

Universidade de Brasília  
Faculdade da Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

**O SABER/ FAZER DAS PARTEIRAS POPULARES DO ENTORNO DO DISTRITO  
FEDERAL**

Ítala Lopes Cardoso

Brasília, Outubro de 2012

Universidade de Brasília  
Faculdade da Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

O SABER/ FAZER DAS PARTEIRAS POPULARES DO ENTORNO DO DISTRITO  
FEDERAL

Autora: Ítala Lopes Cardoso

Orientadora: Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UnB  
como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Banca: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosamaria Giatti Carneiro  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Érica Quináglia Silva

Brasília, Outubro de 2012

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus pais, Itamar e Fátima.

Ao meu irmão, Fernando.

Aos meus avós maternos, João e Terezinha, e avós paternos, Murilo e Darlei.

Às parceiras da Região do Entorno do Distrito Federal

## **Agradecimentos**

Este trabalho contou com o apoio do CNPQ, por meio do Edital Universal nº 14/2011, e do Programa de Iniciação Científica (ProIC) do DPP/UnB, que concedeu uma bolsa de iniciação científica.

A todos os professores do curso de graduação em Saúde Coletiva da UnB/FCE por compartilhar seus conhecimentos ao longo da minha formação. Em especial a minha orientadora, Prof<sup>ra</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Guimarães, pelo incentivo, pela confiança e pelo excelente acompanhamento durante cada avanço.

Aos colegas de curso com os quais tive a oportunidade de compartilhar diversos momentos, situações e conquistas durante minha formação. Em especial à Julimar de Fátima, à Iasmine Lorena, à Jêssica Resende, à Camila Kaori, à Yandra Martins e ao Caio William pela parceria estabelecida ao longo do curso para estudar e realizar as atividades. À Graziela Barbosa pela importante contribuição ao meu trabalho, intermediando o primeiro contado com uma das parceiras colaboradoras da minha pesquisa de campo.

Às três parceiras colaboradoras da minha pesquisa, por compartilhar suas histórias de vida e experiências sobre a assistência ao parto.

Aos amigos que participaram de momentos importantes de alegria e preocupação, com destaque para minhas amigas de infância, Vanessa e Priscilla.

À toda minha família pela vida, amor e educação, por ter me proporcionado chegar até aqui.

## Resumo

Em cidades do entorno do Distrito Federal ainda atuam parteiras com um conhecimento sobre o parto, o corpo, plantas medicinais e rezas. Essas mulheres não abandonaram suas atividades, mas, algumas a ampliaram e tornaram-se benzedeiras e raizeiras, tendo como base uma noção de cuidado ampla, coletiva. O intuito deste trabalho é compreender como opera o regime de saberes das parteiras que atuam nas cidades do Distrito Federal e entorno. Os procedimentos de investigação do problema em questão e as técnicas pertinentes a esses procedimentos tiveram como base os princípios do fazer etnográfico. A pesquisa como um todo foi dividida em três momentos distintos, mas com vínculos estreitos. O primeiro momento compreende a leitura da bibliografia referente ao tema, que resultou numa revisão bibliográfica. O segundo momento foi o dedicado ao trabalho de campo junto às parteiras, realizado nos municípios de Padre Bernardo e Água Fria de Goiás localizados no entorno do Distrito Federal entre os meses de dezembro de 2011 e Abril de 2012. O terceiro momento da pesquisa compreende a análise dos dados. As parteiras possuíam uma habilidade muito especial para driblar as dificuldades e superar a falta de recursos e de acesso à infraestrutura. Estas mulheres operam por meio de unidades perceptuais como cor, odor e tato. Diferentemente do que ocorre no sistema formal de saúde, que possui inúmeros equipamentos, as parteiras tradicionais aprimoraram procedimentos e tecnologias, a fim de preservar a saúde da mãe e do bebê. Essas parteiras possuem um importante papel de liderança, compartilham da mesma linguagem e estão inseridas em redes de solidariedade com as mulheres de sua comunidade. A inclusão de parteiras tradicionais no sistema oficial de saúde pode contribuir para uma maior adesão em tratamentos e outros procedimentos e participação da comunidade local no sistema de saúde como aconteceu em outros municípios brasileiros onde as parteiras se tornaram aliadas do sistema formal de saúde na promoção e assistência à saúde materno-infantil.

### Palavras-chaves

Parteiras Tradicionais, Cuidado, Assistência, Sistema Oficial de Saúde, Inclusão.

### Abstract

In cities of the Federal District's Region of Integrated Development and Adjacency/ RIDE it is still traditional the action of midwives with a knowledge on childbirth, medicinal body, plants and prayers. These women did not abandon their activities, but, some extended it and became "benzedadeiras" and "raizeiras", having as base a notion of an ample, collective care. The intention of this work is to understand how it operates the regimen of know ledge of the traditional midwives who act in the RIDE. The pertinent procedures of inquiry of the problem in question and the techniques to these procedures had as base the principles of doing ethnography. The research as a whole was divided in three distinct moments, but with narrow bonds. The first moment understands the reading of the referring bibliography on the subject, which resulted in a bibliographical revision. The second moment was dedicated to the fieldwork next to the obstetricians, carried through in the cities of Padre Bernardo and Água Fria de Goiás, both located in the RIDE, during the months of December 2011 and April 2012. The third moment of the research understands the analysis of the data. The traditional midwives had a special ability to dribble the difficulties and to surpass the lack of resources and access to the infrastructure. These women operate by means of perceptual units as color, smell and tact. Differently of what occurs in the formal system of health, where the professional of health possess innumerable equipments, the midwives improved procedures and technologies, in order to preserve the health of mothers and the babies. These midwives have an important paper of leadership, they share the same language and they are inserted in nets of solidarity with the women of their community. The inclusion of midwives in the official system of health can contribute for a bigger adhesion in treatments and other procedures and participation of the local community in the health system as it happened in other Brazilian cities where the traditional midwives became allied of the formal system of health in the promotion and assistance of the maternal-infantile health.

**Word-keys:** Traditional midwives, Care, Assistance, Official System of Health, Inclusion.

## Sumário

<b>1. Introdução: delimitando o tema</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Entorno do Distrito Federal: lócus do trabalho de campo</b>	<b>10</b>
<b>2. Metodologia</b>	<b>13</b>
<b>2.1. O Método Etnográfico</b>	<b>13</b>
<b>2.2. A consolidação do método etnográfico</b>	<b>14</b>
<b>2.3. O Caminho Metodológico</b>	<b>15</b>
<b>3. Contextualizando o lugar dos terapeutas populares no Brasil, do período colonial à contemporaneidade</b>	<b>18</b>
<b>3.1. A institucionalização do parto e a dicotomia formada entre saberes tradicionais e saber moderno</b>	<b>21</b>
<b>4. O cenário de atuação das parteiras populares do DF e região do entorno</b>	<b>32</b>
<b>4.1. Localizando as parteiras populares do entorno do DF</b>	<b>37</b>
<b>5. Formando-se parteiras populares e o ritual de partejar</b>	<b>40</b>
<b>5.1. A especificidade das parteiras populares do entorno do DF: o saber/fazer na arte de partejar</b>	<b>42</b>
<b>6. Considerações finais: inseridas em uma rede de solidariedade e possibilidades de atuarem no SUS</b>	<b>49</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>53</b>

## 1. Introdução: delimitando o tema

Nas cidades do Distrito Federal e seu entorno encontram-se em plena atividade parteiras, rezadeiras, benzedadeiras, raizeiros, farmacêuticos populares, fitoterapeutas, massoterapeutas, entre outros terapeutas populares, atuando com um universo de pessoas que não se satisfazem com a exclusividade dos modos de operação da biomedicina<sup>1</sup>. O intuito deste trabalho é compreender como opera o regime de saberes das parteiras que atuam nas cidades do Distrito Federal e entorno. Para tanto, pretende-se compreender a sociocosmologia dos praticantes desse sistema médico, os processos terapêuticos, a rede de sociabilidade onde se inserem e seus modos de percepção do corpo, sua noção de bem-estar e de adoecimento. Pretende-se observar também sua inter-relação com a biomedicina e com as políticas de saúde do Estado brasileiro.

Na conceituação desses modos de saber/fazer tradicionais, populares ou localizados, muitos autores afirmam que esses se operacionalizam e passam a ser definidos na inter-relação que mantêm com os saberes tecno-científicos ocidentais e outros (LOYOLA 1978 e CARNEIRO DA CUNHA, MENENDÉZ). Portanto, esses terapeutas populares dominam saberes tradicionais ou populares que, de acordo com Loyola (1978), não são reconhecidos muitas vezes pela medicina oficial, ou biomedicina, o que faz suas ações serem mediadas por relações de força. Conseqüentemente, esses saberes constroem-se nos centros urbanos em oposição e subordinados ao conhecimento científico. Segundo Carneiro da Cunha (2009), ambos os saberes, os tradicionais e o científico, são formas/modos de conhecer, entender e agir sobre o mundo. São obras abertas, inacabadas, se fazendo constantemente e legítimos para seus praticantes e usuários. Contudo, observa-se na atuação do sistema biomédico, a imposição de um saber/modo de conhecimento hegemônico, o qual se afirma como verdade absoluta, que não aceita outra forma de conhecimento. Ainda, segundo a autora (op.cit), talvez essa maneira do saber científico se situar como supremo e universal tem suas raízes no fato de ter sido um conhecimento construído com a missão de revelar ou desvelar o plano divino. De acordo com Woortmann (1997), no início da era moderna, o descentramento do mundo com descoberta de outros espaços e coletivos e o conseqüente desnorteamento do pensamento fizeram com que o mundo encantado medieval fosse desencantado pela ciência, produto do pensamento humano, que transformou os mistérios da religião em leis universais e em regularidades matematizáveis.

---

<sup>1</sup> Biomedicina se refere à medicina científica, produzida nos centros acadêmicos ocidentalizados e que pauta a política de saúde do Estado brasileiro.

Por isso, a biomedicina enquanto ciência se apresenta como única e se define no singular. Por sua vez, os saberes tradicionais são modos de conhecimento locais, ou melhor, são criados por diversos grupos humanos e, portanto, são entendidos no plural. Há tantos regimes de conhecimento tradicional quanto existem grupos sociais localizados. É necessário discutir como esses outros sistemas médicos, mesmo sendo inseridos nessa relação de força com a biomedicina que os coloca numa situação de inferioridade, são utilizados e operam em complementaridade para os pacientes. Elemento importante na relação entre os saberes populares ou tradicionais e o científico sobressai-se no momento da escolha do itinerário terapêutico. De acordo com Boltanski (1978), os agentes sociais parecem ter ou usar de várias racionalizações quando se trata de ter bem-estar, pois essas se superpõem sem interferirem umas sobre as outras. Langdon (1994) afirma que a doença é vivida como uma experiência. Diante desse processo, a busca alternada por diversos sistemas médicos é compreensível e sem contradições.

Segundo Carneiro da Cunha (op.cit.), os saberes tradicionais operam por meio de uma lógica das qualidades sensíveis, de unidades perceptuais, isto é, cheiros, cores, sabores; enquanto o científico opera por meio de unidades conceituais. Além disso, é importante ressaltar que os saberes tradicionais se fazem ou se recriam por meio da troca de conhecimento. As informações produzidas pela biomedicina compõem uma dessas fontes de saber. Nos termos de Boltanski (op.cit), no exame das condições objetivas de produção da medicina popular, definida em contraposição à medicina científica, parece ser primordial tal trânsito e a relação médico-paciente acaba por ser um canal de troca de informações. Os saberes tradicionais se potencializam na circulação de conhecimento, por conseguinte, a rede de socialidade onde se inserem é tão importante para sua dinamização. No entanto, esse trânsito é unidirecional, pois o pensamento científico se opõe à maneira como os sistemas médicos tradicionais atuam por se basear na confidencialidade, no aspecto autoral e individual de sua produção, e principalmente por se situar como hegemônico.

