idade da Revolução Científica. Esse novo paradigma, que passou a ser conhecido como newtoniano-cartesiano ou mecanicista, tem como características fundamentais (CAPRA, 1996; LUZ, 1988; TAVARES, 1993):

- ❖ **O mecanicismo** – concepção do universo, da natureza, do homem, como se fossem máquinas, governados por leis matemáticas exatas.

- ❖ **O empirismo** – apenas o conhecimento construído a partir de fatos concretos, passíveis de serem percebidos pelos sentidos e passíveis também de serem medidos e quantificados, teria valor científico.

- ❖ **O determinismo** – uma vez conhecendo-se as leis que causam os fenômenos seria possível determinar com precisão a sua evolução.

- ❖ **A fragmentação** – a decomposição do objeto de estudo em suas partes componentes, perdendo-se, muitas vezes, a visão do todo.

- ❖ **O reducionismo** – a perda da visão sistêmica e complexa dos processos.

- ❖ **A separação entre mente/corpo, sujeito/objeto, ser humano/natureza, razão/intuição.**

No campo da biologia, o paradigma mecanicista se concretiza na compreensão de que os organismos vivos funcionam como máquinas, constituídas de partes separadas, e de que é possível compreender o seu funcionamento pelo estudo isolado de cada parte. A fragmentação exagerada faz com que muito se saiba sobre as partes componentes dos organismos vivos, mas pouco se conheça sobre suas funções enquanto totalidades integradas e suas interações com o meio ambiente (CAPRA, 1996).

A medicina adotou esta concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive.

O nascimento da obstetrícia como disciplina científica ocorreu na França, nos séculos XVII e XVIII, tornando-se uma especialidade da medicina. Isto viria a desapropriar, paulatinamente, as parteiras do direito de exercício de seu ofício e negar a validade de seu saber, consolidando a entrada dos homens no cenário do parto. Acirram-se os conflitos entre os médicos e as parteiras/obstetrizes e a disputa entre estes dois atores pela assistência ao parto, conflitos estes que persistem até os tempos atuais.

O nascimento da medicina moderna

A medicina moderna nasce em torno dos últimos anos do século XVIII. Assim sendo, o século XIX assiste à consolidação de um novo tipo de prática médica: a medicina como saber científico, que surge no momento histórico da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere.

Cada vez mais, na nossa cultura, acentuou-se o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos, como a menstruação, a gravidez e a menopausa, em doenças e o parto em evento cirúrgico.

A institucionalização do parto

Até o final do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por obstetrias/parteiras (TANAKA, 1995). Naquele momento, as maternidades não constituíam um lugar seguro para as mulheres darem à luz. Em 1878, estimou-se que as mulheres inglesas tinham ampliadas em seis vezes as suas chances de morrer ao darem entrada nas maternidades, em decorrência de infecção puerperal.

Somente após a Segunda Guerra Mundial o parto foi progressivamente institucionalizado, quando os médicos – por meio da incorporação de novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, da assepsia, da anestesia, da hemoterapia e da antibioticoterapia – conseguiram diminuir, significativamente, os riscos do parto hospitalar e a morbimortalidade materna e neonatal (TANAKA, 1995).

A institucionalização do parto levou à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Dessa forma, o modelo de atenção ao parto e nascimento atual é marcado pela medicalização, pelo abuso de práticas invasivas e desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, ao mesmo tempo em que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas, como o uso do partograma (BRASIL, 2001b).

O assim chamado “parto tecnocrático”, em que soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezam os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Foi estabelecida a separação corpo/mente e a mulher foi colocada numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto. O parto é considerado um “ato médico” e de domínio das instituições de saúde, destituindo-se a mulher do seu papel de protagonista. Configura-se a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem “faz” o parto (BRASIL, 2001b; CARNEIRO; VILELA, 2003).

A hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, tendo como um de seus resultados o progressivo aumento de operações cesarianas desnecessárias, aumentando os riscos à saúde para as mulheres e bebês e implicando, ainda, em elevação de custos para o sistema de saúde. (FAÚNDES; CECATTI, 1991b; TANAKA, 1995).

As taxas de cesárea no Brasil estão muito acima do preconizado pela OMS (15%). Há evidências de que, quanto mais as taxas se distanciam dos 15% preconizados, seja para mais ou para menos, mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e

neonatal. Configuram-se duas situações: a primeira no SUS, onde são atendidos mais de 70% dos partos, com as taxas de 30,1% em 2006 e 31,8% em 2007; e a segunda no setor de saúde suplementar, onde a taxa foi de cerca de 82,3% em 2008 (BRASIL, 2009). As taxas no SUS e no sistema privado compõem uma taxa nacional de 45,9% dos partos hospitalares informados no País em 2006. A taxa de cesáreas no SUS e a calculada a partir do Sinasc têm aumentado progressivamente desde 1999 (BRASIL, 2008c).

Nesse contexto de institucionalização do parto, de uso abusivo de práticas intervencionistas e cirúrgicas e de afirmação da ciência como o modo socialmente dominante de produção de verdades, o trabalho realizado pelas parteiras tradicionais passa a ser considerado como uma espécie de trabalho inferior, associado à pobreza e à ignorância e passa a ser exercido de forma marginal e “clandestina” (BESSA, 1997).

Apesar da desvalorização deste modelo de atenção ao parto pelo sistema formal de saúde, o trabalho da parteira tradicional permanece como um recurso importante, muitas vezes imprescindível, para a assistência à saúde da mulher e da criança em comunidades rurais, ribeirinhas, de florestas, povos indígenas, quilombolas e outras comunidades que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1994c, 2003, 2004a, 2004b; BESSA, 1997; CHAMILCO, 2001; DIAS, 2002).

2.2 O movimento pela humanização do parto e do nascimento

Há cerca de 25 anos, como reação ao “parto tecnocrático” e ao uso irracional de tecnologia no parto, inicia-se um movimento internacional e nacional, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de *humanização do parto* (DINIZ, 2005).

Desde então, vários autores e pesquisadores internacionais e nacionais têm se destacado na crítica ao modelo hegemônico de assistência ao parto e na proposição de um novo modelo de atenção, centrado na autonomia da mulher, na garantia de seus direitos e no estímulo ao parto normal. Encontram-se entre tais profissionais:

❖ **Roberto Caldeyro-Barcia**, médico, pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica, publicou em 1979, *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, que se constituiu um referencial na literatura. Descreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. O texto questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica.

❖ **Frédérick Leboyer**, obstetra francês que publicou, em 1974, *Pour une Naissance sans Violence*, resgatando a discussão do recém-nascido como um ser sensível e

sobre a importância de propiciar um ambiente físico e emocional acolhedor ao nascimento. Leboyer lançou uma crítica à forma violenta com que o bebê era recebido: pendurado de cabeça para baixo e levando palmadas para respirar, numa sala com intensa iluminação e barulhenta. Ele sustentou que o parto é um processo simples e natural e que o bebê deveria ser recebido num ambiente acolhedor, colocado sobre o peito da mãe para ser acariciado e sentir-se protegido. Recomendou o corte do cordão umbilical depois do contato pele a pele do bebê com a mãe, quando ele já estivesse respirando por si mesmo, sem palmadas. O momento do nascimento é muito importante para o estabelecimento do vínculo mãe-filho-pai.

❖ **Michel Odent**, médico obstetra francês, que em diversas obras descreveu a fisiologia do parto, enfatizando que os momentos do parto e do nascimento são fundamentais para o estabelecimento de vínculos amorosos e para os alicerces da saúde humana. É bem conhecido como o obstetra que introduziu, num hospital público francês, o conceito de salas de parto à semelhança de lares e de piscinas de parto. É o fundador do Centro de Pesquisas em Saúde Primal, em Londres, cujo objetivo é estudar as correlações entre o que acontece no “período primal” (da concepção até o primeiro aniversário) e a saúde e comportamento mais tarde na vida. É também um dos nomes mais importantes na campanha mundial pela humanização do parto.

❖ **Robbie Davis Floyd**, antropóloga americana e ativista do parto natural, especializada em assuntos de gênero, reprodução e rituais, cuja obra discute os paradigmas tecnocrático, humanístico e holístico de assistência ao parto. Para além da sua atuação no âmbito dos movimentos civis ligados ao parto e ao nascimento, Robbie Davis-Floyd é pesquisadora do Departamento de Antropologia da Faculdade de Austin, Texas, e tem escrito vários trabalhos importantes, entre eles o livro *Birth as an American Rite of Passage*, no qual utiliza a noção de ‘rito de passagem’, desenvolvida pelo antropólogo Arnold Van Gennep, para mostrar o quanto o parto medicalizado afirma os valores dominantes da sociedade industrial e patriarcal sobre a mulher. Esse livro tem sido uma referência para os ativistas do movimento de humanização do parto no Brasil e para os estudiosos das questões ligadas ao parto.

❖ **José Galba de Araújo**, médico ginecologista e obstetra brasileiro que atuou no Ceará e conquistou destaque nacional e internacional, pela utilização dos recursos humanos disponíveis regionalmente no atendimento às gestantes, como o incentivo ao treinamento de parteiras, a busca pela melhoria na qualidade de assistência ao parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco. Publicou, em 1987, *Parteiras Tradicionais na Atenção Obstétrica no Nordeste*. Uma de suas maiores preocupações era conciliar a tecnologia, costumes e tradições regionais na assistência ao parto.

❖ **Moisés Paciornick**, médico ginecologista e obstetra brasileiro que atuou no Paraná, e publicou, em 1979, *Parto de Cócoras – Aprenda a Nascer com os Índios*. Precociza a adoção de técnicas simples que respeitem a fisiologia do parto e estimulem o parto normal e vertical, resgatando a importância do parto domiciliar e o valor de atores não médicos na assistência ao parto, como as parteiras tradicionais indígenas.

A crítica ao modelo tecnocrático se intensificou no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar intervenções a fim de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Detectavam-se, naquela época, os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a total variabilidade geográfica de opiniões (DINIZ, 2005).

O Comitê era composto, inicialmente, por profissionais de saúde e epidemiologistas e, posteriormente, por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto, apoiados pela OMS. Com isso, foi iniciada uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências (DINIZ, 2005).

A medicina baseada em evidências é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros (DINIZ; DUARTE, 2004).

Verificou-se que a medicina se baseia em muitos tipos de pesquisas tendenciosas (chamados de viés pelos cientistas) que às vezes favorecem práticas inúteis, arriscadas ou danosas. Com isso foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico “menos tendencioso” a respeito de cada procedimento médico, por especialidade. Essa iniciativa foi denominada Colaboração Cochrane, em homenagem ao médico britânico Archie Cochrane, que além de ser um dos criadores da medicina baseada em evidências, foi um grande defensor dos direitos dos pacientes (DINIZ; DUARTE, 2004).

Historicamente, a discussão sobre a humanização do parto e nascimento ganhou grande representatividade quando, em 1985, em Fortaleza/CE, representantes e convidados da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) realizaram uma **conferência sobre tecnologias apropriadas para o parto**, resultando desse encontro a **Carta de Fortaleza** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985), texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança.

Entre as recomendações registradas na **Carta de Fortaleza**, constam: **1.** a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas; **2.** a liberdade de posição no parto; **3.** a presença de acompanhantes; **4.** a abolição de algumas práticas realizadas rotineiramente na assistência ao parto, como a aplicação de enemas, a tricotomia e a amniotomia; **5.** o uso seletivo da episiotomia e da indução do parto com ocitócitos. Ainda na Carta em questão, argumenta-se que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma-se que nada justifica taxas maiores que 10% a 15% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Este texto foi publicado no prestigioso *The Lancet*.

Em 1989, o Grupo da Colaboração Cochrane de Gravidez e Parto, já com centenas de integrantes, publicou uma revisão exaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela OMS em 1996, sendo desde então conhecida como as *Recomendações da OMS* (DINIZ; DUARTE, 2004; DINIZ, 2005).

2.3 O guia para assistência ao parto normal da OMS

Em 1996, a OMS publicou o documento *Assistência ao Parto Normal: um guia prático – Relatório de um grupo técnico*, apresentando as recomendações baseadas em evidências científicas sobre as práticas relacionadas ao parto normal, objetivando garantir os direitos das mulheres, diminuir as intervenções desnecessárias e questionar procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. No Brasil, essas recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde e enviadas a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetrias do País em 2000. Este guia classifica essas recomendações em quatro categorias:

- A) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.
- B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.
- C) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão.
- D) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

O guia em questão define o parto normal da seguinte forma: “definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 4).

Ainda segundo o guia, estudos sobre a “assistência alternativa ao parto” em países desenvolvidos, mostram uma taxa média de 20% de encaminhamentos durante o trabalho de parto e a mesma proporção de encaminhamentos no decorrer da gestação. Em multiparas, as taxas de encaminhamento são muito menores do que em nulíparas. Nesses estudos, a avaliação de risco geralmente é muito meticulosa, o que leva ao encaminhamento de muitas mulheres que, posteriormente, têm um trabalho de parto normal.

O documento também define um conjunto mínimo de habilidades que um prestador de serviços de parto deve possuir:

Essas habilidades devem permitir, minimamente, que o prestador de serviços avalie fatores de risco, reconheça o início de complicações, execute observações maternas e monitore o estado do feto e do recém-nascido.

O prestador de serviços deve ser capaz de executar intervenções básicas essenciais e de cuidar do recém-nascido após o seu nascimento. Deve ser capaz de encaminhar a mãe ou o recém-nascido a um nível mais complexo de assistência, caso surjam complicações que exijam intervenções acima de sua competência. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 5).

O guia avalia que vários tipos de profissionais podem ser considerados para executar as tarefas mencionadas na citação anterior: o ginecologista-obstetra, o médico generalista, a enfermeira-parteira, o pessoal auxiliar e as parteiras treinadas; neste último caso, onde existe escassez de pessoal de saúde. No que se refere ao local do parto, afirma:

No caso de uma gestante de baixo risco, este local pode ser a sua casa, uma maternidade ou centro de parto de pequeno porte numa cidade, ou talvez a maternidade de um hospital de maior porte. Entretanto, deve ser um local onde toda a atenção e cuidados estejam concentrados em suas necessidades e segurança, o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura. Se o parto ocorrer no domicílio ou num centro de parto periférico pequeno, as providências pré-natais devem incluir planos de contingência para acesso a um centro de referência com uma equipe adequada. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996, p. 12).

