



Inclus3o de parteiras tradicionais no Sistema 3nico de Sa3de no Brasil: reflex3o sobre desafios

Christine Ranier Gusman,¹
Ana Paula de Andrade Lima Viana,²
Margarida Ara3jo Barbosa Miranda,³
Mayane Vilela Pedrosa³ e
Wilza Vieira Villela⁴

Como citar: Gusman CR, Viana APAL, Miranda MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclus3o de parteiras tradicionais no Sistema 3nico de Sa3de no Brasil: reflex3o sobre desafios. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):365-70.

RESUMO

O presente artigo apresenta uma experi3ncia de trabalho com parteiras tradicionais realizada no estado do Tocantins, Brasil, entre 2010 e 2014, no 3mbito do Projeto Diagn3stico da Situa3o do Parto Domiciliar no Tocantins e Cadastramento de Parteiras Tradicionais, vinculado ao Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), do Minist3rio da Sa3de. O projeto objetivou uma articula3o entre o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais e os sistemas locais de sa3de. No estado, identificaram-se 67 parteiras atuantes. Durante oficinas de capacita3o, 41 parteiras tradicionais, dentre as quais 39 ind3genas, discutiram suas realidades, dificuldades e solu3o3es frente a um cotidiano com muitas adversidades. Essas parteiras foram ainda capacitadas no uso de instrumentos biom3dicos e na condu3o da reanima3o neonatal. A partir dessas experi3ncias, surgiu o questionamento sobre a real efetividade da estrat3gia para incluir as parteiras tradicionais no SUS. O presente artigo discute esse tema com apoio na literatura pertinente. A car3ncia de estudos sistem3ticos acerca do impacto das a3o3es do PTPT no cotidiano das par-

teiras, incluindo os desfechos perinatais e o remodelamento das pr3ticas de sa3de em popula3o3es rurais, ribeirinhas, quilombolas, de floresta e ind3genas, implica lacunas importantes no que diz respeito 3 efetividade desse tipo de iniciativa.

Palavras-chave: sa3de de mulher; parteira leiga; parto domiciliar; pol3ticas p3blicas; sistema de sa3de; Brasil.

No Brasil, a articula3o entre o saber da parteira tradicional e o saber biom3dico foi uma das estrat3gias adotadas no esfor3o de reduzir a mortalidade materna para ao menos um ter3o dos valores de 1990, conforme compromisso assumido no 3mbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Mil3nio (1) e do Pacto Nacional pela Redu3o da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004 (2). Essa articula3o foi poss3vel pela amplia3o do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), iniciado no ano 2000.

O Minist3rio da Sa3de brasileiro define como parteira tradicional aquela que presta assist3ncia ao parto domiciliar com base em saberes e pr3ticas tradicionais. A proposta do PTPT se baseia no argumento de que, diante da diversidade cultural, geogr3fica e socioecon3mica do pa3s, 3 necess3rio adotar diferentes formas de aten3o 3 gesta3o, ao parto e ao rec3m-nascido (2), dentre as quais o parto domiciliar atendido por parteira qualificada.

O PTPT prev3 que as secretarias estaduais e municipais de sa3de articulem o trabalho das parteiras com os servi3os de sa3de locais, principalmente com as equipes de sa3de da fam3lia, importante estrat3gia do Sistema 3nico de Sa3de (SUS). S3o esperadas das secretarias estaduais e municipais de sa3de a3o3es como levantamento da situa3o do parto domiciliar na regi3o, cadastramento das parteiras atuantes, capacita3o das parteiras e distribu3o do kit da parteira (bolsa de nylon contendo materiais b3sicos para a realiza3o do parto domiciliar) e sensibiliza3o de profissionais de sa3de para a import3ncia do trabalho da parteira.