Destarte, percebe-se no mundo contemporâneo, especialmente nos centros urbanos, a relação estreita entre os sistemas médicos populares e o sistema biomédico. Geertz (2001), quando discute a diversidade, no mundo atual, argumenta que percepções diversas e mentalidades alheias, em sua maioria, não estão realmente noutros lugares, mas são alternativas para nós, situadas bem perto. De acordo com o autor, vivemos em uma colagem e, para viver em uma colagem, é preciso que a pessoa se torne capaz de discernir seus elementos, determinando quais são e como se relacionam uns com outros na prática. O caso de sistemas médicos

variados atuando, ao mesmo tempo e no mesmo espaço, exemplifica uma situação onde devemos nos preocupar em compreender essas diversas alternativas, que figuram, também, como possibilidades de escolhas possíveis para uma paciente. Nesse sentido, o intuito deste trabalho é compreender como opera o regime de saberes de parteiras populares que atuam nas cidades do entorno do DF.

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo denominado “Sistema Médico de Terapeutas Populares na região do DF e entorno”, o qual é coordenado pela professora Sílvia Guimarães e conta com a participação de alunos da saúde coletiva e terapia ocupacional da FCE/UnB. O objetivo desse projeto é compreender os modos de fazer e os regimes de conhecimento dos terapeutas populares no DF e entorno. Para tanto, os alunos se subdividiram em projetos de pesquisa com foco sobre um terapeuta popular: benzedeadas, benzedores, raizeiros, raizeiras, profetas, mulheres que oram, terapeutas familiares, etc. Este subprojeto tem como foco as parteiras populares localizadas nessa região.

### **1.1. Entorno do Distrito Federal: lócus do trabalho de campo**

A Região Integrada do Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) foi criada por meio da Lei Complementar nº 94, sancionada pelo Presidente da República em 19 de fevereiro de 1998. A RIDE é formada por regiões metropolitanas brasileiras situadas em mais de uma unidade federada. Compõem-na, além do Distrito Federal, dezenove municípios do estado de Goiás e três do estado de Minas Gerais, a saber: Abadiânia, Águas Lindas de Goiás, Água Fria de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa, em Goiás; Unaí, Cabeceira Grande e Buritis em Minas Gerais. Ocupa uma região de 55.434,99 Km<sup>2</sup> (IBGE, Resolução N° 05, de 10/10/2002) e com, aproximadamente, 3,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

A região do Entorno do DF tem se tornado um atrativo para o setor da construção civil e outras indústrias, principalmente devido à proximidade com Brasília, o que explica o grande crescimento populacional nesta região. No entanto, o processo de ocupação desta região tem causado alguns desequilíbrios socioeconômicos, permanecendo alguns municípios com

infraestrutura precária, onde a presença do governo é reduzida e os serviços públicos, como segurança, saúde e educação, são problemas crescentes.

Essa pesquisa aconteceu em dois municípios do Entorno do DF, Padre Bernardo e Água Fria de Goiás. Nessas localidades, vivem as parteiras colaboradoras desta pesquisa. A presença dessas mulheres vem corroborar com o entendimento sobre o contexto histórico e cultural brasileiro, especialmente, desses dois municípios e de sua população. Os moradores dessa região, ainda, fazem uso de remédios caseiros e orações para a cura das doenças e realizam partos em casa. Ao mesmo tempo, como veremos adiante, essas mulheres estão inseridas em relações desiguais com a biomedicina que as fazem o exercício de suas atividades, conseqüentemente, está ocorrendo uma mudança no cenário da prática das parteiras desta região com a imposição dos padrões modernos e hospitalocêntricos.

O município de Água Fria de Goiás, onde se encontram duas parteiras populares entrevistadas para este trabalho, pertence ao Estado de Goiás. Está localizado a 116 km de Brasília, o município teve início em 1940, com a chegada de posseiros que vinham das fazendas vizinhas que formaram um povoado. Devido à facilidade para produção de algodão, os primeiros habitantes desenvolveram a produção artesanal de tecidos. O nome do município teve origem na Fazenda da Água Fria, devido à existência de um riacho que possuía água muito fria. Na década de 50, o professor Erasmo de Castro fundou a Escola Reunida do Povoado de Água Fria, o atual Colégio Estadual de Água Fria. A região de Água Fria de Goiás foi emancipada do município de Planaltina pela Lei Estadual 10.399 de 30 de Dezembro de 1987. Com área territorial de 2.029,406Km<sup>2</sup> (IBGE, Resolução N° 05, de 10/10/2002) e cerca de 5 mil habitantes (Censo/ IBGE, 2010), com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH considerado médio, de 0,695 (PNUD, 2000) e Produto Interno Bruto – PIB de R\$105.970,305 mil (IBGE, 2008).

O município de Padre Bernardo, local onde vive uma das parteiras entrevistadas, está localizado no estado de Goiás e a 104 km de distância de Brasília. O município teve início na década de 1930, com o povoamento por romeiros que iam realizar uma festa tradicional em louvor ao Divino Espírito Santo. Em 1951, Jerônimo Amorim doou dez alqueires de terra onde foi construída a Igreja do Divino Espírito Santo. Em 1957, foi fundado o núcleo urbano, pelo professor José Monteiro Lima, que dividiu sua fazenda Barro Alto em sítios e lotes para doar e vender para as famílias que iam fixar-se na região. Esta ocupação aconteceu à esquerda do Rio Maranhão, nas margens do Córrego Barro Alto. O nome foi oficializado em 1955, em

homenagem ao pároco de Luziânia que realizava casamentos e batizados na região. Padre Bernardo foi elevado a categoria de município através da Lei Estadual nº4797, em 9 de maio de 1964. Possui uma área de 3.137,903 Km<sup>2</sup> e cerca de 27.671 habitantes (Censo/ IBGE, 2010), com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH considerado médio, de 0,705 (PNUD, 2000) e Produto Interno Bruto – PIB de R\$147.805,611 mil (IBGE, 2008).

## 2. Metodologia

### 2.1 O Método Etnográfico

O método científico é um conjunto de procedimentos ou de técnicas que deve ser estabelecido como se deve proceder para se ter conhecimento científico. No caso das ciências sociais, o método auxilia no alcance do fenômeno social. No caso em questão, o método escolhido é o etnográfico, o qual recai sobre o estudo de coletivos, ou fenômenos sociais. A palavra *ethno* significa povo, determinado coletivo ou grupo social, e *grafia* significa descrição, portanto, a etnografia pretende descrever/estudar minuciosamente um coletivo. Entende-se por estudos etnográficos pesquisas que foram pautadas pelo método qualitativo.

O objetivo desse método é compreender a visão de mundo do grupo estudado, a visãoêmica, isto é, do próprio grupo. Objetiva descrever a singularidade de um coletivo; compreender a diversa natureza humana. Algumas técnicas de pesquisa usadas nesse método são perguntas sobre os modos de vida, de pensar e sentir das pessoas, que visam identificar onde a pessoa foi socializada, a sua experiência social que influi na construção de categorias usadas por ela. A perspectiva do pesquisador é a de um “observador participante”, alguém que escuta e tece uma relação dialógica (de diálogo) com as pessoas que estuda (os sujeitos da pesquisa). Observar e descrever a cena objeto de investigação, realizar entrevistas formais, isto é, baseadas em roteiros, e informais, documentar por meio de fotos, filmes e gravações são outras técnicas do método em questão. Manter um diário de campo, também, é outra técnica de pesquisa, com relatos sobre o que aconteceu no dia do pesquisador e suas impressões sobre o campo (DA MATTA, 1993). No método etnográfico, o pesquisador é o seu principal instrumento de trabalho e tem a flexibilidade de decidir como e quando coletar os seus dados.

Outra técnica de pesquisa importante, utilizada nesta pesquisa, é a coleta de história de vida das pessoas. Essas histórias auxiliam na compreensão sobre a história local e a percepção que o informante tem das pessoas com quem convive e de outras. Esse tipo de informação também permite mapear os conflitos vividos e a rede de socialidade onde se insere. É possível ter as histórias de vida por meio de entrevistas individuais e coletivas, registradas em gravador e em diários de campo.

## 2.2 A consolidação do método etnográfico

Nas primeiras décadas do século passado, os antropólogos estavam delimitando o seu campo de estudo em oposição aos de outras disciplinas por meio da prática de pesquisa etnográfica em sociedades consideradas radicalmente distintas de suas próprias (CARDOSOS DE OLIVEIRA, 1988). A característica marcante deste período foi o uso de dados empíricos concretos, coletados através da vivência prolongada no "campo". Houve aí uma mudança radical de método, pois os antropólogos começaram, eles mesmos, a efetuarem suas observações e a coletarem seus dados, sendo que a formulação de noções teóricas acerca da coleta do material etnográfico correspondeu, simultaneamente, a uma mudança nos temas estudados, que passou de outros distantes para o seu próprio mundo.

Portanto, o método etnográfico ou observação participante consiste na observação da vida social e da cultura de grupos humanos. No processo de consolidação da prática antropológica, a publicação do livro clássico **Argonautas do Pacífico Ocidental**, escrito pelo antropólogo polonês-britânico Bronislaw Malinowski (1884 - 1942) e publicado pela primeira vez em 1922, foi fundamental nesse contexto de consolidação do método. Esse procedimento etnográfico permite realizar uma descrição densa, isto é, interpretar o emaranhado de teias de significado em que o homem está imerso, saber discernir uma simples piscadela de um tique nervoso, conforme afirmou Geertz (1978). Ainda, segundo esse mesmo autor, (op. cit.: 20), “fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado”, pois a vida social é esse emaranhado de significados conflituosos e cheio de surpresas.

O tempo de convivência com os grupos humanos observados permite apreender em profundidade seu modo de ser (cosmovisão, religião, organização social, valores, categorias, etc.), tal qual fez Malinowski. De acordo com Cardoso de Oliveira (2000), a pesquisa etnográfica consiste em três procedimentos básicos: “olhar”, “ouvir” e “escrever”. O olhar e o ouvir fazem parte da primeira etapa dos trabalhos antropológicos, aquela que é realizada em campo, isto é, o registro etnográfico de dados empiricamente observáveis. O escrever constitui a segunda etapa da pesquisa, a interpretação etnológica, quer dizer, a análise teórica dos dados etnográficos obtidos durante a observação do grupo estudado. Conforme o autor, o olhar, o ouvir e o escrever são “faculdades” do espírito, têm características bem precisas

quando exercitadas na órbita das ciências sociais e, de um modo todo especial, na da Antropologia. Se o olhar e o ouvir constituem a nossa percepção da realidade focalizada na pesquisa empírica, o escrever passa a ser parte quase indissociável do nosso pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar. É no processo de redação de um texto que nosso pensamento caminha, encontrando soluções que dificilmente aparecerão antes da textualização dos dados provenientes da observação sistemática (Cardoso de Oliveira 1998: 31-32). O método da observação direta é comumente orientado por contribuições consolidadas em trabalhos clássicos da disciplina antropológica e diz respeito ao conjunto de preocupações que nortearam as pesquisas em campo.

