



SENADO FEDERAL  
INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO

ADRIANA ROSA DOS SANTOS

**O PROGRAMA TRABALHANDO COM PARTEIRAS TRADICIONAIS (2000-2010) –  
UMA ANÁLISE COM ENFOQUE DE GÊNERO**

Brasília - DF, 2018



**SENADO FEDERAL**  
**INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO**

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000-2010)

Uma análise com enfoque de gênero

Adriana Rosa dos Santos

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito obrigatório para obtenção do Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Avaliação de Políticas Públicas do Instituto Legislativo Brasileiro sob a orientação da professora doutora Tatiana Feitosa de Britto.

Brasília - DF, 2018

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

### Banca Examinadora

---

Prof. Dra. Tatiana Feitosa de Britto

Orientadora

---

Prof. Dr. Rafael Silveira e Silva

Avaliador

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha filha Valentina e meu filho Vittorio que me forneceram apoio, compreensão e generosidade ao longo desses dois anos. Também agradeço à minha paciente orientadora Tatiana de Britto, que me acolheu e foi muito solícita em suas observações e sugestões. Foi um árduo caminho, desde a coleta de dados até à conclusão desta pesquisa, que me rendeu belos frutos. Sou muito grata por ter me aprofundado no mundo das parteiras e do parto humanizado. Foi uma oportunidade muito transformadora conhecer ainda mais esse universo.

*“O amor e a humanidade começam onde começa o toque: no intervalo de poucos minutos que se seguem ao nascimento.”*

(Ashley Montagu)

## RESUMO

Este artigo apresenta uma pesquisa exploratória a respeito da temática do parto e da saúde sexual e reprodutiva sob a perspectiva de gênero. O estudo foi feito a partir de uma análise desenvolvida sobre o programa “Trabalhando com as Parteiras Tradicionais”, implementado pelo governo federal no período de 2000-2010. O trabalho discute o papel de diferentes agentes no momento do parto, além de discorrer acerca de aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva e ao conceito de gênero e transversalidade nas políticas públicas para as mulheres. Apresenta ainda uma breve história da atividade de “partejar”, para contextualizar o desenvolvimento do programa analisado, assim como seus desafios e perspectivas.

**Palavras-chave:** gênero; parteiras tradicionais; parto humanizado; políticas públicas de saúde.

This article presents an exploratory research on the subject of childbirth and his implications on sexual health and reproductive issues – all from a gender perspective. The study was based on an analysis of the program “Working with Traditional Midwives”, implemented by the federal government in the period of 2000-2010. The paper discusses the role of different agents at the time of delivery, as well as argues about aspects related to sexual and reproductive health and the concept of gender in the transversality in public policies for the women. It also presents a brief history of “parturition”, to contextualize the development of the analyzed program, as its challenges and perspectives.

**Keywords:** gender; traditional midwives; humanized birth; public health policies.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Compreendendo o papel das parteiras: quem faz o que na assistência ao parto.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Obstetras.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Enfermeiras(os) obstétricas(os).....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Obstetrizes.....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Parteiras Tradicionais.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Saúde sexual e reprodutiva e a questão da violência obstétrica.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Papéis de Gênero.....</b>	<b>15</b>
<b>5. “Mulheres Sábias” – um pouco da história do partejar.....</b>	<b>22</b>
<b>6. O programa “Trabalhando com Parteiras Tradicionais”: marcos políticos nacionais .....</b>	<b>28</b>
<b>6.1. Resultados do programa “Trabalhando com Parteiras Tradicionais”.....</b>	<b>32</b>
<b>7. Desafios e perspectivas do programa “Trabalhando com parteiras tradicionais”.....</b>	<b>36</b>
<b>8. Referências.....</b>	<b>39</b>
<b>9. Apêndices.....</b>	<b>42</b>

## 1. Introdução:

O universo que permeia os saberes e as práticas tradicionais das parteiras nos remete a uma forma específica de conviver com a natureza e com o conhecimento de *técnicas tradicionais do partejar, do apanhar e cuidar da saúde da mulher e da criança*. O Primeiro contato da autora com este universo se deu no Programa Pautas Femininas, realizado uma vez por mês pela Procuradoria da Mulher do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, programa este que debate sobre os temas mais importantes que afetam os direitos das mulheres. No programa *Pautas Femininas* de 28 novembro de 2017, durante Audiência Pública presidida pela deputada federal Janete Capiberibe (PSB-AP), tratou-se da valorização do saber das parteiras tradicionais. O debate teve participação do Ministério da Saúde; de sociólogas, de parteiras aprendizes, de antropóloga; de parteiras tradicionais, da Rede Estadual de Parteiras Tradicionais do Amapá; entre outras especialistas e convidadas. Nessa ocasião, encontramos senhoras parteiras, absolutamente despreocupadas com a noção de tempo urbano, desaceleradas, tranquilas, responsivas ao contato afetivo e emocional. Há que destacarmos que o trabalho da parteira tradicional se caracteriza como trabalho reprodutivo, desvalorizado economicamente, informal, autônomo e eminentemente feminino; configura-se ainda como prática social de saúde de conhecimento popular, que é legitimada necessariamente pela comunidade.

Essas foram as nossas motivações para escrever este artigo e analisar o Programa Trabalhando com as Parteiras Tradicionais (PTPT), cujo período áureo de implementação ocorreu entre 2000-2010 e é o período em que nossa pesquisa encontrou maiores informações e dados contínuos sobre o mesmo. Adotamos, no trabalho, uma perspectiva que privilegia o enfoque de gênero, na tentativa de fazermos alguma diferença no debate sobre esse tema, já que

as políticas que consideram os aspectos de gênero se baseiam no reconhecimento de que as práticas organizacionais requerem novos procedimentos para superar a desigualdade e encontrarem a equidade. Porém, a equidade só faz sentido com a inclusão, a participação e com a tomada de decisões das mulheres na formulação das políticas públicas, para que possamos verificar se esta política modificou ou não as condições de vida destas mulheres e se contribuiu para sua autonomia econômica.

O presente artigo adota como base de pesquisa publicação do Ministério da Saúde de 2012, intitulada: Parto e Nascimento Domiciliar assistidos por Parteiras Tradicionais – o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares (BRASIL, 2012a), a fim de discutirmos a perspectiva de gênero na implementação dessa política pública no período em questão, a capacitação das parteiras tradicionais e a continuidade ou não da implementação do Programa, que colocou como prioridade a atenção integral à saúde da mulher e da criança, incluindo, no seu conjunto de estratégias, a melhoria da atenção ao parto e ao nascimento domiciliar, assistidos por parteiras tradicionais.

A partir dessas informações iniciais, realizamos uma pesquisa exploratória na literatura sobre a temática do parto, da saúde sexual e reprodutiva, sob a perspectiva de gênero, bem como coletamos dados e informações complementares sobre o programa.