O estado do Tocantins, onde parte consider3vel das notifica3o3es de partos domiciliares ocorre em munic3pios que abrigam aldeias ind3genas, aderiu ao PTPT por meio do Projeto Diagn3stico da Situa3o do Parto Domiciliar no Tocantins e Cadastramento de Parteiras Tradicionais, executado pela 3rea T3cnica de Sa3de da Mulher e da Crian3a da Secretaria de Estado da Sa3de do Tocantins (SES-TO). O Distrito Sanit3rio Especial Ind3gena (DSEI-TO), a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e o Grupo Curumim (uma organiza3o n3o governamental feminista que desenvolve projetos de fortalecimento da cidadania e 3 parceira do Minist3rio da Sa3de em diversos estados) respaldaram a execu3o do Projeto Diagn3stico.

¹ Funda3o Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus de Palmas, Curso de Enfermagem, Palmas (TO), Brasil. Correspond3ncia: christine@uft.edu.br

² Grupo Curumim, Recife (PE), Brasil.

³ Secretaria de Estado da Sa3de do Tocantins, 3rea T3cnica de Sa3de da Mulher, Palmas (TO), Brasil.

⁴ Universidade Federal de S3o Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, S3o Paulo (SP), Brasil.

Os objetivos do Projeto Diagn3stico foram a promoo e o fortalecimento da articulao entre o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais e os sistemas locais de saude. Das 67 parteiras atuantes identificadas no estado de Tocantins, 41 (39 indigenas) participaram das oficinas de capacitao, oferecidas em tres ocasi3es diferentes, entre setembro de 2013 e setembro de 2014. Cada oficina teve durao de 40 horas e em torno de 14 parteiras por turma. Nessa ocasio, as parteiras discutiram suas realidades, dificuldades e solucoes frente a um cotidiano com muitas adversidades e foram capacitadas no uso de instrumentos biomédicos e na conducao da reanimao neonatal.

A partir desse treinamento, uma das inquietaoes surgidas no desenvolvimento do PTPT no Tocantins foi determinar se esse tipo de ao educativa, juntamente com a distribuio de kits, promove de fato a inclusao de parteiras tradicionais e mulheres no SUS. Essa inquietao e o foco do presente artigo, cuja reflexao, baseada em dados secundarios extraidos da ficha cadastral das parteiras na SES-TO, mostra que algumas dificuldades de ordem epistemol3gica podem causar problemas operacionais ou limitar o alcance dos objetivos do PTPT.

IMPLANTA3O DO PTPT NO ESTADO DE TOCANTINS

As etapas do PTPT no Tocantins incluiram o levantamento prvio dos municpios com maior incidncia de parto domiciliar, visitas aos territ3rios indigenas e as areas rurais e urbanas desses municpios para localizar e cadastrar as parteiras atuantes, oficinas com profissionais de saude e gestores municipais para sensibilizao da tematica e pactuaoes e oficina de capacitao de parteiras. A ficha utilizada para cadastrar as parteiras atuantes continha perguntas referentes a identificao, as condicoes socioecon3micas e ao trabalho de parteira. Foi ainda realizado um intercambio entre a SES-TO e uma Associao de Parteiras de outro estado para discutir estrategias de cadastramento e monitoramento do parto domiciliar.

Considerando que a media de partos domiciliares no Tocantins oscila em torno de 1,0%, foram selecionados para inclusao no PTPT municpios cujo Sistema de Informao de Nascidos Vivos (SINASC) apontou um minimo de 5%, constante ou crescente, de partos domiciliares de 2007 a 2009 (3). Assim, em 2011, foram selecionados 15 municpios e, ao longo do ano seguinte, foram localizadas 67 parteiras atuantes. Dentre essas, 52 declararam-se indigenas. Embora esteja previsto que todas participem das oficinas de capacitao, ate o momento participaram 39 parteiras indigenas, 2 parteiras n3o indigenas e 13 profissionais de saude. Novas oficinas estao previstas para 2015. A partir da, espera-se que as oficinas ocorram de modo contnuo; ha uma expectativa de que outras parteiras sejam localizadas apos o PTPT.