Cabe enfatizar que no método etnográfico os informantes assumem uma posição de interlocutores com os quais os pesquisadores compartilharam o processo de produção da pesquisa. Os informantes passam a ser consultores, muitas vezes, assumindo a posição de co-autores dos trabalhos. Por conseguinte, a construção do roteiro de entrevistas passa a ser personalizado e dinâmico, necessitando de vários momentos de entrevista e de variados roteiros que serão construídos de acordo com cada conversa/entrevista desenvolvida com determinado informante. No método etnográfico não cabe o roteiro fixo e idêntico para cada entrevistado, mas a construção de roteiros personalizados que visam aprofundar a discussão com determinada informante sobre os temas estudados, possibilitar uma exegese por parte dos informantes sobre os temas em discussão.

### **2.3 O Caminho Metodológico**

Conforme visto anteriormente, os procedimentos de investigação desta pesquisa tiveram como base os princípios do fazer etnográfico. Assim, a pesquisa como um todo foi dividida em três momentos distintos, mas com vínculos estreitos, conforme as citações de Cardoso de Oliveira acima (1998). O primeiro momento compreende a leitura da bibliografia referente ao tema, que resultou numa revisão bibliográfica. O segundo momento foi o dedicado ao trabalho de campo junto às parteiras. Este trabalho teve como base alguns princípios do fazer antropológico: observação participante; buscar a compreensão da totalidade da prática terapêutica; e "levar a sério" as pessoas estudadas. O terceiro momento da pesquisa compreende a análise dos dados.

Para operacionalizar esta pesquisa, foi realizado um mapeamento preliminar de possíveis parceiras ou atores sociais relevantes para o propósito da mesma. Após identificar as parceiras para a pesquisa, foi elaborado um roteiro de perguntas que seria utilizado nas entrevistas. Essas foram transcritas e, com base nas respostas, foram elaboradas novas perguntas para realizar novas entrevistas, até que fosse obtido um conjunto de informações substanciais.

Três mulheres participaram desta pesquisa, compartilhando suas histórias e experiências sobre a assistência ao parto. A primeira delas, Dona Maria, possui 77 anos de idade, reside em Padre Bernardo - GO há 11 anos e é natural de Posse – GO. Com 18 anos teve seu primeiro filho, é mãe de 12 filhos, todos nascidos em parto domiciliar realizado por parteiras, e realizou o primeiro parto quando tinha 50 anos de idade, antes deste evento foi ajudante de parteira. Outra parteira é a Dona Maria Madalena, possui 66 anos, é residente e natural de Água Fria de Goiás – GO. Teve 8 filhos e perdeu um deles ao completar um ano e dois meses de nascido, apenas o último de seus filhos foi concebido no hospital, todos os outros nasceram em casa. Tinha 28 anos quando realizou seu primeiro parto. Uma terceira entrevistada foi Dona Maria Salomé que tem 82 anos de idade, também é residente de Água Fria de Goiás - GO há 22 anos e é natural de São Domingos – GO. Teve 9 filhos e 2 abortos, dos nove, apenas o último nasceu no hospital, estava com 41 anos quando concebeu seu último filho. E todas as participantes são viúvas. Seus nomes são fictícios para preservar a identidade das mesmas. As três participantes da pesquisa foram referenciadas por pessoas que as conheciam, como parentes e vizinhas, que sabiam de suas trajetórias como parteiras no passado.

Em cada entrevista, utilizou-se um roteiro com perguntas semiestruturadas que continha, inicialmente, questões sobre os dados de identificação da entrevistada e de seu perfil socioeconômico e questões referentes à sua prática e trajetória como parteira. Após a realização das primeiras entrevistas, novas questões foram elaboradas para realizar uma nova entrevista, desta forma, foram realizadas no mínimo duas entrevistas com cada participante. Também, foram documentadas as histórias de vida dessas três mulheres.

É importante colocar que parentes ou amigas/vizinhas das parteiras foram essenciais para o desenvolvimento da pesquisa, pois foram grandes facilitadoras ao intermediar o primeiro contato com as parteiras, apresentando a pesquisadora às parteiras antes da realização das entrevistas.

As entrevistas ocorreram em dezembro de 2011 a abril de 2012. Foram realizadas em suas próprias residências e ocorreram na sala de estar de suas residências. Esse local foi indicado

por elas, o que foi bom para as gravações em áudio devido à diminuição de ruídos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade dos relatos e evitar a perda de informações relevantes. As gravações foram permitidas por todas.

### **3. Contextualizando o lugar dos terapeutas populares no Brasil, do período colonial à contemporaneidade**

A constituição da medicina no Brasil se deu de forma conflituosa entre os diversos atores sociais envolvidos nas distintas práticas de cura, entre eles estavam médicos, cirurgiões, curandeiros, benzedeiros, parteiras e outros terapeutas populares. Vivia-se uma disputa pelo espaço de atuação de suas práticas, principalmente entre terapeutas acadêmicos e não-acadêmicos ou populares, ou seja, aqueles cujo conhecimento não foi apreendido em instituições médicas ou acadêmicas (SANTOS, 2006).

Durante o século XVI, as práticas de cura exercidas, no Brasil, eram advindas dos saberes populares dos diversos povos ou grupos localizados que se encontravam aqui. Nesse universo, estavam os indivíduos escravizados, a pluralidade de povos indígenas e de europeus e outros que vieram para o Brasil. Os negros africanos utilizavam ervas, danças, orixás e outras entidades para afastar suas doenças. Os povos indígenas recorriam aos seus rituais e ao conhecimento sobre as plantas e, por intermédio do pajé de sua tribo, os índios eram curados. Já os padres jesuítas exerciam a cura por meio da utilização de leitos onde eram dispostos os doentes e da administração de medicamentos aos mesmos (PAULA, 2009). Nos séculos XVII e XVIII, essas diversas terapêuticas estavam entrelaçadas, as pessoas recorriam ora aos medicamentos, ora à religião e/ou à magia, ou combinavam as terapêuticas (op. cit.), não muito diferente do que ocorre hoje. No entanto, distancia os processos vividos nos séculos passados e os de hoje a institucionalização da biomedicina e a marginalização de outras terapêuticas.

No início do século XIX, havia poucos médicos e os cirurgiões, assim, os curandeiros e outros terapeutas não-oficiais eram os principais praticantes da cura no Brasil. No entanto, aos poucos os médicos foram adquirindo *status* dentro da hierarquia social da medicina, especialmente após a vinda da família real ao Brasil, no início do século XIX. Em consequência, ocorreu o processo de institucionalização dos ofícios relacionados à cura a partir do interesse em regularizar, hierarquizar e delimitar o exercício dos diversos terapeutas (PAULA, 2009):

“Tanto que no período de 1808-1828 ficou estabelecido que fosse obrigatória a posse de licenças e cartas para quem quisesse exercer alguma arte de cura no Brasil. Como por exemplo, existiam cartas para médicos, cirurgiões, boticários, parteiras, curandeiros, sangradores e outras atividades. Porém na prática a maior parte dos

sangradores, curandeiros e parteiras não buscavam se oficializar e exerciam tarefas de outras categorias, contando com a sorte de que ninguém os denunciasse” (op. cit.:3).

No início do século XIX, com a criação dos primeiros espaços de ensino médico acadêmicos no Brasil, houve a supervalorização dos médicos e cirurgiões que possuíam *status* superior ao das parteiras, curandeiros e benzedores. Esses eram controlados e fiscalizados pela Fisicatura-Mor, um órgão que regulamentava e tornava oficial as práticas de cura no Brasil, o qual estabeleceu uma relação hierárquica entre os terapeutas (SANTOS, 2006).

“Havia a tentativa de restringir as atividades permitidas a cada categoria e nesse quadro, dentistas, parteiras e sangradores, praticantes pouco prestigiados socialmente como mulheres, escravos, forros e africanos, eram vistos como subalternos e práticos informais que poderiam oficializar suas atividades. Esse período de atuação da Fisicatura, ou seja, as duas primeiras décadas do século XIX, no Brasil, possui características bem peculiares referentes à presença e atuação dos terapeutas populares de cura. Estes foram reconhecidos como detentores de um saber legítimo e autorizados a exercer as suas atividades, mesmo com a existência de tentativas de hierarquização dos saberes, que durante o restante do século se intensificou” (SANTOS, 2006:3).

Com a institucionalização das práticas de cura, que se iniciou no Rio de Janeiro e na Bahia com a criação das primeiras instituições de ensino, os médicos, cirurgiões, boticários, parteiras, curandeiros, sangradores e outros passaram a conviver em meio a um conflito entre as práticas institucionalizadas e não-institucionalizadas. Porém a institucionalização não impediu que algum terapeuta desautorizado que detinha conhecimento da arte de curar praticasse o exercício da medicina, isto porque não existiam delegados, físico-mor e cirurgião-mor suficientes para fiscalizar essas atividades (PAULA, 2009).

No período colonial, a atuação de curandeiros, benzedores, parteiras e outros terapeutas populares era marcante, existia uma grande demanda da população por terapias de cura alternativas, talvez devido à privação de medicamentos, cirurgiões e médicos neste período, e também por que a concepção de cura, saúde e doença da população se aproximava mais da dos terapeutas populares (SANTOS, 2006):

“(…) a maioria dos pedidos e licenças para sangria no Rio de Janeiro no início do século XIX foram feitos por escravos e forros, e que esses práticos tinham grande espaço social, preservando as tradições africanas através dos modos de sangrar e da utilização de ervas, associados à religiosidade. Sabemos que a utilização da flora na cura dos males do corpo faz parte das tradições culturais européias, dos colonizadores, das diferentes tradições africanas, trazidas com os escravos de diversas origens e das culturas indígenas que, juntas no Brasil, estabeleceram relações culturais de forma extremamente dinâmica, preservando e criando novas práticas e significações para seus usos” (SANTOS, 2006: 3-4).

A Fisicatura oficializava os grupos de terapeutas, por exemplo, por meio de exames de sangria, os praticantes, em sua maioria negros escravos, obtinham a licença para exercer a função. Ao ser aprovado, o praticante poderia receber a denominação de *Simpliciter* e, de acordo com o Regimento, em 6 meses deveria requerer no Juízo Superior a carta de confirmação (SANTOS, 2006):

“(...) de acordo com o regimento de 1810, quem saísse do exame com a aprovação por apenas um dos dois examinadores deveria após seis meses apresentar um atestado do mestre evidenciando que havia estudado por mais seis meses, e então, pagado novos exames, poderia fazê-los. Mas, por volta de 1826, ao ser aprovado por apenas um dos examinadores, o terapeuta receberia a carta de exame trazendo a especificação “aprovado *simpliciter*” (...)” (SANTOS, 2006: 5).

Um exemplo de terapeuta que passou por um exame de suas habilidades para curar foi Bento Barreto, que obteve a licença de Curador em 1820, aprovado *Simpliciter* por um ano, para atuar onde não houvesse médico, boticário ou cirurgião (SANTOS, 2006):

“A licença concedida a curandeiro Bento Barreto é indicativa da importância de seus conhecimentos de cura, com significados analisados no contexto específico da época, quando a falta de médicos fazia o valor de um curandeiro ser muito alto, principalmente por seus conhecimentos sobre as plantas” (SANTOS, 2006: 5).

Segundo Chaloub, com a organização dos médicos em torno das faculdades, esse grupo buscava cada vez mais monopolizar o discurso sobre a terapêutica, sobretudo o processo de aprendizado na academia e a posição social mais abastada eram por si só um aspecto de superioridade em relação aos que não se enquadravam nessas características (CHALOUB, 2003: 322). Desta forma, intensifica-se a busca em diferenciar a medicina acadêmica da medicina popular. No entanto, o número de médicos licenciados durante o século XIX, não era suficiente para suprir a demanda da população. Muitos dos médicos desse período atuavam de forma itinerante, passando pelos estados do Brasil onde não havia escolas de medicina como no Estado de Minas Gerais (PAULA, 2009).