O trabalho se estrutura da seguinte forma: na seção 2, apresentamos os papéis das obstetras, das (os) enfermeiras (os) obstétricas (os), das obstetrizes e das parteiras tradicionais no momento do parto. Na seção 3, discorreremos acerca de aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva e ao problema da violência obstétrica. Na seção 4, abordamos o conceito de gênero, os papéis de gênero e suas características e a centralidade do conceito de transversalidade nas políticas públicas para as mulheres. Na seção 5, discorreremos sobre a história do partejar. Na seção 6, apresentamos o Programa Trabalhando com Parteiras

Tradicionalis, seus marcos políticos nacionais e sua estrutura. Por fim na seção 7, apresentamos os desafios e perspectivas identificados no âmbito do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais.

## **2. Compreendendo o papel das parteiras: quem faz o que na assistência ao parto**

De modo geral, o momento do parto, protagonizado pela mulher gestante, pode contar com a participação de outros atores importantes, cuja atuação diferencia-se não só por aspectos de formação acadêmica, mas também por questões culturais. Apresentamos, a seguir, os principais atores auxiliares do parto.

### **2.1 Obstetras**

Profissional que, após passar pela graduação em medicina, participa do programa de residência médica para receber o título de especialista em ginecologia e obstetrícia. É possível também prestar concurso, promovido pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). O obstetra é o único profissional capaz de prestar assistência à mulher em partos de risco habitual (baixo risco) e de alta complexidade.

### **2.2 Enfermeiras (os) obstétricas (os)**

Profissional titulado como especialista em obstetrícia, após graduação em enfermagem e curso de especialização em enfermagem obstétrica. Esse profissional pode atuar no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério de baixo risco, ou seja, nos casos em que não há complicações no parto.

### **2.3 Obstetrizes**

Para ser obstetriz é necessário passar por uma graduação com quatro anos e meio de duração. A graduação é focada na promoção da saúde da mulher e na assistência, cuidado da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Assim como na enfermagem obstétrica, as obstetrizes só podem prestar assistência em partos de risco habitual.

### **2.4 Parteiras tradicionais**

As parteiras atuam de forma empírica, baseadas em conhecimento adquirido na prática diária. A ocupação é reconhecida pelo Ministério do Trabalho, mas elas ainda não têm a atividade regularizada. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo algumas ações de valorização e cursos de qualificação voltados para estas profissionais. Assim, as Parteiras não “fazem” parto, mas os assistem.

## **3. Saúde sexual e reprodutiva e a questão da violência obstétrica**

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2017), dos nascimentos nos países em desenvolvimento, 95% são de mães adolescentes. No Brasil, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos. De cada três mulheres casadas com idade entre 20 e 24 anos, uma se casou antes de completar 18 anos. Esses dados indicam os desafios relacionados tanto ao acesso a serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva quanto à qualidade no atendimento.

O acesso universal à atenção à saúde reprodutiva pode ajudar as mulheres a superar as desigualdades em relação à educação e renda, pois as desigualdades na saúde reprodutiva estão relacionadas à desigualdade econômica. Ainda segundo o informe, nos países em desenvolvimento, por exemplo, as mulheres na camada dos 20% mais pobres da população têm o menor acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive contracepção, enquanto as

mulheres no topo da escala de riqueza geralmente têm acesso maior aos serviços de qualidade. Assim sendo, as desigualdades em saúde reprodutiva são profundamente afetadas pela qualidade e alcance dos sistemas de saúde, bem como pela desigualdade de gênero, que é um aspecto resultante, que pode ter grande impacto no grau de controle que uma mulher tem sobre sua saúde sexual e reprodutiva.

Como norteadores do enfoque de gênero, os direitos reprodutivos constituem-se por princípios e normas de direitos humanos das mulheres, garantindo o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e autonomia reprodutiva, sem discriminação, coerção ou violência, é, portanto, um direito, em que a integralidade e a promoção da saúde nas políticas públicas vincula-se diretamente com os direitos das mulheres.

Em Audiência Pública, realizada na Câmara dos Deputados, na Comissão Mista de Combate à Violência contra a Mulher, em 20 de junho de 2018, a Professora da Universidade de Brasília, Sílvia Badim Marques<sup>1</sup>, afirmou que:

o conceito de violência obstétrica está em construção, porém ele se caracteriza por atos praticados contra a saúde sexual e reprodutiva da mulher, bem como as mais diversas violências físicas, psíquicas, patrimoniais sofridas pelas mulheres na hora do parto, e que pode ser praticada por profissionais de saúde ou outros profissionais envolvidos no processo de atendimento à mulher.

No Brasil, a chance de dar à luz sem intervenções durante o trabalho de parto é remota. Apenas 5% das mulheres tiveram essa experiência, segundo a maior pesquisa já realizada sobre parto e nascimento no país, a Nascer no Brasil, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz):

Essa foi a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas em maternidades públicas,

---

<sup>1</sup><http://legis.senado.leg.br/comissoes/reuniao?8&reuniao=7700&codcol=1774> (acesso em 21-06-2018)

privadas e mistas e incluiu 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, contemplando as capitais e também as cidades do interior de todos os estados do Brasil. Foram entrevistadas 90 puérperas em cada hospital. (LEAL, 2012 p. 2)

O estudo mostra que muitos procedimentos passaram a ser usados de forma rotineira, como intervenções excessivas entre as gestantes que tiveram parto vaginal, causando mais traumas do que benefícios. Entre eles, o uso de ocitocina artificial, medicamento utilizado para estimular as contrações; separar a mãe do bebê após o nascimento; e a episiotomia, incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. A taxa de episiotomia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que não ultrapasse os 10%, porém, na pesquisa o percentual atingiu 53,5%. Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimento desnecessários e não são recomendados como procedimentos de rotina pela OMS. A incidência de cesarianas também é outro problema no país: 88% na rede privada, 46% na rede pública e média nacional de 52%. A recomendação da mesma OMS é que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento.

A pesquisa demonstra ainda que, nos casos de atenção ao parto e nascimento conduzidos por enfermeiras obstétricas e obstetrites, em que essas profissionais são responsáveis primárias pela realização dos partos vaginais, as chances de partos espontâneos aumentam e diminuem as intervenções desnecessárias, sem prejudicar a saúde das mães e dos bebês. Outro dado importante encontrado pela referida pesquisa foi a de que a maioria das mulheres, quase 70% delas, desejava um parto vaginal no início da gravidez, porém somente 15% o realizaram, e em serviços de atendimento privados.