2.4 Principais iniciativas do Ministério da Saúde no sentido da humanização do parto e do nascimento

Segundo o manual técnico do Ministério da Saúde *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher* (BRASIL, 2001b), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

A humanização da atenção ao parto e ao nascimento deve ter como base os seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 2001b, 2006a, 2007a):

- ❖ O resgate dos processos de gestação, do parto, do puerpério e do nascimento como experiências humanas das mais significativas, que envolvem não só a mulher, mas o seu parceiro, sua família e a própria comunidade.
- ❖ A mulher e sua família como centros da atenção.
- ❖ O respeito e o fortalecimento da autonomia da mulher e a preservação da sua privacidade.
- ❖ O respeito às características fisiológicas da gestação, do parto, do nascimento e do puerpério.

- ❖ Estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno, com alojamento conjunto.
- ❖ A percepção do recém-nascido como um ser sensível¹.
- ❖ Adoção de práticas e rotinas cujos benefícios estejam comprovados por evidências científicas, evitando-se manobras e intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde definiu várias medidas para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e nascimento e ao puerpério, com incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno (BRASIL, 1998a, 1998b, 1998c, 1998d, 1998e, 1999b, 2000c, 2000d, 2000e, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e, 2007a; SERRUYA, 2003). Entre elas citam-se:

❖ **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**, lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela OMS em 1991–1992, tem servido como força motivadora para que maternidades de todo o mundo adotem políticas e práticas de apoio à amamentação. A Iniciativa vem tendo crescimento notável nos últimos 15 anos, contando com mais de 19.600 hospitais credenciados em mais de 152 países, incluindo-se entre eles o Brasil.

❖ **O aumento do valor de remuneração do parto normal.**

❖ **Inclusão do procedimento anestesia na remuneração do parto normal.**

❖ **Inclusão, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira(o) obstetra”.**

❖ **Inclusão de limite para o pagamento de cesarianas realizadas pelo SUS.**

❖ Financiamento de **cursos de especialização em enfermagem obstétrica** para ampliar o número de profissionais. A enfermagem obstétrica é uma proposta que se orienta pelo novo paradigma de atenção humanizada ao parto e nascimento. Com o aval da OMS, a Área Técnica de Saúde da Mulher apoia financeira e tecnicamente, desde 1999, a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com abrangência nacional. Esta estratégia contribui para o incentivo ao parto normal e para a redução das cesáreas desnecessárias.

❖ **Criação do Prêmio Professor Galba de Araújo** para estimular a mudança no modelo de atenção ao parto e ao nascimento. Por meio dessa iniciativa são premiadas as unidades de saúde do SUS que se destacam no atendimento humanizado à mulher e ao recém-nascido, e no estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Para participar do Prêmio, as unidades de saúde precisam: a) permitir a presença de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, de acordo com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL,

¹ Com relação à assistência imediata ao recém-nascido, os principais objetivos são: proporcionar a todos os recém-nascidos condições ótimas que visam a auxiliá-los em sua adaptação à vida extrauterina e estar preparado para intervir naqueles casos que apresentem condições patológicas que coloquem em risco a sua vida. Deve-se promover o contato pele a pele precoce entre a mãe e o bebê e o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. Para a assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar o bebê à mãe para um contato íntimo e precoce. Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicar a Vitamina K, Credê e outros, devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho (BRASIL, 2001b).

2005a), e com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005b); b) ter taxa de cesárea reduzida; c) ter Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e d) permitir a realização de parto de baixo risco por enfermeiro(a), no caso de instituições que tenham profissionais capacitados para tal.

❖ **Criação do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS** por meio da Portaria MS/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que definiu os critérios para a implantação de casas de parto. Este projeto teve como objetivo implantar estratégias simplificadas e humanizadas de assistência ao parto normal sem distócia, em articulação com a rede de saúde local. Os CPN constituem uma opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar, com garantia de referência para outros níveis de atenção, quando se fizer necessário. Em 2000, o Ministério da Saúde realizou 36 convênios para apoiar financeiramente a implantação de Centros de Parto Normal.

❖ Investimentos para a instituição do **Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco**, a partir da Portaria GM/MS nº 3.477/1998. Os investimentos contemplaram a aquisição de equipamentos para aparelhamento das unidades obstétricas, a capacitação de profissionais de saúde e a criação de centrais de regulação de leitos e marcação de consultas, para evitar a peregrinação das mulheres por diversas maternidades em busca de atendimento para o seu parto.

❖ Instituição do **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN**, em junho de 2000, a partir das Portarias GM/MS nº 569, 570, 571 e 572. O PHPN busca melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Partindo da constatação de que a falta de percepção dos direitos femininos e dos aspectos fundamentais da humanização era o pano de fundo da má assistência, além da compreensão de que era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, mesmo conhecendo as limitações de uma medida vertical, o Ministério da Saúde tomou a decisão de lançar uma estratégia segundo a qual a questão da humanização e dos direitos apareceria como princípio estruturador.

❖ Instituição do **Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, que iniciou a sua implementação em março de 2000.

❖ Instituição, em 2000, da **Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru)**, por meio da Portaria MS/GM nº 693, de 5 de julho de 2000. O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido². De 2000 a 2007, foram realizados

² Como proposta para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, surgiu o Método Canguru, inicialmente idealizado na Colômbia no ano de 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, pelos Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez, cujo objetivo era baratear os custos da assistência perinatal e promover, por meio do contato pele a pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento (BRASIL, 2002b). A partir de 1984, o Método Canguru passou a ser amplamente divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) devido aos bons resultados alcançados, relatados na literatura científica mundial por vários autores. Entre as vantagens do MC destacam-se: menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apnéia e diminuição do choro. Além disso, as mães amamentam mais e sentem-se mais seguras para cuidar da saúde de seus bebês (LAMY et. al, 2006).

170 cursos de sensibilização e capacitação no Método Canguru, com aproximadamente 7.036 profissionais de saúde capacitados.

❖ **Formação de doulas comunitárias.** No período de 2003 a 2005, foram capacitadas aproximadamente 409 pessoas, sendo 86 delas profissionais de saúde que poderão atuar como multiplicadores ou coordenadoras de programas de doulas comunitárias em suas instituições (BRASIL, 2007a).

❖ **Prêmio Professor Fernando Figueira,** que foi instituído para dar reconhecimento às experiências bem sucedidas de humanização no atendimento pediátrico e na terapia intensiva neonatal e pediátrica. Criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 728, de 14 de junho de 2003, homenageia um dos maiores nomes da pediatria brasileira, Fernando Jorge Simão dos Santos Figueira. Para concorrerem ao Prêmio, as instituições devem ser integrantes da rede SUS, possuir 80% de leitos disponíveis para o SUS, ter Comissão de Óbito constituída, garantir a presença de acompanhante, garantir alojamento conjunto e – no caso de serviços de terapia intensiva – possuir UTI com cinco ou mais leitos.

❖ **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal,** lançado em março de 2004, uma iniciativa do Ministério da Saúde com uma gama de organizações do setor público e da sociedade civil. Tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças. Tem como princípios: o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização de gestores e sociedade organizada. O Pacto inseriu, entre suas estratégias, a inclusão do trabalho com parteiras tradicionais no SUS (BRASIL, 2006c).

❖ **Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas.** No período de 2004 a 2006 foram realizados 30 seminários, com o envolvimento de 457 maternidades e a participação de 1.857 profissionais de saúde (BRASIL, 2007a).

❖ **Atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento** que visa qualificar o atendimento de mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento espontâneo ou inseguro, contribuindo assim para reduzir a mortalidade materna. Para apoiar e incentivar o processo de organização dos serviços foi elaborada a cartilha *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde* (BRASIL, 2005d) e o documento *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica* (BRASIL, 2005c).

❖ **Plano pela Redução das Cesáreas Desnecessárias,** elaborado em 2006. Reconhecendo que o problema das altas taxas de cesáreas é nacional e atinge principalmente

a população não usuária do SUS, a ATSM estabeleceu uma importante parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo de desenvolver atividades conjuntas que reduzam essas taxas nos hospitais e maternidades do setor privado (BRASIL, 2007a).

❖ **Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal**, instituída, no âmbito do SUS, pela Portaria MS/GM nº 2.800, de 18 de novembro de 2008, constitui-se numa estratégia de aprimoramento da competência do sistema público de saúde na área perinatal, por meio de articulação das principais maternidades e unidades neonatais de médio e alto risco, no âmbito de cada estado da região Norte-Nordeste, para formação de serviços de atenção perinatal integrados e trabalhando com a lógica de uma rede de saúde.

❖ **O Projeto Filhos da Floresta**, desenvolvido pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/SAS/MS) e em parceria com a Universidade Federal do Maranhão e Sociedade Brasileira de Pediatria em 2009-2010, objetivou capacitar parteiras da Região Norte para reanimação neonatal e primeiros cuidados ao recém-nascido. Atualmente, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/SAS/MS), a Área Técnica de Saúde da Mulher (DAPES/SAS/MS) e o Grupo Curumim estão construindo um novo projeto de qualificação de parteiras, abordando questões desde a gestação até os cuidados com o recém-nascido nos primeiros 30 dias.

❖ **Portaria 2.418, de 2 de dezembro de 2005** que regulamentou a chamada Lei do Acompanhante no parto (Lei 11.108). A citada lei garante o direito à um ou uma acompanhante indicado(a) pela parturiente no pré-parto, parto e pós-parto imediato assistido no SUS. A Portaria que a regulamenta define o pós-parto imediato como o período de 10 dias após o parto e define o pagamento na tabela do SUS de diária para acompanhante incluindo acomodações e refeições, dando às maternidades e hospitais prazo de 6 meses para providências de adequação.

❖ **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 36, de 3 de junho de 2008** que incorporou o conceito de assistência humanizada ao regulamento técnico dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, utilizando conceitos como ambiência, acolhimento e evidências científicas, definiu condições organizacionais de infra-estrutura física, recursos humanos, estabelecimento de referência e contra-referência, protocolização de normas e rotinas, investigação de ocorrências, ações e medidas para humanização, individualização de condutas, entre outras. Esta resolução também integrou ao rol de materiais necessários nas maternidades, equipamentos para o alívio não farmacológico da dor (barra fixa, escada de Ling, bola de Bobat, etc.), cama hospitalar regulável ou PPP e poltrona para acompanhante, integrando aos processos operacionais assistenciais a permissão ao acompanhante, a ambiência, a humanização, adequação às evidências científicas, ambientes confortáveis e privados.

❖ **Incentivo financeiro para projetos de adaptação visando ambiência e humanização em maternidades com mais de 1000 partos/ano**, instituído por meio da

Portaria nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008, o MS disponibilizou aos estados um montante total de R\$2.7000.000,00 (dois milhões e setecentos mil reais) para adequação de maternidades à RDC 036/2008, condicionado ao envio de projetos aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) dentro das faixas de distribuição de recursos pré-definidas para cada estado.

❖ **Curso de Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia – Curso ALSO®** (Advanced Life Support in Obstetrics) para médicos(as) e enfermeiros(as) obstetras. O curso ALSO é um treinamento mantido pela American Academy of Family Physicians (AAFP), com apoio da ACOG (Colegiado Americano de Ginecologia e Obstetrícia) cujo objetivo é a atualização e padronização de condutas no atendimento das urgências e emergências obstétricas e neonatais, contribuindo significativamente para a redução nas taxas de mortalidade materna, neonatal, incidência de cesáreas, episiotomia e outras intervenções utilizadas equivocadamente, baseando-se nas melhores e mais atuais evidências científicas mundiais. Durante o ano de 2009, 574 profissionais serão capacitados pelo ALSO em todas as regiões do País, dando prioridade às regiões da Amazônia Legal e Nordeste.

❖ É importante também destacar a **Lei nº 11.634/2005** que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Institui que a gestante deverá ser informada no pré-natal sobre o local da assistência ao parto e intercorrências que possam ocorrer na gestação, sendo vinculada à essas instituições. Os gestores passam, então, a ter a responsabilidade de planejar o quantitativo de parturientes em relação à existência de leitos obstétricos, cuidando, também, de sua transferência segura quando necessário.

2.5 Os Centros de Parto Normal (CPN): uma estratégia importante para a humanização do parto e nascimento

Os Centros de Parto Normal foram criados por meio da Portaria MS/GM nº 985, 5 de agosto de 1999 (BRASIL, 1999b), que definiu os critérios para a implantação de casas de parto. Esta proposta baseou-se nas mais atualizadas evidências científicas, assim como nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Há um movimento internacional pela desospitalização do parto. Existem Centros de Parto Normal no Japão, Inglaterra, Suécia, Itália, França, Alemanha, EUA, Nova Zelândia, Austrália, Áustria, entre outros países.

Assim, a iniciativa de implantação de Centros de Parto Normal, além de sintonizada com as propostas mais avançadas de atenção humanizada ao parto e ao nascimento internacionais e nacionais, encontra-se entre as estratégias do Ministério da Saúde para a qualificação e humanização da atenção obstétrica e neonatal.

Os Centros de Parto Normal, denominação oficial para as Casas de Parto no Brasil, trouxeram um grande diferencial para a atenção ao parto e ao nascimento em nosso País:

- ❖ constituem-se em opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não seja caracteristicamente hospitalar;
- ❖ oferecem atenção centrada na mulher e sua família;
- ❖ facilitam o apoio emocional contínuo, ou seja, a presença de acompanhante, seja familiar, seja a doula;
- ❖ fortalecem a possibilidade de escolha das mulheres;
- ❖ oferecem oportunidades para menos intervenções e procedimentos desnecessários;
- ❖ desmistificam, enfim, o parto como atendimento de nível terciário, demonstrando claramente que, por ser processo fisiológico, pode ter atenção em nível primário, desde que seja garantida a referência para os outros níveis de assistência, quando se fizer necessária.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 985/1999, “*Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócia*” (BRASIL, 1999b). O CPN deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto, ao nascimento e ao puerpério.

O CPN poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada. A Portaria em questão também define que a equipe mínima necessária ao funcionamento do CPN deve ser composta por enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e motorista de ambulância. O CPN também poderá contar com equipe complementar, composta por médico pediatra ou neonatologista e médico obstetra. A parteira tradicional poderá atuar no CPN no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Em 1999, o Ministério da Saúde abriu uma linha de financiamento para *Projetos de Criação de Centros de Parto Normal e Maternidades-Modelo*. Foram aprovados 16 convênios para constituição de 36 Centros de Parto Normal. Os convênios financiados pelo Ministério da Saúde para implantação de CPNs tiveram custo total de R\$ 4.708.518,81, com execução financeira no período de junho de 2000 a setembro de 2001. Foram contemplados projetos de sete estados brasileiros: Bahia (8), Ceará (4), Minas Gerais (2), Paraná (1), Pernambuco (14), Rio de Janeiro (5) e São Paulo (2).