Segundo Figueiredo, havia uma distinção entre os cirurgiões e médicos, sendo o primeiro exercido por mulatos ou negros na maioria das vezes, e seu trabalho estava diretamente relacionado com o corpo doente, com o sangue e com as partes purulentas do corpo. A formação do cirurgião era rápida e superficial, já os médicos recebiam uma formação mais demorada e completa (FIGUEIREDO, 2008). Com o passar do tempo, a medicina acadêmica adquiriu respeito e admiração dos habitantes, a atuação do médico se tornou algo visto com mais prestígio do que a dos cirurgiões, barbeiros e boticários no final do século XIX

(PAULA, 2009). Uma distinção de classe, raça e gênero passou a pautar os conflitos e a ter um papel decisivo nos saberes que advinham de cada grupo de terapeutas. A classe médica começou a se delinear como branca, proveniente de famílias abastadas e formada por homens. Após esse panorama da maneira como foram situados os terapeutas populares como um todo, ao longo do tempo, é possível perceber porque, para alguns autores, a “medicina popular” deve ser analisada nessa relação de oposição ao poder biomédico. Para Loyola (1978), a medicina científica se representa como detendo o monopólio legítimo do seu saber e intolerância em relação aos conhecimentos relativos à saúde produzidos fora do seu domínio, caso das “medicinas populares”. Na próxima seção, será apresentada a especificidade das parteiras populares nesse processo.

### **3.1 A institucionalização do parto e a dicotomia formada entre saberes tradicionais e saber moderno**

Feitosa et al (2007: 6) relata que a atividade de parteira é uma das funções mais antigas que se tem registro em diversas culturas:

“(…) nos registros bíblicos aparecem as parteiras Sifrá e Puá, que se negam a seguir as ordens do Faraó do Egito que lhes ordenara matar as crianças do sexo masculino nascidos entre o povo hebreu (Êxodo, 1: 15:2), e, durante o Período Medieval, quando eram perseguidas até mesmo pelos tribunais da Inquisição, as parteiras sobreviveram, sendo em muitas ou na maioria das situações o único recurso disponível às mulheres durante o trabalho de parto”.

Nas sociedades ocidentais, a fertilidade e o nascimento eram representados por deusas-mães, como a deusa Deméter na antiga Grécia e Ceres na antiga Roma. Nessas sociedades, os partos eram auxiliados por mulheres e os homens não participavam do evento, pois nesta época, as mulheres eram colocadas em posição inferior aos homens, e cabia a elas os assuntos relacionados a suas próprias características fisiológicas como o sangue, a menstruação e as secreções do parto, que na concepção deles eram consideradas impurezas e, portanto, o parto era uma função apenas das mulheres (FEITOSA, 2007:12).

Com a ascensão da Igreja católica durante a Idade Média, o saber oficial passa a ser difundido nos mosteiros, e as parteiras foram acusadas de feitiçaria e suas práticas relacionadas às práticas religiosas pagãs. Na Europa, no período da inquisição, as parteiras e outras terapeutas, cujos conhecimentos não foram ensinados pela Igreja, foram perseguidas e exterminadas pela Igreja (FEITOSA, 2007: 12). Segundo Brasil (2010), a caça às bruxas fez

parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca das práticas de cura e legitimá-lo como saber médico. Embora a caça às bruxas não tenha conseguido eliminar as parteiras, benzedeiras e raizeiras, as suas práticas se transformaram em atividades suspeitas (BRASIL, 2010). Por conseguinte, a medicina tornou-se uma atividade reservada aos homens e legitimada pelos grupos hegemônicos.

Na Europa, nos séculos XVII e XVIII, começa a haver uma mudança na figura da parteira, iniciada pela Inquisição, conforme visto anteriormente, essa enfatizou a participação masculina no processo de parto e na perseguição das parteiras. Com o nascimento da obstetrícia, nos séculos XVII e XVIII, na França, essa disciplina passa a ser uma especialidade médica e as parteiras francesas perdem o direito de exercer sua prática, com isso, dá-se o início dos conflitos entre médicos e parteiras. Nesse contexto, no processo de recrudescimento da institucionalização da prática médica, no século XIX, com a consolidação da medicina moderna como saber científico, surge a medicalização do corpo feminino e a perda da autonomia da mulher como condutora de seu parto. O processo de institucionalização do parto fez com que a mulher fosse isolada da família, perdesse a privacidade e sua autonomia durante o parto (BRASIL, 2010: 28). Na passagem do século XIX para o século XX, a medicina social elabora o projeto de medicalização da sociedade. Essa época, também, é marcada pelo surgimento de um novo paradigma da medicina científica, a “especialização”, que se tornou de fato uma tendência cada vez mais acentuada na área. A institucionalização do parto e a sua conseqüente medicalização surgiram com a medicina acadêmica, criando-se o saber médico da obstetrícia (BARROSO, 2009). A construção desse saber médico exclui o universo feminino e sua produção de conhecimento, na verdade, acirrou essa dicotomia de gênero. Com o nascimento da obstetrícia como uma especialidade médica, nos séculos XVII e XVIII, as parteiras perdem o direito de exercer sua prática, consolidando a entrada dos homens no cenário do parto (BRASIL, 2010).

No Brasil, empenhados em estabelecer sua hegemonia, os médicos disputaram, durante muito tempo, pela clientela das parteiras. No período da colonização, as parteiras eram mulheres indígenas, caboclas, portuguesas e negras, que além de cuidar do parto, cuidavam de outras moléstias, como espinhelas caídas e dos quebrantos. Eram, também, benzedeiras e raizeiras. Portanto, no Brasil, até o século XIX, as parteiras eram, exclusivamente, mulheres pertencentes a camadas populares que tinham conhecimento construído ao longo de suas vidas ao observar e aprimorar seus sentidos na lida com sua corporalidade e com a dos outros e que tinham a confiança e respeito das mulheres e famílias de sua comunidade para dar

assistência às mulheres e crianças, antes, durante e após o parto. Elas, também, auxiliavam as mulheres nos cuidados com o corpo, doenças venéreas e até mesmo na prática do aborto (DIAS, 2010: 89).

No século XIX, com a criação das instituições de formação dos médicos, seguindo o modelo de outros países, o Brasil passou a adotar técnicas mais intervencionistas na vida das pessoas, como a medicalização do parto. O modelo biomédico excluía tudo o que não estava relacionado ao biológico e ao fazer científico, deixando de lado os aspectos espirituais, psicológicos, sociais e culturais (BRASIL, 2010). Com a vinda da Família Real para o Brasil, uma série de costumes e hábitos europeus foram sendo oficializados e incorporados aos existentes, assim como foram incorporados os saberes e práticas da medicina à arte de partejar (DIAS, 2010: 90). Entre os séculos XIX e XX, são criadas estratégias para formalizar a prática de partejar, sob força do Estado, das instituições religiosas e da classe médica, o que levou a criação de cursos sobre partos para parteiras. Com isso, as parteiras tornaram-se alvo de repetidas leis e regulamentações que as perseguiram na tentativa de monopolizar a prática da obstetrícia. Foi um verdadeiro jogo de interesses que privilegiou a classe médica. Segundo Asawa et. al. (2006: 701), o curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia formaram poucas parteiras no período de 1833 a 1876. Diferentemente de outros cursos, os requisitos para ingressar nos cursos de partos eram menores e exigiam um atestado de bons costumes de suas candidatas, e era visto como uma atividade menos letrada que a da medicina. Em 1834, formou-se a primeira parteira pelo curso de partos da Faculdade do Rio de Janeiro, a francesa Madame Marie Josephine Mathilde Durocher, que incorporou trajes masculinos ao seu vestuário para que tivesse mais respeito em sua profissão (ASAWA et. al., 2006).

No Brasil, no período anterior à República, o parto domiciliar feito por parteiras ainda era muito comum, pois a maioria dos hospitais estava sob a égide das Irmãs de Caridade que consideravam o parto hospitalar falta de pudor. Os médicos formados pelas duas escolas de medicina brasileiras, no Rio de Janeiro e Bahia, recebiam apenas conhecimento teórico sobre obstetrícia e não conseguiam adesão de gestantes para internação no parto. Com o discurso higienista, o saber médico é legitimado em detrimento do saber popular das parteiras, que foram substituídas e silenciadas, fazendo com que sua prática fosse considerada ultrapassada nos centros urbanos (BARROSO, 2009).

Esse silenciamento do saber popular em função da legitimação do saber científico, re-situou as parteiras que passaram a ser desacreditadas e desvalorizadas, principalmente no meio urbano. Já o saber científico fez do médico o principal detentor do conhecimento sobre a obstetrícia, destacando a entrada do homem no cenário do parto, cuja lógica predominante é da biomedicina. Além disso, de acordo com Martin (2006), o discurso médico, a partir do século XIX, passa a ser pautado pela ideologia da produção que chega aos corpos. Os corpos das mulheres passam a ser pensados, nos textos médicos, principalmente, como fábricas para a produção de crianças. O corpo é pensado, assim como a sociedade, em termos de uma organização hierárquica: o corpo feminino funcionaria a partir da sequência cérebro-hormônios-ovários que se comunicam hierarquicamente. O bom andamento deste sistema teria como resultado a produção de novos seres humanos. Nessa relação de poder, insere-se uma nova construção sobre o corpo feminino e a desvalorização do saber das parteiras.

Por conseguinte, nesse processo de consolidação do saber médico, esse adotou uma concepção reducionista, na qual o corpo humano foi fragmentado e a inter-relação de suas partes foi perdida. Segundo Barroso (2009), o saber da obstetrícia e da ginecologia se apresenta na sociedade moderna como uma lógica masculina, com enormes preconceitos que faz o anatômico e o fisiológico predominarem sobre a psique feminina e o próprio corpo da mulher é visto como um “canal de parto”, o que despersonaliza a mulher em nome do saber e do avanço da medicina moderna. Esse suposto progresso científico da medicina fez com que a atenção à saúde da mulher e da criança, antes pertencente às parteiras, se tornasse um ofício dos médicos. Desta forma, o parto tornou-se um ato médico, sendo eles os únicos profissionais capazes de realizá-lo. Fato este que, segundo Barroso (2009), favoreceu a medicalização e o uso abusivo de intervenções médico-tecnológicas. Percebe-se, portanto, que o ofício de partejar foi realizado durante muito tempo somente por mulheres. A arte de partejar era transmitida oralmente entre as mulheres, que aprendiam o ofício observando outra parteira que poderia ser até mesmo a mãe ou a avó (FEITOSA, 2007).

No entanto, no Brasil, em meados dos anos 1950, o acesso aos médicos ainda era muito difícil e o atendimento era precário devido à falta deles (BARROSO, 2009). Assim, as parteiras ainda eram procuradas pelas gestantes, principalmente aquelas mais conservadoras que tinham o receio de expor seus corpos a outro homem, que não fosse seu marido. Por volta dos anos 1960, a sociedade médica começa a incorporar novos conhecimentos e técnicas cirúrgicas e assépticas e a difundir o discurso médico de que o parto institucional é mais seguro. A lógica estatal referente à saúde está pautada por esse conhecimento médico e passa a divulgá-

lo e tê-lo em seus serviços. Com isso, os médicos ganhavam, aos poucos, a confiança e adesão das mulheres para a internação nas maternidades. O trabalho realizado pelas parteiras passa a ser associado à falta de assepsia e à ignorância, e em muitos casos, acabavam sendo responsabilizadas pela mortalidade materna (BARROSO, 2009).