As parteiras podem ajudar a mudar essa realidade, pois o acompanhamento dessas profissionais colabora para reduzir o percentual de cesarianas, o tempo de parto, os pedidos de

anestesia e os custos. Aos poucos, as parteiras podem mostrar que partejar é mais que prestar assistência durante o parto. É fazer parte de um momento único e respeitar o fluxo da vida, pois as Parteiras não fazem parto, *assistem*, auxiliam, orientam o parto que é feito pela mulher, ela é a protagonista. E no que incide nos tratamentos dispensados ao corpo e à higiene, o imaginário social ainda considera o parto como um evento medicalizado, perigoso, em que as mulheres necessariamente precisam ser hospitalizadas, sob pena de, ao serem atendidas por parteiras tradicionais ocorrerem muitos problemas de saúde e contaminação para a mãe e seu bebê. Le Breton (2007)<sup>2</sup>, explica:

(...) as condutas de higiene e as relações imaginárias de limpeza ou de sujeira são profundamente heterogêneas quando passamos de uma sociedade e de uma cultura para outra, de uma classe social para outra. Frequentemente as condutas de higiene incentivadas nas sociedades ocidentais são marcadas pelo domínio do modelo médico. Uma visão do mundo mais ou menos corresponde às condutas quotidianas das populações de classes médias de nossas sociedades, e corresponde menos àquelas das camadas populares que frequentemente funcionam, não na ausência da higiene, mas em outra relação com higiene e a prevenção... nessas condições e, por exemplo, nas campanhas de ação sanitária promovidas em populações culturalmente muito diferentes, é conveniente temer as projeções, os pressupostos prontos para uso que desconhecem as representações sociais locais, os sistemas de prevenção autóctones baseados em outros dados, como as tradições locais de curandeirismo. As atitudes ocidentais negligenciam frequentemente os sistemas simbólicos que dão o contorno e o sentido à vida coletiva de comunidades humanas afastadas de nosso modo de existência (p.57-58).

---

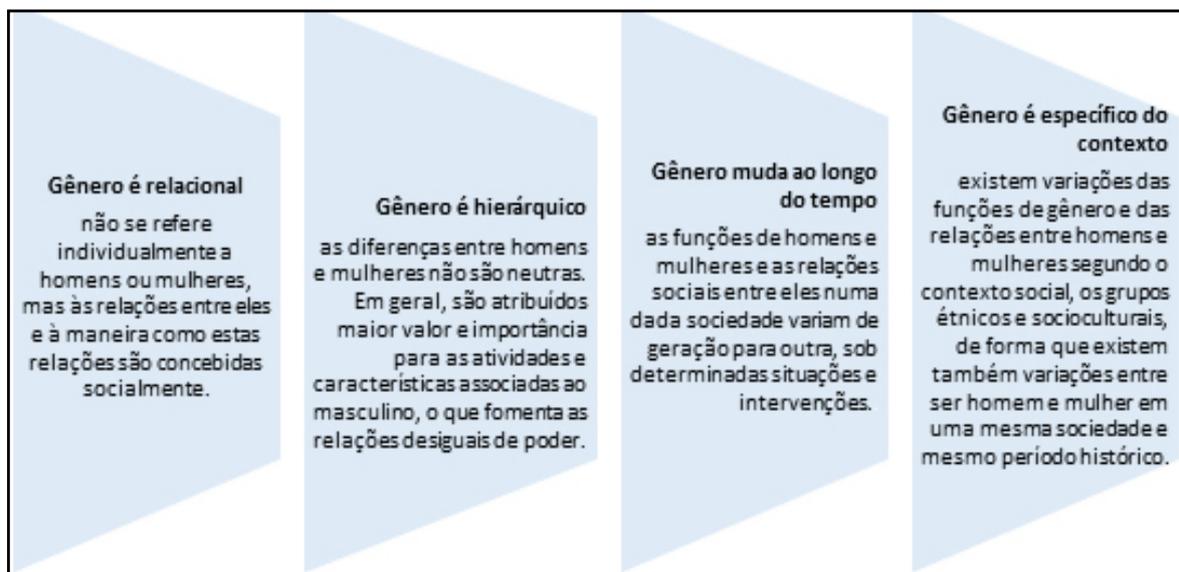
<sup>2</sup>Le Breton, David. A sociologia do corpo. 2ª ed., Petrópolis, RJ, Vozes, 2007. (p.57-58).

O acesso universal e a autonomia à saúde sexual e reprodutiva, a violência obstétrica, o número excessivo de partos cesarianos, de intervenções demasiadas, medicalizadas e desnecessárias no momento do parto vaginal, todas essas questões precisam ser reconhecidas e debatidas por toda a população. Igualmente o reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais, num contexto, cujo acesso a assistência médica é limitado, sua atuação é de fundamental importância e respeitar seus rituais, valorizar a cultura oral, seus saberes e práticas tradicionais, seus conhecimentos que transcendem a medicalização tradicional, suas práticas e até mesmo suas condutas higiênicas sob a ótica territorial, é de fundamental importância, para que nossa visão de mundo ocidentalizada, da racionalidade científica seja relativizada para o êxito de execução de nossas políticas públicas.

#### **4. Papéis de gênero**

No desenvolvimento de nosso estudo, consideramos o *conceito de gênero* como um conceito relacional, hierárquico, que muda no transcurso do tempo, configura-se como uma categoria histórica e, por fim, é específico ao seu contexto. A figura 1 abaixo detalha cada um desses aspectos.

**Figura 1- Características do conceito de gênero**



Fonte: elaborado a partir de CEPAL/UNIFEM/UNFPA,2006.

Segundo o mesmo documento (CEPAL/UNIFEM/UNFPA, 2006, p. 225):

(...) Os papéis de gênero são comportamentos aprendidos em uma sociedade, comunidade ou grupo social, nos quais seus membros estão condicionados para perceber certas atividades, tarefas e responsabilidades como masculinas ou femininas. Estas percepções estão influenciadas pela idade, classe, raça, etnia, cultura, religião ou outras ideologias, assim como pelo meio geográfico, o sistema econômico e político. Com frequência se produzem mudanças nos papéis de gênero como resposta às mudanças das circunstâncias econômicas, naturais ou políticas, incluída os esforços pelo desenvolvimento, os ajustes estruturais e ou outras forças de base nacional ou internacional. Em um determinado contexto social, os papéis de gênero dos homens e das mulheres podem ser flexíveis ou rígidos, semelhantes ou diferentes, complementares ou conflituosos.

Portanto o uso da categoria de gênero permite compreender as relações entre homens e mulheres como resultado dessa construção social. A subordinação das mulheres aos homens

passa a ser descrita com elementos considerados universais, na medida em que podem ser identificados em todas as sociedades e em todos os períodos históricos, mas também com elementos variáveis, que se expressam de formas diferentes em função do tempo e espaço em que se manifestam. Dessa forma, o caráter natural da subordinação é questionado, uma vez que ela é decorrente das maneiras como a mulher é socialmente construída. Isto é fundamental, pois a ideia subjacente é a de que o que é construído pode ser modificado. Portanto, alterando as maneiras como as mulheres são percebidas seria possível modificar o espaço social por elas ocupado (PISCITELI, 2002, p. 2).