No Brasil, ainda existem poucas iniciativas de Centros de Parto Normal, no entanto, a maioria deles apresenta resultados satisfatórios no que diz respeito à assistência à mulher e ao recém-nascido. Um estudo realizado em 2004, para avaliação dos resultados dos convênios citados anteriormente, indicou que nos CPNs com experiências inovadoras, que foram implantados respeitando as diretrizes e os objetivos definidos nos convênios, os indicadores de saúde materna e neonatal demonstravam elevada qualidade da atenção prestada, reiterada pelo resultado dos inquéritos de satisfação das usuárias. Por outro lado, a mesma avaliação evidencia uma notável resistência da corporação médica ao trabalho da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ou na gerência dessas unidades de saúde

Destacam-se entre as experiências brasileiras:

❖ **Casa de Parto de Sapopemba**, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, inaugurada em 1998, na Região Sudeste da cidade de São Paulo/SP.

❖ **Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho**, uma unidade intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman, localizado no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/MG, inaugurado em 2001, está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. O Hospital Sofia Feldman foi ganhador do Prêmio Galba de Araújo, pela região Sudeste, no ano de 1999.

❖ **Casa de Maria**, uma unidade intra-hospitalar do Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista, localizada na região sudeste do município de São Paulo/SP, inaugurada em 2001. Foi ganhadora, pela região Sudeste, do Prêmio Galba de Araújo de 2004.

❖ **Casa de Parto de Juiz de Fora**, vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora, inaugurada em 2001.

❖ **Casa de Parto David Capistrano Filho**, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, inaugurada em 2004.

2.6 O trabalho da parteira tradicional e a humanização do parto e do nascimento

Segundo Merhy e Chakkour (1997), existem três tipos de tecnologias utilizadas na saúde: **(1)** tecnologias duras, que compreendem o uso de procedimentos diagnósticos laboratoriais, equipamentos; **(2)** tecnologias leve-duras, que compreendem procedimentos semi-estruturados, como, por exemplo uma anamnese, uma campanha de vacina; e **(3)** tecnologia leve, que é a tecnologia relacional, sendo esta última algo específico que acontece entre um cuidador e uma pessoa assistida.

A tecnologia leve utiliza o vínculo e a confiança como pressupostos para produzir ação terapêutica. Nessa ótica, pode-se afirmar que o processo de trabalho das parteiras tradicionais é marcado pelo uso de tecnologias leves. Em geral, os profissionais de saúde e os gestores só reconhecem o primeiro e o segundo tipo de tecnologia, sendo a tecnologia leve desvalorizada e muitas vezes vista como desprovida de cientificidade, por considerar a subjetividade (ABREU, 2005).

Apesar de na prática da parteira tradicional estarem presentes vários dos princípios atualmente preconizados para a humanização do parto e do nascimento – a formação de vínculos solidários, o apoio emocional, práticas não intervencionistas, o respeito à mulher e à fisiologia do parto – no pensamento predominante, essa prática tem sido associada às

idéias da falta de higiene, da ignorância e do subdesenvolvimento. Esse pensamento só legitima o conhecimento produzido de acordo com a racionalidade científica, desvalorizando o conhecimento tradicional (ABREU, 2005).

Se por um lado é fato que as parteiras tradicionais possuem limitados conhecimentos técnico-científicos, principalmente por seu trabalho encontrar-se isolado do serviço de saúde local, realizando-se em meio a muitas dificuldades, é igualmente notório que, em sua grande maioria, as parteiras possuem muitas habilidades, que lhes auxiliam na resolução de partos difíceis e recursos, principalmente no campo relacional, fundamentais para um cuidado baseado no respeito e no empoderamento da mulher para vivenciar o seu parto. Preocupam-se com o bem-estar e o conforto da mulher que assistem, assumem as tarefas domésticas, prestam, em geral, uma assistência marcada pelo afeto, pelo calor humano, companheirismo, infundindo confiança e segurança que contribuem para potencializar a força da mulher para conduzir o seu parto, criando um ambiente que favorece uma evolução positiva do trabalho de parto e uma recepção acolhedora para o recém-nascido (ABREU, 2005).

3 A experiência do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais de 2000 a Julho de 2010

3.1 Atividades desenvolvidas

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais teve sua implementação iniciada em março de 2000. Em uma primeira etapa, foi constituído um grupo de trabalho para confeccionar materiais educativos que serviriam de apoio ao processo de capacitação das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde, tendo por referência materiais já elaborados pela ONG Grupo Curumim – Gestação e Parto.

Desse grupo de trabalho, fizeram parte técnicas do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde de alguns estados (Acre, Amapá, Pará, Roraima, Rondônia, Paraíba), da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) e das ONGs Grupo Curumim, Gestação e Parto e Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (Mama). Foram então produzidos o *Livro da Parteira* (BRASIL, 2000a), para apoiar a capacitação de parteiras tradicionais, e o manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 2000b), para apoiar a capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2002g; ABREU, 2002; ABREU; MELO; VIANA, 2003; GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2002a).



A partir de agosto de 2000, iniciaram-se os processos de sensibilização e discussão com gestores e as capacitações para as parteiras tradicionais e os profissionais de saúde, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, com a Funasa e com organizações institucionais e sociais.

Entre as organizações institucionais e sociais destacam-se (BRASIL, 2002g; ABREU, 2002, 2005):

- ❖ Grupo Curumim, Gestação e Parto (PE)
- ❖ Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT), do Hospital São Pio X, de Ceres (GO)

- ❖ Sociedade Civil Mamirauá e Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) (AM)
- ❖ Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (Mama/AC)
- ❖ Rede Acreana de Homens e Mulheres (AC)
- ❖ Conselho Indígena de Roraima (CIR/RR)
- ❖ Hospital Sofia Feldman (MG)
- ❖ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes/MG)
- ❖ Grupo de Mulheres Negras Malunga/GO
- ❖ Centro Miriti de Assessoria às Mulheres – Gênero e Desenvolvimento (Cemam/Cametá/PA)
- ❖ Instituto de Desenvolvimento, Educação Ambiental e Solidariedade (Ideas/Baião/PA)
- ❖ Movimento de Mulheres de Altamira e Região Transamazônica e Xingu
- ❖ Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT)
- ❖ Pastoral da Juventude de Janaúba/MG, entre outras.

Em 2005, inicia-se uma parceria entre o Programa Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, o Departamento de Atenção Básica, a Funasa (todos do Ministério da Saúde), o Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), o Centro Popular da Mulher (CPM/GO) e a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT), para a formação de parteiras tradicionais facilitadoras em prevenção contra DST/HIV/aids e hepatites virais, com maior ênfase para a prevenção da transmissão vertical dessas doenças.

Como parte desse projeto, foram realizadas, no ano de 2005, quatro oficinas: **a primeira**, em fevereiro, em Recife/PE, com a participação de parteiras tradicionais e técnicos de secretarias estaduais de saúde, para a definição da estratégia, da metodologia e do conteúdo programático das capacitações que deveriam ser realizadas para a formação das parteiras facilitadoras. **A segunda**, em junho, em Maceió/AL, para a formação de parteiras facilitadoras da Região Nordeste. **A terceira**, em agosto, em Belém/PA, para a formação de parteiras facilitadoras da Região Norte. **A quarta**, em dezembro, em Brasília/DF, para a formação de parteiras facilitadoras da Região Centro-Oeste e do Estado de Minas Gerais. Em abril de 2006, foi realizada uma oficina, em São Paulo/SP, para a formação de parteiras facilitadoras das regiões Sul e Sudeste.

Educação: um dos pontos-chave do Programa

As ações educativas constituem-se em um dos pontos-chave para a inclusão do trabalho das parteiras tradicionais no SUS, visto serem fundamentais para a qualificação do parto e nascimento domiciliar. Daí serem um dos focos principais do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais.

O processo de educação permanente deve ter como objetivo ampliar os conhecimentos técnicos e a capacidade de compreensão e de análise das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde, bem como ampliar o seu poder de intervenção e de

promover mudanças sobre a realidade em que estão inseridos, com vistas a contribuir no processo de produção de saúde e na formação de cidadania, investindo, portanto, em seu empoderamento.

A metodologia proposta pelo Programa para o processo de educação é a da pedagogia da problematização. Trata-se de uma metodologia participativa, com uma abordagem pedagógica centrada na pessoa, que estimula o pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade, em busca de uma construção pessoal e coletiva do conhecimento, procurando considerar os valores, as crenças e os modos de ver o mundo de todas(os) as(os) participantes.

Nessa metodologia, é importante partir do conhecimento e da experiência que as pessoas têm, estimulando-se a troca de ideias entre os atores envolvidos. Busca-se, dessa forma, a interação entre o saber empírico e intuitivo das parteiras tradicionais e o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde, resgatando-se e valorizando-se os elementos desses dois campos de saberes que efetivamente contribuem para um parto seguro e humanizado, além de considerar a riqueza étnica e a biodiversidade como importantes para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

Segundo o educador Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção, ou a sua construção, conforme citação abaixo:

[...] embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado (FREIRE, 1996, p. 23).

As capacitações e encontros que o Programa realiza para as parteiras tradicionais não formam novas parteiras, mas são dirigidos àquelas que já atendem o parto domiciliar na comunidade onde vivem. O Programa recomenda que a equipe de capacitação seja composta por diferentes profissionais, mas deve contar, no mínimo, com um médico(a) e/ou um(a) enfermeiro(a) com experiência na assistência obstétrica.

Recomenda, ainda, que o processo de capacitação ocorra na comunidade onde a parteira atua, o mais próximo possível do seu domicílio, desaconselhando utilizar hospitais ou outros serviços de saúde, que contrastem com a simplicidade da prática da parteira, ou introduzam tecnologias às quais ela não terá acesso. Segundo pontuam Carneiro e Vilela (2002), nas capacitações é muito importante um olhar crítico para com as atitudes por parte de alguns facilitadores que possam infantilizar, negar ou até ridicularizar o conhecimento acumulado das parteiras. Para essas autoras:

Quando propomos um treinamento para parteiras, devemos ter em mente que estamos lidando com o precioso. Devemos ter cuidado para não diminuir o significado das coisas que elas fazem. Treinar parteiras tradicionais é mais que levar informações técnicas que possam ajudá-las nas suas tarefas. Entramos em contato com um mundo sacralizado, onde o ritual e a prece aparecem como pontos fundamentais para o bom desfecho de um parto. (CARNEIRO; VILELA, 2002, p. 81).

A partir de 2002, o Grupo Curumim, Gestação e Parto passa a utilizar em algumas capacita es a abordagem Reflect-a o, que é baseada nos estudos e nas experiências do educador Paulo Freire, bem como nas ferramentas do Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), e fundamenta-se em três aspectos: g nero, interculturalidade e poder (GRUPO CURUMIM, GESTA O E PARTO, 2004).

O **Livro da Parteira** (BRASIL, 2000a), material educativo para apoiar o processo de educa o permanente das parteiras tradicionais, se propõe a ser um instrumento interativo para fixa o da aprendizagem. Nesse sentido, foi elaborado com recursos que facilitam o entendimento, tais como ilustra es e fotografias, permitindo que parteiras não alfabetizadas ou que tenham baixa escolaridade possam apreender seu conteúdo.

O manual **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, voltado para os profissionais de saúde, recomenda a utiliza o de metodologia participativa, lúdica, criativa e vivencial no processo de educa o permanente das parteiras tradicionais, sugerindo técnicas que os profissionais de saúde podem utilizar ao atuar como facilitadores nesse processo. O caminho, portanto, para a realiza o do trabalho educativo utiliza dinâmicas, brincadeiras e vivências, permitindo que o prazer e a experiência direta estejam presentes nas discussões e reflexões. O manual enfatiza que os facilitadores precisam desenvolver as seguintes habilidades (BRASIL, 2000b):

- ❖ Ter boa capacidade de comunica o.
- ❖ Utilizar linguagem clara e apropriada ao grupo.
- ❖ Ter tolerância em rela o aos princípios e às distintas crenças que não sejam as suas próprias e adotar atitudes de respeito, aceita o e negocia o no trabalho com as(os) participantes da capacita o.

A referida publica o orienta, ainda, sobre como organizar uma oficina para parteiras, quais materiais serão necessários, assim como traz uma proposta de conteúdo programático com base nos conteúdos abordados no *Livro da Parteira* (BRASIL, 2000a), que pode ser adaptada de acordo com as especificidades de cada localidade (BRASIL, 2000b). Recomenda-se que cada oficina realizada no processo de qualifica o de parteiras, tenha a dura o de quatro dias, com, no máximo, trinta participantes.

Com rela o ao conteúdo programático das capacita es para parteiras, o Programa recomenda os seguintes temas e discussões:

- Iniciar realizando um perfil do grupo, a partir de experiências relatadas pelas parteiras, enfocando o processo de formação e as condições de trabalho das mesmas.
- Em seguida, realizar mapas diagnósticos por comunidades presentes, elaborados pelas parteiras. O mapa favorece a discussão sobre a realidade do sistema de saúde local, evidenciando as suas potencialidades e dificuldades.
- Na sequência, promover a discussão sobre a saúde como um direito, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, o que é o SUS, seus princípios e diretrizes.
- Discutir sobre a anatomia e fisiologia do sistema sexual e reprodutor masculino e feminino.
- Conversar sobre o pré-natal e o papel da parteira no acompanhamento da gestante, dando orientações que possam contribuir para uma gestação saudável. É fundamental que a parteira incentive a mulher a fazer o pré-natal em um serviço de saúde, falando sobre a importância desse acompanhamento e reforçando a importância de realizar os exames, a vacina antitetânica e os cuidados que ela deve receber durante o pré-natal.
- Conversar sobre os exames que a parteira pode e deve fazer.
- Conversar sobre os cuidados na gestação, no parto e no puerpério.
- Conversar sobre os cuidados com o recém-nascido e amamentação.
- Discutir sobre os materiais e os cuidados necessários para um parto seguro.
- Discutir sobre os problemas na gestação, no parto e no puerpério, explicando como deverá ser feito o encaminhamento para serviços de referência nessas situações.
- Discutir sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST)/HIV/aids e hepatites virais.
- Conversar sobre o uso de plantas medicinais, no sentido de registrar as que são mais utilizadas pela parteira. Tem um espaço no *Livro da Parteira* para realizar esse registro.