Cada oficina teve durao de 40 horas (5 dias). As parteiras vieram de sua cidade/territ3rio de ori-

gem e ficaram hospedadas no hotel onde aconteceu o evento, na cidade de Palmas (TO), junto com os profissionais de saude da sua regio. Durante a oficina, conduzida por um membro do Grupo Curumim, foram abordados temas relacionados a gestao, parto e puerperio, a partir das vivencias, dificuldades, duvidas e tecnologias trazidas por elas. Priorizou-se, assim, o compartilhamento de saberes e a instrumentalizao das parteiras no uso de objetos e tecnologias biomédicas para apoiar seu trabalho. As parteiras receberam o livro da parteira e o kit de materiais basicos para o atendimento ao parto. Foi promovido um treinamento em reanimao neonatal por um pediatra autorizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Dois encontros para sensibilizar gestores municipais tambem foram realizados (em setembro de 2013 e setembro de 2014) na capital do estado, por3m houve pouca adesao, o que dificultou pactuaoes posteriores para apoiar as atividades das parteiras. A oficina direcionada apenas a profissionais de saude, ocorrida em agosto de 2013, contou com maior participao. Entretanto, a grande rotatividade de profissionais de saude nos municpios (em funcao de vinculos temporarios, por vezes precarios, de trabalho, ou de dificuldades de adaptao no interior do estado) foi apontada como um limite para a continuidade das aoes propostas.

Os recursos financeiros para a execucao do PTPT foram provenientes do Ministerio da Saude, atraves de um convenio com a SES-TO, que ofereceu contrapartidas. Para que as aoes iniciadas tenham continuidade, a SES-TO pretende inclu-las em planejamento oroamentario futuro, uma vez que o convenio esta sendo finalizado.

É POSSÍVEL A INCLUSÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO SUS?

O evento do parto e do nascimento carrega infinitos significados, crenas e praticas peculiares a cada tempo/espao. A obstetrícia moderna tende a considerar as formas n3o medicalizadas de assistencia ao parto como praticas a serem superadas, apesar do respeito as tecnologias trazidas pelas parteiras. Aparentemente, pretende-se essa superao com a intervenao nas praticas tradicionais de partejar e com a entrega do kit da parteira, supondo ser possivel articular ao SUS, a partir desses procedimentos, o parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.

Na experiencia do Tocantins, pouco envolvimento de gestores, dificuldades de transporte e comunicao provenientes do isolamento geografico, fragilidade na logistica de reposicao do material do kit e alta rotatividade de profissionais de saude sao entraves para a efetivao das aoes que visam a inclusao de parteiras ao SUS.

O documento Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais (2) reconhece que a maioria dos gestores e profissionais de saude n3o incorporou a questao do parto domiciliar assistido por parteira tradicional como uma responsabilidade do SUS e indica a necessidade de discutir a questao nas

inst3ncias formais de pactua33o e de controle social, e de realizar essa discuss3o em diversas inst3ncias deliberativas. Segundo o documento, uma s3rie de problemas entravam a efetiva33o do direito 3 sa3de e a valoriza33o e resgate das pr3ticas e saberes tradicionais. Parece, portanto, insuficiente o mesmo documento apontar as a33es educativas como estrat3gia principal para a inclus3o das parteiras tradicionais e do parto domiciliar no SUS, sem criar mecanismos e garantir recursos (financeiros, materiais) para a33es destinadas a superar tais entraves.

Os encontros propostos pelo PTPT, incluindo os que ocorreram no Tocantins, s3o pautados na metodologia da problematiza33o idealizada pelo educador Paulo Freire (4). Busca-se, com isso, a intera33o entre o saber emp3rico e o cient3fico, resgatando e valorizando ambas as dimens3es, visando a contribuir para um parto seguro e humanizado; considera-se a riqueza 3tnica e a biodiversidade como fatores importantes na constru33o de novos conhecimentos e tecnologias.

Embora a metodologia baseada na roda de conversa e na problematiza33o seja nova nesse tipo de capacita33o, a33es educativas, especialmente na modalidade de treinamento e posterior supervis3o, s3o pr3ticas desenvolvidas com parteiras tradicionais desde longa data. As motiva33es, em cada 3poca, n3o parecem ter-se alterado significativamente. A concep33o da parteira como algu3m influente na popula33o, que pode facilitar a intera33o entre a popula33o e os profissionais de sa3de ou gestores tem permeado tais iniciativas. A leitura dos documentos do Minist3rio da Sa3de sugere que as parteiras se tornem agentes legitimados pelo Estado para suprir algumas de suas lacunas, embora poucas alternativas sejam encontradas e discutidas para o v3nculo formal ou empregat3cio com servi3os de sa3de (2, 5).