E por ser o *conceito de gênero relacional*, vem significar que as relações entre homens e mulheres se estruturam também institucionalmente e estão reguladas por normas a nível privado e pessoal, há toda uma ordem de gênero baseada em valores e crenças que influem notavelmente no comportamento da sociedade como um todo, por exemplo, nos planos de carreiras profissionais, nas leis, nos modelos de organização familiar, nas instituições políticas, na educação e nas políticas públicas destinadas às mulheres. Uma vez compreendida a situação de desigualdade entre mulheres e homens, bem como as desigualdades étnicas, racial, de identidade de gênero, de orientação sexual e de classe entre as mulheres, como estruturantes da sociedade brasileira, é possível pensar desde o interior da sociedade e de como suas ações podem contribuir para o enfrentamento dessas desigualdades.

Segundo Scott (1995, p.85-86) “[...] a preocupação teórica com o gênero como categoria analítica, como forma de falar sobre sistemas de relações sociais e ou sexuais não tinha aparecido [...] e só surgiu no fim do século XX, estando ausente da teoria social desde o século XVIII até o começo do século XX”. Cabe aqui ressaltar a questão central da definição de gênero em Scott, que se refere à sua composição em:

Duas partes e diversos subconjuntos que estão inter-relacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados... entre duas proposições:(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações de poder, mas a mudança não é unidirecional.....o gênero implica em quatro elementos interrelacionados: em primeiro lugar os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas (...) mas também os mitos de luz e escuridão, purificação e poluição, inocência e corrupção. Em segundo lugar, conceitos normativos... que estão expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomam a forma típica de uma oposição binária fixa, que afirma de maneira categórica e inequívoca o significado do homem e da mulher, do masculino e do feminino (...) O terceiro aspecto das relações de gênero é que a análise histórica deve incluir uma concepção de política bem como uma referência às instituições e à organização social. O quarto aspecto do gênero é a identidade subjetiva(...) nenhum desses quatro elementos podem operar sem os outros. No entanto eles não operam simultaneamente. (SCOTT, 1995, p. 87-88).

É interessante observar que Scott considera o seu conceito de gênero como um esboço de um processo em construção das relações de gênero e que poderia ser utilizado para analisarmos a classe, a raça, a etnia ou outro processo social. E o gênero vem a ser também o locus “no interior do qual, ou por meio do qual”, o poder é articulado e se exerce (...) “pois a política constrói o gênero e o gênero constrói a política”. (SCOTT, 1995, p.88-89).

Sendo assim, *a transversalidade*<sup>3</sup> nas políticas públicas para as mulheres é o passo para, em nível estrutural, modificarmos toda uma composição burocrática e administrativa presente

---

<sup>3</sup> O conceito de transversalidade é uma tradução de *gender mainstreaming*, adotada pelas Nações Unidas na Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Mulheres, realizada em Beijing, China, em 1995. Este conceito tem sofrido transformações e, no Brasil, é utilizado com vistas a garantir a incorporação da melhoria do *status* das mulheres em todas as dimensões da sociedade: econômica, política, cultural e social, com repercussões nas esferas jurídicas e administrativas, incidindo em mudanças relativas à remuneração, acesso à segurança social, à educação e saúde, partilha de responsabilidades profissionais e familiares na esfera doméstica e a busca de paridade nos processos de decisão. No contexto brasileiro, a incorporação da política de promoção da igualdade das mulheres de maneira “transversal” significa – muito além da criação de um órgão específico de atuação na área da mulher – atenção às especificidades e demandas das mulheres nas políticas públicas desenvolvidas em

em nossas instituições, em direção a um olhar para o mundo das mulheres, que é diferente, distinto e específico, e assim formularmos políticas públicas com informações e ações que abarquem o universo das relações de gênero que se estabelecem na sociedade. Para tanto, é necessário compreender que as políticas públicas com recorte de “gênero” são políticas que reconhecem a diferença de gênero e, com base nesse reconhecimento, implementam ações diferenciadas dirigidas às mulheres. (Farah, 2004)

Ademais, é importante distinguir entre o que são políticas que têm a perspectiva de gênero daquelas que têm por alvo preferencial as mulheres; essa ‘divisão’ não significa que não estejam relacionadas. Em outras palavras, não é o fato de as mulheres serem consideradas centrais em determinadas políticas ou programas que define que a centralidade esteja assentada em uma perspectiva de gênero ou enfoque de gênero.

E para entrarmos na temática da promoção da autonomia econômica das Parteiras Tradicionais e na questão do trabalho, salientamos a necessidade da melhoria de sua inserção no mercado de trabalho e de seus rendimentos, o que implica construir respostas às demandas delas, que sejam capazes de criar canais de participação. Por que os padrões institucionais que aí estão presentes em nossa sociedade, sejam eles de inclusão, de exclusão ou de progresso expressam *as desigualdades de gênero, classe e raça*, entre outras. E em relação às políticas públicas de igualdade de oportunidades e de gênero, nos últimos vinte anos, elas apontaram para a correção das origens de discriminação e avançaram na garantia dos direitos humanos das mulheres, na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência obstétrica,

---

cada área governamental. Vale dizer que as ações políticas devem sempre contemplar o objetivo da igualdade de gênero, vinculando-se e relacionando-se com as demais áreas de ação governamental. Na perspectiva de transversalidade, não há políticas públicas desvinculadas – ou neutras – em relação à condição de gênero. (BRASIL,2014)

por meio de diversas estratégias de intervenção, e também no nosso caso específico, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais.

Avançar na transversalidade de gênero implica em considerar o conjunto de demandas de igualdade entre os sexos, de forma articulada e negociada, a nível local, regional, nacional e global, ela está estreitamente relacionada com a geração de novos mecanismos de interlocução entre o Estado e a sociedade, num contexto em que as mulheres participem como sujeitos sociais.

Tendo em vista que o mercado de trabalho no Brasil se caracteriza pela heterogeneidade e pela desigualdade. As dinâmicas do mercado de trabalho nas últimas décadas foram de crises, mudanças tecnológicas e de elevação da escolaridade, especialmente para as mulheres; fatores estes que, em geral, num recente período favorável não mudaram a configuração do mercado de trabalho atual no Brasil e na América Latina.

A participação no mercado de trabalho, para as mulheres, varia de acordo com as características da população e com o contexto sócio econômico e cultural, porém ainda prossegue a segregação ocupacional, horizontal e vertical e, persiste a brecha de gênero nos rendimentos do trabalho. Novas estratégias/formas de articulação entre a vida familiar e a vida pública devem ser criadas, com vistas a romper com a tradicional divisão sexual do trabalho. Políticas públicas de saúde, por exemplo, devem continuar sendo universais, mas, ao mesmo tempo têm que considerar o *enfoque de gênero e raça*, tratando diferentes de forma diferenciada. Assim estarão promovendo a igualdade entre homens e mulheres sem deixar de atender a todos.