No que diz respeito ao conteúdo programático das capacitações para os profissionais de saúde, além do mapa diagnóstico, o Programa recomenda discutir os princípios e as diretrizes do SUS, as políticas públicas de saúde vigentes, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para, então, discutir as responsabilidades dos gestores, dos profissionais de saúde e da comunidade para com o parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais. Também recomenda discutir sobre a abordagem metodológica proposta. Ao final e como resultado do processo, é importante que os profissionais elaborem uma proposta de plano de ação municipal que incentive e norteie a continuidade de ações pelo gestor local para melhoria da atenção ao parto e nascimento domiciliar.

A preocupação com o resgate e a valorização dos saberes tradicionais está presente em toda a produção dos materiais educativos. **O vídeo sobre as *Parteiras Kalungas*** (PARTEIRAS..., 2001), apresenta relatos, feitos pelas próprias parteiras, que traduzem sua coragem, sua solidariedade e seu conhecimento intuitivo e empírico, que as auxiliam no exercício de seu ofício. O vídeo foi produzido pelo Ministério da Saúde em 2001, durante a capacitação em que pela primeira vez estavam reunidas as 40 parteiras kalungas, que foram identificadas ao longo do desenvolvimento do projeto *Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres*.

Desenha-se, então, ao longo do curto tempo de duração do vídeo (em torno de 6 minutos), o perfil de mulheres que não sabem ler nem escrever, mas têm iniciativa e procedimentos para “pegar um menino” que está fora da posição de parto e desenlaçar o cordão umbilical que sufoca o recém-nascido. No vídeo, as parteiras entrevistadas falam com orgulho do seu ofício. No entanto, no começo do projeto, em 1999, nenhuma se assumia como parteira, temendo punições por parte dos serviços formais de saúde.

O vídeo *De Parteira a Parteira* (DE PARTEIRA..., 2004), produzido pelo Grupo Curumim, Gestação e Parto, em 2003, por meio de convênio com o Ministério da Saúde, para servir de material complementar ao *Livro da Parteira* (BRASIL, 2000a) e ao manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 2000b), utiliza a fala de parteiras que já tinham vivenciado processos de capacita o para a transmissão de conhecimentos a outras parteiras, conferindo credibilidade e importância aos conhecimentos construídos por elas na experiência de partejar e durante as capacita es (GRUPO CURUMIM, GESTA O E PARTO, 2004).

O processo de educa o proposto pelo Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais visa contribuir para alterar as rela es de poder existentes, buscando mais igualdade entre os atores envolvidos: as parteiras tradicionais, os gestores e os profissionais de saúde, a fim de contribuir para melhorar a qualidade de vida e a saúde da comunidade.

Centros Colaboradores

O atual convênio entre a  rea Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e o Grupo Curumim é direcionado para a es de capacita o de parteiras tradicionais e a realiza o de encontros regionais e/ou estaduais para a forma o de Centros Colaboradores nos estados do Pará, Amazonas, Paraíba e Roraima.

Os Centros Colaboradores têm o objetivo de promover o suporte contínuo e integrado do SUS em rela o às parteiras tradicionais, desenvolvendo a es a médio e longo prazo, tais como: levantamento sistemático de dados sobre o parto e nascimento domiciliares, execu o de pesquisas, cadastramento e qualifica o das parteiras tradicionais, estrutura o de um sistema de referência e contrarreferência, constru o de uma rede que articule as parteiras tradicionais e os gestores e profissionais de saúde, entre outras a es.

3.2 Recursos utilizados

Com rela o aos recursos humanos, o Programa contou com a atua o de técnicos do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde, das organiza es não governamentais e de outras institui es envolvidas.

No que se refere aos recursos financeiros, o Programa contou com recursos oriundos do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde envolvidas, da Sociedade Civil Mamirauá/AM (no trabalho desenvolvido nas Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã), do Centro Miriti de Assessoria  s Mulheres – G nero e

Desenvolvimento (Cemam/ Cametá/PA) (no trabalho desenvolvido com as parteiras de Cametá e Baião) e do Movimento de Mulheres de Altamira e Região Transamazônica e Xingu/PA (no trabalho desenvolvido com parteiras de Altamira e Região Transamazônica e Xingu).

3.3 Resultados alcançados

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais não foi avaliado de forma sistemática no período de 2000 até o presente momento. Contribuiu para isso a baixa institucionalização do Programa nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Em decorrência disso, as ações desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, de um modo geral, caracterizaram-se pela descontinuidade, o que, sem dúvida nenhuma, diminuiu o potencial do Programa de melhorar os indicadores de atenção à parturiente e ao recém-nascido nas regiões de difícil acesso e de exclusão social (ABREU, 2005).

Em função dos fatores citados anteriormente, a maioria dos resultados apresentados a seguir referem-se a dados quantitativos, com poucos dados qualitativos.

Da instituição do Programa até 2010, foram capacitados, aproximadamente, **1.755** parteiras tradicionais e **1.301** profissionais de saúde. Estavam envolvidos com o Programa os seguintes estados: Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Roraima e São Paulo além de, aproximadamente, 150 municípios (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER/SAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Além disso, em 2005/2006, como já referido, em parceria com o PN de DST e Aids/SVS/MS, foram capacitadas 178 pessoas, entre parteiras tradicionais e profissionais de saúde (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER/SAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Várias secretarias estaduais e municipais de saúde adquiriram e distribuíram *kits* para as parteiras tradicionais com materiais básicos para a atenção ao parto domiciliar. Entre tais secretarias se encontram as SES do Acre, do Amapá, de Alagoas, da Bahia, do Maranhão, de Minas Gerais, do Pará, da Paraíba e de Pernambuco e as SMS de Alvarães/AM, Iranduba/AM, Tefé/AM, Imperatriz e Alcântara/MA e Maceió/AL. A Funasa adquiriu *kits* para as parteiras do Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga/GO e para as parteiras indígenas Xavantes/MT e Maxakalis/MG. Já a organização social Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM) adquiriu *kits* para as parteiras do município de Tefé e dos municípios que integram as Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã (Alvarães, Uarini, Maraã, Fonte Boa, Juruá, Japurá), no estado do Amazonas (ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER/SAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Com base na experiência do município de Melgaço/PA, onde foram realizadas várias capacitações para as parteiras tradicionais e profissionais de saúde pelo Grupo Curumim, Gestação e Parto, com monitoramento dos resultados, pode-se afirmar que tais iniciativas podem resultar no aumento dos encaminhamentos ao pré-natal, dos encaminhamentos oportunos nas situações de risco, bem como no incremento da notificação do parto domiciliar.

Foram produzidos os seguintes materiais educativos e de divulgação:

- ❖ O **Livro da Parteira**
- ❖ O manual **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**
- ❖ O vídeo **Parteiras Kalungas** (PARTEIRAS..., 2001)
- ❖ O vídeo **De Parteira a Parteira** (DE PARTEIRA..., 2004)
- ❖ O pôster **Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar: uma responsabilidade do SUS** (BRASIL, 2003).

4 Experiências Exemplares de Trabalho com Parteiras Tradicionais

Nesse resgate histórico, é importante relatar algumas experiências exemplares no trabalho com parteiras tradicionais, desenvolvidas por instituições públicas e/ou organizações da sociedade civil.

4.1 O Projeto de Saúde Reprodutiva na Reserva Extrativista do Alto Juruá – Acre

Executado pela Associação Saúde Sem Limites e pela Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (Asareaj), com financiamento da Fundação MacArthur, o Projeto, a partir de 1996, desencadeou uma atividade específica na área da saúde da mulher – o Projeto Maria Esperança, que capacitou e fortaleceu o processo de organização das, aproximadamente, 70 parteiras tradicionais da reserva. A ONG Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (Mama) também teve uma atuação significativa nesse trabalho (ASSOCIAÇÃO DOS SERINGUEIROS E AGRICULTORES DA RESERVA EXTRATIVISTA DO ALTO JURUÁ, 1998).

4.2 Programa Nascendo na Floresta – Acre

No período de 1997 a 1999, a Secretaria Estadual de Saúde do Acre, mediante um convênio com o Unicef, capacitou em torno de 256 parteiras e distribuiu 133 *kits* da parteira. A partir de 2000, a SES/AC, em sintonia com o programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, do Ministério da Saúde, reativa o trabalho com as parteiras tradicionais por meio do programa *Nascendo na Floresta* (ACRE, 2003).

Em 2005, a SES/AC, em parceria com o Tribunal de Justiça do Acre, e com base no Projeto Mobilização Nacional para o Registro Civil de Nascimento, consegue que os cartórios da região do Alto Juruá, que engloba cinco municípios da porção oeste do Acre, passem a reconhecer as anotações das parteiras para a realização do registro civil das crianças nascidas nos domicílios. Até então, os cartórios exigiam para o registro de crianças nascidas no domicílio a presença do bebê, da mãe e do pai e, às vezes, até da parteira. Considerando as dificuldades de transporte na região, raramente essas crianças eram registradas (ACRE, 2003).

A Secretaria Estadual de Saúde do Acre com o programa *Nascendo na Floresta* chegou a cadastrar aproximadamente 334 parteiras, sendo que cerca de 40% dessas parteiras são analfabetas (ACRE, 2003).

Segundo o relato de uma parteira do município de Marechal Thaumaturgo, da região do Alto Juruá, que fica na divisa com o Peru, que tem guardadas todas as anotações

dos mais de 90 partos que fez desde que começou no ofício há 30 anos: “*Tenho tudo anotadinho: se foi menino ou menina, como foi o parto, se correu tudo bem ou se teve problema.*”

Entre os municípios envolvidos nas capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde encontram-se: Rio Branco, Xapuri, Tarauacá, Santa Rosa do Purús, Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter.

4.3 O Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá

Foi iniciado em 1995 pelo Governo Estadual do Amapá. Segundo o relato de Janete Capiberibe:

No final de 1995, vários segmentos até então sistematicamente excluídos das políticas públicas do Amapá passaram a ser considerados como protagonistas de projetos especiais, e aí foram incluídos: índios, negros, idosos, portadores de necessidades especiais, mulheres, e as parteiras da floresta, das regiões ribeirinhas e dos bairros periféricos da cidade grande, onde se encontram as migrantes recém-chegadas.

As parteiras são mulheres humildes, com idade entre 18 e 89 anos, a maioria não alfabetizada, que desenvolveram o dom de partejar herdado de suas mães e avós, e assim mantêm conhecimentos que são passados de geração a geração. Apesar da grande relevância social para as mulheres amazônicas, a arte de partejar ainda é exercida sem qualquer garantia trabalhista; as parteiras recebem das pacientes uma mão de milho, um painho de farinha, uma galinha caipira. Atuam onde não há médicos, saem riscando rios, igapós, igarapés, enfrentando os desafios da mãe natureza. As parteiras, mulheres guerreiras, vão onde alguma gestante espera pelo toque de suas mãos sábias e amigas, pelas rezas e cantos que fortalecem o espírito (CAPIBERIBE, 2002, p. 21).

Esse Projeto promoveu várias capacitações para as parteiras tradicionais e o fortalecimento da autoestima e do processo de organização das parteiras. Em 2000, as parteiras tradicionais foram incluídas no Programa Família Cidadã, do Governo Estadual, e passaram então a receber o benefício de meio salário mínimo por mês. Até o ano de 2001, haviam sido cadastradas 1.531 parteiras (AMAPÁ, 2002).

Entre os municípios envolvidos nas capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde encontram-se: Macapá, Arquipélago de Bailique/Macapá, Santana, Mazagão, Tartarugalzinho, Calçoene, Oiapoque, Cutias, Pracuúba, Porto Grande, Serra do Navio, Amapá, Vitória do Jari.



4.4 O Projeto Modelo de Desenvolvimento Sustentável da Floresta Caxiuanã – Pará

Desenvolvido pela Estação Científica Ferreira Penna/Museu Emílio Goeldi/PA, no município de Melgaço/PA, que a partir de 1998 passou a realizar capacitações para parteiras da região, em parceria com o Grupo Curumim, Gestação e Parto. Como desdobramento desse trabalho, no ano 2000, o Grupo Curumim elaborou o projeto “**Modelo de Assistência Obstétrica Humanizada, Visando o Controle da Morbimortalidade Materna e Perinatal**”, que foi aprovado por unanimidade pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) dos municípios de Melgaço/PA e Breves/PA, e foi financiado em grande parte pelo Unicef. Foram capacitadas 70 parteiras, para as quais foi distribuído o *kit* da parteira. Através do monitoramento dos resultados, executado pelo Grupo Curumim, foi possível observar o incremento da notificação de partos domiciliares, do encaminhamento para o pré-natal e do encaminhamento oportuno dos partos de risco para o hospital de referência de Breves, pelas parteiras tradicionais.

O projeto envolveu parceria com a 8ª Regional de Proteção Social da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios de Breves e Melgaço, o Ministério da Saúde e a Estação Científica Ferreira Penna/Museu Emílio Goeldi/PA. Como resultado desse trabalho, os sete municípios que integram a 8ª Regional de Proteção Social da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, Anajás, Curralinho, Bagre, Breves, Gurupá, Melgaço e Portel, passaram a desenvolver a es voltadas para as parteiras tradicionais. Entretanto, estas a es caracterizam-se pela descontinuidade e pela pouca institucionalização (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO E PARTO, 2002a, 2002b).

4.5 O Projeto Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres – Goiás

Iniciado em agosto de 1999, como projeto de pesquisa-ação, foi financiado pela Fundação MacArthur, e desenvolvido em parceria com a SES do Estado de Goiás, a Funasa, as SMS dos municípios que integram o Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga, o Programa Interdisciplinar da Mulher – Estudos e Pesquisas (PIM-EP), da Universidade Católica de Goiás (UCG), o Departamento de Medicina Tropical, Saúde Coletiva e Dermatologia, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), da Universidade Federal de Goiás (UFG), e com várias organizações da sociedade civil.

Até o ano 2000, haviam sido identificadas 40 parteiras na comunidade Kalunga. Foram realizadas capacitações para as parteiras tradicionais e para os agentes comunitários de saúde, com o fornecimento de *kits*. Houve o resgate da autoestima das parteiras e o fortalecimento da sua organização. Foi feita uma intensa articulação com os poderes públicos locais para a melhoria da assistência à saúde da população Kalunga (PINTO; SANTOS, 2000).

Os municípios envolvidos por esse projeto foram: Teresina de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Cavalcante, os municípios que têm em seu território comunidades quilombolas Kalunga.