A a33o do Servi3o Especial de Sa3de P3blica (SESP) 3 um exemplo disso. Criado em 1942 com foco na preven33o de doen3as infecto-contagiosas e na forma33o de recursos humanos em sa3de, o SESP realizou um extenso trabalho de envolvimento de parteiras nas a33es de educa33o sanit3ria (6). Essas parteiras eram consideradas 3teis e influentes junto 3 popula33o, em especial o p3blico materno-infantil, desde que treinadas e submetidas ao controle dos profissionais vinculados ao SESP (7).

O Programa de Aten33o Integral 3 Sa3de da Mulher (PAISM), lan3ado em 1984, tamb3m abordou o parto domiciliar; entre suas diretrizes encontrava-se "a ado33o de medidas visando 3 melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, atrav3s do treinamento, supervis3o, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de refer3ncia" (p. 22) (5). Anos mais tarde, o Minist3rio da Sa3de elaborou, em parceria com outras entidades, o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, que trazia entre suas bases o aproveitamento das parteiras j3 ativas em suas comunidades. Nesses casos, havia a ideia de oferecer 3s parteiras melhores condi33es de trabalho e reciclagem (2).

Chama aten33o a reiterada estrat3gia de remodelamento do fazer da parteira como a principal forma de qualifica33o do parto domiciliar atendido por essas mulheres. Embora as oficinas de troca de experi3ncias e revis3o das pr3ticas sejam importantes para a melhoria da assist3ncia e das condi33es de trabalho, 3 evidente que se trata de uma estrat3gia que reduz a complexidade da quest3o ao saber/fazer da parteira. Assim, cabe indagar o quanto essa estrat3gia tem sido eficaz para produzir a inclus3o da parteira, do parto domiciliar ou da mulher atendida pela parteira no SUS.

As sociedades ocidentais contempor3neas privilegiam o enfoque biom3dico na abordagem da sa3de, tendo como premissa que a racionalidade cient3fica 3 o caminho v3lido para a constru33o do saber. A rela33o entre o saber produzido pela ci3ncia e os outros saberes passa a ser assombrado por uma assimetria, n3o s3o entre os saberes, mas tamb3m entre os poderes (8). A ci3ncia comprova ou exclui hip3teses, mede, quantifica e chega a resultados; 3 o conhecimento que se produz nos meios cultos da sociedade, pelas pessoas escolarizadas, n3o tendo sido dif3cil transformar o saber em hegemonia. Ocorre que as pr3ticas hegem3nicas em sa3de muitas vezes apresentam distor33es e imperfei33es. 3 o caso da assist3ncia obst3trica no Brasil, marcada por procedimentos n3o baseados em evid3ncias cient3ficas e delet3rios para a sa3de das mulheres, como o uso excessivo e irracional de tecnologias invasivas e a hipermedicaliza33o do parto, entre outros (9, 10).

No contexto dos debates, questionamentos, disputas e conflitos que emergem em torno da assist3ncia 3 sa3de reprodutiva, a revis3o-reinven33o-re-significa33o da assist3ncia ao parto e nascimento tem sido de longe a mais perturbadora para o campo pr3tico, provavelmente por expor fragilidades do paradigma biom3dico e evidenciar as desigualdades de g3nero, bem como as assimetrias de poder nas rela33es entre profissionais e nas rela33es dos profissionais com as mulheres (11). Assim, o discurso de valoriza33o da parteira tradicional, que vem ocorrendo de maneira mais evidente h3 apenas poucas d3cadas, sofreu uma mudan3a em rela33o ao discurso anterior, que tamb3m apontava a necessidade de dotar as parteiras de conhecimentos e pr3ticas biom3dicas: em per3odos anteriores, o reconhecimento da pr3tica n3o significava necessariamente o reconhecimento da sua import3ncia, o que parece estar ocorrendo agora.

