



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA

SANDRA CAVALCANTE SILVA

PARTEIRAS TRADICIONAIS:
Atenção à Gestação e ao Parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de
Itacoatiara - Amazonas

MANAUS – AM

2017



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEONIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO LEONIDAS E MARIA DEANE - ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA

SANDRA CAVALCANTE SILVA

PARTEIRAS TRADICIONAIS:
Atenção à Gestação e ao Parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de
Itacoatiara - Amazonas

Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração: Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Raquel Dias Scopel

MANAUS – AM

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Seção Biblioteca Dr. Antônio Levino da Silva Neto - ILM D

S586p

Silva, Sandra Cavalcante.

Parteiras Tradicionais: atenção à gestação e ao parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de Itacoatiara – Amazonas. / Sandra Cavalcante da Silva. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

68 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Raquel Dias Scopel.

1. Papel social 2. Parteiras tradicionais 3. Parto 4. Gestação I. Título

CDU 618.4(811.3) (043.3)

CDD 618.4098113

22. ed.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SANDRACAVALCANTE SILVA

PARTEIRAS TRADICIONAIS:

Atenção à Gestação e ao Parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de Itacoatiara - Amazonas

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Raquel Dias Scopel – Orientadora

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Professor Doutor Júlio Cesar Schweickardt – Membro Interno

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Professor Doutor Daniel Scopel – Membro Externo

Ao meu pai.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta jornada gostaria imensamente de agradecer a todos que contribuíram para que eu pudesse realizar essa caminhada.

A Deus por ter me proporcionado nessa etapa de minha vida a oportunidade do aprendizado com profundidade;

Ao meu marido Wellington pela paciência, amor e cooperação para que eu conseguisse trilhar esse caminho;

Aos filhos Thiago e Philippe que mesmo estando longe me passavam força e equilíbrio para o enfrentamento das dificuldades;

Às minhas filhas Letícia e Larissa que estando mais pertinho, foram um esteio para as horas em que eu precisava de ajuda para prosseguir;

Aos meus velhos e amados pais, que sempre foram meus mais ativos companheiros mesmo distantes;

A minha querida irmã, uma das minhas maiores incentivadoras;

Às amigas do trabalho, Luciane, Loiana, Waldeléia, Suzana, Vera, Mara pela ajuda amorosa nos momentos necessários;

À minha grande e querida amiga Luena Xerez, pelo cuidado e carinho permanente na construção deste trabalho sem a qual acredito não teria conseguido terminar;

À minha querida orientadora Raquel Scopel pela paciência, sensibilidade, cuidado e inteligência na condução desse processo;

Ao Professor Júlio e equipe do Laboratório de História da Fiocruz/Amazônia, pela permanente parceria;

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS!

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

Nesse trabalho buscamos refletir sobre os modelos de atenção à saúde e as pluralidades dessas formas de atenção, no contexto do parto e nascimento, com ênfase nas Parteiras Tradicionais. As transformações ocorridas nesse cenário, onde o parto deixou de ser um evento eminentemente doméstico assistido por mulheres passando a ser um evento hospitalar com crescente medicalização e intervenção biomédica nos levou a refletir que as práticas de atenção no sistema de saúde brasileiro, pelo menos oficialmente, estão mais fortemente centradas nas tradições da biomedicina, onde prevalece a supremacia do saber acadêmico em detrimento da valorização das variadas formas de atenção à saúde, mesmo aquelas que vêm se colocando como uma possibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo, as discussões sobre o parto domiciliar e as parteiras que emergem com mais força no cenário brasileiro a partir da década de 1970. No ano 2000 o Governo Federal implantou o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais direcionado à atuação de mulheres que atuam na assistência ao parto domiciliar, com o objetivo de ampliar a atenção primária em saúde. No contexto da Rede Cegonha, o Amazonas absorveu as diretrizes do Ministério da Saúde/MS, trazendo as parteiras como estratégia significativa e importante na conjuntura do parto e nascimento. Neste trabalho refletimos sobre o papel social das parteiras que atuam na comunidade rural de Lindóia, Município de Itacoatiara, Amazonas, onde os serviços de atenção primária são ofertados pela Unidade Básica de Saúde da Família Francisco Ferreira Athayde (UBS F), na qual há uma sala de parto onde atua uma auxiliar de enfermagem que se identifica como parteira, cuja atuação é legitimada por outras parteiras que moram na comunidade que, por vezes, colaboram assistindo partos no interior da UBS F. A partir de entrevistas semiestruturadas foi construído o perfil das parteiras que atuam na comunidade, uma descrição de como elas desenvolvem o seu trabalho, e suas práticas de atenção. Conclui-se que o papel social das parteiras transcende a atuação técnica na gestação e no parto e abrange também um protagonismo político junto às demandas por melhorias na qualidade de vida da comunidade. Observamos que as parteiras de Lindóia encontram-se de forma subalterna no âmbito da UBS F. As parteiras, embora reconhecidas como fundamentais na vida da comunidade, aparecem deslocadas de seu conhecido lugar de poder e prestígio e mesmo com a implementação de Políticas Públicas que buscam seu reconhecimento, pouco se avançou no sentido da real legitimidade das suas práticas, que continuam sendo ocultadas na rede do SUS.

Palavras-chave: Papel social, Políticas Públicas de Saúde, Parteiras Tradicionais.

ABSTRACT

In this paper, we think over health care models and its pluralities, in the context of childbirth and birth itself, with emphasis on Traditional Midwives. The changes occurred in this scenario where delivery has ceased to be an eminently domestic event attended by women and becoming a hospital event with increasing medicalization and biomedical intervention, led us to think that the care practices in the Brazilian health system, at least officially, are strongly centered in the biomedicine traditions, where the supremacy of academic knowledge prevails over the valorization of the varied forms of health care, even those that have been placing themselves as a possibility in the Unified Health System (SUS), such as discussions about home birth and midwives work that emerged in the Brazilian scene from the 1970s. In 2000 the Federal Government implemented the program "working with traditional midwives", directing it to women who work in the home birth assistance, aiming to expand primary health care. In the Rede Cegonha context, Amazonas absorbed MS guidelines by bringing midwives as a significant and important strategy in the context of childbirth and birth itself. In this paper, we reflect on the social role of midwives working in a rural community called Lindóia, located at Itacoatiara, Amazonas, where primary care services are offered by the Francisco Ferreira Athayde Basic Health Unit (UBS F), in which there is a delivery room where a nursing assistant acts as a midwife, whose performance is legitimized by other midwives who live in the community which collaborate in the actions carried out inside the UBS F. From semi-structured interviews, the profile of midwives working in the community was created. A description of how they develop their work and their care practices was created. It concludes that the social role of midwives transcend technical performance in pregnancy and childbirth and also includes a political role in the demands for improvements in the quality of life of the community. We observed that the midwives of Lindóia are subaltern in the scope of UBS F. Midwives, although recognized as fundamental in the life of the community, are displaced from their well-known place of power and prestige and, even with the implementation of Public Policies to look for their recognition, little progress has been made towards the real legitimacy of their practices, which continue to be hidden inside SUS.

Keywords: Social role, Public Policies, Traditional Midwives

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Distância entre a comunidade de Lindóia e a capital do Amazonas, Manaus.....	38
Figura 2. Técnica Bola de Neve utilizada na pesquisa.....	40
Figura 3. Imagens da Sala de Atendimento a parto de baixo risco na Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira Athayde, comunidade rural de Lindóia – AM.....	49
Tabela 1. Perfil das Parteiras.....	41

LISTA DE SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

DNV - Declaração de Nascidos Vivos

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à **Saúde** da Mulher

PTPT – Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

PHPN – Política de Humanização do Parto e Nascimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PT – Parteira Tradicional

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC – Rede Cegonha

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira de Athayde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Repensando os Modelos de Atenção: As parteiras tradicionais e sua importância na cena do parto.....	16
2.2 As Parteiras Tradicionais: os seus saberes e as políticas públicas	22
3. JUSTIFICATIVA.....	256
4. OBJETIVOS	29
4.1 Objetivo Geral	29
4.2 Objetivos Específicos	29
5. METODOLOGIA	300
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	333
Artigo.....	333
7. CONCLUSÃO	522
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	555
ANEXO 1.....	600
CADASTRO DE PARTEIRA TRADICIONAL	600
ANEXO 2	667
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS ABERTAS	667
ANEXO 3.....	678
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	678
Parteiras	678
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	680
Gestora da Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira Athayde	680

1. INTRODUÇÃO

As mudanças em relação ao parto e nascimento propostas na revisão do modelo de atenção à saúde ofertado às mulheres no Brasil que se caracterizam pela grande influência da biomedicina nos reportou a refletir também sobre os modelos ditos tradicionais que não são reconhecidos pelo setor saúde, mas que, objetivamente, se soma na atenção buscada pelas pessoas. Segundo Menéndez (2012), nas sociedades Latino-Americanas existem muitos modelos de atenção que são considerados de forma isolada pelo setor saúde, embora esses sejam muito utilizados nas sociedades atuais. O autor descreve modelos de atenção como não apenas as atividades biomédicas, e sim a “[...] todas aquelas que têm relação com atenção aos padecimentos em termos intencionais, quer dizer modelos que buscam prevenir, tratar, controlar, aliviar e/ou curar uma doença determinada” (MENENDEZ, 2003, p.186). As diferentes formas de atenção podem utilizar “diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para detecção de um determinado problema, assim como variadas formas de tratamento e inclusive diferentes critérios de cura” (MENENDEZ, 2003, p. 186).

Nas sociedades atuais, em que pese o modelo médico hegemônico, a maioria da população utiliza várias formas de atenção para um mesmo problema. O autor sugere que essas formas de atenção têm relação com a condição religiosa, étnica, econômica e política e que o modelo que “[...] aspire implementar um sistema de saúde, que consiga dar respostas positivas deve identificar, descobrir e analisar as diferentes formas de atenção em relação aos padeceres reais e imaginários em relação à saúde de suas populações” (MENÉNDEZ, 2005, p.186). Neste aspecto, Scopel nos lembra “[...] as diferentes formas de atenção à saúde e suas enfermidades emergem historicamente como modos específicos de organização de relações sociais no processo de saúde/doença/atenção” (SCOPEL, 2013, p. 31).

As práticas de atenção no sistema de saúde brasileiro, pelo menos oficialmente, estão mais fortemente centradas nas tradições da biomedicina, prevalecendo à supremacia do saber acadêmico em detrimento da valorização das variadas formas de atenção à saúde, mesmo aquelas que vêm se colocando como uma possibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo nas discussões sobre o parto domiciliar e as parteiras que emergem com mais força no cenário brasileiro desde a década de 1970 (BRASIL, 2010). Nesse aspecto Menéndez afirma que,

nas sociedades latino-americanas existem diversos modelos de atenção ao adoecimento que são considerados, por vezes, antagônicas pelo setor saúde, em lugar de observarem as estreitas relações existentes entre esses modelos através das práticas e representações dos sujeitos que as utilizam (MENÉNDEZ, 2003, p.185)

De fato, diversas são as formas adotadas para o tratamento das doenças, sendo estas influenciadas pelos valores, práticas e representações dos sujeitos. Nesta linha reflexiva, a pluralidade das diversas formas de atenção à saúde podem ser caracterizadas como:

[...] a biomédica (exercida por médicos e profissionais de saúde com formação específica), as “tradicionalistas” ou “populares” (praticada por curadores especializados, como massagistas, feiticistas, parteiras ou xamãs, ou pentecostais e carismáticos, dos cultos cristãos), e também aquelas, eu incluiria, de matriz africana ou espírita; as “alternativas” (*new age* ...); as de tradições acadêmicas não biomédicas (como acupuntura, (...), etc.); e aquelas centradas na auto atenção, tanto as praticadas por grupos de auto ajuda quanto a exercida pelo grupo doméstico no cotidiano. (MENÉNDEZ apud SCOPEL, 2013, p. 30)

Para Menéndez (2003), os sujeitos coletivos ou individuais, buscam esta pluralidade em relação às formas de atenção a partir dos caminhos e lugares aos quais irão recorrer, a fim de que suas necessidades sejam atendidas. As práticas tradicionais ou populares situam-se dentre as várias formas de atenção à saúde, em que os critérios de tratamento e cura das doenças são diferenciados em relação ao modelo médico hegemônico, o qual se caracteriza pela atuação exercida por médicos e profissionais de saúde com formação específica. Sendo assim, “[...] apesar da hegemonia da biomedicina, as formas populares e tradicionais de atenção não podem ser ignoradas em face da presença, efetividade e importância que possuem localmente” (SCOPEL, 2013 p. 30).

Os reflexos deste modelo de atenção predominante no Brasil podem ser observados no contexto do parto e nascimento resultando, entre outros aspectos, no deslocamento do lugar do parto que deixou de ser um ritual de mulheres, feito em diversos lugares, para se tornar um evento hospitalar sob a responsabilidade de um ou uma especialidade da biomedicina. Segundo Maia (2010),

no final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar foi se alterando e sendo extinto paulatinamente. (p. 30)

Neste contexto de expansão do modelo biomédico, o parto vai migrando para hospitais e serviços de saúde. Em relação a esse tema, Tornquist (2005), descreve o parto como um evento histórico, produzido pela e na cultura. Segundo a autora, é impossível pensar o parto como um fenômeno corporal numa dimensão meramente orgânica, reafirmando que o parto e o nascimento são ao mesmo tempo um fenômeno biológico, cultural e individual, mesmo tendo adquirido características biomédicas, com grande medicalização e poder da equipe que o assiste. Segundo Tornquist (2004), esse modelo que utiliza intervenções e práticas

biomédicas na assistência ao parto e ao nascimento, busca apagar da memória coletiva os outros modos de atenção e cuidado na assistência ao nascimento (TORNQUIST, 2004). Como consequência dessas intervenções, as mulheres foram sendo paulatinamente excluídas de seu trabalho como parteiras, seus saberes e seu poder, enquanto protagonistas no momento do seu parto (TORNQUIST, 2004).

Essas intervenções biomédicas fazem com que o Brasil siga a tendência mundial crescente de escolha pelo parto cesáreo (BRASIL, 2012). A alta incidência desse procedimento cirúrgico é motivo de preocupação, o que nos leva a refletir sobre a importância do “parto natural” ou aquele parto, fisiológico, vaginal, sem intervenções médicas como anestesia, analgésicos ou substâncias que acelerem as contrações e conseqüentemente o nascimento (OMS, 2015). Segundo Souza et al. (2010), estudos demonstram que os benefícios conferidos ao feto pela cesariana são pequenos, além da associação a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, estando também associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal. Vive-se, desta forma, uma epidemia de cesarianas, muitas vezes, desnecessárias.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para a necessidade da desmedicalização do parto como uma importante estratégia para a diminuição da mortalidade materna e infantil (OMS, 2015).