Percebe-se, portanto, que, historicamente, o ato de partejar está inserido em um processo de transformações intensas. Atualmente, uma nova figura e práticas surgem nesse universo, o das enfermeiras obstetras. Essas atuam, preferencialmente, em centros urbanos, em um contexto muito diverso de relações sociais onde se inserem as parteiras populares. De acordo com Riesco (1998), para muitas pessoas falar de parteiras, hoje, é falar de enfermeiras obstetras. Segundo Jorge (1975) com a implantação das primeiras faculdades de medicina no Brasil surgiu o primeiro curso de parteiras em 1832, ocasião em que as mulheres que prestavam assistência as parturientes recebiam uma autorização para exercer a obstetrícia. Já o curso de enfermagem teve início em 1890, e, em 1968, com a reforma universitária, as duas profissões foram fundidas dando origem à profissão universitária de enfermeira obstétrica, que teve seu currículo implantado em 1972 e vigorou até 1994, com a extinção da modalidade de graduação da obstetriz. Por conseguinte, a única via para qualificação na área passaram a ser a habilitação e especialização em enfermagem obstétrica pela enfermeira já graduada (RIESCO, 1998). Esse é um processo de institucionalização do ato de partejar vinculado à ideia de humanização do parto, onde é valorizado o parto normal em contraposição à cesárea, mas, mesmo tendo sido institucionalizado e incorporado ao domínio do Estado e sob seu controle, há resistência entre os médicos, que observam riscos na forma das enfermeiras atuarem. Obviamente que essas enfermeiras não exercem o mesmo ofício que as parteiras populares; aliás, cabe enfatizar que, conforme Carneiro da Cunha (2010), dentro do universo das parteiras populares há uma diversidade de modos de fazer e regimes de conhecimento produzidos localmente. Os elementos em comum que perpassam o universo das parteiras populares são a situação de oposição em relação ao modelo biomédico, a pressão que sofrem no processo de institucionalização que exclui o seu ofício e seu processo de formação pautado pelos modos de conhecimento populares, inseridos em rede de suas relações sociais.

Nesse movimento de medicalização e institucionalização do parto, ocorreu a transferência do parto do ambiente doméstico para o hospitalar, o que resultou em mudanças no processo de parturição, como a mudança da posição de parir: de vertical para deitada com as pernas apoiadas, para proporcionar uma melhor intervenção ao médico e não à paciente. Passaram a fazer parte deste acontecimento o uso de bisturis, fórceps e procedimentos como a episiotomia

e a cesariana. O saber e a técnica populares dão lugar aos métodos mais assépticos e instrumentalizados da clínica médica. Segundo Nascimento et. al (2009), o avanço dos instrumentos cirúrgicos na clínica médica foi usado como forma de evitar que as parteiras continuassem a desempenhar seu ofício. O desenvolvimento tecnológico do saber científico subjugou com o apoio do Estado o ofício das parteiras.

Nesse movimento, mesmo as parteiras sendo diplomadas, elas passaram a atuar de forma subordinada aos médicos nas maternidades. No final do século XIX, os médicos passaram a propor à formação profissional de parteiras que também fossem enfermeiras. No século XX, a medicina adota uma série de estratégias para domínio do conhecimento técnico e limitação do espaço de exercício das diferentes atividades na área da saúde. Até 1949, o curso de parteira estava subordinado a uma área da medicina, toda sua legislação estava contida na da medicina. Em 1943, passou a ser exigido o diploma do curso enfermagem, e com isso, em 1949, o curso de parteira se tornou uma especialização em enfermagem obstétrica, seguindo a legislação da enfermagem exclusivamente. Foi então que, em 1957, o curso de Enfermagem Obstétrica foi criado pelo Projeto de Lei nº 3082, onde a formação profissional em obstetrix se tornou exclusividade da escola de enfermagem, como a única via para formação de não-médicos para a assistência ao nascimento e parto normal (ASAWA et. al. 2006).

Nesse contexto, de criação de leis, gradativamente, as parteiras perderam seu espaço, passaram a ser reconhecidas como aquelas que prestavam assistência materno-infantil nas áreas pobres e rurais de poucos recursos em saúde, e as mulheres passaram a procurar atendimento nos hospitais para realizar seus partos. As parteiras populares inseridas nessa relação de força com a biomedicina têm liberdade de atuação em locais distantes dos centros urbanos, onde não há a presença dos médicos. Algumas organizações não-governamentais, com o apoio do Estado, vêm desenvolvendo cursos de capacitação com essas parteiras (VIANA, 2010). No caso das três parteiras, localizadas em cidades do entorno do DF, onde não há valorização deste ofício, elas enfatizam que já realizaram partos, quando não havia médicos. Em suas falas, sobressai o temor de serem repreendidas pelos médicos que convivem no município, caso afirmem que ainda atuam. Cabe enfatizar que há uma relação de respeito por parte dessas mulheres com relação aos médicos e um desconhecimento desses com relação às parteiras da região. No entanto, por mais que elas neguem que, ainda hoje, são atuantes, essas mulheres são demandadas pela comunidade para realizar partos, quando não há acesso ao médico, quando ele não está na cidade e não é possível esperar para ir ao

hospital. Essas parteiras ainda estão inseridas em redes de solidariedade dinâmicas, que levam essas mulheres a prestarem seus serviços.

Cabe ressaltar que os avanços técnico-científicos trouxeram contribuições importantes para o campo da saúde, inclusive para a assistência à mulher e à criança, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e materna. No entanto, o uso indiscriminado destes avanços tem contribuído para o aumento do número de cesáreas, da medicalização e da elevação dos custos destes procedimentos. Segundo César Victora et al. (2011), ocorreram, aproximadamente, 3 milhões de nascimentos no ano de 2007, sendo que 89% desses partos foram realizados por médicos e 8% por enfermeiras obstétricas, especialmente, nas regiões Norte e Nordeste. Aproximadamente, 47% desses partos, ocorreram por cesarianas, essas cirurgias correspondem a 35% dos nascimentos ocorridos no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual realiza cerca de 75% de todos os partos do Brasil, e 80% dos nascimentos ocorridos no setor privado. Victora et al. (2011) destaca que 48% das mães primigestas conceberam seus filhos em cirurgias cesarianas, um valor muito elevado comparado ao limite preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de 15%, e superior aos registros de qualquer outro país. Observa-se, ainda, um aumento do número de cesarianas no período entre 2001 e 2008, de 38,0% para 48,8%.

A epidemia de cesarianas teve início nos anos 1970, quando os médicos e os hospitais recebiam pagamento maior do sistema de seguridade social por parto cirúrgico do que por parto vaginal, o que parece ter contribuído para o aumento deste tipo de parto (op. cit.). Em reação a essa tendência de aumento, foi instituído uma forma de pagamento igual para todos os tipos de parto, a partir de 1980, mas esta política produziu apenas um resfriamento temporário no crescimento do número de nascimentos por cesarianas. Outras políticas foram lançadas numa tentativa de controlar este aumento. Em 1998, o SUS estabeleceu um limite de 40% para a proporção de partos por cesariana que seriam pagos às instituições, e este limite foi gradualmente reduzido até 30%, em 2000. O Ministério da Saúde (MS) firmou um pacto para a Redução das Taxas de Cesarianas com as administrações estaduais, para 25% no ano de 2007. Mas, embora a proporção de cesarianas pagas pelo SUS tenha diminuído de 32,0% em 1997 para 23,9% em 2000, os efeitos desse acordo tiveram curta duração, especialmente no setor privado, e as taxas de cesarianas voltaram a aumentar de forma contínua após 2002 (VICTORA ET AL, 2011).

Portanto, a institucionalização do parto colocou as parteiras em um nível inferior, elas foram silenciadas, consideradas ultrapassadas por não terem formação profissional e serem desprovidas de conhecimento científico. Segundo Santos (2010: 103), este processo estava entrelaçado com outras áreas da saúde, assim, contribui também para a desqualificação do leite materno com a expansão da indústria láctea e diminui a possibilidade de realizar o parto domiciliar.

Por outro lado, atualmente, após a Constituição Federal de 1988 e a consolidação de vários movimentos sociais, o parto domiciliar realizado por parteiras é tido como uma importante alternativa de saúde da mulher, principalmente em áreas rurais. No Brasil, nos últimos anos, em média, ocorrem cerca de um milhão e duzentos mil nascimentos por ano e cerca de 20% destes (240 mil) nascem com ajuda de parteiras em partos domiciliares (Ministério da Saúde, 1994). Não podendo ignorar esta realidade, em 1990, foi criado o Programa Nacional de Parteiras pelo Ministério da Saúde, almejando o cadastramento, a capacitação e o pagamento das parteiras através do Sistema Único de Saúde (SUS), para isto foi criada também uma tabela de preços constando a remuneração pelos partos domiciliares. Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde passa a priorizar e se comprometer com os problemas da mulher e da criança, almejando a implementação de ações voltadas para a melhoria da atenção à saúde materno-infantil, em especial para o controle e redução da mortalidade materna e perinatal, sendo necessário incluir ações para a melhoria da atenção ao parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais (Ministério da Saúde, 2006). No entanto, essa política não se efetiva no sentido de reconhecer esse saber/fazer e desnivelar as parteiras tradicionais com relação aos médicos. Elas passam a ser inseridas em uma dicotomia entre tradicional e moderno; assim, passam a ser situadas na área do, ainda, atrasado que deve ser submetido e higienizado pelos médicos para poderem atuar, de tecnologias inapropriadas que devem ser substituídas.

Para Acker (2006), os procedimentos técnicos e científicos desenvolvidos para aumentar a segurança durante o parto fizeram com que se afastasse a família do momento do nascimento. Segundo a autora:

“os rituais que cercam o nascimento modificaram-se ao longo do tempo, em virtude de influências significativas do avanço da ciência. O nascimento já foi parte do cotidiano das famílias. Acompanhado por mulheres parteiras no domicílio e marcado por grande envolvimento afetivo, permitia que a natureza agisse sem interferências” (ACKER, 2006).

Em reação ao uso abusivo de tecnologias e intervenções durante o parto, vários autores, pesquisadores, profissionais da saúde e ativistas feministas, nacionais e internacionais, iniciaram uma crítica ao modelo intervencionista de assistência ao parto (BRASIL, 2010). Essa mobilização trouxe ao debate a importância do parto domiciliar e a revalorização das práticas tradicionais de assistência ao parto, em que os processos de institucionalização e medicalização do parto passaram a ser questionados. Em busca de uma assistência mais humanista e do respeito à autonomia da mulher durante o parto, criou-se um movimento pela humanização do parto (FEITOSA, 2007). No Brasil, o discurso sobre humanização do parto ganhou destaque com a realização da Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Parto, ocorrida em 1985, em Fortaleza-CE, que resultou na elaboração da Carta Fortaleza. Esta carta continha, entre outras coisas, recomendações sobre a liberdade das mulheres para escolher a posição durante o parto, a indução do parto com ocitócitos e a presença de acompanhantes durante o processo de nascimento (BRASIL, 2010).