4.6 As parteiras tradicionais das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã – Amazonas

A Sociedade Civil Mamirauá é a gestora das ações de desenvolvimento sustentável nas Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã, localizadas na região do Médio Solimões, no Estado do Amazonas, por meio de convênio firmado com o Instituto de Proteção Ambiental do Amazonas (IPAAM), Secretaria de Desenvolvimento Sustentável (SDS), do Governo do Estado do Amazonas, atuando nessa área desde 1990.

Tem entre uma de suas linhas de ação a educação em saúde e meio ambiente, direcionadas principalmente às populações ribeirinhas de moradores e usuários dessas reservas. Desde 1998, vem desenvolvendo um trabalho com as parteiras tradicionais da região.

Em 2001 foi iniciada uma parceria entre a Sociedade Civil Mamirauá, o Ministério da Saúde, por meio das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e de Saúde do Adolescente e do Jovem, a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, as Secretarias Municipais de Saúde do Médio Solimões: Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Jutaí, Japurá e Fonte Boa e o Grupo Curumim, Gestação e Parto. Essa parceria tem por principal objetivo a capacitação de trabalhadores da área da saúde, incluindo-se entre eles as parteiras tradicionais, para a atenção qualificada e humanizada à saúde sexual e reprodutiva das populações dessas reservas. Foram realizadas várias capacitações para parteiras tradicionais e profissionais

de saúde, com distribuição de *kits*, que foram adquiridos pela Sociedade Civil Mimirauá e pela Secretaria Municipal de Saúde de Tefé (SOCIEDADE CIVIL MAMIRAUÁ, 2006, 2009).

4.7 As parteiras tradicionais de Minas Gerais

Em 2001, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais inicia um trabalho para humanização e qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, em sintonia com o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Adquiriu *kits* para as parteiras tradicionais e em novembro de 2001, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto realiza uma capacitação para profissionais de saúde em Diamantina, envolvendo os municípios de Montes Claros, Novo Cruzeiro, Ladainha, São José do Divino, Jordânia, Pedra Azul, Joáima, Pirapora, Comereinho e São Francisco de Minas.

Nos anos subsequentes até 2006, a SES de Minas Gerais realizou capacitações para as parteiras tradicionais, envolvendo municípios do Vale do Jequitinhonha, entre outros, em parceria com o Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Gestação e Parto, Hospital Sofia Feldman e Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

A mesorregião do Jequitinhonha está situada no norte do Estado de Minas Gerais. É uma região amplamente conhecida devido aos seus baixos indicadores sociais e também por ter características do sertão nordestino.

Entre os municípios abrangidos pelas capacitações voltadas para as parteiras tradicionais e para profissionais de saúde encontram-se: Chapada do Norte, Berilo, Jenipapo de Minas, Teófilo Otoni, Janaúba, Porteirinha, Januária, Varzel ndia, Jaíba, Riacho dos Machados, Pai Pedro, Gameleira, Montes Claros, Novo Cruzeiro, Ladainha, São José do Divino, Pedra Azul, Joáima, Pirapora, Comereinho, São Francisco de Minas e Catuti.

Em 2005, em uma parceria entre o Ministério da Saúde, Funasa e Grupo Curumim, Gestação e Parto, foi realizada uma capacitação para as parteiras indígenas da etnia Maxakalis.

4.8 As parteiras tradicionais da Paraíba

Em 2001, a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba inicia um trabalho para humanização e qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, em sintonia com o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Em junho de 2001, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto realiza uma capacitação para profissionais de saúde em João Pessoa/PB, envolvendo os municípios de Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Isabel, Teixeira, Fagundes e São Bento.

A partir de 2003 até 2006, a SES realizou várias capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo

Curumim, Gestação e Parto, envolvendo inclusive parteiras quilombolas da comunidade Caiana dos Crioulos e indígenas da etnia Potiguara, com distribuição do *kit* da parteira.

Entre os municípios abrangidos por essas capacitações encontram-se: Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Lagoa Seca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Isabel, Teixeira, Fagundes, São Bento, Mamanguape, Aroeiras, Pitimbú, Santa Rita, Conde, Juripiranga, São José da Lagoa, Tapada, Nova Olinda, Catingueira, Vista Serrana, Boa Aventura, Vieirópolis, Lastros, Lagoa Seca (comunidade quilombola Caiana dos Crioulos).

4.9 O Programa Estadual de Parteiras Tradicionais de Pernambuco

O Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foi criado em 1993, porém o estado já possuía experiências anteriores de trabalho com parteiras tradicionais, como o *Programa de Parteiras Leigas do Centro Integrado Amaury de Medeiros (Cisam)*, de 1964, e o *Programa de Parteiras Curiosas* da Fundação Sesp, na década de 1980.

Entre as ações desenvolvidas pelo Programa encontram-se: o cadastramento e levantamento socioeconômico das parteiras; um processo de educação continuada com as parteiras tradicionais; a sensibilização de gestores municipais para a inclusão das parteiras tradicionais na atenção primária; o oferecimento do *kit* de materiais básicos para as parteiras que passaram por capacitação; entre outras ações. O conjunto dessas ações contribui para o reconhecimento das parteiras tradicionais e qualificação do seu trabalho.

Uma das estratégias de implementação do PEPT foi a criação, em 2007, de um sistema informatizado para cadastramento das parteiras do estado, que apresenta atualmente 972 parteiras cadastradas, sendo 853 parteiras tradicionais e as demais parteiras hospitalares. Desse conjunto de parteiras, cerca de 60% passaram por processo de capacitação. Das 853 parteiras tradicionais cadastradas até abril de 2009, em torno de 25% estão inativas (por morbidade ou opção), e 75% estão em atividade. Dos 185 municípios de Pernambuco, 71% (131) declararam ter parteiras em seu território.

Entre os municípios abrangidos pelas capacitações para parteiras tradicionais e profissionais de saúde, realizadas a partir de 2005, em parceria com o Ministério da Saúde e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto, encontram-se: Xexéu, Jaboatão, Cabo, Água Preta, Catende, Palmares, Olinda, Mirandiba, Flores, Ouricuri, Trindade, Salgueiro, Bodocó, Igarassú, Ipojuca, Abreu e Lima, Petrolina, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista, Lagoa Grande, Afrânio, Caruaru, Agrestina, Belo Jardim, Barra de Guarabira, Ibirajuba, Dormentes, Carnaubeira da Penha, Buíque, Tacaratú, Jatobá, Petrolândia e Pesqueira.

4.10 Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo

Em fevereiro de 2002, teve início o Projeto Parteira Indígena Guarani e Tupi-Guarani do Estado de São Paulo, que estava inserido no Projeto de Resgate da Medicina Tradicio-

nal Indígena, e que tinha por objetivos: **1.** Resgatar as ações desenvolvidas pela parteira indígena; **2.** Proporcionar um espaço permanente para troca de experiências entre elas; **3.** Identificar mecanismos possíveis para estimular as próprias comunidades indígenas no resgate do trabalho da parteira.

O Projeto foi desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo em parceria com a Funasa e com a Fundação Projeto Rondon.

Esse Projeto teve como resultados: **1.** a criação do *kit* parteira indígena; **2.** contribuiu para a organização das mulheres indígenas Guaranis em associações; **3.** o projeto de construção da Casa do Parto Indígena Guarani; **4.** o aumento do número de partos realizados nas aldeias; **5.** e a elaboração de uma Resolução da Secretaria Estadual de Saúde, a Resolução SS nº 07, de 19 de janeiro de 2004, que normatiza os procedimentos a serem adotados pelos Hospitais de Referência no Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização do parto da índia Guarani nesses hospitais (SATO; GOLIM, 2003).

Segundo o artigo 2º da Resolução SS nº 07/2004:

Artigo 2º – Os Hospitais relacionados no artigo anterior, como forma de adaptação, deverão adotar os seguintes procedimentos:

Parágrafo Primeiro – respeitar a dieta própria para a puérpera, segundo a tradição indígena Guarani até 40 dias após o parto, da seguinte forma:

não poderá conter carne bovina, suína, feijão, peixe, ovo, leite sal, açúcar e frutas; deverá conter frango novo, arroz, mingau, milho e derivados.

Parágrafo Segundo – entregar a placenta devidamente acondicionada, ao responsável pela parturiente/parteira, quando da etnia Guarani, se o parto ocorrer nestas instituições, mediante recibo cujo modelo consta do Anexo, da seguinte forma:

colocar a placenta em saco branco leitoso, segundo NBR nº 9.191/2000, da ABNT e fechar; a seguir embrulhar em papel não transparente; por último colocar em sacola ou saco plástico e entregar (SÃO PAULO, 2004).

Quando o Projeto foi iniciado, existiam 15 parteiras indígenas e 14 auxiliares de parteiras, que passaram a usar os *kits* da parteira indígena (SATO; GOLIM, 2003).

4.11 Ações voltadas para promover a atenção à saúde da mulher índia

Em 2003, iniciou-se uma parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), por meio do seu Departamento de Saúde Indígena (DSAI), com a finalidade de implementar a atenção à saúde da mulher índia nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) e reduzir a morbimortalidade da mulher índia.

Uma das ações iniciais dessa parceria foi a realização, ainda em 2003, na cidade de Rio Branco/AC, da 1ª Oficina para Atenção à Saúde da Mulher Indígena dos DSEIs de Alto Juruá/AC e Alto Purus/AC.

No ano de 2005, foi realizada em Brasília a Pré-Oficina de Lideranças de Mulheres Índias para a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia.

Por meio de alguns convênios, a ATSM e a Funasa promoveram capacitações para parteiras índias e para profissionais de saúde das equipes de saúde indígena, encontrando-se entre elas:

❖ Por meio do convênio celebrado com o Grupo Curumim, Gestação e Parto foram realizadas capacita es para as parteiras das etnias Xavante (Dsei Xavante/MT); Maxakalis (Dsei Minas Gerais/Espírito Santo); para parteiras indígenas e profissionais das equipes de saúde indígena da região de São Gabriel da Cachoeira, no Estado do Amazonas; para parteiras indígenas de Pernambuco das etnias Pankar , Kapinaw , Pankarar  e Xucur ; para parteiras indígenas da Paraíba da etnia Potiguar .

❖ Por meio do convênio com o Conselho Indígena de Roraima (CIR) e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto foram realizadas capacita es em Roraima para as etnias Macuxi, Ingarik , Wapichana e Wai Wai e para profissionais de saúde das equipes de saúde indígena de Roraima.

❖ Por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde do Acre e com o Grupo Curumim, Gestação e Parto foram capacitadas parteiras indígenas da região do Alto Juruá/AC.

❖ Por meio do convênio com o Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT) do Hospital São Pio X de Ceres/GO foram realizadas várias capacita es para profissionais de saúde das equipes de saúde indígena, com enfoque antropológico, para atenção integral   saúde da mulher  ndia, envolvendo os diversos Dseis.

❖ Realização do Encontro sobre a Importância do Saber na Preservação da Cultura Guarani, em São Miguel do Guaçu/PR, em maio de 2007.



4.12 A atuação da Rede Nacional de Parteiros Tradicionais

Segundo Suely Carvalho (2009), atual coordenadora da Rede Nacional de Parteiros Tradicionais (RNPT), também fundadora da ONG C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser) e Parteira Griô Aprendiz pelo programa nacional de patrimônio imaterial do Ministério da Cultura (Ação Griô Nacional), a RNPT foi criada como uma estratégia de organização e articulação política entre parteiras tradicionais, pessoas aliadas e o sistema de saúde. A RNPT já realizou 5 (cinco) encontros nacionais, 3 (três) encontros internacionais, ajudou a organizar 54 (cinquenta e quatro) associações de parteiras tradicionais nas regiões Norte, Nordeste e no estado de Minas Gerais.

Em setembro de 2004, foi realizada a Reunião Nacional e Encontro Internacional, com participação de 300 (trezentas) parteiras tradicionais de 16 (dezesesseis) estados e Distrito Federal: Distrito Federal (DF); Amapá (AP); Pará (PA); Maranhão (MA); Rio de Janeiro (RJ); São Paulo (SP); Pernambuco (PE); Paraíba (PB); Acre (AC); Amazonas (AM); Bahia (BA); Minas Gerais (MG); Espírito Santos (ES); Goiás (GO); Paraná (PR); Santa Catarina (SC); Sergipe (SE). Esse encontro contou também com a participação de três representações internacionais de parteiras tradicionais do México, Paraguai e Estados Unidos. O evento aconteceu no distrito de Oliveira dos Campinhos, município de Santo Amaro da Purificação, no estado da Bahia (CARVALHO, 2009).

A Rede Nacional de Parteiros Tradicionais está representada em importantes espaços políticos, como por exemplo, na Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma iniciativa do Ministério da Saúde com uma gama de organizações do setor público e da sociedade civil, lançada em março de 2004.

5 Considerações Finais

O parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais inserem-se no contexto das ações básicas de saúde. Se por um lado, a atenção básica, desde a criação da Saúde da Família (SF), em 1994, vem se fortalecendo e se expandindo, tendo alcançado um número significativo de municípios de pequeno porte, por outro lado, a atenção à saúde, muitas vezes, fica restrita às áreas urbanas desses municípios.

Portanto, ainda se constitui um desafio à expansão e à qualificação da Estratégia Saúde da Família para atender as áreas rurais, ribeirinhas, regiões de difícil acesso, as populações com elevado grau de exclusão social e os povos e comunidades tradicionais. É um desafio maior ainda o de incluir nessa estratégia os detentores de saberes e práticas tradicionais existentes na comunidade, tais como as parteiras tradicionais, valorizando e qualificando o seu trabalho, com vistas a potencializar e ampliar as atividades de atenção primária em saúde.

Em 1978, a **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, realizada em Alma-Ata, Kazaquistão (URSS), já sinalizava que a priorização da atenção primária é condição essencial para a viabilização do princípio da universalidade. Essa Conferência recomendou, ainda, a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e a exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimentos tradicionais às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamentos correspondentes (DECLARAÇÃO..., 2003).

Nessa mesma direção, com o reconhecimento da importância da assistência prestada pelas parteiras tradicionais, foi elaborada em 1992 uma declaração conjunta da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) sobre as parteiras leigas¹ (PL), em que é ratificada a necessidade desse trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1992).

Contudo, apesar dessas diretrizes que recomendam o desenvolvimento de ações para a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, a maioria das ações do setor público ainda é insuficiente e caracteriza-se pela descontinuidade e baixa institucionalização.

Ainda é presente, portanto, um cenário de insuficiência de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde dos povos e comunidades tradicionais, das populações rurais e daquelas vivendo em regiões de difícil acesso e/ou de exclusão social.