Essas ações são necessárias na medida em que compreendem os seguintes pontos: incentivo ao parto normal (vaginal); revalorização do papel das mulheres como parteiras e enfermeiras capazes de atender a partos normais; diminuição de intervenções agressivas; incorporação de técnicas mecânicas de alívio para o dor; valorização do suporte emocional a parturiente, através de doulas e acompanhantes; estímulo ao vínculo mãe-bebê imediato ao pós-parto. (TORNQUIST, 2005, p.11)

A Organização Mundial de Saúde/OMS (2015), afirma que, a nível populacional, taxas de cesáreas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e orientam que estas (cesarianas) sejam ofertadas em condições onde as evidências científicas e os procedimentos apontem como o mais seguro para a mulher e o bebê.

O redirecionamento e valorização do “parto normal” com as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, resgatam os benefícios conferidos a esse tipo de parto, bem como a autonomia feminina em relação aos seus corpos (BRASIL, 1984). Segundo esse documento “parto normal é aquele que tem seu início espontâneo de baixo risco que se mantém sem risco até o nascimento (BRASIL, 1984). O PAISM em seu plano de ação 2004 -

2007 e 2008 – 2011 elenca ações para inclusão do parto e nascimento domiciliar no SUS, dando ênfase a capacitações de profissionais para atuarem junto às Parteiras Tradicionais nas regiões norte e nordeste do País, como uma importante estratégia para a diminuição da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011 p. 05).

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), criado em 2000 pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro pode ser citado como exemplo de formas de atenção oficiais no Estado Nacional inspirado e baseado em saberes tradicionais. Para o MS, Parteira Tradicional é a mulher ou homem que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida (o) pela comunidade como quem assiste o parto. Tal denominação tem por objetivo a valorização dos saberes e práticas tradicionais e o resgate de sua formação/conhecimento (BRASIL, 2011).

As práticas das parteiras tradicionais estão relacionadas à humanização dos partos e nascimentos, uma vez que estão inseridos no contexto da vida comunitária, envolvendo atores sociais familiares e comunitários no cenário da gestação e parto, bem como profundamente inseridas nas culturas tradicionais locais. Além disso, pelas próprias características dos conhecimentos tradicionais, as práticas das parteiras são, em geral, não invasivas, relacionais e buscam promover a autonomia da mulher ao mesmo tempo em que manifestam o cuidado e solidariedade mútua. (BRASIL, 2011 p. 09)

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Repensando os Modelos de Atenção: As parteiras tradicionais e sua importância na cena do parto

Parte do trabalho conceitual desta pesquisa está voltada para discutir o modelo de atenção ao parto e nascimento brasileiro, ou melhor, a presença das Parteiras Tradicionais no sistema de saúde a partir da experiência local vivida na Unidade Básica de Saúde da Família Francisco Ferreira Athayde (UBS F) situada na comunidade rural de Lindóia, município de Itacoatiara/AM. Entretanto, antes de avançarmos, é importante que saibamos de onde partimos, e para tanto faz-se necessário aprofundarmos alguns conceitos, um dos mais caros a este trabalho, o de modelo de atenção à saúde. Segundo revisão de literatura realizada por Teixeira e Vilasboas (2013, p. 4) definir e conceituar modelo de atenção surge no contexto do debate internacional sobre reformas do sistema de saúde, sustentadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na década de 1980, influenciando as discussões brasileiras.

Alguns enfoques teórico-conceituais foram postos como em 1992, onde a OPAS define a forma e o modelo de organização das unidades de saúde, podendo assumir desde aqui o formato de rede de atenção à saúde, nesse modelo compreendido,

como um conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços do mesmo tipo, por exemplo, *rede ambulatorial*, *rede hospitalar*, ou por serviços de distintos níveis de complexidade tecnológica, interligados por mecanismos de referência e contra-referência, constituindo assim, *redes integradas de atenção* a problemas ou grupos populacionais específicos, as quais constituem a base operacional de sistemas de saúde (MENDES, 2013, p.16).

Outra possibilidade trazida resumidamente, segundo Paim (2002), é olhar o modelo de atenção refletindo em que lógica ele se constitui para organizar a oferta dos serviços se, atenção espontânea ou oferta organizada, como operacionalizam,

“as combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde”. (...) são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (idem, 2002, p.255).

Compreende-se, segundo Teixeira e Vilasboas (2013), que modelo de atenção “oficial”¹ pode ser descrito como algo que se realiza em primeiro lugar, na articulação entre um nível gerencial, relativo aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, em um nível organizativo, que trata das relações entre as unidades de

¹Entende-se aqui modelo de atenção oficial aquele implantado pelo Ministério da Saúde brasileiro e suas demais instâncias de gestão, os níveis estaduais e municipais.

prestação de serviços, levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção e das ações de saúde, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o (s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos, quais sejam os da promoção da saúde, da prevenção de riscos e agravos, da recuperação e reabilitação (TEIXEIRA, 2003).



A relação desses três eixos desenha um modelo de atenção à saúde, lembrando-se que a tensão da realidade e interesses micro e macro-políticos estão sendo articulados nesta rede de forças.

A partir do gráfico acima, no intuito de não tomá-lo de forma reducionista tentaremos demonstrar que nossa discussão, a partir do sujeito parteira tradicional, se dá enquanto uma categoria representativa no contexto da oferta da assistência ao parto e nascimento em Lindóia, pelo menos para as mulheres que as demandam. Objetivou-se compreender as relações e tensões entre o modelo hegemônico e a sua relação com conhecimentos e práticas tradicionais, estimulado pela definição de políticas públicas, e referimo-nos ao Programa Trabalhando com Parteiras que ensejam resultar em indicadores de saúde relativos à saúde materno-infantil, diferentes do que temos até agora.

O sistema de saúde brasileiro vive um dilema que se expressa em sua incapacidade atual de superar algumas condições de saúde que resultam em perdas significativas de qualidade de vida e altos custos para o setor. Segundo Mendes (2013, p. 29),

pode-se afirmar que a crise está em responder a uma situação de saúde do século XXI com um modelo de atenção à saúde engendrado na metade do século passado. Isso não deu certo nos países ricos, isso não está dando certo no Brasil. A razão desse

problema está no descompasso temporal que ocorre entre uma evolução muito rápida dos fatores contingenciais do sistema de saúde (transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica) e a baixa velocidade desse sistema em adaptar-se a essas mudanças por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, ...).

No cenário do parto e nascimento, esse modelo gerou o que Diniz (2009) denomina paradoxo perinatal brasileiro, onde é possível observar nos últimos vinte anos, uma melhoria de praticamente todos os indicadores da saúde materna no Brasil, assim como grande ampliação do acesso aos serviços de saúde e, paradoxalmente, não há qualquer evidência de melhoria na mortalidade materna ficando explícito que o modelo biomédico não conseguiu alcançar os objetivos preestabelecidos pelas políticas públicas de saúde no Brasil.

Outro ator importante que promove a tensão nesse espaço de intervenção segundo Fleischer (2011) é ocupado e agitado pelas mulheres que contribuem, sobretudo, na luta pela desbiologização e desmedicalização da atenção à saúde principalmente no evento do parto, por

[...] entender que o parto e a contracepção não são eventos estritamente biomédicos, mas político-culturais; dar-se conta que a mortalidade materna é muito mais do que um problema epidemiológico, uma vez que é o resultado de relações de poder implicados com condições desiguais de vida, de acesso a informações, bem como a formas diferenciadas de inserção e tratamento no interior dos serviços (MEYER *apud* FLEISCHER, 2004:93)

Segundo Saccaro “[...] assim, o nascimento é muito mais do que um fenômeno biológico, mas um evento de conotação social e cultural indissolúveis, inerentes à construção do contexto histórico e antropológico das pessoas envolvidas” (SACCARO, 2009, p. 15).

O parto é como uma janelinha que se abre sobre a vida íntima de uma mulher. Através da lente de seu parto podemos saber como ela vive, qual é a relação com o seu corpo, qual é sua postura no mundo frente aos poderes e autoridades, qual é sua relação com as intuições, sentimentos e sensações. Abrangendo a visão, poderemos saber que tipo de sociedade deu origem àquele parto, qual sua cultura, quais são seus ídolos e suas crenças. Poderemos também descobrir em que condições estão a auto-estima feminina e as características gerais da identidade feminina promovida por aquela cultura daquela sociedade. Sim, o parto é revelador... Ele aglutina em si inúmeros sentidos e perspectivas. Sendo um momento tão natural e espontâneo, ele também é rico em cultura, auto-conhecimento, filosofia de vida e espiritualidade. Para resgatar o parto como processo fisiológico natural é preciso reconhecer sua dimensão psicológica, social, cultural e espiritual (NOGUEIRA *apud* SACCARO, 2008, p.1).

Quando nos reportamos ao início do século, os programas voltados para os cuidados pré-natais e obstétricos no Brasil objetivavam estimular o modelo biomédico na perspectiva da assistência ao parto e nascimento hospitalar. Os sanitaristas acreditavam que nesse contexto conseguiriam diminuir o elevado índice de mortalidade materna e neonatal existente

no país, sobretudo nas regiões norte e nordeste, tendo em vista os altos índices de mortes nessas regiões. Segundo Pereira (2009), o atendimento às mulheres em trabalho de parto aponta que, aproximadamente até o século XVII, as mulheres pariam seus filhos, exclusivamente entre elas, através da continuidade e da experiência passada de geração à geração. O aprendizado era repassado por meio da oralidade. Com o advento da biomedicina na conjuntura do parto, inicia-se o processo de desqualificação do trabalho das parteiras. Muraro (2014) descreve que

desde a mais remota antiguidade, as mulheres eram as curadoras populares, as parteiras, enfim, detinham saber próprio, que lhes era transmitido de geração em geração. Em muitas tribos primitivas eram elas as xamãs. Na Idade Média, seu saber se intensifica e aprofunda. As mulheres camponesas pobres não tinham como cuidar da saúde, a não ser com outras mulheres tão camponesas e tão pobres quanto elas. Elas (as curadoras) eram as cultivadoras ancestrais das ervas que devolviam a saúde, e eram também as melhores anatomistas do seu tempo. Eram as parteiras que viajavam de casa em casa, de aldeia em aldeia, e as médicas populares para todas as doenças. (p. 187)

Segundo Saccaro (2009), as parteiras povoam lendas e o imaginário popular que advêm de que muitas delas continuam exercendo o trabalho de benzimento e pajelança. Elas estão muitas vezes em territórios de difícil acesso e continuam sendo vistas “[...] pelo senso comum e também por muitos pesquisadores, como as parteiras “de antigamente”, associadas ao misticismo, a manifestações religiosas e tradições, quando não associadas à miséria e falta de higiene” (2009, p.09).

No Brasil, no século XIX, as transformações em relação ao parto que acontecia no âmbito doméstico paulatinamente vão sofrendo modificações a partir do século XX, com a crescente hospitalização e medicalização do nascimento. Nesse contexto, foram surgindo vários tipos de profissionais para assisti-lo, como “parteiras práticas”, “parteiras ocasionais” e, a partir de 1832, “as parteiras diplomadas” ou aquelas que estudavam para adquirir sua formação (MOTT, 2005). Essas transformações levaram o parto e nascimento a deixar de ser um evento privado, íntimo e feminino para ser um evento vivido de maneira pública e institucionalizada (MENEZES et al, 2012).

Conforme descreve Mott (1998), as “parteiras práticas” exerciam sua profissão sem autorização, elas seriam mulheres simples, populares, “comadres” que “atendiam pessoas da família ou da vizinhança, e a assistência ao parto nem sempre era a principal atividade que desempenhavam.” (MOTT, 1999, p. 02). Parteira é descrita como a mulher que assiste parto

eventualmente ou com frequência, “legitimadas por sua comunidade, a partir da sua experiência ou vocação” (TORNQUIST, 2005, p.23).

Segundo Tornquist (2005), o papel da parteira como uma mulher comum que desempenha vários papéis sociais na sua comunidade vai aparecendo à medida que penetramos no interior do Brasil, sem as modernidades da capital. Segunda a autora, mulheres seringueiras, quebradeiras, indígenas, também assistem partos e são citadas como figuras fundamentais em várias regiões do Brasil e da América Latina (TORNQUIST, 2005).

Segundo Garnelo e Langdon (2005), chegamos ao esgotamento dos paradigmas centrados nas explicações estruturais e totalizantes, mas pouco operativos na oferta de respostas para a ação no microespaço da vida cotidiana e no desenvolvimento das práticas sanitárias. Para Almeida e Filho (2004), tal conjuntura valorizou os estudos voltados para a subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais, mas gerando, segundo Minayo; Deslandes e Souza apud Garnelo e Langdon (2005), o risco do exagero oposto, o de perder-se de vista as macro-condições de produção das realidades sociais.

Trabalhar com Parteiras Tradicionais no SUS não deve ser um trabalho romantizado, há uma tensão importante que se expressa na introdução desses atores onde há insuficiência de acesso às políticas públicas de assistência ao parto, somando-se, à compreensão da importância dessas mulheres lembrando que o parto é um evento fisiológico e que sua medicalização não resulta em redução de morte materna e neonatal por si, conforme descrito anteriormente.

Ainda precisamos avançar e discutir sobre a legitimidade da atuação dessas mulheres nos territórios onde as equipes de saúde circulam. Elas são visíveis e necessárias em locais onde políticas públicas em atenção ao parto e nascimento não são ofertadas? Onde são ofertados esses serviços, elas assumem a responsabilidade com as parturientes que desejam parir com elas? Deve-se considerar que elas compõem o escopo das políticas públicas de atenção ao parto e nascimento desde os mais remotos tempos?

Se por um lado há dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde disponíveis, então se reconhece a presença e importância das parteiras, quando elas assumem sozinhas os riscos pelos partos domiciliares? Parteiras Tradicionais objetivamente estão onde o estado não está, onde mulheres ainda se sentem capazes e confortáveis com suas escolhas, estão onde a tradição das mulheres que ganham seus nenês em casa existe (FLEISCHER, 2011). Na relação com o modelo de saúde oficial elas conseguem ocupar o espaço em que legitimamente são colocadas pelas mulheres, muitas vezes gerações de mulheres, que elas assistem? Sendo

tão importantes pelo tipo de prática em saúde e trabalho que executam, pelo vínculo e responsabilidade que assumem, são enxergadas oficialmente e inseridas no sistema de saúde, através de políticas públicas efetivas que legitimem suas práticas e o seu saber?