Mesmo com o crescente movimento pela humanização do parto, no Brasil, ainda se realizam muitos partos com cirurgias cesarianas, conforme visto anteriormente, e as parteiras continuam sendo vistas como aquelas que prestam assistência em locais onde não se tem acesso aos serviços de saúde. Com a implantação dos programas Estratégia Saúde da Família - ESF e Estratégia Agente Comunitários de Saúde - EACS, ao que parece aquelas mães que residem em áreas mais afastadas estão recorrendo às instituições de saúde para realizarem o pré/pós-natal e o parto, acarretando na diminuição dos partos assistidos pelas parteiras (FEITOSA, 2007).

Apesar da desvalorização do ofício das parteiras populares pelo sistema formal de saúde, as parteiras ainda estão atuantes. Nas comunidades que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde, nas comunidades ribeirinhas, quilombolas e de povos indígenas, elas são elementos fundamentais para a assistência à saúde da mulher e da criança. Em localidades como o entorno do DF, marcados pela violência e ausência de serviços de saúde, as três mulheres entrevistadas relatam que não realizam mais parto domiciliar, mas, no entanto, o que se observa é que elas permanecem atuantes, receitando remédios caseiros, benzendo crianças e “segurando menino”.

De acordo com Barroso (2009), nesse processo conflitivo sobre o domínio dos corpos, o conhecimento médico se sobrepôs ao conhecimento popular, impondo à população uma nova

mentalidade. Uma das parteiras entrevistadas relata situações em hospitais do DF de enfermeiras que desqualificaram o cuidado, limpeza e uso de óleos que faziam nos recém-nascidos:

“Ninguém tinha neném sem usar azeite doce, azeite de mamona (...), ele é muito bom para dar para o neném e cura o umbigo. Quando eu fui ganhar o último filho, lá em Planaltina, tinha palestra no postinho, eu fui consultar, e as meninas (que trabalham no posto) me chamaram lá para saber o eu fazia (como parteira), eu ia contando e elas riam e diziam: “Olha ela diz que cura o umbigo do neném é com azeite de mamona”, e riam de mim. E eu dizia: ‘A suas bobas, vocês são mais bobas do que eu, desculpa eu falar assim, porque olha, vocês estão caçoando de mim e lá cura tudo, não morre lá, não’. Elas disseram que curam o umbigo usando o merthiolate, eu falei que o merthiolate puro, seca o umbigo, pode até sair sangue, você pode usar o merthiolate depois de usar o óleo de mamona. Vocês estão mais bobas do que eu” (Dona Maria Salomé)

As parteiras populares, objeto deste trabalho, dominam técnicas apreendidas ao longo da vida, em uma formação refinada que relaciona seu corpo, corpos alheios e o meio ambiente, sem respaldo oficial, encontram no seio popular das áreas rurais e ribeirinhas a legitimidade social do ofício de partejar, e assim elas se identificam culturalmente, compartilham de experiências e processam relações sociais vivas, duradouras e efetivas. São mulheres agricultoras, idosas, pobres e portadoras de um saber popular bem peculiar nos tempos modernos, mas que são consideradas invisíveis ou inexistentes para as políticas públicas de saúde.

As parteiras populares associam a sua prática tanto os saberes da lógica do contexto social onde estão inseridas, as práticas populares, quanto o saber científico dos profissionais de saúde e o poder divino. Este último diz respeito, principalmente, à prática do cuidado através da oração para a cura de doenças físicas, sociais e espirituais, denominada de benzimento, benzeção ou benzedura. A benzeção tem a função de restabelecer as relações conflituosas com o mundo social e sobrenatural. A benzedeira, que opera devido ao dom ou benção recebida de Deus, tem como função propiciar o tratamento e explicação para a doença. Seu ato é conduzido nos momentos de angústia e de incerteza da recuperação da saúde e evitar a morte. O ato de benzer o recém nascido significa preveni-lo dos maus espíritos que podem se manifestar em seu corpo.

Semelhante ao que afirma Santos (2010: 110), sobre a vinculação do saber/fazer das parteiras tradicionais com a religião, foi possível observar nas parteiras do entorno do DF, a associação de seu ofício com suas crenças e religiões, sejam elas quais forem. De acordo com sua cultura espiritual, as parteiras fazem orações aos santos e utilizam ervas medicinais cultivadas na própria comunidade. Em diversos trabalhos realizados com parteiras, é evidente o valor

atribuído à fé durante o trabalho de parto, independente da opção religiosa, caracterizando-se como uma forma de proteção para que tudo ocorra bem. Nesse sentido, essas parteiras dominam um saber/fazer singular diverso das enfermeiras obstetrias. Após esse panorama, discutido acima, sobre onde e como se situam as parteiras populares no processo de institucionalização do parto, a seguir iremos discutir como atuam essas parteiras no entorno do DF. Para tanto, será necessário analisar a rede de relações sociais onde se inserem e a relação dessa rede com os procedimentos terapêuticos que utilizam e a formação dessas parteiras.

#### 4. O cenário de atuação das parteiras populares do DF e região do entorno

Antes de discutir o caso específico das parteiras populares da região do DF e entorno, apresento uma revisão bibliográfica sobre como alguns autores definem essas parteiras e o cenário de suas práticas.

O Ministério da Saúde define a parteira tradicional como “aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira” (BRASIL, 2010). Segundo a mesma fonte, a parteira também pode ser denominada “aparecida”, “parteira leiga”, “comadre”, “curiosa”, “mãe de umbigo”, entre outras. Entretanto, o Ministério da Saúde considera que a denominação “parteira tradicional” é o melhor termo que caracteriza a prática, os saberes e a formação das parteiras. Menéndez (1994) faz uma crítica ao termo tradicional, o qual é carregado de uma significação ideológica, pois ao se opor ao moderno, identificado com a biomedicina e o Estado, o tradicional é relegado ao igual a si mesmo, que não se transforma. No entanto, segundo o mesmo autor, o que se denomina tradicional está em plena transformação. Nesse sentido, Carneiro da Cunha (2009), também, enfatiza que um dos aspectos definidores desses saberes é sua produção coletiva que necessariamente precisa transitar e trocar informações para existir. Nesse sentido, essa denominação de parteiras tradicionais acaba por revelar a relação de poder desigual vivenciada com o Estado/biomedicina.

As parteiras da região do Distrito Federal e entorno são reconhecidas como “mulheres que pegam meninos”. Essas se definem como mulheres que receberam um dom de Deus, o dom de partejar e de prestar cuidado a outras mulheres, elas entendem a sua prática como uma missão. Para Abreu (2005), a parteira tradicional é aquela que não possui conhecimento técnico-científico biomédico, mas que possui muitas habilidades, pois são capazes de realizar partos difíceis e em meio a muitas dificuldades de recursos, elas constroem uma relação de afeto, companheirismo, confiança e segurança contribuindo para o empoderamento da mulher para conduzir o seu parto, o que favorece o trabalho de parto e cria um ambiente acolhedor para a chegada do bebê.

Nos termos de Feitosa (2007), as parteiras tradicionais ou leigas “são aquelas que não trabalham em hospitais, postos de saúde ou qualquer outra instituição formal de saúde e, se tiveram algum treinamento formal, que fosse inferior a um mês”, já as parteiras que possuíam algum vínculo com o sistema formal de saúde são consideradas “parteiras profissionais”. Segundo o mesmo autor, as parteiras do Estado do Ceará também são conhecidas como

“cachimbeiras”, pois tinham o costume de fumar o cachimbo no momento do parto para que cuspsse a baba de cachimbo e esfregasse na barriga da mulher para a criança nascer depressa, e, após a criança nascer, elas tragavam a fumaça do cachimbo e sopravam no umbigo do bebê para que ele secasse e caísse mais rápido (op.cit:15-16). As parteiras são profissionais, de acordo com a definição da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, porque são “capacitadas para cuidar da saúde de gestantes, parturientes, puerperais, recém-nascidos e familiares, buscando promover e preservar a normalidade do processo de nascimento, atendendo às necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres” (FEITOSA, 2007: 24).

Por sua vez, Capiberibe (2002) afirma que as parteiras são mulheres humildes, a maioria delas não é alfabetizada. Elas desenvolveram o dom de partejar herdado de suas mães e avós e preservam conhecimentos que são passados de geração a geração. Geralmente, atuam onde não há médicos, seguem pelos rios, igapós, igarapés, enfrentando os desafios da natureza. Assim, de acordo com a autora: “as parteiras, mulheres guerreiras, vão onde alguma gestante espera pelo toque de suas mãos sábias e amigas, pelas rezas e cantos que fortalecem o espírito” (op. cit.: 21).

Segundo Acker (2006), as chamadas parteiras ou assistentes do parto são aquelas mulheres que prestam assistência a outras mulheres durante o parto, podendo ser vizinhas, mães, amigas ou outra pessoa da comunidade, capazes de ajudar a futura mãe em alguma tarefa relacionada ao parto. De acordo com Robbie Davis-Floyd (2008), a denominação parteira se aplica internacionalmente àquelas que possuem formação em instituições de ensino reconhecidas pelo governo, do contrário não pode ser reconhecida como parteira, mas como parteira tradicional. Percebe-se, portanto que são muitas as definições e abordagens sobre essas mulheres que “seguram crianças”, as parteiras populares.

Buscando definir, ou melhor, contextualizar o ofício das mulheres que participaram dessa pesquisa - onde se situam, como atuam, vivem e pensam sobre suas terapêuticas -, é possível afirmar que as mesmas são as pessoas com quem as “buchudas” compartilham um dos momentos mais marcantes da sua trajetória de vida, de transformação do seu corpo e inserção em uma nova rede de socialidade, o nascimento do filho. As parteiras populares do entorno do DF são membros atuantes da comunidade ou rede de socialidade da parturiente, assim, compartilham dos mesmos costumes, comportamentos e concepções acerca do corpo, da saúde e da doença. Por fazer parte do grupo social da parturiente e ser uma pessoa próxima, no sentido de conhecer e compartilhar as histórias de vida das mulheres de sua comunidade, a

parteira popular estabelece uma relação de carinho e confiança com a parturiente, que se estende para além do parto, estando presente nos momentos diários de cuidado e dificuldades com a mãe e a criança. Esta relação está baseada nas relações de solidariedade que estruturam os coletivos no meio rural, conforme Cândido (2009). A parteira torna-se a segunda mãe, a avó ou a madrinha da criança, já a parturiente e a parteira tornam-se comadres, elas criam vínculo e afeto uma pela outra, diferente do que acontece entre médico e paciente.

Nos casos das três parteiras entrevistadas, essas ainda se encontram em cidades com uma marcante presença do meio rural e isso levanta alguns elementos na rede de socialidade dessas mulheres, que se difere da rede de outros terapeutas que se encontram em centros urbanos. As três senhoras têm uma história relacionada com a formação dessas cidades, participaram do processo histórico de construção das mesmas, do movimento que transcorreu dos povoados ou bairros rurais às cidades que são hoje.