Dessa forma, com vistas à diminuição de desigualdades, à equalização de oportunidades e à correção de iniquidades entre as regiões que compõem o Brasil, no que se refere

¹ Reconhecendo os saberes e práticas tradicionais, o Ministério da Saúde utiliza a denominação parteira tradicional em substituição à denominação parteira leiga.

ao acesso aos serviços e ações de saúde, faz-se necessário a formulação e a implementação de políticas públicas que contemplem essas populações.

A maioria dos gestores e dos profissionais de saúde ainda não incorporou o parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais como uma responsabilidade do SUS, no âmbito da atenção básica à saúde. Faz-se necessário, portanto, intensificar a discussão sobre esta questão nas instâncias de pactuação (Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Comissão Intergestores Bipartite – CIB) e de controle social (Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Estadual de Saúde – CES, Conselho Municipal de Saúde – CMS, conferências de saúde) do SUS. Assim como, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Ressalte-se que, com relação ao local do parto, ocorrendo este no hospital ou no domicílio, o importante é assegurar que se crie um ambiente seguro e favorável à evolução fisiológica do parto, com a garantia de privacidade, de apoio emocional à mulher e da presença de acompanhantes da sua escolha. O ambiente também deve ser propício para que a mulher possa vivenciar plenamente este momento, com autonomia e protagonismo, mediante a garantia do seu bem-estar físico e emocional, com o mínimo de intervenções e uma atenta observação e acompanhamento.

Faz-se necessário, portanto, que os gestores federais, estaduais e municipais efetivem a articulação entre o trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais e o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo diretrizes para o apoio e a qualificação do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, que promovam a superação do atual panorama de isolamento, exclusão, desigualdades e injustiças que envolvem mulheres e bebês assistidos por parteiras.

Referências

- ABREU, I. P. H. Assistência ao parto domiciliar. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 73-77.
- _____. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004*. Brasília, 2005. 84 f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- ABREU, I. P. H.; MELO, N.; VIANA, A. P. Parteiras Tradicionais: uma questão importante. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 795, jul. 2003. Livro de resumos I.
- ACRE. Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento. *Diagnóstico de Saúde Materno Infantil do Interior do Estado do Acre/1997/1998*. Rio Branco, 1999. 96 p.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. *Projeto de Convênio para Capacitação de Profissionais de Saúde e Parteiras Tradicionais em Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Adultos e Adolescentes e População Indígena da Região do Alto Juruá-AC, apresentado ao Ministério da Saúde*. Rio Branco, 2003. Mimeografado.
- ALMEIDA, M. B. de et al. Habitantes: os seringueiros. In: CUNHA, M. C. da; ALMEIDA, M. B. de (Org.). *Enciclopédia da Floresta – o Alto Juruá: práticas e conhecimentos das populações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 105-146.
- AMAPÁ. Agência de Promoção da Cidadania. *Relatório Avaliativo dos Cursos de Capacitação Realizados no Período de Maio à Agosto de 2001, nos Municípios de Santana, Mazagão, Bailique (Área Rural de Macapá), Oiapoque (Requalificação) e Tartarugalzinho*. Macapá, 2001. Mimeografado.
- _____. Agência de Promoção da Cidadania. Secretaria Estadual de Saúde. *Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá*. Macapá, 2002. 5 p.
- ASSOCIAÇÃO DOS SERINGUEIROS E AGRICULTORES DA RESERVA EXTRATIVISTA DO ALTO JURUÁ (ASAREAJ). *Parteiras Tradicionais da Floresta*. Cruzeiro do Sul, AC: [s.n.], 1998. 69 p.
- BANDLER, R. Notas de Leitura. In: BRUXAS, Parteiras e Enfermeiras. Recife, PE: SOS, 1992. 18 p.
- BESSA, Lucineide Frota. *Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural*. 1997. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Setembro, 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>> Trimestral. Acesso em: mar, 2010.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de setembro de 1999a.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases de ação programática. Brasília, 1984. 27 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Parto Tradicionais*. Brasília, 1991. 10 p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestaçã o e Parto. *Livro da Parteira*. Brasília, 2000a. 166 p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestaçã o e Parto. *Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar*: uma responsabilidade do SUS. Brasília, 2003. Fôlder.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Curumim, Gestaçã o e Parto. *Trabalhando com Parto Tradicionais*. 2. ed. atual. e rev. Brasília, 2000b. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 426, de 4 de abril de 2001. Define para o Distrito Federal e os Estados que não aderiram ao pacto na forma proposta na Portaria GM/MS 466, de 14/06/2000, os limites totais de cesáreas para o ano de 2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 abr. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jun. 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000d.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Institui a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Brasília, 2000e.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o centro de parto normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 1999b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2005b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Determina que o programa de digitação de autorização de internação hospitalar, SISAIH01, seja implantado crítica, visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui o prêmio nacional Prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 1998b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998. Institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1998c.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998d.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.482, de 20 de agosto de 1998. Inclui na tabela do sistema de informação hospitalar – SIH/SUS, os grupos de procedimentos abaixo relacionados, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados nos sistemas de referência hospitalar no atendimento terciário a gestante de alto risco. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998e.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*: manual para monitores e supervisores. Brasília, 1994a. 35 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*: módulos das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher e da criança. Brasília, 1994b. 73 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*. Brasília, 1994c. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consultas profissionais. In: _____. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção Humanizada ao Abortamento*: norma técnica. Brasília, 2005c. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília, 2006a. 160 p., il. (Série A. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno, n. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual*: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005d. 20 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna*: relatório final. Brasília, 2006b. 126 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. plano de ação 2004 - 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 48 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. princípios e diretrizes. Brasília, 2004b. 82 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, 2007a. 128 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estabelecimentos cadastrados. In: _____. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília, 2010. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_es_Estado.asp. Acesso em: jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Participe do Pacto Nacional e contribua para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças brasileiras: balanço de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: dados atualizados em 21/7/2006*. Brasília, 2006c. Fôlder.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil 1998-2002*. Brasília, 2002a. 280 p., il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília, 2005e. 60 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório*. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual de curso*. Brasília, 2002b. 196 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde: relatório de gestão 2000-2002*. Brasília, 2002c. 236 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001b. 199 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos*. Brasília, 2000f. 18 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa Saúde da Mulher: relatório de gestão 1998 a 2002*. Brasília, 2002d. 13 p. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da mulher brasileira. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, ano 3, n. 6, out. 2002e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília, 2005f. 822 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília, 2006d. 620 p., il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2008b. 641 p., il. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. *Saúde Amazônia: relato de processos, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004*. 2. ed. atual. Brasília, 2004c. 32 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia*. Brasília, 2006e. 84 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *IDB 2007 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*. Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *IDB 2008 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004d. 60 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, 2002f. 36 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 37).

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Escola Nacional de Administração Pública (Enap). *Ações premiadas no 7º Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal Prêmio Hélio Beltrão 2002*. Brasília, 2002g. p. 153-159.

BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: Ipea, 2010.

BRENES, Anayansi Correa. *Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses*. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005. 96 p.

CAPIBERIBE, J. Os Anjos da Floresta. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 21.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1996. 447 p.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: relato de uma experiência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 32, jul. 2003. Livro de resumos I.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Parteiras da Floresta. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 78-87.

CARVALHO, Suely. Cais do Parto e Rede Nacional de Parteiras Tradicionais. In: RATTNER, Daphne; FERRAZ, Sonia Terra (Organizadoras). *A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural*. Brasília: Conasems, 2009.

CHAMILCO, R. A. da S. I. *Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar em um município da Amazônia Legal – Santana - AP*. 2001. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CUNHA, M. C. da.; ALMEIDA, M. B. de. (Org.). *Enciclopédia da floresta: o Alto Juruá: práticas e conhecimentos das populações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 735 p.
DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; CONFERÊNCIA SÉRGIO AROUCA, 12., 2003, Brasília. *Manual...* Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

DE PARTEIRA a parteira. Produção do Ministério da Saúde/Grupo Curumim, Gestaçã o e Parto (ONG). Melgaço, PA: [s.n.], 2004. 1 videocassete (25 min.), VHS, son., color.

DIAS, M. D. *Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina*. 2002. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. *Parto normal ou cesárea?: O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: UNESP, 2004. (Saúde e cidadania).

ENCONTRO NACIONAL DOS NOVOS PREFEITOS E PREFEITAS, 2009, Brasília. [Apresentação...] Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[Http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_novosprefeitos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_novosprefeitos.pdf)>. Acesso em: 6 mar. 2009.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Complaints and Disorders: the sexual politics of sickness*. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1973.

_____. *Witches, Midwives and Nurse: a history of women healers*. Londres: Writers and Readers Publisher Cooperative, 1976.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. (Org.). *Morte materna uma tragédia evitável*. Campinas: UNICAMP, 1991a.

_____. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991b.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996. 295 p.

_____. *O Nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 231 p.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 146 p. (Coleção Leitura).

GOMES, M. L. *Um encontro de mulheres – dar à luz*. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO e PARTO. Grupo Curumim: trabalho no Amapá. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002a. p. 96-105.

_____. *Projeto de convênio para capacitação de parteiras tradicionais e profissionais de saúde para atenção humanizada e segura ao parto domiciliar, apresentado ao Ministério da saúde*. Recife: [s.n.], 2003. Mimeografado.

_____. *Relatório do Convênio nº 376/2003, realizado com o Ministério da Saúde*. Recife: [s.n.], 2005. Mimeografado.

_____. *Relatório do Convênio nº 1431/2000, realizado com o Ministério da Saúde*. Recife: [s.n.], 2001. Mimeografado.

_____. *Relatório do Convênio nº 2622/2002, realizado com o Ministério da Saúde*. Recife: [s.n.], 2004. Mimeografado.

_____. *Projeto Moara*. Recife: [s.n.], 2002b.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*. Rio de Janeiro, 2008. (Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23).

_____. [Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. [2009?]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: set. 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Comunicado da Presidência nº 9 – Pnad 2007: Primeiras análises – Pobreza e mudança social*. 2008. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/Pnad_2007_AnalisesPobreza.pdf>. Acesso em: fev. 2009.

_____. *Radar Social 2006*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/radar2006/02_renda.pdf>. Acesso em: fev. 2009.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguuru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 569-668, 2006.

LITOFF, J. B. The midwife throughout history. *J. Nurs Midw.*, [S.l.], v.27, n. 6, p. 3-11, 1982.
LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

MASCELANI, A. Um mergulho no mundo das parteiras: aquelas que vivem às margens dos rios e igarapés da região amazônica de Caxiuana e Melgaço, PA. In: JUCÁ, L.; MOLLIN, N. (Org.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002. p.112-125.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático - Relatório de um grupo técnico*. Genebra, 1996. 53 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO (FNUAP); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Parteiras Leigas: uma declaração conjunta da OMS/FNUAP/UNICEF*. Genebra: OMS, 1992. 25 p.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. d' A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004, 306 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PARTEIRAS Kalungas. Produção do Ministério da Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher. Teresina, GO: [s.n.], 2001. 1 videocassete (7 min), VHS, son., color.

PINTO, A. P.; SANTOS, A. M. dos. *Relatório parcial do projeto "Saúde e Direitos do Povo Kalunga e de suas Mulheres"*. Goiânia: [s.n.], 2000. Mimeografado.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (Org.). *Atlas da exclusão social no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 222 p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. [200-?]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: fev. 2009.

- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução SS nº 7, de 19 de janeiro de 2004. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, Poder Executivo, São Paulo, SP, 20 jan. 2004. Seção 1.
- SATO, A.; GOLIM, R. de C. *Dívida Social. O Respeito à Cultura de um Povo: o trabalho da parteira indígena Guarani*. 2003. Trabalho apresentado ao 11º Congresso Panamericano de Profissionais de Enfermeria e no 55º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), Rio de Janeiro, 2003.
- SERRUYA, S. J. *A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil*. 2003. 114 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*. Rio de Janeiro, 1997.
- SOCIEDADE CIVIL MAMIRAUÁ. *Projeto de convênio para a atenção humanizada ao parto e nascimento e para atenção humanizada à saúde sexual e reprodutiva para as populações das reservas de desenvolvimento sustentável mamirauá e amanã - apresentado ao Ministério da Saúde*. Tefé, AM: [s.n.], 2003. Mimeografado.
- _____. *Relatório Final 2006: convênio para atenção humanizada ao parto e nascimento e para atenção humanizada à saúde sexual e reprodutiva para as populações das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã: FNS – 2901/2003*. Belém, PA, 2006.
- _____. *Relatório Final 2008: convênio para atenção humanizada ao parto e nascimento e para atenção humanizada à saúde sexual e reprodutiva para as populações das Reservas de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá e Amanã: FNS – 1196/2005*. Belém, PA, 2009.
- TANAKA, A. C. d' A. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 107 p.
- TAVARES, C. S. C. *Iniciação à visão holística*. Rio de Janeiro: Record, 1993. 167 p. (Coleção Iniciação) (Nova Era).
- VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 84 p.
- WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate Technology for birth. *The Lancet*, [S.l.], v. 8452, n. 2, p. 436-437, 1985.
- _____. *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*. [S.l.], 1986. Disponível em: <<http://www.who.dk>>.