2.2 As Parteiras Tradicionais: os seus saberes e as políticas públicas

Segundo Fleischer (2011), várias Agências Internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para a infância vêm recomendando os treinamentos de parteiras há várias décadas, sendo que a partir da década de 1950 essas Agências Internacionais vêm produzindo documentos para orientar as autoridades sanitárias de Países em desenvolvimento, sobre como aproveitar essa mão de obra culturalmente apropriada e barata (VELIMIROVIC, 1981; GREENBERG, 1982; PARRA, 1993; PIGG, 1997; TORNQUIST e LINO, 2005 *apud* FLEISCHER).

Esses cursos de capacitação direcionados às Parteiras Tradicionais objetivavam a redução da mortalidade materna e infantil por meio do manejo de práticas mais limpas e seguras. Essas agências promovem de forma intrínseca uma idéia geral de que “parteiras tem utilidade provisória enquanto a hospitalização não for universalmente democratizada” (FLEISCHER, 2011)

Segundo Fleischer (2011), a OMS, desde a década de 1950, relaciona a assistência materno-infantil com o treinamento de trabalhadores auxiliares (p. 254). A autora descreve que para a OMS a falta de prática e conhecimento desses trabalhadores provocariam a necessidade de ações de treinamento e acompanhamento no sentido de aproximá-los o máximo possível da biomedicina (2011, p. 254).

É assim que estas parteiras são vistas e descritas pela OMS, e é a partir desta concepção – seu “não-saber” ou seus “saberes” não modernos – que se argumenta pela necessidade de ofertar os cursos de capacitação de parteiras leigas ou tradicionais (TORNQUIST *apud* FLEISCHER 2044: 217)

Na década de 1950, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no Brasil dedica atenção especial à atenção materno-infantil. Foram organizados serviços em todas as regiões do País. As primeiras ações nesse contexto aconteceram em municípios da região amazônica e do nordeste, nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo (região do vale do Rio Doce) e no norte de Goiás. (SILVA E FERREIRA, 2011). Essas ações abrangiam programas de higiene, pré-natal e saúde da criança e as parteiras curiosas. Os sanitaristas junto às parteiras “pretendiam impor seus rigorosos padrões higiênicos para a execução dos partos e dos

cuidados com os recém-nascidos” (SILVA e FERREIRA, 2011, p. 96). Segundo esses autores, as equipes eram compostas por médicos, enfermeiras, auxiliares de saneamento e visitadoras sanitárias (p.96).

Segundo Campos (*apud* Silva e Ferreira, 2011, p. 98), esse modelo estava fundamentado em juízos de valor “atribuindo-se à cultura popular fonte de ignorância e maus hábitos” sendo que as “parteiras curiosas” eram alvo das supervisões que objetivavam a organização dos serviços de partos em domicílios. Das recomendações para o seguimento do programa,

constava a necessidade de “estabelecer o controle das curiosas, visando educá-las no sentido de deixarem de executar práticas que sejam consideradas nocivas; promover a adoção de medidas que visem a melhoria das condições em que realizam partos, e evolui (desenvolve-se) o puerpério inclusive prestando assistência médica, quando necessária. (SESP, *apud* SILVA E FERREIRA, jun.1948, p.3).

As ações do SESP compreendiam treinamentos, supervisão, acompanhamento e entrega de uma bolsa contendo materiais e insumos relativos à assistência ao parto. Essa bolsa era monitorada sistematicamente; entretanto essas “parteiras curiosas” não receberam nenhum aporte financeiro durante toda a extensão do programa. Esse programa visava aproveitar a influência e o prestígio das parteiras para ampliar ações de saneamento em comunidades do interior do Brasil.

As Políticas Públicas Brasileiras em relação às parteiras foram desenvolvidas de forma mais lenta no País durante algumas décadas. No ano 2000, o MS recoloca a importância do trabalho das Parteiras Tradicionais, criando o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, retificando a importância das mesmas, na luta pela redução da mortalidade materna e neonatal no país, em que pese ser grave problema de saúde pública. (BRASIL 2011).

O Programa tem como objetivo subsidiar estados e municípios para a inclusão do parto domiciliar assistido por Parteiras Tradicionais no SUS, elencando uma série de diretrizes e ações para o trabalho com essas mulheres. Alguns documentos foram disponibilizados, como o Caderno do Facilitador, contendo a metodologia que deveria ser utilizada nas capacitações de parteiras (BRASIL, 2011). Segundo este documento, Parteiras Tradicionais devem ser acolhidas, cadastradas e acompanhadas, com a implementação de parcerias que proporcionem apoio e articulação da gestão estadual e municipal. O manual propõe que as capacitações promovam a troca de saberes tradicionais com o conhecimento técnico, sendo que municípios e estados devem comprometer-se a garantir as condições e

materiais básicos para a realização do parto domiciliar pelas parteiras, assim como apoio para que esses partos ocorram com segurança.

As parteiras aparecem como uma alternativa de atenção a um grande número de mulheres que habitam esse imenso território brasileiro (BRASIL, 2011). A Parteira Tradicional desenvolve um tipo de trabalho que é reconhecido por uma série de características específicas, tendo sua trajetória e o seu trabalho pautado no reconhecimento da comunidade, muitas vezes realizados em espaços inacessíveis, onde a maioria da população é pobre e onde o financiamento das ações de saúde não são permanentes (BRASIL, 2010).

Em países em desenvolvimento onde existe uma escassez de pessoal de saúde bem treinado, a assistência em povoados e centros de saúde frequentemente está a cargo de pessoal auxiliar, como auxiliares de enfermagem/parteiras tradicionais ou parteiras leigas treinadas (OMS, 1996, p.6).

Assim como o programa do SESP, o Programa do MS elenca ações de treinamento, acompanhamento e distribuição de kits para as Parteiras Tradicionais; entretanto, nas suas diretrizes, aponta a promoção, inclusão e acolhimento do trabalho realizado por Parteiras Tradicionais no âmbito do SUS (BRASIL, 2011, p. 5).

Esse programa, segundo o MS, a partir das diferenças socioeconômicas, culturais e geográficas em todo o País, propõe iniciativas que visem recolocar o parto e nascimento realizado por Parteira Tradicional no centro das discussões como uma das responsabilidades do SUS e como uma atribuição da Atenção Básica (BRASIL, 2010). O resgate da riqueza cultural como elemento importante para produção da saúde e de novos conhecimentos e tecnologias, remonta a valorização das Parteiras Tradicionais no acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e acompanhamento do pós-parto.

O Programa implica num conjunto de critérios para que possam viabilizar políticas e ações que reflitam a inclusão das Parteiras Tradicionais no SUS, devendo dentro de um contexto de direitos, a observação, valorização e resgate de práticas e saberes tradicionais, mapeamento da situação da pobreza e da desigualdade no Brasil, da mortalidade materna e neonatal, da situação do parto domiciliar e da cobertura da Atenção Básica (BRASIL, 2010, p.12).

Como umas das diretrizes do Programa, as Secretarias Estaduais e Municipais devem realizar ações de levantamento da situação do parto domiciliar assistidos por Parteiras Tradicionais nas regiões onde elas tenham representatividade, assim como capacitações com

temas que incluem práticas biomédicas (calçar luvas cirúrgicas, esterilizar a tesoura para o corte do coto umbilical, entre outros) e distribuição de kits (BRASIL, 2012).

Há relatos de implementação do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais no estado do Tocantins onde “entre os anos 2010 e 2014, no âmbito do Projeto Diagnóstico da Situação do Parto Domiciliar no Tocantins e Cadastramento de parteiras vinculado ao Programa PTPT” (GUSMAN et al, 2015). Neste trabalho, foram identificadas 67 (sessenta e sete) parteiras atuantes, dentre as quais 39 (trinta e nove) eram indígenas, que durante oficinas de capacitação debateram sobre suas atuações, dificuldades e adversidades no contexto de assistir partos. O projeto do Tocantins discorre refletindo sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde como um dos fatores determinantes para a existência ainda hoje de Parteiras Tradicionais no estado. Segundo Gusman *et al* (2015), as reflexões sobre as capacitações e a entrega de kits para as parteiras objetivaram compreender se esse tipo de ação educativa propiciava a inclusão de Parteiras Tradicionais e mulheres no SUS.

As dificuldades encontradas como “pouco envolvimento de gestores, dificuldades de transporte e comunicação provenientes do isolamento geográfico, fragilidade na logística de reposição do material do kit e alta rotatividade de profissionais de saúde são entraves para a efetivação das ações que visam à inclusão de parteiras ao SUS”.(GUSMAN *et al*, 2015, p. 366).

Essas autoras discorrem que o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais em Tocantins, não conseguirá atingir seus objetivos enquanto o foco forem só as ações educativas, sem ações que visem minimizar os outros problemas detectados, “entretanto, pode ser uma ferramenta útil e de grande potencial, na medida em que direciona o olhar às parteiras tradicionais e comunidades em situação de vulnerabilidade social” (GUSMAN *et al*, 2015, p. 369).

O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do MS, com mais de dezessete anos de implantação, não foi avaliado por sua efetividade e seu impacto nacional no âmbito do MS. Entretanto, algumas experiências, como a de Tocantins, sinalizem suas fragilidades e potencialidades. Segundo Abreu (2005), a baixa institucionalização e descontinuidade do Programa nas esferas federal, estadual e municipal diminuiu a efetividade do Programa na melhoria dos indicadores de atenção à mulher e ao recém nascido nas regiões de difícil acesso e exclusão social (ABREU, 2005).

3. JUSTIFICATIVA

O ano de 2011 se apresentou como um marco para o desenvolvimento e reorganização da atenção ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS) através das

Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da Regionalização da Atenção. Nesse ano, houve a publicação do Decreto n.º 7.508 de 2011 que trata sobre as RAS, dentre as quais, situa-se a Rede Cegonha instituída pela Portaria GM 1.459/2011 voltada à atenção materno-infantil. A Rede Cegonha traz na sua conformação um conjunto de medidas, visando garantir às mulheres a confirmação da gravidez, pré-natal, parto e acompanhamento das crianças até dois anos de idade, por meio de um atendimento adequado e seguro no SUS (BRASIL 2011, p. 08).

Apesar da legislação que trata da atenção materno-infantil buscar atender à multiplicidade de realidades brasileiras de modo normativo, cada ente federativo tem autonomia para, no desenho dos seus planos regionais, expor quais caminhos irá percorrer para atingir os objetivos da Rede Cegonha. A partir de marcos legais, com diretrizes e normas, estados e municípios passam a construir planos de ação adequados às suas realidades e que se coadunem em ações que reflitam em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade materna e infantil.

No contexto da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) o Amazonas absorveu as diretrizes do MS trazendo as parteiras como estratégia significativa e importante na conjuntura do parto e nascimento. Recursos então são disponibilizados e captados para cadastramento, capacitação e disponibilização de kits para uso das parteiras no parto domiciliar. A Atenção Básica (AB), nessa conjuntura, adquire um papel fundamental no processo de vinculação dessas mulheres e sua inserção nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC/2015), 61,97% dos partos realizados no estado do Amazonas foram normais e 37,86% cesarianas². Ainda que haja uma predominância dos partos hospitalares 95,52%, em 2015, os dados registrados no SINASC/2016 apontam que no estado 63,04% foram partos normais e 6,17% ocorreram em domicílio³.

Uma estratégia para implementar as ações em relação às parteiras no estado do Amazonas foi identificar, capacitar e sensibilizar gestores e profissionais de saúde para o reconhecimento dessas mulheres e homens que acompanham mulheres em diversos momentos no cenário da atenção à gestação, ao parto e ao pós-parto. Nessa perspectiva, foi instituído o Programa Estadual de Capacitação de Parteiras Tradicionais, cujas ações foram implementadas pela Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas. Desde junho de 2009, esse Programa recomenda aos municípios conhecer essas

²Fonte SINASC – AM/ASTECC – SASS/FVS-AM -2015

³Fonte SINASC – AM/ASTECC – SASS/FVS-AM -2016

parteiras, saber onde atuam, vincular essas mulheres à atenção básica nos locais onde elas residam. Segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM), essa iniciativa buscou a melhoria da qualidade à assistência ao parto domiciliar no Amazonas, junto ao SUS, e efetivou-se por meio de uma parceria com o MS (Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Indígena). As ações definidas nessa parceria foram concretizadas por meio de apoio técnico e financeiro à SUSAM pelo MS (SUSAM, 2009).⁴

Tendo em vista a consolidação dessa iniciativa, inicialmente, foi realizado no ano de 2008 um grande movimento para identificação das parteiras nos municípios do Amazonas, seguido da formalização do cadastro para criação de um Banco de Dados Estadual. Atualmente, estão cadastradas 1.180 parteiras tradicionais no Amazonas. Esse cadastro foi realizado em 53 municípios no universo total de 62 municípios do estado (SUSAM, 2009). Uma grande mobilização foi realizada para cadastramento das parteiras, principalmente das que atuavam na zona rural e nas comunidades ribeirinhas. Logo após foi implantado um Centro Colaborador que estabeleceu parcerias com o MS para formação de enfermeiras que se propuseram contribuir, sendo facilitadoras das oficinas, com o objetivo de promover capacitações, e como consequência atingir as prerrogativas do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais⁵ (SUSAM, 2009).

Em 2011, com recursos oriundos da Rede Cegonha, o estado recebeu mais 190 kits disponibilizados pelo MS. A partir da adesão dos municípios em cadastrar suas parteiras e a realização das capacitações, foi observado uma interação maior entre os municípios e o estado no tocante às ações como, por exemplo, para a busca ativa das parteiras tradicionais, principalmente as que residiam em áreas rurais.

Vale salientar a atuação da autora deste trabalho que desempenha o papel de responsável técnica de Saúde da Mulher do Amazonas, desenvolvendo ações desde o ano de 2008 em relação às Parteiras Tradicionais no estado. Refletir sobre a categoria Parteira Tradicional, as Políticas Públicas que ancoram o trabalho desenvolvido por elas, as dificuldades em relação as suas práticas e o papel social que essas mulheres imprimem nos seus territórios de vida, são reflexões necessárias para que possamos compreender esse movimento. Analisar como as Parteiras Tradicionais são percebidas pela rede assistencial, as práticas manejadas por elas, se constituiu em uma importante questão de pesquisa, na medida

⁴Dados fornecidos pela Coordenação Estadual da Saúde da Mulher AM(2017)

⁵Com os recursos oriundos do Convênio Federal Nº 170/2007 foram disponibilizados, inicialmente, para a capacitação de 300 parteiras, 300 kits contendo instrumentais importantes para o dia a dia das parteiras com tesoura, bandeja, gaze, lona, lanterna, fardamento, sombrinha, pinar, entre outros.

em buscamos refletir sobre as relações envolvidas no trabalho de uma equipe composta por diversas categorias profissionais, bem como sobre os processos de legitimação e autonomia do trabalho desenvolvido pelas Parteiras Tradicionais.