O triplo papel desempenhado pelas mulheres: no trabalho produtivo, reprodutivo e comunitário e o modo como estas formas de trabalho são valorizadas ou não, afetam a maneira como mulheres e homens definem prioridades no planejamento e implementação das políticas

públicas, nos programas e projetos. Garantir os cuidados para com as crianças, provavelmente não é uma prioridade nos planejamentos de políticas públicas, mas pode garantir ou impedir as chances das mulheres usufruírem das oportunidades de qualificação social, profissional e de desenvolvimento. É a necessidade que se apresenta de transformar os problemas ditos “particulares” e de “ordem privada” em questões importantes e determinantes do debate público e político, pois que, há um *vínculo definitivo entre o aumento da população, os níveis de pobreza e a desigualdade de gênero*. Então se torna essencial priorizar as mulheres nas ações, programas, pesquisas e políticas públicas; trabalhar numa perspectiva transversal, num elo em que gênero e outras questões relevantes como direitos humanos das mulheres, legislação trabalhista, direitos civis e sociais, raça e etnia, cultura, educação e saúde, estejam inter-relacionados numa visão dialógica de construção dos conhecimentos e da autonomia das mulheres e, em que não, se atribua exclusivamente às mulheres as responsabilidades familiares, domésticas e de cuidado. As mulheres, brancas, negras pobres vivenciam o desemprego trabalhando muito, realizam o trabalho doméstico sozinhas ou auxiliadas por outras mulheres; em geral as filhas e não os seus maridos, são consideradas possíveis colaboradoras do trabalho doméstico. E assim os arranjos familiares se constituem no principal suporte econômico e social.

Cabe à sociedade interromper com o círculo vicioso da desigualdade de gênero e do trabalho invisível das mulheres, com a divisão sexual do trabalho, em que ao trabalho produtivo se estabelece uma valoração econômica e reconhecimento social e ao trabalho reprodutivo, se coloca como invisível, onde a valoração econômica é nula e a valoração social é escassa. E ainda assim, as mulheres que atuam no mercado de trabalho, elas também não são liberadas de suas obrigações domésticas. E a sociedade em geral, e em especial o mundo econômico não considera as atividades privadas (da esfera doméstica) como trabalho, ou seja, as atividades de produção do viver, dos cuidados com a casa, a comida, roupa, com a educação, com o trabalho

comunitário e voluntário. E que cabe a todos (as) nós, não só garantir e ampliar os direitos humanos das mulheres, mas sim contribuir para alterar o quadro das desigualdades que estão presentes na realidade brasileira.

Assim sendo, o marco de sentido da política pública do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, buscou identificar e interpretar as desigualdades de gênero, o acesso limitado das mulheres à assistência médica nos territórios e regiões do Norte, Nordeste e Centro Oeste brasileiro, a desigualdade de oportunidades, bem como a realidade vivida por esta categoria profissional. Nesse contexto, se desenvolveu a resposta governamental com a implementação do PTPT, a partir do ano 2000, no âmbito da atenção básica à saúde, do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais (incluindo nesse grupo as parteiras indígenas e quilombolas), da valorização e resgate de práticas e saberes tradicionais, reconhecendo assim, a especificidade étnica e cultural, e a diferenciação desse grupo, estabelecendo uma política social de igualdade e uma política cultural da diferença.

## **5. “Mulheres sábias”: um pouco da história do partejar**

Segundo a antropóloga Veronique Marie Durand (2017) desde a Antiguidade, as parteiras gozavam de prestígio no Ocidente. Formadas em rituais mágicos, conhecedoras das ervas e plantas, as parteiras apaziguavam a mulher na hora do parto difícil e ajudavam o recém-nascido a sobreviver. Desde 1230 AC, no Egito, já existiam corporações de parteiras. E na Grécia Antiga (2700-1200AC) as parteiras tradicionais deixaram rapidamente os rituais mágicos e adotaram práticas empíricas. Já na Roma Antiga, existiam duas categorias de parteiras: as que recebiam uma instrução paramédica e de anatomia e outras que se apoiavam nas suas próprias experiências. Essas duas facetas da profissão coabitam durante toda a Idade Média e permanecem até o século XIX.

No século XVIII, Madame Angélique du Coudray (1770), uma parteira francesa, cria uma boneca obstétrica e vai de região em região da França, mostrando as diversas técnicas obstétricas.

**Figura 2- Manequim de demonstração**



Fonte: [http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/du\\_coudray.html](http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/du_coudray.html)

**Figura 3 – Simulador obstétrico**



Fonte: <https://www.la-croix.com/Ethique/Sciences-Ethique/Sciences/Madame-du-Coudray-pionniere-de-la-simulation-2016-01-04-1399587>

**Figura 4 – Modelo de simulação de nascimento**



Fonte: <http://www.musees-haute-normandie.fr/fr/ressources-educatives/les-oeuvres-commentees-12/la-machine-de-madame-du-coudray/>

As parteiras eram chamadas até o século XVIII de mulheres sábias, pois eram as encarregadas de transmitir a sabedoria de tornar-se mãe, e era ainda uma profissão eminentemente privada e feminina até 1560, quando então uma lei, na França, obrigou as parteiras a terem uma formação.

Já no século XVI, século das descobertas, os médicos começam a dissecar os corpos nas universidades europeias e a partir daí há uma masculinização da prática, atribuída a decisão de Luís XIV. Ele pede em 1663 a assistência de Julien Clément para o parto da sua “favorita” Louise de La Vallière. Depois exige a presença de cirurgiões nos partos de Mme de Montespan

e da rainha Marie Thérèse d’Autriche. A moda se propaga na nobreza e depois na burguesia francesa.

No século 20, as revoluções sociais e econômicas, transformaram a maternidade e a profissão das *sages femmes* (mulheres sábias). Em poucos anos na França, por exemplo, a maioria passa de um atendimento a domicílio a um exercício assalariado em hospital. Depois da II Guerra Mundial, as mulheres dão à luz em clínicas ou em hospitais. Em 1989, são criados os decretos anunciando o estatuto da *sage femme* na França (DURAND, 2017).

Ainda segundo Durand, na França, por uma reivindicação das mulheres e das parteiras, que desejavam um parto menos medicalizado, foram abertas em 2016, 9 casas de nascimento, onde os partos são os mais naturais possíveis, acompanhados pelas parteiras. Essas casas também existem em Quebec, na Suíça, na Alemanha, Austrália, Itália e Espanha.

Segundo Janete Capiberibe<sup>4</sup>:

Na Suécia, um país da Europa que está entre os de melhor qualidade de vida do mundo, as parteiras foram as responsáveis pela redução da mortalidade de mulheres e bebês em um trabalho que começou há mais de 300 anos. Em 1685, a rainha decidiu criar uma escola de parteiras que juntava o saber prático e o saber teórico. Em 1711, começou a funcionar a Escola de Parteiras de Estocolmo e as estudantes recebiam formação e faziam juramento conforme um Código de Conduta Ética que destacava a obrigação de respeito às mulheres e de prestar-lhes assistência independentemente de serem pobres ou ricas ou se tivessem uma posição social alta ou baixa. A quantidade de parteiras seguia pequena e a mortalidade ainda era muito alta. Mas a sociedade sueca continuou seu esforço para ampliar o número de parteiras e, assim, atender todos os lugares do país. Em 1819, um decreto real ordenou que cada prefeitura contratasse pelo menos uma parteira. No século XIX, a taxa de mortalidade entre os bebês nascidos vivos era quatro vezes menor por conta do trabalho das parteiras. Hoje, na Suécia, as parteiras continuam sendo muito valorizadas e as mulheres preferem as parteiras para atendê-las durante a gravidez e no parto. Quando há complicações, as parteiras trabalham junto com os médicos obstetras. A Suécia tem hoje uma

---

<sup>4</sup> Disponível em: <http://janetecapiberibe.com.br/component/k2/item/405-projeto-parteiras.html> (acesso em 09-04-18)

das mais baixas taxas de mortalidade materna e neonatal de todo o mundo. Atualmente, embora sua importância relativa tenha decrescido, as parteiras ainda são responsáveis por 20% dos nascimentos na área rural, percentual que chega ao dobro nas Regiões Norte e Nordeste e estima-se que são em 60 mil no País, assistindo a cerca de 450 partos por ano.