Sobre a tens3o entre os saberes, Borges (12) se pergunta: "o que h3 de melhor na produ33o do modo de cuidar da ci3ncia e do modo de cuidar do conhecimento de senso comum?" (p. 330). Segundo a autora, uma resposta poss3vel seria ponderar sobre a finitude e incompletude de qualquer saber, o que configuraria um convite 3 responsabilidade epistemol3gica e um compromisso 3tico com a vida. Analisando a incorpora33o de parteiras e benzedeiras aos servi3os de sa3de, Borges (12) concluiu que a credibilidade e a legitimidade da racionalidade que ancora o modo de cuidado de parteiras e benzedeiras est3o na reafirma33o do valor do cuidado e da solidariedade presente em seus

saberes e suas pr3ticas. O respeito e a considera3o a diferentes saberes seria, ent3o, um caminho para a amplia3o das bases epistemol3gicas do paradigma da sa3de integral.

JUSTIÇA SOCIAL E INCLUS3O: “S3 QUANDO PASSA UM CARRO POR AQUI”

O SUS, por ter seus princ3pios ancorados na cidadania e na justiça social, sup3e um processo cont3nuo de constru3o e desconstru3o de pr3ticas, embates e debates, disputas, conflitos e interesses. Assim, n3o causa espanto a proposta de valoriza3o do parto domiciliar e de parteiras tradicionais e sua inclus3o no SUS, mas 3 inevit3vel pensar em que termos essa inclus3o 3 poss3vel.

No Tocantins, as parteiras e mulheres por elas atendidas formam um grupo altamente vulner3vel em fun3o de 3tnia, cor da pele, escolaridade ou renda. No estado, as ind3genas, ditas “vulner3veis” pelas in3meras priva3es e riscos a que est3o expostas, representam a maioria das parteiras tradicionais e suas parturientes. Portanto, cabem algumas considera3es quanto a essa especificidade.

Se as parteiras tradicionais historicamente estiveram 3 margem do sistema formal de cuidado 3 sa3de, pode-se dizer que as mulheres ind3genas que conduzem partos foram, por muito tempo, absolutamente invis3veis. Nem mesmo a3es sanit3rias desenvolvidas na regi3o Amaz3nica pelo SESP referem tais especificidades 3tnico-culturais. Embora a intera3o com a popula3o ind3gena tenha sido inevit3vel, n3o se observa em documentos oficiais qualquer men3o 3s particularidades que diferenciam a popula3o ind3gena da popula3o em geral (13) e, muito menos, refer3ncia expl3cita 3s mulheres ind3genas que atendiam partos.

O enquadramento da mulher ind3gena que atende partos na categoria “parteira tradicional” ou “parteira ind3gena” tamb3m merece ser discutido. Durante a fase de localiza3o e cadastramento das parteiras, houve dificuldade em estabelecer se mulheres que afirmaram ter assistido a um 3nico parto deveriam ser cadastradas. Ap3s certo debate, decidiu-se que, em se tratando de mulheres ind3genas, as mulheres que se declarassem dispostas a assistir um parto quando chamadas seriam cadastradas.

Para diversos povos ind3genas, n3o 3 necess3ria a presença de um especialista no atendimento ao parto. N3o 3 raro que parturientes ind3genas tenham filhos sozinhas ou com a ajuda de um parente pr3ximo (13, 14). Tal fato foi evidenciado durante o projeto. Quando questionadas como se tornaram parteiras, muitas mulheres responderam: “sozinha, na necessidade”. Tamb3m foi frequente encontrar mulheres que atenderam partos somente no seu c3rculo familiar.