Esperamos que esta pesquisa contribua para desenvolver reflexões sobre os modelos de atenção ao parto e nascimento no Brasil e a importância das parteiras na cena do parto, bem como as Políticas Públicas que buscam inserir o trabalho das Parteiras Tradicionais no contexto do SUS. Nesse trabalho, nosso objetivo é compreender o papel social das parteiras e sua inserção na Unidade de Saúde Francisco Ferreira Athayde (UBS F), situada na comunidade rural de Lindóia, no município de Itacoatiara, Amazonas. No município de Itacoatiara/AM, residem 53 (cinquenta e três) Parteiras Tradicionais, das quais 15 (quinze) atuam na comunidade rural de Lindóia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar a inserção e o papel social das Parteiras Tradicionais que atuam na UBS Francisco Ferreira Athayde da comunidade rural de Lindóia, no município de Itacoatiara/AM.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil das parteiras que atuam na Unidade Básica de Saúde da Família (UBS F) Francisco Ferreira Athayde;
- Identificar as práticas de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, relatadas pelas parteiras;
- Analisar como a gestão local percebe a atuação da PT.

5. METODOLOGIA

Este trabalho de pesquisa foi realizado com metodologias qualitativas por meio do uso de técnicas de entrevista semiestruturada e aberta e coleta de informações no caderno de campo. Como disse Lèvy-Strauss (apud Minayo, 1999, p. 21) “numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação” e, conseqüentemente, tem seus interesses, posições e lugar.

Nesse sentido, cabe situar a experiência prévia da autora no campo das políticas públicas relativas à saúde da mulher, pois é a partir desta que a problemática da pesquisa foi desenhada, sem, contudo, reduzir-se a ela. Desde o ano de 2006, coordena a Área Técnica de Saúde da Mulher na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM) e, a partir de 2008, vem desenvolvendo ações voltadas à identificação e cadastramento de parteiras que atuam no Estado como parte do Programa Nacional de Fortalecimento do Parto Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais do MS. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e seu desenvolvimento motivou buscar mais conhecimentos sobre a importância do trabalho das Parteiras Tradicionais no Amazonas.

No entanto, se, por um lado, essa experiência profissional figura no horizonte das expectativas iniciais, por outro, é importante destacar o que nos ensina Minayo (1999) sobre a natureza das pesquisas qualitativas. A autora destaca que qualquer estudo de determinada realidade, por mais simples e claro, necessita de um arcabouço teórico e metodológico que apontem os passos que deverão ser trilhados, sendo que nenhuma teoria tem o monopólio de compreensão completa sobre a realidade (MINAYO, 1999, p. 37).

Esta pesquisa foi realizada na comunidade rural de Lindóia, localizada no município de Itacoatiara/AM. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), em Itacoatiara residem 98.503 habitantes e na comunidade de Lindóia moram aproximadamente 2.000 habitantes cuja atividade econômica está estruturada na agricultura de subsistência, piscicultura e extrativismo. A comunidade rural de Lindóia fica localizada a 181 km de distância da capital amazonense e a 87 km da sede do município de Itacoatiara.

Para responder aos objetivos da pesquisa, foi elaborado um instrumento que permitisse conhecer o perfil das Parteiras Tradicionais desta comunidade, sendo possível colher e descrever algumas de suas práticas na atenção à gestação e ao parto e nascimento, a inserção das parteiras na única unidade de saúde da comunidade e como a gestão local (direção da UBS F) compreende esse movimento.

Inicialmente, foi feito contato com a parteira N, que atua na UBS F como auxiliar de enfermagem, para que ela articulasse e mediasse a entrada no campo. A parteira N foi contactada a partir do cadastro realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas em 2009⁶. Ela foi a informante chave que possibilitou localizar e entrevistar outras parteiras da comunidade.

Nessa perspectiva, utilizamos a ferramenta denominada Bola de Neve, pois segundo Vinuto (2014), essa técnica possibilita uma amostragem da rede estudada, sendo muito útil para o estudo de populações difíceis de serem acessadas.

A Amostragem da Bola de Neve pode ser concebida como uma rede que se interliga e que coleta informações de forma sistemática, considerando as relações existentes entre as pessoas que vivem um mesmo processo, fornecendo ao pesquisador “um conjunto cada vez mais de contatos potenciais” (VINUTO, 2014, p. 215).

Entrevistas abertas e semiestruturadas foram realizadas, bem como apontamentos em caderno de campo. A coleta dos dados aconteceu em diferentes momentos através de visitas à comunidade para realizar as entrevistas e a Oficina de Troca de Saberes em Lindóia. As entrevistas foram realizadas em diversos locais, inclusive em uma oficina com parteiras de Lindóia⁷. Também foram realizadas entrevistas na UBS F e em algumas casas de parteiras que demonstraram interesse para responder algumas de nossas questões norteadoras.

Conforme descreve Minayo (1999), por ser uma forma de interação, a entrevista é um espaço e uma técnica que expressa a dinâmica das relações da própria sociedade. As entrevistas nos possibilitaram conhecer e identificar a presença da parteira na UBS F e as dificuldades e avanços no dia-a-dia do trabalho, bem como, mapear o processo de implementação e local da inserção, ou não, de parteiras na rede de atenção à gestação, parto e pós-parto na comunidade de Lindóia.

Nas entrevistas, as parteiras eram convidadas a rememorem e contarem suas trajetórias, sendo aplicadas as seguintes perguntas: onde e como foi primeiro parto realizado? quais são os desafios que enfrentam para o reconhecimento comunitário e familiar do seu trabalho? como aprenderam a partejar? como se dá o diálogo com os profissionais da unidade de saúde e da gestão? recebem ou receberam cursos de formação? quais foram às instituições

⁶Conforme citamos na introdução, o cadastro estadual das parteiras do Amazonas identifica a existência de 1.180 parteiras, sendo que 38 residem no município de Itacoatiara e 15 na comunidade rural de Lindóia/AM.

⁷Oficina de troca de saberes ocorrida em Lindóia no período de abril de 2017 como parte do Projeto “Redes Vivas e práticas Populares de Saúde: Conhecimento Tradicional das Parteiras e a Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher do Amazonas” da qual esta pesquisa está inserida.

que realizaram estes cursos? quais foram os conteúdos dos cursos? onde estes cursos foram realizados? que impacto isso teve em sua atuação? A partir de análise das entrevistas abertas, foi possível pontuar as atividades que as parceiras realizam.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente dissertação serão apresentados na forma de artigo que será submetido à Revista Interface.

Artigo

PARTEIRAS TRADICIONAIS:

Atenção à Gestação e ao Parto em uma comunidade rural Amazônica: reflexões sobre o papel da “parteira” em Lindóia.

Sandra Cavalcante Silva⁸, Raquel Scopel⁹

RESUMO

No Brasil, desde o ano 2000, o Governo Federal vem promovendo políticas públicas direcionadas à atuação de Parteiras Tradicionais na assistência ao parto domiciliar, com o objetivo de ampliar a atenção primária em saúde. Neste artigo, propomos refletir sobre o papel social das parteiras que atuam na comunidade rural de Lindóia, município de Itacoatiara, Amazonas. Nessa comunidade, os serviços de atenção primária são ofertados pela Unidade Básica de Saúde da Família Francisco Ferreira Athayde (UBS F), na qual há uma sala de parto onde atua uma auxiliar de enfermagem que se identifica como parteira, cuja atuação é legitimada por outras parteiras que moram na comunidade e, por vezes, colaboram nas ações realizadas no interior da UBS F. A partir de entrevistas semiestruturadas, apresenta-se uma caracterização do perfil das parteiras que atuam na comunidade com foco nos critérios de idade, escolaridade, tempo de atuação como parteira, com quem aprendeu e se já assistiu partos na UBS F. Também foram realizadas entrevistas abertas que permitiram refletir sobre a inserção das parteiras na UBS F e sobre as aproximações e afastamentos entre as parteiras e os profissionais de saúde que atuam naquela unidade de saúde. Conclui-se que o papel social das parteiras transcende a atuação técnica na gestação e no parto e abrange também um protagonismo político junto às demandas por melhorias na qualidade de vida da comunidade.

Palavras Chaves: Parteiras Tradicionais; Comunidade rural; Papel social.

ABSTRACT

⁸Mestranda do Programa de Pós-Graduação, especialista em Saúde da Mulher, Coordenadora Estadual da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Amazonas.

⁹Doutora em Antropologia, pesquisadora do Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz - Amazonas

Since 2000, Federal Government of Brazil has recognized the role of Traditional Midwives in the delivery of home care. This article aims to reflect about the social role of midwives working in the rural community of Lindóia Itacoatiara County, Amazonas. From semi-structured interviews we present a characterization of the profile of midwives working in the community focusing on the criteria of age, schooling, learning, performance. There were also open interviews that allowed reflect about the insertion of the midwives in the UBS F and about the approximations and removals between the midwives and the health professionals who work in that UBS F. It is concluded that the social role of the midwives transcend the technical performance in the gestation and childbirth and also includes a political role together with the demands for improvements in the quality of life of the community. In this community there is a delivery room inside the Basic Health Unit Francisco Ferreira Athayde (UBS - F) where a nursing technique works and identifies herself as midwife, whose performance is legitimized by other midwives who live in the community and sometimes collaborate in the actions performed in the UBS F.

Keywords: Traditional Midwives; Rural Community; Social Role

INTRODUÇÃO

No Brasil, até o século XIX, o parto acontecia no âmbito doméstico e, a partir do século XX, inicia-se um processo crescente de hospitalização e de medicalização do nascimento. Nesse contexto, foram surgindo vários tipos de profissionais para assisti-lo, como “parteiras práticas”, “ocasionais” e, a partir de 1832, as “parteiras diplomadas” que estudavam em escolas de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia para adquirir sua formação (MOTT, 2005). As Enfermeiras graduadas que atuavam junto a equipes médicas também eram denominadas parteiras. Segundo Tornquist (2004), atualmente no contexto das Políticas Públicas em relação ao parto e nascimento, as mulheres que atuam na cena do parto, são identificadas pela categoria parteira. Entretanto, precisa-se considerar que esta categoria pode abarcar várias tensões de gênero, de classe e de formação bem como uma pluralidade de outras denominações (TORNQUIST, 2005). A categoria Parteira, em sentido genérico, remete à atuação de sujeitos, mulheres e homens, que assistem partos cujo reconhecimento é, “legitimadas por sua comunidade, a partir da sua experiência ou vocação” (TORNQUIST, 2005, p.23).

Segundo essa autora, o papel da parteira como uma mulher comum que desempenha vários papéis sociais na sua comunidade vai aparecendo à medida que penetramos no interior do Brasil, sem as modernidades das capitais. Mulheres seringueiras, quebradeiras, indígenas, também assistem partos e são citadas como figuras fundamentais em várias regiões do Brasil e da América Latina (TORNQUIST, 2005). Como veremos neste artigo, a categoria Parteira pode abranger uma diversidade de atores sociais cuja atuação não se limita à assistência ao parto, podendo abarcar também saberes e práticas relativas aos processos de saúde e doenças das mulheres ao longo da vida (com foco na menstruação, gestação e pós-parto). Além disso, é preciso considerar também a atuação delas no campo político em que se destacam como protagonistas nas reivindicações por melhorias na comunidade onde atuam e moram.

Observando o contexto histórico brasileiro, as “Parteiras Tradicionais” foram objeto de ações tanto de organismos governamentais como não governamentais e nas décadas de 1940 a 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) lançou um conjunto de ações de treinamento e de controle das “parteiras curiosas”, no programa de higiene, pré-natal e saúde da criança, com o objetivo de ter o controle da assistência prestada por essas mulheres que atuavam na zona rural do País (SILVA e FERREIRA, 2011). Os sanitaristas acreditavam ser necessário impor condutas sanitárias e higiênicas; entretanto, o principal objetivo do programa era aproveitar a influência e o prestígio das parteiras para ampliar ações de saneamento e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade infantil que na época se aproximava de 95 óbitos por mil nascidos vivos (BASTOS, Apud SILVA e FERREIRA, 2011, p.97). As parteiras que participaram dos treinamentos e supervisões periódicas receberam uma bolsa com materiais para a assistência ao parto. Essa bolsa consistia “uma oferta de duplo sentido carregada de significados de distinção e de poder, já que a bolsa seria fiscalizada periodicamente pelas enfermeiras e visitadoras sanitários do SESP”. (SILVA e FERREIRA, 2011 p. 100).

Com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde (MS), em 1984, novamente o parto domiciliar assistido por Parteiras Tradicionais foi recolocado como uma importante ação que deveria ser trabalhada por meio de “treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e mecanismos de estabelecimentos de referência” (BRASIL, 1984 p. 22). Na tentativa de reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil, o MS instituiu diversas estratégias como a Humanização da Assistência ao parto e ao pós-parto (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2005 e 2004) e também o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais em 2000 (ABREU, 2005). No contexto

desse programa, o MS definiu diretrizes políticas e técnicas para a inclusão do parto domiciliar assistido por Parteiras Tradicionais no âmbito da atenção primária, nas esferas estadual e municipal (BRASIL, 2010, p. 14). Este programa definiu políticas e ações para propiciar a inclusão das referidas Parteiras no SUS, visando:

[...] induzir a reflexão junto a 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. (BRASIL, 2010, p. 09)

Embora a maioria dos partos no país ocorram em hospitais, “[...] nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso são as parteiras que prestam assistência as mulheres e crianças muitas vezes” (BRASIL, 2010 p.14). Nessa perspectiva, a maioria da assistência não é notificada e o trabalho prestado pelas parteiras não é reconhecido pelo sistema de saúde, portanto, corroborando para o isolamento e desarticulação dessa assistência nos serviços de saúde, apesar da existência do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESnet), na qual a Parteira Tradicional pode ser cadastrada como “parteira leiga, assistente de parto, parteira, parteira prática”, e cuja definição abarca¹⁰:

trabalhadores em serviço de promoção e apoio a saúde, visitam domicílios periodicamente, orientam a comunidade para promoção a saúde; assistem pacientes dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob a orientação e supervisão de profissionais de saúde; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas. (CNES, 2017)

No Amazonas, dados sobre nascimento apontam que em 2016, 63,04% dos partos realizados no estado foram partos normais, sendo que destes 57,23% foram hospitalares e 6,17% ocorreram em domicílio¹¹.

Em 2008, no Estado do Amazonas, a Área Técnica de Saúde da Mulher empreendeu o cadastramento das parteiras, principalmente das que residiam na zona rural e nas comunidades ribeirinhas do Estado. Foram cadastradas 1.180 parteiras, destas 38 Parteiras Tradicionais são habitantes do município de Itacoatiara, Amazonas, e 15 habitam na comunidade de Lindóia¹².

¹⁰http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. Acesso: 08/03/17 às 8.30h.