Portanto, no caso dessas parteiras, elas se formaram ou criaram no contexto de campesinato, definido como de produtores rurais, marcados pela reprodução familiar, com modos específicos de gerir a herança, a sucessão e a socialização dos filhos (Welch et. al. 2009). Marca um coletivo rural ou bairro, conforme definição de Cândido, a unidade por excelência da socialidade campesina, isto é, uma rede ampla de solidariedade ligando os moradores de uma vizinhança uns aos outros e contribuindo para a sua unidade territorial (2009). A rede de solidariedade que marca o campesinato reúne vizinhos que prestam serviços em colaboração como, por exemplo, o mutirão. Esse é desencadeado em nome de Deus ou em “tempo de caridade”, conforme informante de Cândido (op. cit) e, em troca pelo serviço feito, recebe os vizinhos com uma festa. Por outro lado, caso não tenha condição de promover uma festa como uma contra-dádiva, os vizinhos, prestadores do serviço, organizam a alimentação de todos. Ainda, segundo Cândido, definem os bairros rurais os festejos religiosos que reúnem o coletivo. Na construção desses coletivos, deve-se ter em mente que esses não se fecham em mônadas isoladas, mas esses coletivos continuam a se efetivar na circulação ampla de pessoas e informações para além de suas áreas limítrofes imaginadas. Marca as relações desses coletivos rurais a rede de solidariedade de dádiva e contra-dádiva efetivando as redes de socialidades, assim as parteiras com um dom divino devem prestar serviço dentro dessa lógica que estrutura suas relações. No povoado que originou a cidade de Água Fria de Goiás, por exemplo, nas décadas de 1940-50, como não havia comércio local e havia uma escassez de moeda, os habitantes praticavam a troca de mercadorias e se organizavam em caravanas por cargueiros em lombo de burros, cavalos e carros de bois com destino a cidades maiores como

Catalão, Corumbá, Planaltina, Formosa, Luziânia (na época Santa Luzia), levando sua produção de açúcar e toucinho para vender e obter dinheiro para comprar café, sal, tecidos, ferramentas etc (IBGE 2012). Nesse sentido, esses agrupamentos mantinham relações com outros, trocando informações, mercadorias e pessoas.

Semelhante ao que afirma Cândido (2009: 200) com relação às cidades paulistanas, os núcleos de Água Fria de Goiás e Padre Bernardo (IBGE 2012), também, tiveram, no início de sua história, moradores segregados, que, após a construção de uma capela, patrimônio doado, de lojas construídas ao redor da mesma e algumas casas, passavam a conformar um núcleo de população esboçado. Assim, o povoado tornava-se vila, chegando à cidade. Ainda, segundo o mesmo autor, na base dessa estrutura está uma origem familiar, solidificando o fundamento territorial. Desse modo, este território, juntamente com o vínculo de solidariedade e parentesco, criado na rede de socialidade com a vizinhança, caracteriza um núcleo campesino.

Com o desencadeamento do processo de urbanização e industrialização, ocorridos no Brasil mais intensamente a partir da década de 1970, os pequenos povoados uniram-se para formar as primeiras cidades, ainda pouco desenvolvidas. À medida que as cidades iam se consolidando, novos ideais e concepções eram criados. O processo de urbanização das cidades causou o esvaziamento do meio rural com a invasão das máquinas e agrotóxicos, que obrigaram os trabalhadores rurais a migrar para as cidades a procura de emprego. Cada vez mais se acentuavam as diferenças sociais, econômicas e culturais entre os meios urbano e rural. No meio urbano, houve a incorporação de novas tecnologias ligadas à saúde, os procedimentos terapêuticos passaram a ser protocolados e a gravidez foi “patologizada”, ou seja, passou a ser tratada como doença e alvo de intervenções médicas, conforme foi visto anteriormente. No meio rural, onde as instituições de saúde são escassas, as práticas populares permaneceram como a principal alternativa para os cuidados em saúde.

Por conseguinte, o ofício de parteira dessas mulheres vai além da assistência ao parto, pois deve ser entendido nessa rede de solidariedade que, conforme afirmam alguns dos sujeitos da pesquisa de Cândido com relação ao mutirão, não se trata de uma obrigação para com a pessoa, mas com Deus, por amor de quem se serve ao próximo (2009: 194). Diferente do médico obstetra e da enfermeira obstetra, a parteira possui um importante papel no estabelecimento de vínculos entre ela e a parturiente, entre as pessoas, famílias e a comunidade. Esses vínculos surgem de um dom divino de realizar o parto ou “segurar o menino” de mulheres com quem ela já tem estruturada relações sociais. Esta relação de

vínculo é importante para conhecer e compartilhar os sentimentos e emoções durante o parto. A parteira, também, é a pessoa que cuida da mãe e da criança após o parto, é ela que orienta para os cuidados com a higiene, auxilia nas dificuldades e assume as tarefas domésticas durante o período de recuperação.

Santos (2010) ressalta que partejar é uma tradição passada oralmente de geração em geração. Marca a biografia da parteira que vive essa experiência em seu corpo e em seus partos e se relaciona com outras mulheres, observando e aguçando seus sentidos. Ainda, segundo Santos (op. cit.: 84), o ofício das parteiras pode ser entendido como uma dádiva, que opera com base na reciprocidade, em que é necessário dar, receber e retribuir. Esta ação de troca contribui para a criação de um “laço de energia espiritual” entre a parturiente e a parteira. Dias (2007) conta que as parteiras da Serra Encantada, localizada na região nordeste do Brasil, compreendem seu ofício como “um dom dado por Deus” e que nasce da necessidade de cuidar das mulheres de sua família e comunidade diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Para estas parteiras, o cuidado da mulher durante o parto consiste em “não fazer nada”, em deixar a natureza agir, ela está ali para acompanhar, zelar, esperar e acariciar. Neste sentido, o “fazer nada” significa fazer o que entendem ser necessário para o desenvolvimento do processo com o mínimo de interferência, respeitando o caráter fisiológico e o próprio ritmo dos acontecimentos. Para essas parteiras, assim como para as parteiras do entorno do DF, o corpo feminino foi moldado para o parto, nesse sentido, ao contrário da biomedicina que, cada vez mais, medicaliza o parto e o transforma em um agravo, as parteiras populares acompanham o ritmo do parto dado por cada corporalidade, pois “durante o parto, acompanhar a mulher é conhecer a arte de esperar, confiando na capacidade de parir e nascer” (DIAS, 2007: 484-485). De acordo com Dias (op.cit), a parteira encoraja a mulher a escolher a posição de sua preferência, ela pode querer ficar de cócoras, deitada, de quatro, de joelhos, andando, sentada, na rede, na cama, nos braços do marido, ou de outra forma que preferir. A autora destaca que a mulher é capaz de identificar o momento certo da chegada da sua criança e essa interpretação permite-lhe escolher os meios e as posições mais apropriadas para a realização do parto. Nesse processo de partejar, no entorno do DF, a parteira participa enfatizando o coletivo do grupo, a rede de solidariedade em que se insere mãe, parteira e a rede de vizinhança. Desse modo, nos casos em que a parteira observa que a mãe não tem o que comer ou não tem algum remédio em sua horta, após identificar o problema, é ela quem aciona a rede de solidariedade que passa a atuar como uma rede de cuidado. Mãe e parteira conhecem a biografia uma da outra. No caso das três parteiras, elas ainda atuam com um

grupo de pessoas que reconhecem nelas essa habilidade, que compartilham com elas dessa rede de solidariedade que, hoje, está transformada e complexificada, mas que ainda guarda marcas da rede de solidariedade mencionada anteriormente, a rede campesina.

#### **4.1 Localizando as parteiras populares do entorno do DF**

O cenário específico da formação dessas três parteiras era de pequenas cidades com população pobre que sobrevivia, basicamente, da agricultura, caça e coleta. Elas trabalhavam fiando, tecendo, trabalhando na roça, onde a vida era considerada difícil. Dona Maria Salomé recorda que tanto seu pai quanto seu marido foram trabalhadores rurais, prestavam serviços em fazendas da região do, hoje, município de Água Fria de Goiás. Alimentavam-se do que plantavam, das galinhas e porcos, e de animais de caça. Consumiam carne de boi só quando era ervada, ou seja, se algum boi morresse comendo alguma erva venenosa, assim tinha que sangrar o boi para retirar o veneno da erva e poderiam consumir a carne. Nesse contexto, a população vivia basicamente da agricultura, necessária ao próprio consumo e da venda ou troca por outras mercadorias. A alimentação era composta basicamente de grãos e vegetais cultivados nos quintais de casa e colhidos manualmente. A carne era um alimento nobre, apenas os fazendeiros mais ricos, donos de grandes terras e de rebanhos, é que comiam carne com frequência. A população pobre não podia comprar carne por que não tinha dinheiro e não havia açougues, somente comia carne quando um fazendeiro matava um gado e doava alguns pedaços ou quando retribuía com a carne um favor ou serviço prestado. Também não tinha refrigeradores para armazenar a carne, sendo obrigados a consumir a carne toda ou salgar a carne para que pudesse conservá-la por algum tempo.

Nessas situações, de acordo com essas mulheres, as condições de trabalho das parteiras eram igualmente difíceis, devido à inexistência de infra-estrutura e dificuldades de acesso aos hospitais. Elas viviam em pequenas comunidades formadas basicamente por aglomerados de famílias constituídas a partir de um casal genitor que migravam em busca de novas oportunidades de trabalho a fim de adquirir melhor qualidade de vida. Eram municípios pouco desenvolvidos em termos de infraestrutura, cuja presença do governo e de seus serviços eram inexistentes. Como não havia energia elétrica, a iluminação noturna provinha das lamparinas, cujo principal combustível era o óleo diesel. Não havia rede de abastecimento de água, a água utilizada para irrigar a horta, lavar a roupa, cozinhar e beber vinha direto do rio. A alimentação e os remédios eram produtos do próprio quintal e da roça.

De acordo com o relato dessas senhoras, quando uma mulher ficava grávida, os familiares já iniciavam os preparativos para o cuidado da mulher durante o parto e no resguardo. Preparavam a horta para o cultivo das plantas que seriam utilizadas no preparo dos chás, banhos e óleos, importantes para a cura e recuperação da mulher e da criança. Também, providenciavam a criação de galinhas e frangos que serviriam de alimento para a mulher durante os primeiros dias após o parto. Mas, a gravidez não era observada como um problema, a gestante mantinha suas atividades normalmente, e parteira somente era chamada para atuar no momento do parto. Diferentemente do que foi relatado por Fleischer (2008) sobre as parteiras populares de Melgaço (PA), que realizam massagens conformando um serviço pré-natal, as parteiras dessas localidades de Goiás só atuavam e realizavam massagens no momento do parto ou quando a mulher sentia algum incômodo, que sinalizava que era o momento da criança nascer. Assim, elas eram chamadas a atuar, às vezes, realizavam grandes deslocamentos para chegar até o local onde estava a gestante. Passavam alguns dias ao lado da mãe e do filho, após o parto, prestando os cuidados necessários no que tange à higiene, cicatrização e alimentação.

Nesse contexto, quando uma família estava passando por alguma dificuldade a ajuda não faltava, era muito comum que um vizinho, amigo ou familiar fosse oferecer ajuda, seja doando um alimento que foi abundante em sua plantação, oferecendo um remédio, seja ajudando na colheita ou no preparo de um alimento ou remédio. A própria parteira é uma figura central para acionar essa rede. Da mesma forma, quando uma mulher estava para parir, era comum que uma vizinha mais experiente fosse ajudá-la no momento do parto. Com isso ela ia se especializando no cuidado da mulher e da criança, e cada vez mais se tornava referência para outras mulheres que, ao engravidar, recorriam aos cuidados daquela mulher experiente.

Enquanto o sistema formal de saúde possui toda uma infraestrutura considerada necessária pelos profissionais de saúde para realizar o parto, baseada em tecnologias e equipamentos, as parteiras populares costumavam utilizar outros procedimentos, a fim de preservar a saúde da mãe e do bebê, como a dieta, rezas, massagens, manipulação de remédios caseiros que consideram essenciais para realizar um bom parto e cuidado pós-natal. E, principalmente, essas mulheres se utilizavam de seus conhecimentos que marcavam suas corporalidades, isto é, as mãos que massageavam, o olhar aguçado, os sabores e aromas dos remédios e alimentos produzidos por elas. No entanto, atualmente, essas cidades vivem a hegemonia do sistema formal de saúde que é observada nos relatos dessas parteiras, que ao serem indagadas sobre a

possibilidade de fazerem partos atualmente, elas negam sua atuação e justificam a não realização devido não a sua capacidade e experiência, mas à existência do hospital, a presença do médico.