Ferreira (13), analisando a medicina tradicional ind3gena no 3mbito das pol3ticas p3blicas, toma o exemplo das capacita3es de parteiras tradicionais e salienta que a cria3o do “cargo” de parteira tradicional gera mudanças sociais e uma s3rie de novos sig-

nificados e novas pr3ticas relacionadas ao cuidado 3 gesta3o, parto e puerp3rio; mas n3o necessariamente as mudanças e pr3ticas idealizadas pelos formuladores da pol3tica. Alguns autores (15–17) defendem que o enquadramento de pr3ticas ind3genas pela aproxima3o de categorias similares 3quelas valorizadas pela biomedicina produz uma rela3o de subalterniza3o e desvaloriza3o de alguns saberes ind3genas e de seus praticantes. Por outro lado, a legitima3o da “parteira ind3gena” produzida pelos cursos pode representar, para as comunidades ind3genas, uma forma de acesso aos conhecimentos, instrumentos, recursos e benef3cios advindos das pol3ticas p3blicas (13).

Na experi3ncia do Tocantins, a ficha utilizada para o cadastramento das parteiras pretendeu n3o somente coletar dados relacionados 3 identifica3o, mas tamb3m 3 pr3tica do partejar. Uma das quest3es da ficha merece destaque. Perguntadas todas as 67 parteiras (ind3genas e n3o ind3genas) “quais os problemas/dificuldades que enfrenta como parteira?”, a maioria citou mais de um problema/dificuldade; os tr3s mais recorrentes foram, nesta ordem: falta de transporte (citado por 43 parteiras), falta de material para o parto (citado 28 vezes) e n3o remunera3o (citado 27 vezes) — tr3s dimens3es fundamentais quando se pensa em inclus3o nos serviços de sa3de e reconhecimento do trabalho.

O isolamento geogr3fico e a dificuldade de acesso aos serviços de sa3de s3o os grandes respons3veis pela exist3ncia, ainda hoje, de parteiras tradicionais, o que torna coerente a principal queixa apresentada por elas. No entanto, n3o se pode tratar com simplicidade a quest3o. As dificuldades em garantir o transporte no caso de a gestante/parturiente/pu3rpera necessitar de encaminhamento ao serviço de sa3de se traduziram em frequentes relatos angustiados e impotentes ao longo do treinamento: “S3 quando passa um carro por aqui”, “A gente pede o carro, mas 3s vezes, leva 2 dias pra chegar”. Se aliamos a essa situa3o as dificuldades pontuadas em rela3o 3 comunica3o com os serviços de sa3de (como por exemplo: telefones p3blicos que nem sempre funcionam, uso de telefone celular de terceiros, comunica3o por bilhetes, idas at3 ao serviço a p3 ou de bicicleta), temos um quadro preocupante e ainda distante do ideal de garantia das condi3es m3nimas para inclus3o no SUS.

A remunera3o tem sido uma reivindica3o constante nos encontros, por3m at3 o momento n3o h3 propostas concretas e sua viabilidade ainda 3 um impasse.

Um detalhamento da estrutura dos serviços de sa3de no estado seria necess3rio para avaliar com mais profundidade as nuances da inclus3o de parteiras e mulheres no SUS. Estudos que detalham a estrutura dos serviços de sa3de e seus principais desafios no estado do Tocantins s3o escassos. Uma pesquisa (18) que pretendeu avaliar a Estrat3gia Sa3de da Fam3lia na regi3o Norte apresentou uma lista com 13 dificuldades/cr3ticas apontadas por 346 profissionais da sa3de. As cinco mais frequentes foram: refer3ncia e

contrarrefer3ncia inexistente/ineficaz; demanda excessiva de atendimento; falta de infraestrutura; prec3rias condiç3es de trabalho; e falta de medicamento/equipamento/recursos materiais.

Considerando esse cen3rio, pode-se dizer que dificilmente as aç3es educativas promover3o a devida inclus3o de parteiras tradicionais e mulheres no SUS. Entretanto, mesmo diante das dificuldades apresentadas, as aç3es educativas parecem ocupar um lugar interessante — o de potencializar direitos. Compartilhar viv3ncias pode facilitar a criaç3o de movimentos coletivos em prol do interesse que se descobre n3o solit3rio. Durante um semin3rio em que parteiras e gestores estiveram presentes, foi not3ria a uni3o das parteiras em prol de causas comuns e na cobranç3a por melhorias.