¹¹Fonte SINASC – AM/NUSI/ASTECC – SASS/FVS-AM

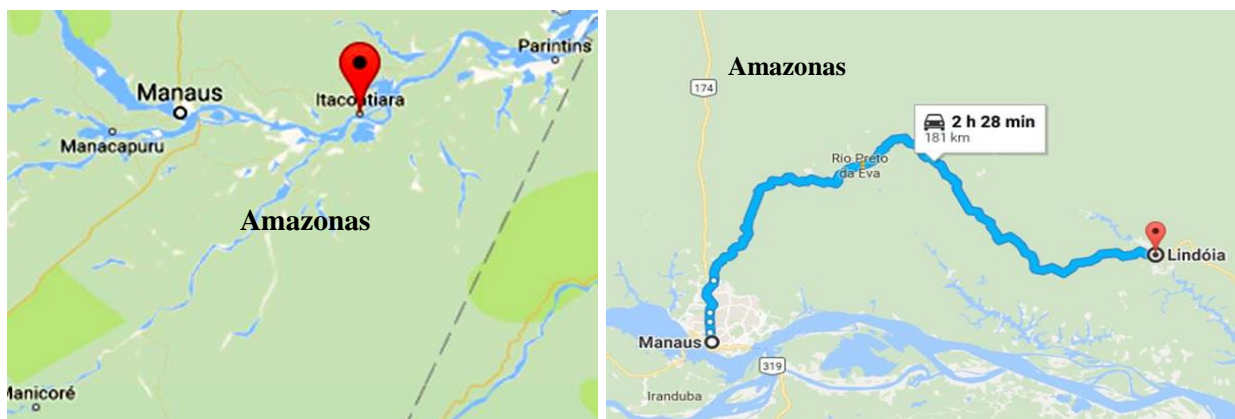
¹²Dados fornecidos pela Coordenação Estadual da Saúde da Mulher/AM (2017)

Neste artigo nosso objetivo é compreender o papel social das parteiras e a sua inserção na Unidade de Saúde da Família Francisco Ferreira Athayde (UBS F), situada na comunidade rural de Lindóia, no município de Itacoatiara, Amazonas.

METODOLOGIA E LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na comunidade rural de Lindóia, localizada no município de Itacoatiara, Amazonas. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), no município de Itacoatiara residem 98.503 habitantes e na comunidade de Lindóia moram aproximadamente 2.000 habitantes cuja atividade econômica está estruturada na agricultura de subsistência, piscicultura e extrativismo. A comunidade rural de Lindóia fica localizada a 181 km de distância da capital do Amazonas, Manaus e a 87 km da sede do município de Itacoatiara (Figura 1).

Figura 1. Distância entre a comunidade de Lindóia e a capital do Amazonas, Manaus.



Fonte: Google Maps, 2017.

Trata-se de um estudo descritivo com base em metodologias qualitativas. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas e abertas, realizadas em diferentes momentos entre os meses de outubro de 2016 e abril de 2017. Também foram mantidos registros em caderno de campo sobre os encontros realizados com as parteiras da comunidade de Lindóia¹³.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 10 parteiras com o objetivo de caracterizar o perfil das mulheres que se identificam como parteiras na comunidade de

¹³Embora na coleta de dados tenham participado uma equipe do Projeto FIOCRUZ, a análise do material coletado foi realizado pelas autoras do presente artigo. Todas as parteiras, profissionais e gestor da UBS F assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Lindóia¹⁴. O perfil foi construído a partir de critérios como: idade, escolaridade, tempo de atuação como parteira, ocupação, se fez cursos, acompanhamento das gestações, como aprendeu e se já assistiu partos na UBS F. As entrevistas abertas foram realizadas com 10 parteiras com o objetivo de aprofundar questões sobre a atuação delas na comunidade e na UBS F. Também realizamos entrevista aberta com a gestora da UBS F com o objetivo de investigar a percepção da gestão sobre o papel e a atuação das parteiras de Lindóia. As entrevistas abertas procuraram responder se essas parteiras são compreendidas e demandadas como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), como um ponto de atenção do cuidado pré-natal e obstétrico, tal qual escrito nos planos e políticas de saúde, nacional e local.

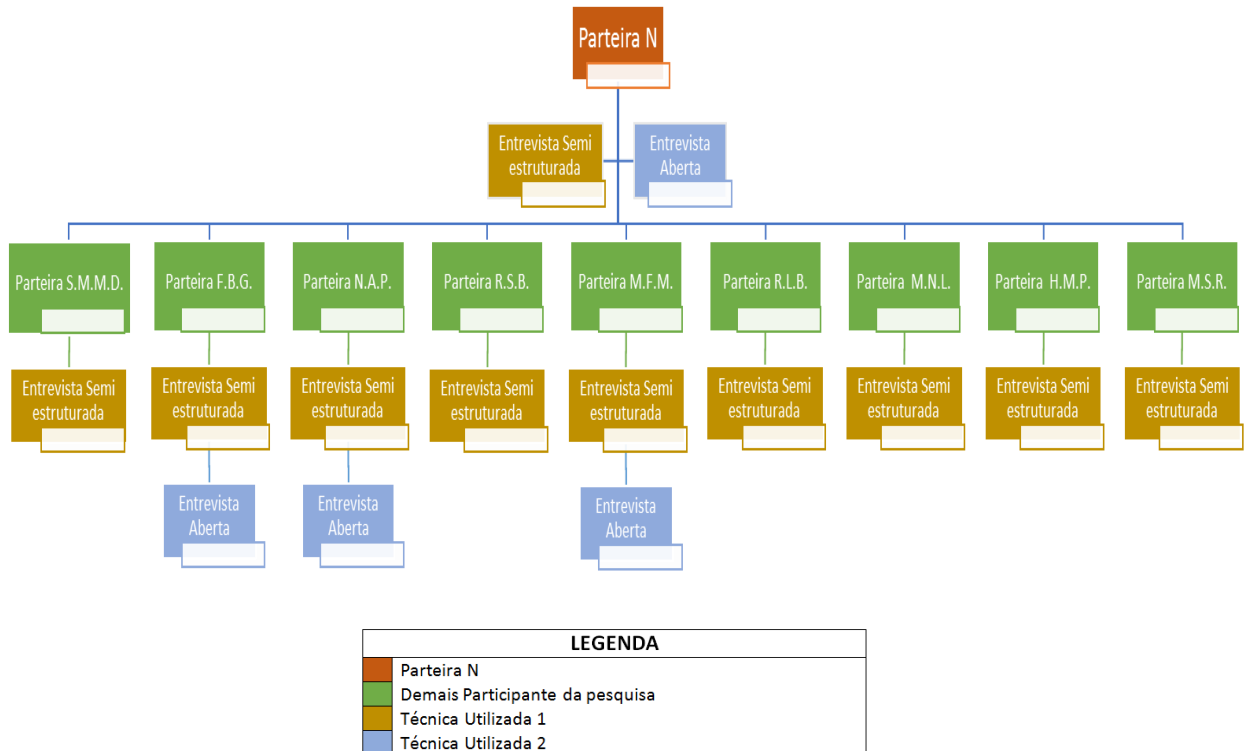
As parteiras foram contatadas a partir da técnica denominada “Bola de Neve”, que se constitui em uma amostragem não probabilística (Figura 2) (Vinuto, 2014). Segundo a autora, trata-se de uma técnica que se apoia em uma rede social construída a partir dos atores envolvidos na pesquisa e nas relações sociais existentes entre um determinado conjunto de pessoas, capaz de fornecer ao pesquisador “um conjunto cada vez mais de contatos potenciais” (VINUTO, 2014 p. 215). Nesse sentido, esta técnica é muito útil para o estudo de populações difíceis de serem acessadas ou que não há precisão sobre sua quantidade como, por exemplo, entre as mulheres que atuam na cena do parto. A amostragem da Bola de Neve pode envolver um processo permanente de coleta de informações, que pode ser finalizado a partir do critério do ponto de saturação, ou seja, não surgem novos sujeitos na rede estudada ou os sujeitos encontrados não trazem informações novas para o quadro de análise. Nesta pesquisa, o ponto de saturação foi construído a partir da repetição de temas que surgiram ao longo das análises das entrevistas abertas e por não haver indicações de novas parteiras.

Inicialmente, fizemos contato com a parteira N, que atua na UBS F como auxiliar de enfermagem, para que articulasse e mediasse nossa entrada no campo. A parteira N foi contatada a partir de informações constantes no cadastro realizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas em 2009. Ela foi à informante chave e nos possibilitou localizar e entrevistar outras parteiras que atuam na comunidade de Lindóia. A coleta de dados foi realizada por uma equipe interdisciplinar que trabalha no projeto “Redes Vivas e Práticas Populares de Saúde: Conhecimento Tradicional das Parteiras e a Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Estado do Amazonas”

¹⁴Conforme citamos na introdução, o cadastro estadual das parteiras do Amazonas identificou e em 2008 a existência 15 parteiras na comunidade rural de Lindóia/AM.

do qual esta pesquisa faz parte. A análise das entrevistas abertas foi conduzida a partir de eleição de temas que foram recorrentes nas entrevistas¹⁵.

Figura 2. Técnica Bola de Neve utilizada na pesquisa.



¹⁵ Este estudo é um subprojeto do Projeto “Redes Vivas e Práticas Populares de Saúde: Conhecimento Tradicional das Parteiras e a Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher no Estado do Amazonas”. Trata-se de um projeto financiado pelo MS e realizado em parceria entre Fiocruz-Am e a Secretaria Estadual de saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Pesquisa, sob o CAAE 620815116.0.0000.0005, Coordenado pelos pesquisadores Júlio Schweickardt, Luena Xerez e Sandra Cavalcante.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil das parteiras: Quem são as mulheres que atuam como parteiras na Comunidade de Lindóia

Realizamos entrevistas semiestruturadas com 10 parteiras com a finalidade de caracterizar o perfil das Parteiras Tradicionais da comunidade de Lindóia, buscando aprofundar alguns aspectos considerados relevantes para o objetivo do estudo como: escolaridade, tempo que parteja, ocupação, número de partos assistidos e se no momento estavam assistindo partos, se acompanham a gestação, como aprenderam a partejar e se já assistiram partos na UBS F. Nossa intenção foi agregar informações que permitissem conhecer melhor o perfil das mulheres que atuam como parteiras na comunidade de Lindóia. Os dados das entrevistas semiestruturadas foram sistematizados na tabela 1.

Tabela 1. Perfil das Parteiras

Entrevistada	PERFIL DAS PARTEIRAS							PARTOS					
	Idade	Estado Civil	Nº de Filhos	Escolaridade	Tempo como parteira	Ocupação (tempo de atuação)	Fez curso (qual)	Quantos partos fez	Está assistindo partos	Acompanha a gestação	Aprendeu com quem	Já assistiu parto na UBS	
1	N. A.	56	C	03	2º Grau Completo	40	Técnica de Enfermagem	Reanimação neonatal/ biossegurança	300	Sim	Sim	Bisavó/Avó/Mãe	SIM
2	R. S. B.	70	S	12	Semianalfabeta	54	Agricultora/ aposentada	Sim/ Reanimação neonatal/ biossegurança	1.000	Sim	Sim	Mãe	Sim
3	R. L. B.	73	S	10	Ensino fundamental incompleto	45	Do lar/ aposentada	Não	06	Não	Sim	Com outras parteiras	Não/ assistiu no hospital
4	M. N. L.	57	C	05	2º Grau Completo	40	Do lar	Reanimação neonatal	20/ acompanhou outros 150	Sim	Sim	Tia	Sim
5	M. F. M.	49	S	09	Ensino fundamental incompleto	37	Costureira	Não	700	Sim	Sim	Mãe	Sim
6	F. B. G.	74	C	11	Ensino Fundamental incompleto	46	Trabalhadora Rural/ Aposentada	Não	50	Sim	Sim	Mãe	Sim
7	H. M. P.	69	V	05	2º Grau Completo	53	Do lar/ Aposentada	Sim	1.200	Sim	Sim	Avó/Mãe	Sim
8	N. A. P.	52	C	06	2º Grau completo	36	Agente Comunitária de Saúde	Não	30	Sim	Sim	Avó/Mãe	Não
9	M..S.R.	45	C	05	2º Grau completo	15	Agente Indígena de Saúde	Não	05	Não	Sim	Avó	Sim
10	S. M. M. D.	38	C	06	Ensino fundamental incompleto	07	Agente Indígena de Saúde	Sim	20	Sim	Sim	Avó/Mãe	Sim

Fonte: Dados obtidos nas entrevistas, 2017.

Quanto à idade, nota-se que todas as mulheres têm mais de 30 anos, sendo que a parteira mais nova tem 38 anos, duas parteiras tem entre 45 e 49 anos e sete tem mais de 45 anos, sendo que três delas já estão com mais de 70 anos. Nesse universo, cinco parteiras possuem o 2º grau completo e quatro o 2º grau incompleto. Uma delas se autodenominou semianalfabeta. Quanto ao tempo de atuação como parteira, sete declararam que já assistem partos a mais de 37 anos e duas afirmaram que assistem partos a menos de 15 anos. Todas afirmaram acompanhar mulheres durante a gestação.

Em relação aos cursos, cinco declararam ter tido algum tipo de capacitação. Os cursos que foram ofertados foram: um de reanimação neonatal ocorrido em 2010 e o de biossegurança em 2013. No quesito com quem aprendeu a partejar, nove afirmaram ter aprendido com um ente familiar (avó, mãe, tia) e apenas uma com outras parteiras. Apesar de apenas uma delas ser formada como técnica de enfermagem e ser contratada pela Secretaria Municipal (SEMSA) de Itacoatiara como auxiliar de enfermagem, quando fizemos a pergunta sobre sua atuação na UBS F, oito parteiras relataram já ter assistido partos naquela unidade. Uma parteira relatou ter assistido parto no hospital de Itacoatiara e apenas uma nunca assistiu partos na UBS F.

A partir das entrevistas semiestruturadas, nota-se que o perfil das mulheres que atuam como parteiras na comunidade de Lindóia abarcam uma diversidade de atores sociais. Como vimos, as mulheres que se identificam como parteiras possuem diferentes graus de formação, escolaridade, algumas participaram de capacitações específicas enquanto outras não tiveram nenhum tipo de capacitação ofertado pelo estado ou município. Entretanto, destaca-se como fator recorrente na experiência dessas mulheres o papel de outras mulheres da família, com quem aprenderam a partejar.

Tornar-se parteira: Um ato de necessidade

A partir de análise das entrevistas abertas que iniciaram com uma pergunta sobre o início da trajetória das parteiras, separamos temas que foram trabalhados nas entrevistas e que permitem refletir sobre a atuação das mulheres que são identificadas e se identificam como parteiras na comunidade de Lindóia, bem como sobre a inserção delas na única UBS daquela comunidade, doravante UBS F.