A partir do desenvolvimento técnico-científico e da institucionalização da obstetrícia moderna, esta se apropriou do conhecimento tradicional das parteiras e o transferiu para as instituições hospitalares e profissionais de saúde, atuando em ações de intervenção, por vezes, desnecessárias e de medicalização dos corpos das mulheres, retirando assim o protagonismo delas no processo de parturição.

O termo humanizar a assistência ao parto é utilizado nos mais diversos sentidos, no início do século XX, desde o uso de narcose até o uso de fórceps. E mais recentemente, tendo por base a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985, que incentiva o parto a vaginal, o aleitamento materno no pós-parto imediato, à atuação de enfermeiras obstétricas e à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar seja inexistente. Inicia-se assim, o movimento internacional, que no Brasil, em geral, é chamado de *humanização do parto* que prioriza a tecnologia apropriada para o parto, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, recomenda a participação das mulheres no desenho das políticas públicas, a liberdade de posição no parto, a presença de acompanhantes, abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução ao parto; defende ainda menores taxas de mortalidade perinatal (o índice de cesariana abaixo de 10%) .

Já em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publica o documento *Assistência ao Parto Normal: um guia prático-Relatório de um grupo técnico*, apresentando as recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal. No Brasil as recomendações da

OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde em 2000 e distribuídas para todos (as) ginecologistas-obstetras enfermeiras obstetrizas do país. O guia define 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. (OMS, 1996, p.4)

A humanização do parto e do nascimento e o trabalho da parteira tradicional na saúde se utilizam da chamada *tecnologia leve*, que é a tecnologia relacional, que acontece entre um cuidador e uma pessoa assistida, em que os pressupostos básicos para produzir a ação terapêutica são os vínculos solidários, a confiança mútua, o apoio emocional, práticas não intervencionistas, o respeito à mulher e à fisiologia do parto.

O parto e o nascimento domiciliar, assistidos por parteiras tradicionais são comuns principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil, de difícil acesso, principalmente nas áreas rurais, ribeirinhas, da floresta, nas populações quilombolas e indígenas. No Brasil, as parteiras tradicionais representam parte importante do patrimônio cultural imaterial brasileiro. Detentoras de extenso saber empírico sobre a arte do partejar e plantas medicinais, conhecedoras de rituais de cura da tradição religiosa afro-indígena brasileira, líderes e referências em suas comunidades, são as legítimas representantes da nossa diversidade cultural. Porém o saber acumulado por elas, encontra-se sob ameaça de desaparecimento, diante de um contexto que inclui a oralidade desse saber, o desinteresse das novas gerações pelo ofício e a pouca valorização do mesmo em nossa sociedade.

Algumas datas devem ser registradas e em reconhecimento ao ofício das Parteiras. Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu 05 de maio como o Dia Internacional

das Parteiras, incentivando assim a humanização do parto e a redução da mortalidade materno-infantil, com a inclusão das parteiras na saúde pública.

Em 2015, o dia 20 de janeiro foi instituído como Dia Nacional da Parteira Tradicional. Esse dia comemorativo do Brasil tem por base uma data festiva celebrada no Estado brasileiro do Amapá, que já homenageava a categoria em 20 de janeiro, por ocasião do aniversário da parteira tradicional de Macapá, Juliana Magave de Souza, que nasceu em 20 de janeiro de 1908, tendo cerca de 349 partos em sua história de parteira.

## **6. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais: marcos políticos nacionais**

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) foi concebido e iniciou sua implementação em março de 2000, momento este em que o Ministério da Saúde retomava a questão da humanização na atenção à saúde, incluindo nos seus pressupostos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), inscritos na Constituição Federal de 1988, quais sejam: universalidade, equidade, integralidade, participação popular com controle social (BRASIL, 1988). Nesse sentido, foram estipuladas as situações condicionantes para a elaboração do programa, isto é, 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 de práticas e saberes tradicionais, quais sejam: a situação de pobreza e desigualdade social; a situação de mortalidade materna e neonatal e a situação do parto domiciliar e da cobertura da atenção básica.

Nesse contexto, o PTPT apresenta-se com os seguintes *objetivos*: *a)* reconhecer, resgatar, valorizar, incluir o trabalho das Parteiras Tradicionais no Sistema Único de Saúde, garantindo as condições materiais, apoio logístico e de uma rede de referência, elementos necessários para o exercício de tal prática com segurança, integralidade e qualidade; *b)* melhorar a assistência à

gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, realizadas por Parteiras Tradicionais; c) sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e para que desenvolvam ações voltadas a apoiar, resgatar, valorizar, qualificar e articular o trabalho das parteiras tradicionais ao Sistema de Saúde; d) 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; e) 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; f) qualificar e humanizar a atenção ao parto e nascimento domiciliar.

Cabe ainda destacar que os principais marcos políticos e legais nacionais do PTPT referem-se à: VIII Conferência Nacional de Saúde (1986); Constituição Federal de 1988, presente no Artigo 196 ao Artigo 200, que reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e institui o Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde; Lei 8.142/1990 – De Participação da Comunidade na gestão do SUS; Lei 9.263/1996 – Lei do Planejamento Familiar; Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), Decreto nº 7037/2009; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004- Recomendação para inclusão da atenção ao parto e nascimento domiciliar no SUS e qualificação de parteiras e profissionais de saúde para atuarem em conjunto); Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004 - Articular atores sociais para melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, incluindo as parteiras, para o alcance de tais metas); Política Nacional de Atenção Básica (2006 - em que o sujeito deve ser considerado em sua singularidade e inserção sociocultural, tendo em vista a atenção integral);

Rede Cegonha<sup>5</sup> (2011) - Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Assim as incumbências do governo em relação ao Parto Tradicional assistido por Parteiras Tradicionais vinculam-se à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que vem a ser uma estratégia de Estado que permite delinear linhas de cuidado à saúde das mulheres, assegurando a integralidade na atenção, na construção de redes assistenciais (articulação da atenção primária, da atenção de média e de alta complexidade), no processo de pactuação de responsabilidades entre a sociedade civil e os três níveis da gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal).