CONSIDERAÇ3ES FINAIS

As iniquidades que se apresentaram no decorrer no PTPT em Tocantins comp3em um rol de disparidades que v3o al3m da quest3o do parto domiciliar. Desfechos favor3veis referentes ao parto e nascimento est3o necessariamente associados 3 melhoria das condiç3es de vida das mulheres (11).

Dentre os principais problemas elencados pelas parteiras e que influenciam significativamente a real inclus3o do parto domiciliar no SUS, o fornecimento e a reposiç3o de materiais parece ser relativamente vi3vel de resoluç3o em curto prazo, j3 que pactuaç3es nas inst3ncias formais (conselhos de sa3de e comiss3es intergestoras) poderiam garantir o acesso aos suprimentos. Entretanto, tal iniciativa depende de interesse pol3tico na quest3o.

J3 as dificuldades relativas a infraestrutura, como transporte e comunicaç3o eficaz, s3o um tema complexo no atual cen3rio de disputas pol3tico-econ3micas, no qual vigora a fragmentaç3o setorial (nacional/regional) e a desafiadora dicotomia do p3blico e privado na sa3de — assuntos merecedores de trabalhos espec3ficos. Entretanto, o fortalecimento da busca por direitos e a construç3o de estrat3gias vi3veis que passem por inst3ncias deliberativas junto 3s parteiras podem gerar movimentos promissores.

A (falta de) remuneraç3o tem sido pauta de discuss3es e uma dimens3o importante na busca de reconhecimento pelo trabalho das parteiras tradicionais. Seguramente ser3 um impasse longo. Quest3es legais, pol3ticas, antropol3gicas e estruturais v3o alimentar esse debate. Apenas uma certeza: a de que, na l3gica capitalista, a valorizaç3o do trabalho (ainda que simb3lica) passa pela presenç3a do capital.

O PTPT n3o atingir3 os objetivos propostos de forma plena enquanto eleger as aç3es educativas como foco principal sem oferecer outras alternativas para a superaç3o dos entraves apontados. Entretanto, pode ser uma ferramenta 3til e de grande potencial, na medida em que direciona o olhar 3s parteiras tradicionais e comunidades em situaç3o de vulnerabilidade social. Esse parece ser o grande m3rito do PTPT, talvez mais do que remodelar pr3ticas que n3o necessariamente necessitam de remodelaç3es.

Durante a execuç3o do projeto, ficou evidente que o papel e a import3ncia da parteira diante da comunidade ultrapassam o momento do nascimento. Nesse sentido, o PTPT pode colaborar com a organizaç3o das parteiras tradicionais fortalecendo a busca por reconhecimento e as lutas pol3ticas pela garantia e difus3o dos seus direitos. Estudos sistem3ticos sobre o impacto das aç3es do PTPT no cotidiano das parteiras, incluindo os desfechos perinatais e o remodelamento das suas pr3ticas de sa3de, devem ser realizados visando 3 valorizaç3o dessas profissionais e das suas pr3ticas.

Agradecimentos. As autoras agradecem 3s instituiç3es respons3veis pelo desenvolvimento do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais no Tocantins: Minist3rio da Sa3de (financiador do PTPT), Secretaria de Estado da Sa3de do Tocantins, Fundaç3o Universidade Federal do Tocantins, Distrito Sanit3rio Especial Ind3gena do Tocantins e Grupo Curumim.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelas autoras.

ABSTRACT

Inclusion of traditional birth attendants in the public health care system in Brazil: reflecting on challenges

The present article describes an experience with traditional birth attendants carried out in the state of Tocantins, Brazil, between 2010 and 2014. The experience was part of a diagnostic project to survey home deliveries in the state of Tocantins and set up a registry of traditional birth attendants for the Health Ministry's Working with Traditional Birth Attendants Program (PTPT). The project aimed to articulate the home deliveries performed by traditional birth attendants to the local health care systems (SUS). Sixty-seven active traditional birth attendants were identified in the state of Tocantins, and 41 (39 indigenous) participated in workshops. During these workshops, they discussed their realities, difficulties, and solutions in the context of daily adversities. Birth attendants were also trained in the use of biomedical tools and neonatal resuscitation. Based on these experiences, the question came up regarding the true effectiveness of the strategy to include traditional birth attendants in the SUS. The present article discusses this theme with support from the relevant literature. The dearth of systematic studies focusing on the impact of PTPT actions on the routine of traditional birth attendants, including perinatal outcomes and remodeling of health practices in rural, riverfront, former slave, forest, and indigenous communities, translates into a major gap in terms of the knowledge regarding the effectiveness of such initiatives.