No contexto de Lindóia, encontramos situação semelhante ao descrito por Garnelo (1992), em sua pesquisa na cidade de Manaus. Segundo a autora “ser parteira é, por um lado, um elemento de contradição libertária para quem exerce o ofício; por outro lado uma produção cultural que reforça a condição feminina” (Garnelo, 1992, p. 72). A autora conclui que na Amazônia as doenças e seus cuidados só são vencidos por meio de redes de solidariedade, muitas vezes entrelaçadas nas relações de parentesco e nas relações da comunidade.

O saber da parteira não é aprendido abstratamente, é um saber produzido e introjetado a partir de situações concretas. Frente a sua clientela, elas se posicionam não apenas como alguém que detém um conhecimento técnico sobre partos, doenças ou plantas, mas como mulheres que compartilham experiências de doenças e sofrimentos com outras, que, com muita frequência, são também seu grupo de

parentesco, o que, envolve, por certo, a presença de fortes laços afetivos. (GARNELO, 1992, p. 94)

As parteiras entrevistadas em nossa pesquisa, que atuam na comunidade de Lindóia, relatam que aprenderam a partejar a partir de uma necessidade concreta, o que desencadeou a construção da carreira de parteira:

Fiz meu primeiro parto quando eu tinha 14 anos de idade, foi que meu pai saiu pra cassar e minha mãe entrou em trabalho de parto e ele não tava e como eu era a mais velha ela pediu pra eu ajudar ela e foi ai que eu fiz meu primeiro parto, fiz tudo com a ajuda dela, ela me ensinando com a ajuda dela como era pra fazer. (Parteira M.G.)

Eu tinha 32 anos, eu estava só com a mulher em casa né, ela não estava esperando, não sabia o mês, ai nós ficamos só nós duas em casa, o marido dela e o meu não estavam e quando foi nesse dia ela se aperriou, não demorou, não deu tempo de chamar ninguém. Ela morava na beira do rio urubu e ai foi a minha primeira vez, sabe, Deus dá um toque na gente, ai eu pensei na minha mãe, era assim que a minha mãe fazia. (Parteira R. B.)

O meu 1º parto que eu fiz eu tinha 12 anos de idade foi dentro de uma canoa, atravessando o Rio Amazonas, era minha cunhada, era seu 1º filho e ela tinha 27 anos, nós ia atravessar o rio pro outro lado para procurar uma parteira, não deu tempo e ela teve o bebê dentro da canoa e foi o jeito eu pegar o bebê. Dei banho nele com a água do rio mesmo. (Parteira F.B. G.)

Os trechos selecionados exemplificam que situações inusitadas levaram essas mulheres à partejar, em sua maioria, partos de parentes. Nesse sentido, nosso estudo corrobora a afirmação feita por Garnelo (1992) de que “[...] as práticas das parteiras são antes de tudo uma forma de conhecimento que orienta ética e politicamente a ação, o que se tem é um saber construído como resposta concreta da existência” (p.87). Nota-se que muito desse fazer-se parteira tem sua potência nas relações de parentesco. Como vimos no perfil das parteiras, 08 delas aprenderam com mães, avós ou bisavôs, 01 com tia e apenas 01 com outras parteiras.

Olha minha vó, minha bisavó, tudo já era parteira, minha mãe sempre que, ela tinha uma casa de parto e quando não ia pra casa delas, chamavam ela, a gente morava lá no Pará e ela me chamava pra ir até porque no interior não tinha luz ou uma lanterna e ela só que eu não achava eu vou ser uma parteira ai eu cheguei em Lindóia, mais lá eu já fazia parto com ela. Eu tinha de 12 a 13 anos eu já acompanhava ela, o primeiro que assisti mesmo tinha 16 anos, que assisti com ela vendo nascer o bebê. Na época eu não queria, não queria essa profissão não, e hoje eu tenho como maior prazer. Depois que eu cheguei aqui na vila de Lindóia que não tinha apoio de nada, tinha as parteiras e eu como curiosa fui me entrosando com as outras e hoje estou no meio. (Parteira N.)

Segundo Tornquist (2005), o aprendizado das parteiras pode ocorrer de formas e maneiras diferentes, “ela pode ter passado pela experiência enquanto parturiente ter observado e aprendido a partejar com outras parteiras” (2005 p, 75). Podemos destacar também a

imperiosa necessidade de auxílio e a condição feminina nos locais sem a assistência biomédica, como fatores que quase sempre mobiliza a mulher a amparar outra mulher principalmente no momento do parto conforme relato da parteira R. B.

Não, nunca nem tinha visto ninguém ter, tinha tido mais não sabia como era, nunca tinha visto nada. Ai essa mulher foi pra lá, meu marido pegou esse trabalho lá na estrada de Manaus e Acaracarai, o homem foi atrás de trabalho e levou a mulher grávida, ai quando chegou o mês a gente levou ela pra Manaus, pra ela ter o filho lá, mas dia 29 ele voltou com a mulher, pois quando amanheceu o dia, ela começou a chorar com dor, foi quando eu assisti ela. Só era eu e uma menina que me ajudava na cozinha, ai não o jeito foi eu mesmo. Ai eu assisti ela, meu marido cortou o umbigo, eu não tinha coragem de cortar, me apavorei ai ele disse mais tu já não teve, mais eu não sei como é que faz. Mas graças a Deus deu tudo certo, a menina pesou quatro quilos e meio, enorme a menina. (Parteira R. B.)

A partir da caracterização do perfil das parteiras de Lindóia, nota-se que metade delas não fez qualquer curso de capacitação e mesmo aquelas que fizeram, afirmam ter aprendido a partejar com outras mulheres. As entrevistas abertas reforçam a centralidade das relações de parentesco e do papel das mulheres da família na assistência ao parto. Podemos sugerir assim o baixo impacto das políticas públicas na emergência e na atuação dessas parteiras.

O que faz uma Parteira em Lindóia

A partir das entrevistas abertas, é possível pontuar as atividades que as parteiras assumem realizar. Conforme consta em outros estudos, a ação das parteiras não se restringe ao momento do trabalho do parto, podendo abarcar atividades direcionadas à saúde das mulheres, de modo geral como cuidados na menstruação, gestação e pós-parto, além de saberes específicos voltados à saúde reprodutiva e saúde das crianças (Dias Scopel et al, no prelo; Garnelo, 1992; Tornquist, 2005). As mulheres que atuam como parteiras em Lindóia também citaram atividades que realizam durante a gestação.

Pego barriga, ajeito filho quando esta de pés até com 07mês quando ta de pés pra baixo eu ajeito, quando está atravessado eu ajeito, ah! De atravessado da pra ajeitar também. Sei a criança com 02 mês, se eu pegar eu sei se é homem ou mulher. Não, não é tanto segredo, até porque a mãe do corpo quando a mulher tá grávida de 01 mês ou 02 mês quando o filho é homem, a mãe do corpo dela fica bem agitada e o coração do bebê é bem agitado, igual a mãe do corpo, quando é mulher, a mãe do corpo fica bem fraquinha e o coração do bebe bate bem fraquinho, ele é bem fraquinho. Só de tocar, de pegar na barriga, escutar eu já sei se é homem ou mulher a partir de 02 mês. Com 02 mês já da pra saber. (Parteira F.)

Eu sei puxar barriga, eu puxo, porque tinha uma parteira e ela já era velhinha, foi a que foi minha parteira. Ela explicava R põe a tua mão aqui, ela dizia você tá vendo essa aqui é a cabecinha do neném, agora você passa sua mão pra cá, você tá vendo isso aqui é o bumbum da criança, isso aqui é o cotovelo da criança, tudo ela ia me explicando. (Parteira R.B)

[...] é mais pra ajeitar, às vezes a criança ta de pernas, já ta com 08 meses e o médico disse que vai ser operada, “será que a senhora não pode da um jeito dele não querer me operar?” vamos ver. As mulheres não querem se operar, mas vamos ver, se der pra ajeitar a gente ajeita se não der o jeito é se operar. Mas graças a Deus, todas que vem aqui, com 08 meses de gravidez, filho de pés, filho de atravessado, filho sentado, de todo jeito eu tenho ajeitado, eu ajeito, ainda não se operou nenhuma dessas. Graças a Deus tem umas que tem normal, às vezes quando ta com 01 mês aí vêm aqui, aqui o bebe que tava de pé, eu digo “se operou?” e diz que não, então graças a Deus. Aí é assim, vem aqui e a gente dá um jeito. (Parteira F)

Essas falas exemplificam a atuação durante a gestação como forma de acompanhar o estado da gravidez e do bebê. Assim de modo semelhante ao que acontece entre os índios Munduruku no Amazonas, conforme descrito por Dias Scopel (2014 p.131), também entre as parteiras de Lindóia “saber pegar barriga” revela-se como um conhecimento por meio do qual se mobiliza uma “imagem cultural” da anatomia do corpo e da fisiologia do feto. É através dessa técnica de pegar barriga que as parteiras de Lindóia identificam se a mulher está grávida, a posição do bebê no ventre da gestante, o sexo do bebê bem como avaliam a situação da mãe do corpo.

São mais jovens, veio uma ontem aqui com 13 anos, ela ta com 02 meses de gravidez, ela não sabia se tava grávida e veio procurar saber se tava, que ela sentia remorso. Ai eu peguei e disse, tu ta grávida, com 02 meses. Eu sei por que quando a jovem, moça, que nunca teve filho, nunca engravidou, ela não tem mãe do corpo que é aquela coisa que fica tipo um coração em cima do umbigo, não tem moça mesmo que nunca teve filho. Quando ela já teve filho, aquela coisinha ela cresce, ela aparece, fica tipo um coração, aí quando ela engravida pela primeira vez que ela não sabe se ta grávida, nunca engravidou, ta com 01 mês, 02 meses não sabe, então aquele negocinho, aquele coraçãozinho ele é bem pequeno, ele não ta embaixo do umbigo, ele ta ou pro lado, conforme o sexo da criança se é homem ou se é mulher. Se ele é homem, ele ta pro lado e se é mulher ela ta bem no meio, onde fica a criança. Então é por isso que eu sei, experiência né, de muitos anos, eu desde os 12 anos de idade que faço esse trabalho, os meus filhos nunca mandei pegar na minha barriga, eu mesma pegava, eu ajeitava. (Parteira M.F)

Em relação à utilização de recursos terapêuticos durante o trabalho de parto, o uso de remédios caseiros, chás, se evidencia nas falas das parteiras:

[...] Uso, pra quando a mulher ta na hora de ganhar o bebê aquelas dor é bem fraquinha, lenta espaçosa, ai você pega a folha do café, 03 folha de café, ai você coloca água pra ferver, esmigalha as folha do café coloca dentro de uma vasilha e derrama a água dentro e abafa, ai e deixa aquele suor, não bota mais pra ferver não, ai depois tu pode pegar e da pra mulher aquele chá, é de repente, acelera rápido e tem o bebê rápido também né. Tem muitos, a raiz da chicória é muito bom, a raiz da chicória pra fazer esse tipo de chá. Pega a raiz da chicória faz o chá e coloca um pouquinho de manteiga dentro do chá e deixaela tomar um pouco morno, ai depois

you pegu a manteiga amorna e passa na barriga e nas coisas da mulher (está sinalizando a bacia) e  muito rápido. (parteira M. F.)

Eu era muito curiosa e via t torto, t doendo, ta eu vou fazer um remedinho, pegava o alho, amassava o alho e passava de um lado, passava no outro e a criança encaixa fica daquele jeito. Tem remédio caseiro, mas agora o que eu não gostava era de fazer chá, a única coisa que eu fazia era botar a água pra amornar, a folha da banana seca era uma beleza, a gente pega, esmigalha, lava bem lavadinho e pão numa bacia e quando t morna joga daqui pra baixo, lava a barriga, mais  um parto tão rápido, a minha cunhada já tava com 05 dias sofrendo ai eu cheguei l, tava pra Manaus no sol quente ai eu já pus as folhas de biriba, folha de banana e fiz aquele banho, quando deu 03 horas aquela água tava quente, vem c botei ela dentro da bacia grande, derramava água e 04 horas da tarde a cunhat tava fora  parece que tirou todo o meu frio. (Parteira R. B.)

[...]  chá de plantas, da folha da mangueira, quando a folha ta pra cair amarelinha que a gente pega nela, ela cai. A faz aquele chá pra mãe e o banho de sabão. Banho de sabão! Morna uma água quando a mulher ta com muita dor, assim espaçosa, por que a dor tem vezes que a dor  rápida, mas tem vezes que as dores são lentas, longe uma da outra aí a gente da um banho de sabão. gua morta com sabão em pão daqui pra baixo lava bem as cadeiras, a barriga, são pra facilitar o parto. (Parteira F.)

As parteiras de Lindoia relatam que são procuradas pelas mulheres da comunidade durante a gestao e após o parto, mesmo por aquelas que optam em ter seus partos na UBS F ou em Itacoatiara, conforme exemplifica a fala da parteira F:

[...] fico, porque quando elas se engravida desde o primeiro mês comigo, elas ficam todo mês, todo mês. Quando já está entrando o mês delas ter, às vezes com uma semana elas estão lá, com 05 dias delas ter, elas estão lá até que chega o dia. s vezes elas estão sentindo dor mais vo l em casa, será que já  pra ter, procurar o posto! Se quiser ir pode ir. Ai depois que elas têm o bebê elas voltam, ai eu vou fazer os remédios, vou fazer as massagens nela, os remédios pra elas tomar e ficar, sarar n; Tem mulher que eu cuido dela que com 10 dias, 15 dias, ela chega em casa e t sadiazinha, parece que nunca teve bebê e graças a Deus os bebs são tudo sadiozinhos, eu mantenho elas o tempo todo com remédios caseiros, ai tanto os remédios servem pra elas quanto pros bebs. (Parteira F.)

A partir das entrevistas abertas, pode-se pontuar a atuao das parteiras ao longo da gestao, no parto e no pós-parto, marcado pelo domínio de uma diversidade de técnicas e saberes, como pegar barriga e fazer remédios, chás.

A insero das Parteiras na UBS F

Na comunidade de Lindoia, a rede do SUS conta apenas com a UBS F. Toda a referência para mdia e alta complexidade  encaminhada para o município de Itacoatiara e para a cidade de Manaus. Na UBS F, atua uma equipe composta por 47 funcionários, entre esses, 02 médicas, 03 enfermeiras, 07 técnicas e auxiliares de enfermagem e 14 agentes comunitários de saúde, sendo os demais agentes administrativos. Nessa unidade fazem-se atendimentos primários, incluindo aoes voltadas  execuo de programas definidos pelo MS

como: saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão e diabetes, dentre outros. A Unidade Básica possui uma ambulância própria. Uma das auxiliares de enfermagem, como descrevemos anteriormente, se identifica e é identificada pela comunidade como parteira N.