As responsabilidades do SUS nos três níveis, no âmbito do programa, referem-se à: *a)* conhecer a realidade do parto assistido por parteiras nas regiões de saúde; *b)* identificar as parteiras tradicionais e desenvolver ações de apoio, fortalecimento e qualificação das suas práticas; *c)* articular o trabalho das parteiras com o sistema de saúde local, principalmente com as equipes de saúde da família, sistematizando um acompanhamento e avaliação permanente deste trabalho; *d)* garantir educação permanente para as parteiras tradicionais; *e)* qualificar e apoiar as SES e SMS para desenvolvimento e acompanhamento de ações educativas com parteiras; *f)* fornecimento de kit básico com materiais para a assistência ao parto e nascimento, com garantia de reposição desses materiais.

---

<sup>5</sup> A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de oitenta, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrizes, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre muitos outros. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2013.)

No entanto, podemos nos perguntar, por que realizar ações especificamente para as Parteiras Tradicionais. Do ponto de **vista cultural**, para salvaguardar um patrimônio imaterial da cultura brasileira e reconhecer os direitos e identidades culturais dos povos; do ponto de **vista territorial**: para reconhecer o direito de permanência nos territórios de origem, nascimento e pertencimento; do ponto de **vista da saúde**: para assegurar o direito à atenção integral, regionalizada, com ênfase na promoção e prevenção na saúde, de participação comunitária, valorização dos saberes orais e práticas tradicionais, valorização dos componentes étnicos e culturais nas ações da saúde; do ponto de **vista educacional**: para promover a valorização dos saberes e práticas tradicionais, da cultura oral e das formas singularizadas de manter as diferentes formas de cuidado e produção em saúde; do ponto de **vista laboral**: para desenvolver arranjos estaduais da assistência social com a saúde que promoveram a remuneração de parteiras. O importante e necessário é reconhecer as características particulares da atenção da parteira, apoiando e mantendo as diferentes sociabilidades.

Na publicação do MS (BRASIL, 2012), já citada anteriormente encontramos a seguinte descrição:

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) 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. 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, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), 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 **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; 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. Importante ressaltar que a ocupação de parteira consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), edição 2002 do Ministério do Trabalho e Emprego, sob o código 5151-15, na família ocupacional dos agentes comunitários de saúde e afins. A CBO é o documento normalizador do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdo das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Igualmente, a ocupação “parteira leiga” consta do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Conforme dados referentes a agosto/2010, encontravam-se cadastradas no **CNES 846 parteiras leigas**. 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 (BRASIL, 2012). 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.

As parteiras necessitam do apoio do SUS, é importante ressaltar que, as complicações de parto não dependem de quem presta atendimento àquela mulher, mas sim têm relação direta com a qualidade do pré-natal, quando a profissional deve ser capaz de detectar e agir sobre fatores de riscos. A mortalidade materna e neonatal não tem relação com o trabalho da parteira tradicional.

## **6.1. Resultados do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**

No Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, as ações educativas, constituíram-se num dos pontos chave para a inclusão das parteiras tradicionais no SUS. Essas ações contaram com a parceria de secretarias estaduais e municipais de saúde, com a FUNASA, e com organizações institucionais e sociais, dentre elas destacam-se: o Grupo Curumim, Gestação e Parto (PE), o 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) e Pastoral da Juventude de Janaúba/MG, entre outras. O Programa também oportunizou que a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais (RNPT) criasse uma estratégia de organização e articulação política entre as parteiras tradicionais e o sistema de saúde.

Em setembro de 2004, foi realizada então a Reunião Nacional e Encontro Internacional das Parteiras, no distrito de Oliveira dos Campinhos, município de Santo Amaro da Purificação, no estado da Bahia com participação de 300 (trezentas) parteiras tradicionais de 16 (dezesesseis) estados e Distrito Federal: 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 Santo (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 Programa no período de 2000-2010 capacitou parteiras em atividades educativas/oficinas de trocas de saberes, utilizando a perspectiva dialógica freiriana (informação-reflexão-ação) em cursos de 40 horas. Estas oficinas contaram com a participação de 1.773 parteiras tradicionais e 1.301 profissionais de saúde dos Estados do AC, AL, AM, BA, GO, MA, MG, MT, PA, PE, PB, PR, RR, SP e TO, atingindo aproximadamente 150 municípios. Foram produzidos os seguintes materiais educativos e de divulgação para o Programa: o Livro da Parteira, o manual Trabalhando com Parteiras Tradicionais, o Kit Parteira, o vídeo Parteiras Kalungas, o vídeo De Parteira a Parteira e o folder Melhoria da Assistência ao Parto domiciliar: uma responsabilidade do SUS. Destaca-se que, quanto à reposição do material de consumo Kit da Parteira, por parte da gestão local dos estados do AP e de RR, o kit foi considerado nos seus Planos Regionais da Rede Cegonha.

Alguns resultados da implementação do PTPT, referentes ao período de 2000- 2010 em estudo encontram-se na Tabela 1, abaixo, onde apresentamos o número de parteiras capacitadas pelo Programa por Estado. Importante destacar que, a tabela contabilizou somente os números referentes à quantidade de parteiras tradicionais, quilombolas, indígenas e os cinco Pajés do Estado do Paraná, desconsideramos os dados da capacitação dos profissionais de saúde, bem como dos agentes comunitários de saúde, por não pertencerem ao escopo do presente artigo. Porém, ressalta-se que uma maior articulação entre as secretarias estaduais e municipais e a execução do Programa, em muito auxiliariam o seu pleno sucesso de implementação e continuidade.

Estado/Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
AC	-	26	57	-	-	-	-	-	-	-	-	83
AL	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
AM	-	24	29	21	17	40	14	80	30	14	-	269
AP	33	270	18	-	-	-	-	-	-	-	-	321
BA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-	67
GO	-	40*	-	-	-	41*	-	-	-	-	-	81
MA	-	15	-	-	-	-	29	-	-	-	-	44
MG	-	-	29	-	12	22**	22	-	-	-	-	85
PA	22	68	52	56	48	43	64	48	-	36	12	449
PE	-	-	-	-	-	74	45	29*****	-	-	-	148
PB	-	-	-	24***	-	26	-	-	-	-	21***	71
PR	-	-	-	-	-	-	-	14****	-	-	-	14
RR	-	4	29**	-	-	-	-	-	-	-	24**	57
TO	-	-	-	-	-	-	-	-	15**	-	-	15
MT	-	-	-	-	-	58	-	-	-	-	-	58
												1773

**Tabela 1 – Capacitação das parteiras tradicionais no período de 2000 a 2010.**

Fonte: Área técnica de Saúde da Mulher/SAS/MS; Elaboração própria.