Anexo A – Capacitações realizadas no período de 2000 a 2010

Quadro 3 – Capacitações realizadas em 2000

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AP	Macapá/SES/AP/, Agemp/AP, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de Saúde	Agosto	38	Grupo Curumim
	Oiapoque/SES/AP, Agemp/AP/, Ministério da Saúde, pesquisadoras da Fundação MacArthur e da Universidade Católica de Goiás e Grupo Curumim.	Parteiras	Outubro	33	Grupo Curumim, técnicos da SES/AP, técnica da ATSM/MS, pesquisadoras da Fundação Mac Arthur e da Universidade Católica de Goiás.
AC	Rio Branco/SES/AC, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Dezembro	22	Grupo Curumim
PA	Belém/SES/PA, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Novembro	34	Grupo Curumim e técnicas da ATSM/MS.
	Paragominas/SES/PA, SMS de Paragominas, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras	Dezembro	22	Técnicas da ATSM/MS e técnicas da SES/PA.
Total de profissionais de saúde capacitados				94	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				55	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 4 – Capacitações realizadas em 2001

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AC	Xapuri/ SES/AC, SMS de Xapuri, Ministério da Saúde, Rede Acreana de Homens e Mulheres, Mama e Grupo Curumim.	Parteiras	Julho	26	Grupo Curumim, Mama, Rede Acreana de Homens e Mulheres, Técnicas da SES/AC.

continua

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AP	Santana/SES/AP, Agemp/AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Maio	54	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
	Mazagão/ SES (AP), Agemp (AP), Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Junho	53	CHPT, técnicos da SES- AP e da Agemp/AP.
	Arquipélago de Bailique/ Macapá/SES/AP, Agemp/AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Julho	48	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp-AP.
	Tartarugalzinho/SES/AP, Agemp /AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Agosto	73	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
	Calçoene/SES/AP, Agemp/AP, Ministério da Saúde e CHPT.	Parteiras	Setembro	42	CHPT, técnicos da SES/ AP e da Agemp/AP.
AM	Tefé/Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM), Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Tefé, Alvarães, Uarini, Marañ.	Parteiras	Setembro	24	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		15	
PA	Breves/SES/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Breves, Gurupá, Anajás, Curralinho, Portel, Melgaço.	Parteiras	Fevereiro	35	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		15	
	Melgaço/SES/PA, SMS de Melgaço, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Agentes comunitários de saúde	Julho	37	Grupo Curumim
	Gurupá/SES/PA, Ministério da saúde, Grupo Curumim, SMS de Gurupá.	Parteiras	Junho	33	Grupo Curumim, técnicos da SMS.
RR	Boa Vista/SES/RR, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Mucajaí, Alto Alegre, Bonfim, Amajari, Rorainópolis, Normandia, Pacaraima.	Profissionais de saúde	Novembro	12	Grupo Curumim
		Parteiras		4	

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AL	Maceió/SES/AL, SMS de Maceió, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras	Outubro	11	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		15	
MA	Imperatriz/SMS de Imperatriz, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras	Abril	15	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
		Profissionais de saúde		28	
PB	João Pessoa/SES/PB, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Isabel, Teixeira, Fagundes, São Bento.	Profissionais de saúde	Junho	29	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS.
GO	Teresina de Goiás/equipe do Projeto Kalunga, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Funasa, SES/GO e SMS dos municípios envolvidos: Teresina de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Cavalcante.	Parteiras quilombolas Kalungas	Maio	40	Grupo Curumim, técnicas da ATSM/MS, equipe do Projeto Kalunga.
MG	Diamantina/SES/MG, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Diamantina, Montes Claros, Novo Cruzeiro, Ladainha, São José do Divino, Jordânia, Pedra Azul, Joáima, Pirapora, Comereinho, São Francisco de Minas.	Profissionais de saúde	Novembro	26	Grupo Curumim, Técnicas da ATSM/MS.
Total de profissionais de saúde capacitados				177	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				458	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 5 – Capacitações realizadas em 2002

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AC	Marechal Thaumaturgo/SES /AC Ministério da Saúde, Mama, CTA e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Março	57	Grupo Curumim, técnicas da SES/AC, Mama e CTA.

continua

continuação

AP	Macapá/SES/AP, Agemp (AP), Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Junho	18	Grupo Curumim
AM	Tefé/IDSM/AM, Ministério da Saúde Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Tefé, Alvarães, Uarini e Maraã	Parteiras tradicionais	Fevereiro	29	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		11	
PA	Bragança/SES (PA), SMS de Bragança, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Março	20	Grupo Curumim, técnicas da SES/PA.
	Melgaço/SMS de Melgaço, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Agosto	16	Grupo Curumim, técnica da SMS de Melgaço.
	Santarém/SMS de Santarém, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Dezembro	16	Grupo Curumim
Profissionais de saúde		15			
RR	Boa Vista/CIR/RR, Funasa, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras indígenas das etnias Macuxi, Ingarinkó, Wapichana e Wai Wai.	Agosto	29	Grupo Curumim, técnica do CIR.
	Boa Vista/CIR/RR, Funasa, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Profissionais de saúde do CIR/RR.	Novembro	13	Grupo Curumim
AL	Maceió/SES/AL, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Maceió, Palmeira dos Índios.	Profissionais de saúde	Fevereiro	24	Grupo Curumim
MA	São Luís/SES/MA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: São Luís, Imperatriz, Vargem Grande, Matinha, Axixá, São João Batista, Codó, Pinheiro, Riachão, Bequimão, Santana do Maranhão, Urbano Santos, Alto Alegre do Pindaré, Belagua, Paulino Neves, Presidente Juscelino, Santa Inês, Santa Helena, Grajaú.	Profissionais de saúde	Junho	30	Grupo Curumim e técnicas da ATSM/MS.
MG	Chapada do Norte/SES/MG, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Hospital Sofia Feldman (MG) e Unimontes/MG. Municípios envolvidos: Berilo, Jenipapo de Minas.	Parteiras tradicionais	Maio	29	Grupo Curumim, técnicas da SES/MG, do Hospital Sofia Feldman/ MG e Unimontes.
Total de profissionais de saúde capacitados				111	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				196	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 6 – Capacitações realizadas em 2003

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
AC	Rio Branco/SES/AC, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Rio Branco, Xapurí, Tarauacá, Santa Rosa de Purus, Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter.	Profissionais de saúde	Março	17	Grupo Curumim, técnica da ATSM/MS.
AM	Iranduba/SES/AM, SMS de Iranduba, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Maio	21	Grupo Curumim, técnica da ATSM/MS.
				09	
PA	Breves/SES/PA, SMS de Breves, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Fevereiro	23	Grupo Curumim
				19	
	Portel/ SMS de Portel, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Fevereiro	33	Grupo Curumim
BA	Salvador/SES/BA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim.	Profissionais de saúde	Outubro	20	Grupo Curumim
PB	Guarabira/SES/PB, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Guarabira, Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto, Mataraca, Lagoa Seca, Patos, Sousa, Pombal, Princesa Izabel, Teixeira, Fagundes, São Bento.	Parteiras tradicionais, quilombolas da comunidade Caiana dos Crioulos e indígenas da etnia Potiguara. Profissionais de saúde	Agosto	24	Grupo Curumim
				15	
Total de profissionais de saúde capacitados				80	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				101	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Em 2003, o programa apoiou o 1º Encontro Estadual de Parteiras Tradicionais Indígenas de Roraima, realizado pelo Conselho Indígena de Roraima (CIR), no período de 14 a 19 de julho, em Boa Vista/RR, com um total de 166 participantes (GRUPO CURUMIM, GESTAÇÃO e PARTO, 2004). Naquele mesmo ano, o programa realizou, em parceria com a Funasa, a 1ª Oficina de Atenção Integral à Saúde da Mulher Indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Alto Juruá/ACe Alto Purús/AC, que ocorreu em Rio Branco/AC, no período de 23 a 25 de setembro, com um total de 37 participantes.

Quadro 7 – Capacitações realizadas em 2004

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	Tefé/IDSM, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Tefé, Alvarães, Uarini, Maraã, Fonte Boa.	Parteiras tradicionais	Junho	17	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		20	
MG	Teófilo Otoni/SES/MG, Ministério da saúde, Hospital Sofia Feldman/MG, Unimontes/MG e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Setembro	12	Grupo Curumim, técnicas da SES/MG, técnicas do Hospital Sofia Feldman e Unimontes.
		Profissionais de saúde		18	
PA	Melgaço/SMS de Melgaço, SES/PA, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Julho	15	Grupo Curumim
	Breves e Portel/SMS dos municípios envolvidos, SES/PA, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Profissionais de saúde		69	
	Cametá/Cemam/PA, Ideas/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Cametá e Baião.	Parteiras tradicionais	Setembro	33	Grupo Curumim
Total de profissionais de saúde capacitados				107	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				77	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 8 – Capacitações realizadas em 2005

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
MT	Barra do Garça/Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras indígenas da etnia Xavante.	Abril	58	Grupo Curumim

continua

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PE	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Exu/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Bodocó, Trindade, Exu, Ipubi. Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Xexéu, Jaboatão/ Cabo/Água preta/Catende/ Palmares/Olinda/Mirandiba/ Flores/Ouricuri/Trindade/ Salgueiro/Bodocó. Recife/SES/PE Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos, Igarassú/ Ipojuca/Cabo/Abreu e Lima/ Olinda/ Jaboatão.	Profissionais de saúde	Junho	14	Grupo Curumim.
			Junho	23	
		Parteiras tradicionais	Novembro	28	Grupo Curumim
			Dezembro	23	Grupo Curumim
PA	Santarém/Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS dos municípios envolvidos: Santarém e Óbidos. Viseu/SMS de Viseu, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras tradicionais	Outubro	17	Grupo Curumim
				06	
		Parteiras tradicionais	Novembro	26	Grupo Curumim
PB	Baía da Traição/SES/PB, Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Nova Olinda/ Aroeiras/Catingueira/Conde/ Vista Serrana/Boa Ventura/ Vieirópolis/Lastro/Marcação/Rio Tinto/Baía da Traição.	Parteiras tradicionais	Novembro	26	Grupo Curumim, técnicas da SES/PB.
GO	Cavalcante/SES/GO, ATSM do Ministério da Saúde, Sepir, PN de DST e Aids, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Cavalcante/ Teresina de Goiás/Monte Alegre de Goiás.	Parteiras quilombolas Kalungas	Novembro	41	Grupo Curumim, técnicas do Ministério da Saúde do PN de DST e Aids, da ATSM e do Depto. de Atenção Básica.
MG	Belo Horizonte/Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim.	Parteiras indígenas Maxakalis	Dezembro	22	Grupo Curumim

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	Alvarães/IDSM, Ministério da Saúde e SMS de Alvarães.	Parteiras tradicionais	Outubro	18	Técnicas do IDSM e da SMS de Alvarães.
		Profissionais de saúde		10	
	Tefé/IDSM, Ministério da Saúde, SMS de Tefé e SMS de Alvarães.	Parteiras tradicionais	Novembro	22	Técnicas do IDSM e da SMS de Alvarães.
		Profissionais de saúde		13	
Total de profissionais de saúde capacitados				43	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				304	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 9 – Capacitações realizadas em 2005 e 2006 para formação de parteiras facilitadoras para a prevenção de DST/HIV/aids e hepatites virais – parceria entre PN de DST e aids, ATSM/MS, Departamento de Atenção Básica/MS, Funasa, Departamento de Enfermagem/UnB, CPM/GO e RNPT/PE

UF	Município onde ocorreu a capacitação	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PE	Recife	Parteiras tradicionais e técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde da Paraíba, do Maranhão, de Pernambuco, de Alagoas, da Bahia e da Funasa.	Fevereiro/2005	35	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB e da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais.
AL	Maceió	Parteiras tradicionais e técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde de Alagoas, da Paraíba, de Pernambuco, da Bahia e do Maranhão.	Junho/2005	40	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB, do CPM, das Secretarias Estaduais de Saúde da Paraíba, de Pernambuco e da Bahia e da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais.

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PA	Belém	Parteiras tradicionais, técnicos(as) das Secretarias Estaduais de Saúde do Pará, do Amapá, do Acre, técnicas da Funasa de Roraima, do Pará, do Amazonas e do IDSM/AM.	Julho/2005	40	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB, do CPM e da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais.
DF	Brasília	Parteiras tradicionais e técnicas da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde de Cavalcante/GO, da Funasa .	Dezembro/2005	28	Técnicas do Ministério da Saúde, do Depto. de Enfermagem da UnB, do CPM e da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais.
SP	São Paulo	Parteiras Tradicionais e técnicos(as) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e da Funasa.	Abril/2006	35	Técnicas do Ministério da Saúde e do Depto. de Enfermagem da UnB.
Total de pessoas capacitadas				178	

Fonte: PN de DST e Aids/SVS/MS e Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 10 – Capacitações realizadas em 2006

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	Tefé/IDSM/AM, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Tefé e Alvarães.	Parteiras tradicionais	Março	14	Grupo Curumim e técnicas do IDSM.
		Profissionais de saúde		25	
MA	Alcântara/SMS de Alcântara, SES /MA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e Seppir.	Parteiras tradicionais	Junho	29	Grupo Curumim e técnicas da ATSM e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		37	
MG	Janaúba/SES/MG, Pastoral da Juventude de Janaúba, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, Seppir, Hospital Sofia Feldman/MG, Unimontes/MG e SMS dos municípios envolvidos: Janaúba, Porteirinha, Januária, Varzelândia, Jaíba, Riacho dos Machados, Pai Pedro, Gameleira, Catuti.	Parteiras tradicionais.	Setembro	22	Grupo Curumim, técnicas da SES/MG, do Depto de Atenção Básica do MS, do Hospital Sofia Feldman/ MG e Unimontes.
		Profissionais de saúde		23	

continua

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
PA	Bagre/ SES/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Bagre, Curralinho, Breves, Anajás, Portel e Melgaço.	Parteiras tradicionais	Julho	20	Grupo Curumim, técnicas da ATSM e do Depto. de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		24	
PA	Acará/SES/PA, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS de Acará.	Parteiras tradicionais	Dezembro	14	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		24	
	Santarém/SMS de Santarém, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Santarém e Óbidos.	Parteiras tradicionais	Outubro	30	Grupo Curumim
PB	João Pessoa/SES/PB, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Mamanguape, João Pessoa, Aroeiras, Pitimbú, Santa Rita, Marcação, Rio Tinto, Conde, Juripiranga, São José da Lagoa Tapada, Baía da Traição.	Profissionais de saúde	Novembro	50	Grupo Curumim
PE	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Mirandiba, Bodocó, Olinda, Água Preta, Catende, Salgueiro, Flores, Ouricuri, Trindade, Cabo, Jaboatão, Palmares.	Parteiras tradicionais	Maio	25	Grupo Curumim
	Trindade/SES/PE, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS de Trindade.	Parteiras tradicionais	Agosto	11	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		47	
	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde, Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Caruaru, Agrestina, Belo Jardim, Barra de Guarabira, Jaboatão, Ibirajuba.	Parteiras tradicionais	Dezembro	09	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		10	
Total de profissionais de saúde capacitados				240	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				174	