Muitas pessoas me reconhecem a dona N, parteira, chama a dona N, a parteira dona N. Muitas pessoas não me reconhecem mais como funcionária da UBS, mas como a parteira N. Dona N é a parteira principal daqui da Lindóia, eu digo não, por que tem as outras né! Então eu acho que eu sou reconhecida, eu faço parte do parto natural ali, da área de saúde, porque isso abrange a área de saúde, mas qualquer coisa chama a dona N porque ela é a parteira. Eu não sei como fica na cabeça das pessoas. (Parteira N.)

A enfermeira que atua como gestora na UBS F, inclusive, também reconhece a técnica de enfermagem N como uma mulher que tem “experiência” em partejar.

Eu tenho pouco tempo aqui, estou há um ano aqui e aí desde que eu cheguei foi este cenário assim, exemplo, não é o plantão dela, mas a gente chama pela experiência dela, quando a médica não tá, por exemplo. A gente passou um bom tempo sem médico aqui é o tempo que ela mais atuava, chamava ela pela a experiência e tudo e mais quando dava para encaminhar às vezes a gente encaminhava, entendeu porque já teve parto difícil aqui, que tipo meio forçado, que nenhuma gestação é igual a outra, costuma não segurar, entendeu, a não ser que a pessoa queira ter aqui mesmo. (Enfermeira G.)

A parteira N é contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Itacoatiara como auxiliar de enfermagem onde desenvolve ações de saúde como palestras na UBS F, atua no apoio ao trabalho de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, curativos, aplicação de injeções, coleta sangue pra investigação sobre malária, orientação à clientela, além de acompanhar gestantes e parturientes. Assim sendo, a inserção da parteira N na UBS F é via contratação municipal como auxiliar de enfermagem, apesar de ser formada como técnica e não como parteira, embora houvesse essa possibilidade de contratação segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nesta UBS F, há uma sala de parto organizada pela auxiliar de enfermagem (parteira N) na qual refere já ter realizado muitos partos.

As demais parteiras relatam que só atuam como parteiras na UBS F quando são chamadas pela parteira N.

Não, nunca me chamaram, quer dizer a dona N me chamou duas vezes. Eu assisto com as mulheres, eu ajeto a barriga delas, mas aqui em casa, elas me procuram aqui (Parteira M. F.)

Já, já ajudei a N. duas vezes, eu trouxe as duas e fiquei com elas aqui, tudo correu bem (Parteira F.)

Só assisto parto no posto quando me chamam, sempre é a N. quando ela ta aí à noite a gente vai pra lá, se vierem me chamar eu vou sim, eu moro na frente do posto e pertinho, e se as mulheres me chamam eu também vou. Essa semana teve

um, a mulher tava sangrando muito, ela veio aqui e eu disse, minha filha você tá com uma grande infecção, vá pra Itacoatiara, sua filha não vai nascer agora, lá tem recurso, aqui nós não temos. (Parteira R. B)

A partir das entrevistas, nota-se que 08 das 10 parteiras afirmam ter assistido partos na UBS¹⁶. Na entrevista com a enfermeira G, que atua como gestora da UBS F, perguntamos como ela percebia a inserção e o papel social das parteiras de Lindóia no modelo de atenção ao parto e nascimento junto à UBS F, tendo em vista que Lindóia vive uma experiência diferente dos outros municípios por conta da sala de parto. Indagamos como ela via a atuação das parteiras, se essa atuação existe ou não, como o serviço as demandava, se a gestão as reconhece como importantes na cena do parto e nascimento e como é realizada a assistência por parteira na UBS F.

Quando eu cheguei aqui é, não vou dizer que elas são totalmente inseridas, entendeu porque assim, quem é mais inserida é a N por ser técnica daqui, é meio que automático, no plantão dela se aparecer e, dependendo da fase que esteja nela, ela atua, ela chama gentilmente a enfermeira, chama médica, que estiver presente, não é de uma forma bem assim direta, não que as parteiras atuam aqui, entendeu. (Gestora G.)

Gusman et al (2015) relatam a experiência de inserção das parteiras na atenção básica no estado do Tocantins, refletindo sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde como uma dos fatores determinantes para a existência ainda hoje de parteiras na região. Segundo os autores, as parteiras encontram desafios cotidianos na interação com os serviços de saúde:

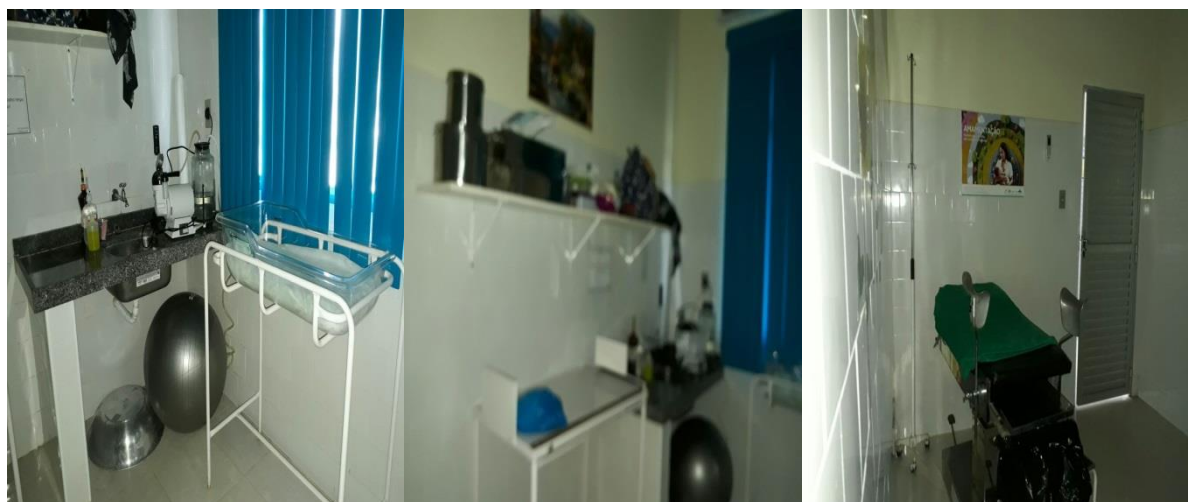
[...] foi observado pouco envolvimento dos gestores, dificuldade de transporte e comunicação proveniente do isolamento geográfico, fragilidade na logística de reposição de material do kit das parteiras e alta rotatividade de profissionais de saúde. (GUSMAN et al, 2015 p.366)

O Protagonismo Político das Parteiras de Lindóia

A parteira N nos relata que muito do que foi conquistado em Lindóia deu-se pela mobilização da comunidade, como a implantação da própria UBS F e da sala de parto destinada exclusivamente para a assistência ao parto de baixo risco, equipada e com suporte de insumos para auxílio às mulheres em trabalho de parto. Nessa sala, há uma cama obstétrica, pia, banheiro privativo, escada de ling, bola de bobat, materiais de uso das parteiras, como pinar, bolsa contendo o kit da parteira, entre outros (Figura 3).

¹⁶Ver tabela 1, perfil das parteiras na p.09

Figura 3. Imagens da Sala de Atendimento a parto de baixo risco na Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira Athayde, comunidade rural de Lindóia – AM¹⁷.



Essa sala de parto, segundo relato de N, foi conquistada com muita luta e empenho das mulheres da comunidade. Ela nos conta que a inauguração da UBS F, a aquisição da ambulância, implantação das escolas municipal e estadual decorreu dessa mobilização comunitária, ficando explícito sua atuação como protagonista junto às pessoas que lideraram esses movimentos.

Foi um movimento da comunidade junto com a gente, que a gente até hoje luta. Falando uma coisa, eu vou acabar falando muita coisa aqui. A gente luta pra que cresça o lugar onde a gente mora. Quando nós chegamos aqui em 1989, que tinha pouquinha casa, mas bem pouquinha, [...] Então a gente lutou muito, eu fui administradora presente da comunidade, sem muita sabedoria, mas fui e lutei pra que tivesse unidades, colégios, o colégio fui eu que fiz o abaixo assinado, consegui 600 assinaturas que era pouco na época, mas eu pegava de quem passava na rua, e saiu o colégio. Hoje eu já lutei pra ter um centro de apoio ao idoso que eu sonho em fazer uma associação de mulheres ou parteiras por que eu acho que de mulher e parteira engloba todas as situações para que eu possa fazer pedido. (Parteira N.)

Além disso, a parteira N nos relata também sua atuação social na comunidade como a distribuição de sopa às quintas feiras, realizando mobilização junto aos empresários que atuam na comunidade para que os mesmos façam doação dos insumos para a distribuição da sopa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que as parteiras de Lindóia encontram-se de forma subalterna no âmbito da UBS F, não sendo reconhecidas como parteiras pela gestão municipal, ainda que assistam

¹⁷Imagens da sala de parto da Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira Athayde na comunidade rural de Lindóia/ Itacoatiara/ Amazonas, disponibilizadas pela parteira N.

partos na unidade de saúde, inclusive a pedido da equipe, que reconhece a experiência da parteira N, contratada como auxiliar de enfermagem. As parteiras, embora reconhecidas como fundamentais na vida da comunidade, aparecem deslocadas de seu conhecido lugar de poder e prestígio e mesmo com a implementação de Políticas Públicas que buscam seu reconhecimento, pouco se avançou no sentido da real legitimidade das suas práticas que continuam sendo ocultadas na rede do SUS (TORNQUIST 2005, p. 67, 69). A autora destaca que “o prestígio das parteiras ainda que de forma subalterna relaciona-se com a legitimidade dos conhecimentos que as mantêm vivas, considerando sua capacidade de articulação com elementos e outros saberes”. (2005, p. 104). Conforme os relatos das parteiras, nota-se que elas incentivam as gestantes a realizarem o pré-natal na UBS F, ao mesmo tempo que mantêm suas práticas no manejo da gestação e do parto como “pegar barriga” e remédios caseiros. É importante lembrar que a atuação das parteiras de Lindóia não se limita a auxiliar mulheres em trabalho de parto, elas atuam na gestação, “pegando barriga”, conforme os relatos descritos, para saber a posição do bebê e caso necessário manipular sua posição para que fique de forma encefálica (cabeça para baixo). Elas também auxiliam as mulheres no pós-parto, preparando chás, realizando massagens com vistas ao bem estar da parturiente.

A partir dos relatos, podemos sugerir que as parteiras de Lindóia tem um papel social de destaque no campo da saúde reprodutiva das mulheres que residem nesta comunidade. Além disso, cabe sublinhar também a atuação delas no campo político na perspectiva de reivindicações de melhorias para a comunidade, como a construção de escolas e da UBS F, bem como a sala de parto.

A importância de resgatar o papel social desempenhado pelas parteiras de Lindóia não deve ser reduzido ao domínio de um conjunto de habilidades e técnicas manejadas durante a gestação e o pós-parto e sim deve abranger também ao seu importante papel e protagonismo político no interior dessa comunidade. Essas mulheres alavancaram o desenvolvimento da comunidade de Lindóia e devem ser reconhecidas também por isso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, I. P. H. **Trabalhando com parteiras tradicionais**: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004. 2005. 84 p. 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.

AMAZONAS. Coordenação Estadual da Saúde da Mulher/SUSAM. **Relatório sobre as ações do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**. Manaus, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Densidade Demográfica dos Municípios do Amazonas**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130260>. Acesso em: março, 2017.

DIAS-SCOPEL, R. P. A. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Munduruku**. 2014. 211 p. Tese, Doutorado em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

_____. Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: Confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de auto atenção. **Ilha** Revista de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. No prelo.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

GUSMAN, C. R.; VIANA, A. P. A. L.; MIRANDA, M. A. B.; PEDROSA, M. V.; VILLELA, W. V. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, p. 4-5, 2015.

MENDES, E. V. Parteiras: Um mundo pelas mãos. **Estudos avançados**, v. 27, n.78, p. 27-34, 2013.

MOTT, M. L. B. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 117-140, 2005.

PEREIRA, M. L. G. **Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia**. 1992. 299 p. Dissertação, Mestrado em Ciências Sociais, Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

PORTAL DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Ministério da Saúde, DATASUS, 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SILVA, T. M.; FERREIRA, L. O. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil. **História, Ciência e Saúde**, v. 18, n. 1. p. 95-112, 2011.

SOUZA, A. S. R. et al. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, v.38, n.10, 2010.

TORNQUIST, C. S. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 376 p. Tese, Doutorado em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. Parteiras populares: entre o folclore e a escrita. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 61-80, 2005.

VINUTO, J. A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um Debate Em Aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

7. CONCLUSÃO

Segundo Sacarro (2009) “mais do que representantes da cultura de tradição, as parteiras são agentes ativos no tempo presente na assistência que prestam às suas buchudas” (p. 16). Segundo essa autora, elas são autoras de:

[...] disseminação não apenas de conhecimento tradicional, mas de práticas de saúde. Um agente que pode aprender e se aprimorar com o tempo, abandonando costumes tradicionais e pouco eficazes do ponto de vista da saúde da mulher e bebê, para retransmitir novas e comprovadas técnicas de auxílio. E também, por outro lado, transmitir o saber adquirido em longos anos de experiência com recursos da oralidade por muitas gerações. (SACCARO, 2009, p. 16)

Investigar parteiras, não é somente resgatar o contexto histórico de suas práticas, sua ancestralidade e sua cultura e sim também “[...] investigar um fenômeno social presente na realidade de muitas famílias brasileiras” (SACCARO, 2009, p.16). Elas existem porque existe uma demanda que as solicita em casos de necessidade ou de opção por esse tipo de atendimento.

Em que pese o reconhecimento pelo MS que utiliza a denominação Parteira Tradicional em substituição à denominação parteira leiga (BRASIL 2010), estimulando e estabelecendo diretrizes para o acompanhamento dessas mulheres que atuam na cena do parto, o cenário ainda é insignificante em relação a políticas públicas que trabalhem de forma ordenada e que visem o apoio a essas mulheres e homens que atuam assistindo partos em regiões de difícil acesso. Esse contexto atual sinaliza a necessidade de ampliação das discussões nas várias instâncias de Controle Social do SUS, para que contemplem essas populações. A grande maioria dos profissionais que atuam no SUS não conhece e/ou reconhece o trabalho das parteiras tradicionais e a responsabilidade da Atenção Básica no acompanhamento e apoio a essas mulheres.