PARTEIRAS QUILOMBOLAS

\*\*PARTEIRAS INDÍGENAS

\*\*\*PARTEIRAS TRADICIONAIS, QUILOMBOLAS E INDÍGENAS

\*\*\*\*9 PARTEIRAS INDÍGENAS E 5 PAJÉS

\*\*\*\*\* SENDO 22 PARTEIRAS INDÍGENAS

Destaca-se que durante a execução do PTPT, os Estados em que a capacitação obteve maior linearidade ao longo dos anos do estudo em questão foram: o Estado do Pará com 449 parteiras capacitadas, seguido pelo Amapá com 321 e Amazonas com 269, porém, se analisarmos pela via da continuidade, da linearidade de execução do programa das parteiras tradicionais, observaremos que os Estados do Pará e do Amazonas são os mais constantes,

seguidos pelo Amapá, que se diferencia pelo alto número concentrado de parteiras capacitadas, nos anos de 2000 até 2002. Ressaltamos também a participação de cinco Pajés no Paraná e a capacitação de parteiras indígenas e quilombolas.

## **7. Desafios e perspectivas do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**

A implementação do PTPT ainda carece de uma continuidade a nível regional de informações e registros. Também não houve uma preocupação em estipular parâmetros e indicadores de avaliação *ex post* do programa implementado. Os dados disponíveis são descontínuos, tendo em vista que a execução do mesmo é pulverizada, pois no nível de governo federal, não é só a secretaria de atenção à saúde da mulher, do Ministério da Saúde a responsável pelo programa, as parcerias com outras instituições e órgãos podem ser o ponto onde acontece esta descontinuidade, porém não temos plena certeza; no decorrer de sua execução, o PTPT se fragmenta e persiste a falta de informação dos registros dos partos assistidos por parteiras.

O próprio Ministério da Saúde reconhece em sua publicação Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais (BRASIL, 2012), que “o órgão não dispõe de dados precisos sobre o número de parteiras em atuação no Brasil, já que a profissão não é regulamentada e não existe um cadastramento sistemático por parte das secretarias estaduais e municipais”. Sabemos apenas que a maior parte delas se concentra nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas e nas florestas, onde o acesso aos serviços hospitalares é precário e, são as parteiras tradicionais que prestam assistência às mulheres. E em muitas vezes o seu trabalho não é reconhecido pelo sistema de saúde local, e é desarticulado do SUS. Muitas delas vivem em situação de exclusão e isolamento, sem materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não são remuneradas pelo seu trabalho.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva do PTPT, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências; para os dados serem válidos e confiáveis, dentre outras características, depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (dos casos, do tamanho da população) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). Na interpretação das informações tivemos cuidado devido à existência de limitações relacionadas ao subregistro, que dentre outras causas, pode estar relacionado à extensão dos formulários, dificuldade do registro padronizado, falta de informatização dos serviços e capacitação dos profissionais.

Temos presente que no contexto brasileiro, o direito à maternidade segura e à assistência à saúde reprodutiva, tem por finalidade a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, abrange também o acesso universal e gratuito a serviços de saúde de boa qualidade e adequado às necessidades da população, nesse rol de serviços, estão evidentemente a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. Para fins do presente estudo, reconhecemos que os direitos das mulheres nas diferentes dimensões de suas vidas públicas e privadas se refletem num processo histórico em que, o uso da categoria de gênero permite compreender as relações entre homens e mulheres como resultadas dessa construção social de gênero e na formulação de políticas públicas que visem à realização desses direitos. O PTPT surgiu assim, como um programa que buscou minimizar as disparidades e desigualdades no atendimento à saúde das mulheres, bem como proporcionar outro olhar à categoria das parteiras tradicionais brasileiras, através dos cursos de capacitação executados no período em análise. No entanto, nossa percepção, a partir dos estudos realizados, demonstrou que para a consolidação e continuidade do PTPT, era essencial um trabalho eficiente e eficaz em rede, das equipes e serviços de saúde, dos gestores e usuárias, de forma participativa e contínua nas regiões e cidades em que o Programa foi executado. Faltou realmente uma ação conjunta, uma articulação, operacionalização e

governança local para que o PTPT realmente demonstrasse sua efetividade não só através das oficinas de trocas de saberes mas também por meio do fortalecimento e dos espaços de atuação das parteiras tradicionais, através do reconhecimento de seus trabalhos e atividades junto às comunidades onde atuam. Reconhecimento profissional implicaria em o Estado reconhecê-las como trabalhadoras com seus direitos sociais e trabalhistas (o que não ocorreu e não ocorre atualmente), já que um dos potenciais da política pública em saúde é fomentar a cidadania, a emancipação das pessoas e a humanização dos cuidados.

Tivemos muitas dificuldades na coleta de dados para o presente artigo, inclusive para demonstrar a continuidade do mesmo no período posterior ao ano de 2010. Nossas investidas nos órgãos executores foram por vezes infrutíferas. Porém ressaltamos a necessidade da permanência do PTPT, com um maior controle no monitoramento e avaliação do mesmo. Como último apontamento, nos questionamos, da real necessidade em as parteiras tradicionais serem capacitadas, pois tendo em vista a natureza e o caráter de seus conhecimentos, saberes e práticas que são orais e tradicionais, fora dos padrões acadêmicos e que transcendem a medicalização do parto.. Consideramos que o mais importante seria o reconhecimento profissional das parteiras.

## 8. Referências Bibliográficas

BRASIL. 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. Brasília, DF Editora do Ministério da Saúde, 2012. 90 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Livro da Parteira Tradicional. 2ed. rev. ampl. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. Senado Federal, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher –PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Capacitação para os mecanismos de gênero no governo federal. Brasília, 2014.

CEPAL. COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE. Guia de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género. Santiago, CEPAL/UNIFEM/UNFPA, 2006.

DURAND, Véronique Marie. É ela quem botava feira dentro de casa. Novas Edições Acadêmicas, 2017.

DURAND, Véronique Marie. Das parteiras às mulheres sábias. Disponível: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/pautas-femininas/violencias-sensiveis-valorizacao-das-parteiras-tradicionais>.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e Políticas Públicas. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v.1, n.12, p.47-71, jan-abr.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>

LEAL, Maria do Carmo (Coord). Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. 2012.

Disponível em:

[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_943835885.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf)

LE BRETON, David. A sociologia do corpo. 2ª ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2007.

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

PISCITELI, A. Re-criando a (categoria) mulher. In: ALGRANTI, L. (Org) A prática feminista e o conceito de gênero. (Textos didáticos, n.48), Campinas:IFCH-Unicamp, 2002.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Educação e Realidade. Porto Alegre, vol.20,n.2, jul-dez 1995, p.71-99. Disponível em :

## 9. Apêndices

[http://www.archive.org/details/scott\\_gender](http://www.archive.org/details/scott_gender)

~~Apêndice Situação de Disponibilidade de Materiais para o parto 2017. Sumário Executivo.~~

Mundos distantes saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade.

~~Disponível para acondicionar os materiais. p2017/swop2017-~~

~~2. Tesoura reta em inox (posta em 69 (04cl8)), 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. Almontolia 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.

*Apêndice B*

– “*Livro da Parteira Tradicional*”