Quadro 11 – Capacitações realizadas em 2007

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
AM	São Gabriel da Cachoeira/ Funasa, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: São Gabriel da Cachoeira, Babelos, Santa Isabel.	Parteiras indígenas	Março	30	Grupo Curumim e técnicos da Funasa.
		Profissionais de saúde		44	
	Maraã/IDSM, Ministério da Saúde, Grupo Curumim, SMS de Maraã. Municípios envolvidos: Maraã e Japurá.	Parteiras tradicionais	Junho	25	Grupo Curumim e técnicas do IDSM.
		Agentes comunitários de saúde		22	
	Fonte Boa/IDSM, Ministério da Saúde e Grupo Curumim, SMS de Fonte Boa. Municípios envolvidos: Fonte Boa, Maraã e Juruá.	Parteiras tradicionais	Agosto	25	Grupo Curumim e técnicas do IDSM.
		Agentes comunitários de saúde Enfermeira		01	
PA	Altamira/Movimento de Mulheres de Altamira e Região Transamazônica e Xingu, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Altamira, Itaituba, Rurópolis, Placas, Uruará, Medicilândia, Brasil Novo, Distrito de Castelo dos Sonhos, Souzel, Porto de Moz, Gurupá, Vitória do Xingu, Anapu, Pacajá.	Parteiras tradicionais.	Abril	48	Grupo Curumim
PR	São Miguel do Iguaçú, onde se realizou o Encontro sobre a Importância do Saber Tradicional na Preservação da Cultura Guarani/ Funasa, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e SMS dos municípios envolvidos: Piraquara, Paranaguá, Guaraqueçaba, Guaíra, Diamante D' oeste, Londrina, Guarapuava, Pontal do Paraná.	Parteiras indígenas e pajés	Maio	9 parteiras indígenas e 5 pajés	Grupo Curumim, técnica da ATSM/ MS.
		Profissionais de saúde		23	
PE	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Palmares e Cabo.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Janeiro	07 05	Grupo Curumim

continua

continuação

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/ municípios envolvidos	Público-Alvo	Período	Total de Participantes	Facilitadores(as)
	Petrolina/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Petrolina, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista, Lagoa Grande, Afrânio e Dormentes.	Profissionais de saúde	Fevereiro	27	Grupo Curumim
	Recife/SES/PE, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Carnaubeira da Penha, Buíque, Tacaratú, Jatobá, Petrolândia e Pesqueira.	Parteiras indígenas das etnias Pankará, Kapinawá, Pankararú e Xucurú.	Abril	22	Grupo Curumim
Total de profissionais de saúde capacitados				147	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				171	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 12 – Capacitações realizadas em 2008

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/municípios envolvidos	Públicos-alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
TO	Palmas/SES, Universidade Federal do Tocantins, ULBRA/TO, CEPOMFI Secretaria de Cidadania e Justiça, FUNAI, SEDUC, Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Tocantínia, Formoso, Tocantinópolis, Itacajá, Barra do Ouro, Araguañã.	Parteiras tradicionais e indígenas	Junho	15	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		11	
AM	Tefé/SES (AM), IDSM Ministério da Saúde e Grupo Curumim, FUNASA, Universidade do Estado do Amazonas. Municípios envolvidos: Maraã, Tefé, Uarini, Fonte Boa e Alvarães.	Parteiras tradicionais	Novembro	30	Grupo Curumim
		Profissionais de saúde		19	
Total de profissionais de saúde capacitados				30	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				45	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 13 – Capacitações realizadas em 2009

UF	Município onde ocorreu a capacitação/ parcerias envolvidas/municípios envolvidos	Públicos-alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
AM	Manaus/SES (AM), IDSM Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos Tefé, Manaus, São Gabriel da Cachoeira, Maués, Maraã, Uarini, Alvarães, São Paulo de Olivença, Iranduba, São Sebastião de Uatumã, Itacoatiara, Borba, Careiro Castanho.	Parteiras tradicionais	Julho	14	Grupo Curumim e técnicas do Ministério da Saúde.
		Profissionais de saúde		23	
PA	Breves/SES (PA), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Breves, Melgaço, Anajás, Curralinho, Bagre, Gurupá, Portel.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Setembro/ Outubro	14 30	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
PA	Baião/SES (PA), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Baião, Cametá, Limoeiro do Ajuru.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Dezembro	22 11	Grupo Curumim
BA	Municípios da Região da Chapada Diamantina/ Projeto Três Marias, Pro-Reitoria de Extensão da Universidade Estadual da Bahia, Ministério da Saúde, Grãos de Luz e Griô. Municípios envolvidos: Palmeiras (Vale do Capão), Iraquara, Seabra, Andaraí (Igatú, Nova Redenção), Mucugê, Lençóis.	Parteiras tradicionais.	Maio a Outubro	67	Projeto Três Marias
		Profissionais de saúde		148	
Total de profissionais de saúde capacitados				212	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				117	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Quadro 14 – Capacitações realizadas em 2010

UF	Município onde ocorreu a capacitação/parcerias envolvidas/municípios envolvidos	Públicos-alvo	Período	Total de participantes	Facilitadores(as)
RR	Boa Vista/SES (RR), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Boa Vista, Normandia, Uiramutã, Pacaraima, São Luiz do Anauá, Amajari, Cantá, Alto Alegre, Mucajaí e Rorainópolis.	Parteiras tradicionais indígenas Profissionais de saúde	Março	24	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
				35	
PB	Guarabira/SES (PB), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Guarabira, Alagoa Grande, Baía da Traição, Marcação, João Pessoa, Mamanguape, Junco do Seridó, Nova Olinda e Mãe D'água.	Parteiras tradicionais indígenas e quilombolas Profissionais de saúde	Março	21	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
				06	
PA	Belém/SES (PA), Ministério da Saúde e Grupo Curumim. Municípios envolvidos: Breves, Baião, Cametá, Belém, Anajás, Currealinho, Bagre, Melgaço, Portel, Gurupá, Limoeiro do Ajuru, Santarém, Altamira, Alenquer e Óbidos.	Parteiras tradicionais Profissionais de saúde	Abril	12	Grupo Curumim e técnica do Ministério da Saúde.
				19	
Total de profissionais de saúde capacitados				60	
Total de parteiras tradicionais capacitadas				57	

Fonte: Área Técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS.

Anexo B – Nota técnica da Área Técnica de Saúde da Mulher



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR REALIZADO POR PARTEIRAS
TRADICIONAIS

NOTA TÉCNICA

Os índices de mortalidade materna e neonatal de nosso País ainda se encontram em patamares elevados, configurando-se uma situação de violação dos Direitos Humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras e com maior prevalência entre as mulheres e crianças das classes sociais com menor acesso aos bens e serviços.

O enfrentamento desses problemas exige o envolvimento e a articulação de diferentes esferas de governo e atores sociais. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde, iniciado em março de 2000, insere-se entre as estratégias do Ministério para a redução da morbimortalidade materna e neonatal e tem como principal objetivo assegurar a melhoria do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais, na perspectiva dos direitos de cidadania e da equidade. Busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o encontro desse saber tradicional com o conhecimento técnico-científico e garantindo as condições materiais básicas para a realização do parto domiciliar (*kit* da parteira) e o apoio logístico necessários para o exercício desta prática com segurança e qualidade.

O Programa foi elaborado considerando a diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País, que exige a adoção de diferentes modelos de atenção obstétrica e ao recém-nascido e que coloca a necessidade de se desenharem políticas públicas que atendam as especificidades das áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, das regiões de difícil acesso e de populações tradicionais quilombolas e indígenas.

As regiões Norte e Nordeste são historicamente conhecidas por abrigarem os municípios com maior problema de exclusão social. Nestas regiões, igualmente, estão localizadas as áreas com menor cobertura de serviços de saúde. Cerca de 40% do total de municípios brasileiros, equivalendo a 21% da população brasileira, vive em localidades associadas à situação de exclusão social.

É na Região Nordeste que se observam os níveis mais elevados de pobreza absoluta no País e onde a distribuição de renda é mais concentrada. Os indicadores também apontam que esta situação é pior entre as mulheres, de modo geral, e entre homens e mulheres da população afrodescendente.

Analisando-se particularmente a situação da Amazônia Legal, que abrange os estados do Amazonas, Amapá, Acre, oeste do Maranhão, norte do Mato Grosso, Rondônia, Pará, Roraima e Tocantins, verifica-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que utiliza as dimensões de educação, renda e longevidade para medir o nível de desenvolvimento humano, encontra-se abaixo da média nacional na maioria dos municípios da região.

Nesta região, a rede assistencial de saúde, eminentemente pública (78%), é ainda incipiente. A região detem a menor taxa de leitos por habitante do Brasil, correspondendo a 2,14 leitos por mil habitantes. Além disso, possui a menor cobertura de serviços de saúde se comparada com as demais regiões do País: 19% dos municípios contam com um único posto de saúde como referência de serviços de saúde e 30 deles não possuem nenhuma unidade de saúde.

Na região Amazônica, a relação médico/habitante chega a um médico por 8.400 habitantes. Vale destacar ainda, que em alguns municípios da região não existem profissionais médicos e, em vários estados, profissionais estrangeiros exercem a profissão, muitos sem respaldo legal.

Por sua vez, o Programa Saúde da Família (PSF), a principal estratégia do Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica, desde a sua criação em 1994, vem se fortalecendo e se expandindo. Entretanto, ainda que a Estratégia Saúde da Família tenha chegado a um número significativo de municípios de pequeno porte, tem ficado, muitas vezes, restrita às áreas urbanas desses municípios. Outro aspecto que deve ser considerado são as reais dificuldades para fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos (as) e enfermeiras(os) no interior do País. De acordo com a OMS, o Brasil possui uma situação confortável na relação médico/habitante, chegando à relação de um médico por 1.712 habitantes. No entanto, na região Amazônica, por exemplo, essa média cai abruptamente, como já foi referido acima. Portanto, ainda se constitui um desafio a expansão da estratégia de Saúde da Família para as áreas rurais, ribeirinhas, regiões de difícil acesso e para populações com elevado grau de exclusão social.

Por outro lado, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, observa-se uma alta incidência de parto domiciliar nas áreas rurais (20%). Os dados sobre assistência médica ao parto levantados na pesquisa em questão apontaram que para o País, como um todo, 78% das crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa foram assistidas por um médico na ocasião do nascimento. Enfermeiras, auxiliares de enfermagem e parteiras foram responsáveis por cerca de 20% dos partos. Nas áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, a percentagem de partos assistidos por um médico cai para valores em torno de 55%, aumentando a representatividade de enfermeiras e de parteiras

(cerca de 40%), o que está de acordo com a elevada proporção de partos domiciliares existentes nestas áreas.

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais foi elaborado considerando o conjunto de situações relatadas acima. Da instituição do Programa até dezembro de 2005, foram capacitados aproximadamente 1.218 parteiras tradicionais e 560 profissionais de saúde. Foram produzidos: o **Livro da Parteira**, para apoiar a capacitação das parteiras, o manual **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**, para os profissionais de saúde, um fôlder para gestores e profissionais de saúde: **Melhoria da Assistência ao Parto Domiciliar – uma responsabilidade do SUS** e dois vídeos: um vídeo sobre as **parteiras Kalungas** e o vídeo **De Parteira a Parteira**, todos em parceria com a Organização Não Governamental Grupo Curumim Gestação e Parto. Estavam envolvidos com o Programa os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco e Roraima e aproximadamente 100 municípios. Muitas secretarias estaduais e municipais de saúde forneceram o *kit* da parteira. Houve a incorporação por parte de muitas parteiras de técnicas que tornam o parto domiciliar mais seguro e qualificado e também a ampliação da percepção das situações de risco, com encaminhamentos oportunos. Em alguns municípios, verificou-se melhora na notificação dos partos domiciliares.

Vale destacar que sempre estiveram presentes no País atividades desenvolvidas com as parteiras tradicionais, seja por meio da atuação de ONGs ou de instituições públicas. No âmbito do setor público, destacou-se nesta atuação a Fundação Sesp que posteriormente foi incorporada à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Desde 1943, a então Fundação Sesp, iniciou o treinamento e supervisão das parteiras tradicionais na Região Amazônica, estendendo sua atuação aos estados de Minas Gerais, Espírito Santo (Vale do Rio Doce) e, posteriormente, ao Nordeste e Centro-Oeste.

No cenário de intervenções de saúde pública, voltadas para a saúde da mulher, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia importante. Recoloca em pauta a discussão sobre a necessidade de diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento, tomando-se em consideração a diversidade social, econômica, cultural e geográfica do País e a necessidade de desenham-se políticas públicas que atendam as especificidades e necessidades da zona rural, ribeirinha, de floresta, das populações tradicionais quilombolas e indígenas. Retoma igualmente a discussão de que a qualificação e humanização do parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais é uma responsabilidade do SUS e procura resgatar o valor e a importância das parteiras tradicionais no quadro da assistência obstétrica, principalmente nas regiões de difícil acesso aos serviços de saúde e/ou onde o parto domiciliar é culturalmente significativo.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.067, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 6 de julho de 2005, que institui Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em seu anexo II, Termo de Referência para o Processo de Contratualização de Metas para a Atenção Obstétrica e Neonatal, no item 1.7. define como uma

das metas “Promover a capacitação de parteiras tradicionais e doulas comunitárias para atenção humanizada ao parto e nascimento”.

É fundamental, portanto, a articulação do trabalho da parteira tradicional com o sistema formal de saúde, na perspectiva da produção de saúde e de sujeitos, de resgate e valorização dos saberes tradicionais, com a compreensão de que a interação desses saberes com o conhecimento técnico-científico contribui para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

Brasília, 12 de abril de 2006

MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO
Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

MARIA CRISTINA BOARETTO
Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS/MS

Anexo C – Materiais para o kit da parteira

1. Bolsa para acondicionar os materiais.
2. Tesoura reta em inox, ponta romba (16cm), para uso exclusivo no parto.
3. Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox.
4. Balança de tração com gancho, para pesar o bebê.
5. Lanterna média a dínamo, que funciona com energia mecânica, dispensando o uso de pilhas ou lanterna comum média acompanhada de suprimento de pilhas.
6. Seis fraldas de algodão, tamanho grande.
7. Guarda-chuva ou capa de chuva.
8. Forro de plástico emborrachado (1 metro x 1 metro), para forrar o local do parto.
9. Avental de plástico emborrachado, gorro e máscara.
10. Bacia de alumínio.
11. Toalha para enxugar as mãos.
12. Estetoscópio de Pinard.
13. Fita métrica de 1 metro.
14. Rolo de algodão e pacotes com gaze.
15. Escova de unha.
16. Sabão de barra, com saboneteira.
17. Carretel de linha zero, para amarrar o cordão umbilical ou linha cirúrgica de algodão zero, sem agulha.
18. Luvas cirúrgicas ou de procedimento, adequadas para o tamanho das mãos da parteira.
19. Álcool a 70%.
20. Potes pequenos de plástico, para guardar o algodão e a gaze.
21. Montolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool a 70%.
22. Tesoura comum para uso pessoal (como estratégia para evitar o uso indevido da tesoura de inox).
23. Livro da Parteira.
24. Lápis e borracha.
25. Caderno pequeno para anotações.

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério **Governo**
da Saúde **Federal**