As parteiras de Lindóia não são diferentes nesse contexto de exclusão. Observamos que essas mulheres encontram-se de forma subalterna no âmbito da UBS F, não sendo reconhecidas como parteiras pela direção da UBS F, ainda que assistam partos nessa unidade, inclusive a pedido da equipe, que reconhece a experiência da contratada como auxiliar de enfermagem. As parteiras, embora reconhecidas como fundamentais na vida da comunidade, e mesmo com a implementação de políticas públicas que buscam a melhoria dessa atenção, refletem o pouco avanço no sentido da real legalidade das suas práticas, que continuam sendo ocultadas na rede do SUS (TORNQUIST 2005, p. 67, 69). A autora destaca que “o prestígio das parteiras ainda que de forma subalterna relaciona-se com a legitimidade dos

conhecimentos que as mantêm vivas, considerando sua capacidade de articulação com elementos e outros saberes”. (2005, p. 104).

Conforme os relatos das parteiras, nota-se que elas incentivam as gestantes a realizarem o pré-natal na UBS F, ao mesmo tempo que mantêm suas práticas no manejo da gestação e do parto como “pegar barriga” e remédios caseiros. É importante lembrar que a atuação das parteiras de Lindóia não se limita a auxiliar mulheres em trabalho de parto, elas atuam na gestação, “pegando barriga”, conforme os relatos descritos, para saber a posição do bebê e, caso necessário, manipular sua posição para que fique de forma encefálica (cabeça para baixo). Elas também auxiliam as mulheres no pós-parto, preparando chás, realizando massagens.

Na oficina de troca de saberes realizada na comunidade e que propiciou muito do que descrevemos nesse trabalho, foi elaborada, ao final, uma carta de demandas das parteiras para os gestores municipal e estadual. O que elas elencaram como demandas foram: oferta de cursos, kits das parteiras que contemplem botas e algo para proteger o rosto, certificados, treinamentos para que elas possam se proteger (cursos de biossegurança), oferta de kit parteira para UBS F, oferta de uma oficina de troca de saberes com plantas medicinais, onde cada parteira troque experiências no manejo de plantas e chás, elaboração de um livro de receitas, criação de uma associação de parteira na comunidade, disponibilização de crachá ou carteirinha, renumeração pelos partos assistidos, acesso a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) com a assinatura pelos partos realizados. As reivindicações das parteiras de Lindóia atestam que elas necessitam de ações e políticas que as amparem e que reconheçam sua atuação, bem como aponta o interesse na realização de cursos orientados pelo paradigma biomédico. Nesse sentido, podemos visualizá-las como agentes de transformação capazes de articular diferentes modelos de atenção à gestação, ao parto e ao pós parto.

A partir disso, podemos sugerir que as parteiras tem um papel social de destaque no campo da saúde reprodutiva das mulheres da comunidade de Lindóia. Além disso, cabe sublinhar também a atuação delas no campo político na perspectiva de reivindicações de melhorias para a comunidade, como a construção de escolas e da UBS F, bem como a sala de parto.

A importância de resgatar o papel social desempenhado pelas parteiras de Lindóia não deve ser reduzido ao domínio de um conjunto de habilidades e técnicas manejadas durante a gestação e o pós-parto e sim deve abranger também ao seu importante papel e protagonismo político no interior dessa comunidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, I. P. H. **Trabalhando com parteiras tradicionais**: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004. 2005. 84 p. 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.

ALMEIDA-FILHO, N. M. Modelo de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. **Ciências em Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

AMAZONAS. Coordenação Estadual da Saúde da Mulher/SUSAM. **Relatório sobre as ações do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais**. Manaus, 2009.

_____. **Plano Estadual da Rede Cegonha**. SUSAM/GCERC: Manaus, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais experiências exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Densidade Demográfica dos Municípios do Amazonas**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130260>. Acesso em: março, 2017.

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Portaria N° 1459**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Decreto N°7508**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Trabalhando com Parteiras Tradicionais**: caderno da (o) Facilitadora (o) / Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DIAS-SCOPEL, Raquel P. A. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Munduruku. 2014. 211 p. Tese, Doutorado em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

GUSMAN, C. R.; VIANA, A. P. A. L.; MIRANDA, M. A. B.; PEDROSA, M. V.; VILLELA, W. V. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, p. 4-5, 2015.

FLEISCHER, S. **Parteiras Buchudas e aperreios**: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço. Belém/Pará: Paka-Tatu. Santa Cruz do Sul: UDUNISC, 2011.

GARNELO, Luísa; LANGDON, Jean . **A antropologia e a reformulação das praticas sanitárias na atenção básica a saúde**. Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GUSMAN, C. R. et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 37, p. 4-5, 2015.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MENDES, E. V. Parteiras: Um mundo pelas mãos. **Estudos avançados**, v. 27, n.78, p. 27-34, 2013.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciências em Saúde Coletiva**, v. 8, n.1. p. 185-207, 2003.

_____. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, 2005.

_____. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. **Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1-2, p. 62-68, 2012.

MENEZES, P. F. A.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 1, p. 3-43, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

MOTT, M. L. B. **Parto, parteiras e parturientes no século XIX: Mme. Durocher e sua época**. 1998. Tese, Doutorado em História Social, Departamento de História, USP, 1998.

_____. A parteira ignorante, um erro de diagnóstico médico? **Revista de Estudos feministas**, v. 7, n. 1, p. 25-36, 1999.

_____. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista Gênero**. v. 6, n. 1, p. 117-140, 2005.

MURARO, R. M. **Breve introdução histórica**. In: KRAMER, H; SPRENGER, J. O martelo das feiticeiras: Malleusmaleficarum. 20. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2009.

_____. Breve introdução histórica [ao livro O martelo das feiticeiras]. **Em Aberto**, v. 27, n. 91, p. 177-187, 2014.

ONU. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia pratico**. Relatório de um grupo técnico. Genebra: 1996.

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: 2015.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais:** reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde, 2002.

PEREIRA, M. L. G. **Fazendo parto, fazendo vida:** doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia. 1992. 299 p. Dissertação, Mestrado em Ciências Sociais, Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

PEREIRA, M. S. **Estudo sobre a Associação das parteiras tradicionais do Maranhão.** 2009. 106 p. Dissertação, Mestrado em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2009.

PORTAL DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.** Ministério da Saúde, DATASUS, 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SACCARO, E. A. **A vida pede passagem:** o parto e as parteiras tradicionais. 2009. 233 p. Monografia, Bacharelado em Comunicação Social, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2009.

SCOPEL, Daniel. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios munduruku na terra indígena kwatá laranjal, borba, Amazonas:** práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. 262 p. Tese, Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SILVA, T. M.; FERREIRA, L. O. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil. **História, Ciência e Saúde**, v. 18, n. 1. p. 95-112, 2011.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências científicas: parte II. **Femina**, v. 38, n. 9, p. 459-468, 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Formulação de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do sistema único de saúde:** bases conceituais e proposta metodológica. Consultoria DAPE/MS, 2003.

TEIXEIRA, C. F. S.; VILASBOAS, A. L. Q. **Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, 2013.

TORNQUIST, C. S. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 376 p. Tese, Doutorado em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. Parteiras populares: entre o folclore e a escrita. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 61-80, 2005.

VINUTO, J. A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um Debate Em Aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

ANEXO 1

CADASTRO DE PARTEIRA TRADICIONAL INFORMAÇÕES DO PESQUISADOR E CEP

Número do questionário: _____/2017

Nome do pesquisador: _____

Cargo ou função: _____

Unidade de saúde em que trabalha: _____

Município do AM: _____

Data da entrevista: ___/___/_____

Profissional responsável pela busca ativa e preenchimento deste cadastro:

Agente comunitário de saúde

Enfermeiro(a) da ESF

Médico(a) da ESF

Outros, quem: _____

DADOS GERAIS DA PARTEIRA:

Nome: _____

Apelido: _____

1.Estado Civil:

Casada Solteira Viúva Separada União consensual
(vivem juntos)

2. Sexo: Feminino Masculino

3.Quantos filhos? _____

4. Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

5. Município que nasceu: _____

6. CPF: ____ . ____ . ____ - ____ () não possui.

7. Carteira de Identidade: _____ () não possui.

8. Endereço: _____

9. Município: _____

10. Fica na: () Zona Rural/ribeirinha () 1.7.Zona Urbana/sede do município

11. Telefone de contato: () _____

Grau de Instrução:

12. Não Alfabetizada () Alfabetizada ()

Se alfabetizada: () 1º Grau/ensino fundamental incompleto

() 1º Grau/ensino fundamental completo

() 2º Grau/ensino médio incompleto

() 2º Grau/ensino médio completo

() superior

13. Profissão ou Ocupação Habitual:

() Do lar () Desempregada () Assalariada

() Trabalhadora Rural

() Outros, qual: _____

14. Qual a sua renda familiar mensal aproximada? _____ reais.

15. Recebe algum benefício de programa social? Sim () Não ()

Se sim (pode marcar mais de uma opção):

() Aposentada

() Pensionista

- Bolsa Família
- Bolsa floresta
- Bolsa Defeso
- Benefício Prestação Contínuado (BPC)
- Outros, qual: _____

16. Quais os meios de comunicação disponíveis na comunidade?:

- Telefone (fixo ou celular) Rádio Correio Internet
- Outros, quais _____

ATUAÇÃO COMO PARTEIRA:

17. Há quanto tempo você trabalha ou trabalhou como parteira? _____ anos.

18. Quantos partos já realizou? _____ partos (aproximadamente).

19. Está exercendo a função de Parteira Tradicional, atualmente? Sim Não

Caso não:

- a. A quanto tempo deixou de fazer partos? _____ anos.
- b. Porque você desistiu da atividade de Parteira (pode marcar mais de uma opção) (*****obs: observar o grau de importância das respostas; perceber qual o melhor método para aplicar esta pergunta)?
 - Por causa da idade
 - Por questões de discriminação da família, do serviço ou sociedade
 - Por problemas de doença pessoal ou familiar;
 - Por pressão familiar;
 - Por falta de remuneração;
 - Por risco de pegar doença;

- Pela falta de apoio (material e transporte) da Secretaria da Saúde.
- Pela melhoria dos Serviços de Saúde (Implantação do EACS/ESF)
- Outros, qual(is):
-

20. Além de fazer partos, você acompanha a gestação? Sim () Não ()

21. Onde costuma atuar como parteira com mais frequência? (caso tenha mais de uma resposta, favor ordenar a primeira resposta com o número 1, a segunda com o número 2 e assim por diante)

- Na Zona Rural/ribeirinha
- Na Zona Urbana
- Na Área Indígena
- Na área Quilombola
- Outros, qual(is): _____

FORMAÇÃO/QUALIFICAÇÃO DAS PARTEIRAS

22. Como você se descobriu como parteira? _____

23. Quando você fez o seu primeiro parto? _____ anos atrás.

24. Quando você fez o último parto? _____ anos atrás.

25. Com quem você aprendeu a partejar? (marcar uma única resposta)

- Mãe; Avó; Tia; Outros, quem: _____

26. Você fez o Curso de Parteira Tradicional? Sim () Não ()

Se sim, quando aconteceu essa capacitação? _____ (ano).

27. Você tem o kit material parteira? Sim () Não ()

Se sim, o serviço de saúde repõe o material utilizado? Sim () Não ()

ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

28. Você utiliza os serviços de saúde para a realização dos partos? Sim () Não ()

29. Você já recebe/recebeu algum curso de capacitação para a sua atuação como parteira?

Sim () Não ()

Se sim, que tipo de curso?

() Curso de biossegurança

() Curso de reanimação neonatal

() Curso de esterilização

() Outro, qual(is): _____

30. Você atende mulheres indicadas pelos profissionais de saúde? Sim () Não ()

31. Você encaminha as gestantes para o pré-natal na UBS ou posto de saúde? Sim () Não ()

32. Você recebe outro tipo de apoio da secretaria municipal de saúde? Sim () Não ()

Se sim qual: _____

33. Você já participou de reuniões, encontros promovidos pela gestão:

() Conferência municipal de saúde;

() Conselho municipal de saúde;

() Comitês relacionados à saúde da mulher e da criança

() Outros, qual(is): _____

34. Os profissionais de saúde e os agentes de saúde indicam você para fazer os partos?

Sim () Não ()

35. Qual o meio de transporte que você utiliza para transferir a gestante em trabalho de parto para a unidade de saúde?

Automóvel

Ambulância

Ambulancha

Embarcação coletiva

Aéreo

Outros, quais: _____

ARTICULAÇÃO ENTRE AS PARTEIRAS

36. Você já participou de reuniões, encontros de universidades e/ou instituições de pesquisa

Sim Não

37. Você participa de movimentos sociais (associação comunitária, clube de gestantes, pastoral da criança ou afins)? Sim Não

Se sim, qual: _____

Obrigado por sua colaboração na pesquisa!

Nome Completo do responsável pela entrevista. Assinatura do responsável pela entrevista

Fone Fax- 3643-6352

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS ABERTAS

Com quantos anos a senhora começou a assistir partos?

Com quem aprendeu?

A senhora pega barriga

A senhora usa alguma coisa para auxiliar os partos?

A senhora acompanha as mulheres antes e depois do parto?

As parteiras são procuradas pelas mulheres?

A senhora acompanha as mulheres antes e depois do parto?

As parteiras são procuradas pelas mulheres?

As parteiras de Lindóia assistem partos na Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira Athayde?

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parteiras

Convidamos a Senhora para participar da Pesquisa **PARTEIRAS TRADICIONAIS: ATENÇÃO A GESTAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE ITACOATIARA-AMAZONAS** sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra Cavalcante Silva, aluna do Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazonas, telefones (92) 3621-2123, e-mail sandracavalcante.silva@gmail.com, telefone (92) 3643-6190, Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher.

Informamos que sua participação é voluntária e será realizada por meio de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no resgate dessa prática histórica de partejar no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em participar, quiser desistir, tem o direito e a liberdade de retirar-se e não participar da pesquisa. A senhora terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Rua André Araújo S/N Aleixo, Manaus - AM, pelo telefone (92) 36431-6160 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informada sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Local e Data:

Assinatura da participante: _____

Sandra Cavalcante Silva
Pesquisadora Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gestora da Unidade Básica de Saúde Francisco Ferreira Athayde

Convidamos a Senhora para participar da Pesquisas **PARTEIRAS TRADICIONAIS: ATENÇÃO A GESTAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE ITACOATIARA-AMAZONAS** sob a responsabilidade da pesquisadora Sandra Cavalcante Silva, aluna do Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazonas, telefones (92) 3621-2123, e-mail sandracavalcante.silva@gmail.com, telefone (92) 3643-6190, Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher.

Informamos que sua participação é voluntária e será realizada por meio de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais e a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no resgate dessa prática histórica de partejar no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em participar, quiser desistir, tem o direito e a liberdade de retirar-se e não participar da pesquisa. A senhora terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Rua André Araújo S/N Aleixo, Manaus - AM, pelo telefone (92) 36431-6160 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informada sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Local e Data:

Assinatura da participante: _____

Sandra Cavalcante Silva
Pesquisadora Responsável