

A SITUAÇÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO BRASIL



Câmara do Deputados
Maio 2005

NÚBIA MELO
Socióloga / sanitarista



CURUMIM

O CURUMIM E O TRABALHO COM PARTEIRAS TRADICIONAIS

- Definimos como macro objetivo: promover a inclusão efetiva do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas na Atenção Básica do SUS, contribuindo técnica e politicamente para melhorar a qualidade da assistência e a organização e inserção das parteiras na formulação e controle social de políticas públicas em saúde.

Desde 1989:

Capacitamos e treinamos

- 2.500 parteiras
- 3.000 profissionais do SUS

O CURUMIM E O TRABALHO COM PARTEIRAS TRADICIONAIS

- A partir de 2000, além de outros projetos, vimos firmando Convênios com o Ministério da Saúde:
 - 13 estados
 - 28 municípios

Trabalhando com parteiras, profissionais de saúde do PACS e PSF, Agentes Comunitários de Saúde; Realizando reuniões com gestores locai e estaduais.

PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

Nascimento por residência da mãe, segundo região.

Local de ocorrência: Domicílio

Período: 2002

REGIÃO	NASCIDOS VIVOS
Região Norte	15.520
Região Nordeste	22.932
Região Sudeste	3.380
Região Sul	1.734
Região Centro-Oeste	812
TOTAL	44.378

Fonte: MS/SVS/DASIS
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

- “Com relação à atenção ao parto, 91,5% são realizados em ambiente hospitalar, mas em muitas regiões do país, especialmente nas zonas rurais, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais. Embora o parto domiciliar seja, em alguns casos, uma opção da mulher, a parteira, em geral, atua sem apoio dos serviços de saúde”.

Fonte: Plano Nacional de Políticas Públicas para Mulheres, SEPM, Presidência da República /2005.

PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS

- Durante as capacitações são raros os relatos de mortes maternas (MM);
- Conhecer os fatores relacionados à MM em casos que se registra a presença de parteiras tradicionais constitui-se como possibilidade de conhecimento do perfil epidemiológico da assistência prestada por parteiras;
- Daí meu trabalho de conclusão de curso:
Mortalidade Materna e Parto Domiciliar: desafios à vigilância epidemiológica, do qual apresento algumas partes para ilustrar o isolamento e a exclusão a que estão submetidas parteiras, mulheres e crianças.

“MORTALIDADE MATERNA E PARTO DOMICILIAR: DESAFIOS À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA”

Especialização em Saúde Coletiva, Ageu Magalhães/FIOCRUZ/ UFPE

Modelo de assistência obstétrica vigente em PE:

- Medicalização e controle do parto;
- Experiências bem sucedidas de humanização;
- Parto Domiciliar, assistido por parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas sem cobertura do SUS embora a assistência ao parto sem distócia prestada por parteira esteja prevista na Atenção Básica (Código 029).

RESULTADOS ENCONTRADOS

- **Nos três casos estudados as parteiras reconheceram a situação de urgência e a necessidade de transferência, mas a decisão não garantiu a ação oportuna já que não houve ambulância e nem a família tinha acesso ao transporte;**
- **Nenhuma das parteiras contava com qualquer apoio dos Serviços de Saúde: sem acesso a capacitação, ao material adequado, sem relação efetiva com a Atenção Básica;**
- **Nos três óbitos estudados observou-se deficiência da cobertura(falta de acesso) e falta de integralidade da atenção à saúde da mulher nos municípios, em todas as etapas:**
 - as mulheres não tiveram acesso ao pré-natal;**
 - não há resolutividade para as complicações obstétricas de mulheres assistidas por parteiras (os sistemas de referência e contra-referência não incorporam esse modelo de atenção);**
 - falhas na cobertura dos sistemas de informação;**

RESULTADOS ENCONTRADOS

- Ausência do Programa Saúde da Família (PSF) nas áreas rurais;**
- Atuação da/do agente comunitária/o tem-se dado de forma isolada e sem apoio de supervisão;**
- Os nascimentos ocorridos em domicílio não foram registrados ao Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).**

CONSIDERANDO QUE:

- **O parto domiciliar é um direito reprodutivo reconhecido pelas políticas nacionais de saúde;**
- **A OMS ressalta a importância de se garantir:**
 - “Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações”;
 - “Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.”
- **O direito constitucional à saúde para todas/os não tem incluído as parteiras e as mulheres que assistem;**
- **A redução de danos, como a morbimortalidade materna e perinatal, deve ser combatida em todas as manifestações possíveis;**
- **As ações nem sempre seguem com a garantia de apoio e seqüenciamento pela gestão local;**
- **As parteiras não são reconhecidas como parceiras por outros profissionais de saúde.**

RECOMENDAMOS:

- **Cadastramento de todas as parteiras tradicionais, quilombolas e indígenas atuantes;**
- **Alfabetização das parteiras considerando e respeitando a diversidade;**
- **Capacitação para parteiras tradicionais, quilombolas e indígenas respeitando sua cultura;**
- **Criação e fortalecimento de mecanismos de integração das mesmas à rede de serviços;**
- **Criação de sistema de referência/contra-referência com definição de papéis para cada nível de atenção, garantindo transporte para dar suporte ao parto domiciliar;**

RECOMENDAMOS:

- Estímulo à participação de representações genuínas de parteiras tradicionais, quilombolas e indígenas nos Conselhos de Saúde e nos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna, como instâncias de controle social da saúde;**
- Apoio ao desenvolvimento de pesquisas sobre o tema;**
- Melhorar o registro e notificação da assistência domiciliar prestada por parteiras no Sistema de Informação do SUS;**
- Melhorar o Sistema de Registro Civil para a inclusão cidadã dos nascimentos em domicílio;**
- Remuneração da parteira pelo gestor do SUS e**
- Aprovação do Projeto Lei 2354 /2003.**