Key words: Women's health; midwives, practical; home childbirth; public policies; health systems; Brazil.

REFERÊNCIAS

1. Organiza3o das Na3es Unidas. Objetivos de desenvolvimento do mil3nio. Dispon3vel em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx> Acessado em fevereiro de 2015.
2. Brasil, Minist3rio da Sa3de, Secretaria de Aten3o 3 Sa3de. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experi3ncias exemplares. Bras3lia: Minist3rio da Sa3de; 2012. Dispon3vel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf Acessado em janeiro 2014.
3. Brasil, Sistema de Informa3o de Nascidos Vivos. Dispon3vel em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>. Acessado em fevereiro de 2015.
4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necess3rios 3 pr3tica educativa. 43^a edi3o. S3o Paulo: Paz e Terra; 2011.
5. Brasil, Minist3rio da Sa3de. Assist3ncia integral 3 sa3de da mulher: bases de a3o program3tica. Bras3lia: Minist3rio da Sa3de; 1984. Dispon3vel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf Acessado em maio de 2014.
6. Sousa ABL, Schweickardt JC. O Sesp nunca trabalhou com 3ndios: a (in)visibilidade dos 3ndigenas na atua3o da Funda3o Servi3os de Sa3de P3blica no estado do Amazonas. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2013;20(4):1635-55.
7. Silva TMA, Ferreira LO. A higieniza3o das parteiras curiosas: o Servi3o Especial de Sa3de P3blica e a assist3ncia materno-infantil (1940-1960). *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2011;18(1):95-112.
8. Santos BS. A filosofia 3 venda, a douda ignor3ncia e a aposta de Pascal. *Rev Crit Cienc Soc*. 2008;80:11-43.
9. Le3o MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo, M. Reflex3es sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(8):2395-400.
10. Nagahama EEL, Santiago SM. A institucionaliza3o m3dica do parto no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):651-7.
11. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):94-101.
12. Borges MS. A incorpora3o do saber de parteiras e benzedeiras 3s pr3ticas de sa3de. *Com Cienc Saude*. 2008;19(4):323-32.
13. Ferreira LO. A emerg3ncia da medicina tradicional 3ndigena no campo das pol3ticas p3blicas. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2013;20(1):203-19.
14. Projeto Valoriza3o e Adequa3o dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias 3ndigenas do Acre e do Sul do Amazonas. Relat3rio etnogr3fico final. Florian3polis: Instituto de Pesquisa e Documenta3o Etnogr3fica — Olhar Etnogr3fico; 2007. Dispon3vel em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1626.pdf> Acessado em junho de 2014.
15. Dias-Scopel RP. A cosmopol3tica da gesta3o, parto e p3s-parto: pr3ticas de autoaten3o e processo de medicaliza3o entre os 3ndios Mundurucu [tese de doutorado]. Florian3polis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
16. Langdon EJ. Medicina tradicional: reflex3es antropol3gicas sobre aten3o diferenciada. Em: Haverroth M. *Etnobiologia e sa3de dos povos 3ndigenas*. Estudos Avan3ados. Recife: NUPEEA; 2013. Pp. 15-35.
17. Sesia PM. "Women come here on their own when they need to": prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Med Anthropol Q*. 1996;10(2):121-40.
18. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, et al. Avalia3o de compet3ncias de m3dicos e enfermeiros das Equipes de Sa3de da Fam3lia da Regi3o Norte do Brasil. *Physis*. 2009;19(3):695-710.

Manuscrito recebido em 14 de agosto de 2014.
Aceito em vers3o revisada em 2 de fevereiro de 2015.