## 5. Formando-se parteiras populares e o ritual de partejar

De acordo com Borges et. al (2009), as parteiras com quem trabalhou afirmam que sua função é “aparar menino”. Santos (2010) ressalta que partejar é um conhecimento passado oralmente, de geração em geração. A autora afirma que a prática do cuidado das parteiras “integram o sistema de conhecimento informal e popular, engendrado nas culturas tradicionais, portanto transmitidos e absorvidos como rituais que estão na base da sua força mágica, religiosa e espiritual” (SANTOS, 2010: 83). Segundo Davis-Floyd (2007: 707), a parteira “é consciente e culturalmente competente e politicamente engajada. Trabalha com recursos do seu conhecimento específico, aliados aos interesses da mulher”. De acordo com Helman (2003), boa parte do conhecimento adquirido pelas parteiras advém de sua própria experiência de gravidez e parto. São muitas as definições sobre o ofício e o processo de formação das parteiras populares, as citações acima revelam a complexidade desse saber localizado. Compõem o processo de formação de uma parteira a troca de informações, a observação e aprimoramento do conhecimento a partir da vivência em seu próprio corpo e observando outras corporalidades.

Segundo Dias (2007: 477) o parto no ambiente hospitalar assume um caráter de risco e sofrimento, o que dificulta à mulher a oportunidade de vivenciar uma experiência saudável e prazerosa. No entanto, o parto em domicílio se configura como uma experiência cheia de significados, discursos negociados, na concepção das parteiras e parturientes. Oferecer um chá, massagear a barriga e rezar são algumas atividades que as parteiras utilizam como recursos para aliviar a dor e o desconforto e dar segurança às parturientes. De acordo com Dias (2007), a reza, o louvor e o agradecimento são etapas tradicionais no processo de nascimento da cultura das parteiras tradicionais de Serra Encantada, o que também é observado nas cidades do entorno. Para Gualda (1993), os aspectos biológicos passam a ser pautados pelas características individuais e sociais. Tais aspectos definem a sensação de dor e o tempo do parto em cada experiência, causando diferentes manifestações durante o parto, de acordo com a particularidade de cada caso. Nesse sentido, a experiência do parto é uma forma de conhecer o próprio corpo, portanto:

“Nos períodos clínicos do parto, a atitude das parteiras contribui de forma significativa para a mulher sentir-se confiante, acreditando ser capaz de buscar a força necessária para vencer essa travessia. Durante a evolução do período de dilatação, conforme se aproxima o momento de dar à luz, a mulher muitas vezes relata a ausência de força, decorrente da exaustão inerente ao trabalho de parto” (DIAS, 2007: 485).

Dias afirma que “quando as mulheres sentem-se confiantes e são observadas durante o trabalho de parto, é bastante comum adotarem posições inclinadas para frente, ou seja, apoiadas nas mãos e nos joelhos, de quatro” (DIAS, 2007: 486). De acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, as variações dessa posição ajudam a relaxar a musculatura e reduzem a atividade do neocórtex, o que estimula a liberação de hormônios que promovem contrações uterinas efetivas:

“Essa é uma postura que ajuda a lidar com a dor, em especial nas costas, facilita a rotação do bebê no canal de parto e a descompressão dos vasos sanguíneos, como a veia cava e a aorta. A postura de quatro permite à mulher isolar-se do mundo externo com mais facilidade. Então, ela pode até ousar gritar ou fazer coisa que jamais faria em outras circunstâncias. Ela esquece o que aprendeu ou o que leu. A posição de quatro é a que mais facilita a redução da atividade neocortical e ajuda a estimular a liberação de hormônios que promovem contrações uterinas efetivas” (op. cit: 486).

No caso observado pela autora, no nordeste, após o nascimento, a criança tem o cordão umbilical cortado e amarrado com fio de saco de algodão, e se torna mais um “afilhado de umbigo” das parteiras. Para elas a espera pela “saída do resto do parto” é um momento perigoso em que pode ocorrer hemorragia. A parteira também se torna presente durante o resguardo, momento em que a mulher precisa “recuperar suas forças”, ela prepara sua comida feita com galinha e lava sua roupa (DIAS, 2007).

Segundo Borges et. al. (2009) o resguardo dura aproximadamente 40 dias após o parto, neste período são cruciais os cuidados com a higienização e alimentação. O cuidado com a placenta também é um fator importante que pode afetar a saúde da mulher, devendo ser enterrada com cuidado no quintal de casa pelo marido, para que os cachorros não comam, de acordo com esses autores. A parteira possui conhecimento da dieta pós-parto que a mãe precisa seguir, com as recomendações dos alimentos que podem ou não ser ingeridos durante o resguardo. Além dos cuidados com a alimentação, a parteira também indica remédios e chás de ervas para aliviar as dores das contrações e para uma melhor recuperação da saúde. Diante desse quadro de atuação das parteiras populares, Dias afirma que:

“As ações de cuidado desenvolvidas pelas parteiras tradicionais marcam a contradição com o modelo que privilegia a doença está centrado na medicalização e na intervenção que penaliza as mulheres com o uso de tecnologias não adequadas ao processo de cuidado ferindo o seu direito de escolha garantido pela política de humanização desenvolvida pelo Ministério da Saúde” (DIAS, 2007: 487).

De acordo com Feitosa (2007: 32), após a década de 1960, as parteiras passaram a utilizar tesouras e luvas para realizar os partos, resultado do processo de higienização do ofício que teve início com a criação dos cursos para orientar as parteiras quanto aos riscos durante o parto, principalmente aqueles referentes à higiene. Isso se revela uma incorporação de tecnologias que comprova a abertura desse sistema médico para outros, pois a troca de informações dinamiza o universo dos terapeutas populares.

### **5.1 A especificidade das parteiras populares do entorno do DF: o saber/fazer no partejar**

As parteiras populares são detentoras de um saber sobre o corpo, a saúde da mulher e o parto que não foi adquirido em livros. Algumas não aprenderam a ler e nem a escrever, transmitem seu conhecimento oralmente de uma mulher para outra, sejam elas parentes ou conhecidas da comunidade. Não frequentaram escolas especializadas para a aquisição destes conhecimentos, aprenderam por meio da observação despreziosa, tendo como inspiradoras outras parteiras populares “assistindo” as parturientes. Dominam o conhecimento das plantas nativas do cerrado ou cultivadas em seus quintais e saberes sobre o corpo e seu desenvolvimento. Sempre gostam de ter outra parteira auxiliando, dizem ter medo, mas o que se observa é o compartilhamento de informações no momento do parto quando estão reunidas.

De acordo com os relatos das parteiras de Goiás, o início do ofício ocorreu de forma casual, ou seja, iniciavam suas atividades ao se depararem com um evento no qual não tiveram alternativa senão assumir o papel de parteira, “amparando” ou “segurando” crianças que nasciam inesperadamente diante delas. Fleischer, também, observou esse ritual inesperado de iniciação com as parteiras de Melgaço (2008). Assim, muitas ingressaram no ofício, observando e recebendo ensinamentos de outras parteiras, quando atuavam como ajudantes, e aprimoraram seus conhecimentos nessa inter-relação. Seus saberes são adquiridos e acumulados ao assistirem no momento do parto e após o mesmo e no dia-a-dia mães e filhos. Esse aprendizado requer a capacidade de observar cuidadosamente a prática corporal de outras mulheres e a habilidade de agir diante no inesperado, de observar os corpos se transformando ao longo do ciclo da vida, de conhecer o potencial das plantas e dos alimentos.

No dinamismo desse conhecimento, no trânsito entre saberes que o sustenta, há a incorporação de outros remédios como os das farmácias. Conforme Menéndez (1994), esse

saber popular está inserido em um campo relacional onde se dinamiza. Sobre essa troca de informação e a vida em trânsito entre o meio rural e as cidades, uma dessas parteiras contou o seguinte relato: nos preparativos para o nascimento de um dos seus filhos, o esposo incumbiu um amigo de trazer das farmácias da cidade medicamentos que poderiam ajudar no parto e após o nascimento da criança. Assim, ele trouxe um óleo da farmácia que ela não se recorda o nome, o qual tinha um gosto amargo. Ensinou a usá-lo, afirmando que ela deveria beber a metade, caso fosse feliz no parto, e deveria guardar o resto para outra mulher, mas, caso não “despachasse” tudo (placenta e líquidos) deveria beber o vidro todo. Isso revela o trânsito que Bolstanski (1978) tratou na inter-relação entre o meio rural e urbano, onde ocorria troca de produtos e informações. Essas mulheres enfatizam a importância do óleo de azeite doce, de mamona, produzidos por elas, trata-se de um óleo muito usado, para a criança e a mãe beber ou para limpar o umbigo. Também, é usado para higienizar a vagina para tirar resto da placenta no momento do assento ou lavagem. Há chás variados, como o de hortelã macerado que deve ser adicionado ao azeite doce e enxofre para ajudar a descer o resto da placenta.

As práticas dessas parteiras estão culturalmente ligadas à realidade local, seus saberes são valorizados pelos membros da comunidade que as consideram figuras centrais e importantes no atendimento à saúde da mulher e criança. Possuem conhecimento sobre o corpo da mulher acumulado de seus antepassados a partir da circulação de informações e dos sentidos aguçados para o vivido. Elas reconhecem sinais e sintomas de doenças e sabem como tratá-las. É através dos recursos naturais, tais como raízes, ervas e folhas, que as parteiras tradicionais curam qualquer doença. Sobre as infinidades de plantas cultivadas pelas parteiras que, através da maceração e do cozimento, são preparadas em forma de chá ou banho, usados para prevenir e curar doenças, cabe destacar o depoimento de uma parteira do município de Águas Frias de Goiás: “(...) só das mulheres ficarem gestante, elas já sabiam que tinha que fazer um canteirinho e plantar os remedinhos para elas e para dar aos nenéns. Hoje em dia, ninguém usa isso mais, né?!” (Fala da Parteira Dona Maria Salomé)

Os remédios caseiros são elementos essenciais ao cuidado da mulher e criança pelas parteiras, pois são os meios por elas utilizados para curar diversas enfermidades como infecções, cólicas e até mesmo para parar hemorragia. As parteiras relatam que esses remédios caseiros servem principalmente para o banho de assento específico para as mulheres, mas, também para a mulher e a criança beber. Segundo Barroso (2009):

“a medicina tradicional é fundada sobre certo modo de transmissão oral e gestual que não passa pela intermediação da medicina convencional, e sim pelo saber da parteira

que tem um profundo conhecimento de ervas e plantas medicinais. Esse conhecimento regional, o uso linguístico popular com nomes de doenças, as descrições dos sintomas confrontam com o saber médico erudito”.

De acordo com essas mulheres de Goiás, um procedimento muito importante e característico na assistência ao cuidado da mulher gestante e, principalmente após o parto, é a sua dieta. Quando uma mulher ficava grávida, nas condições difíceis do campo, ela tinha que seguir a dieta que cumpria comum a todos da roça e mantinha suas atividades. A gravidez requer o cuidado com o uso de alguns chás e alimentos remosos, mas, de acordo com essas mulheres, a lida diária continua da mesma maneira até quando começasse a sentir as dores do parto. Havia alguns alimentos proibidos como o chá amargo, que era abortivo, a pimenta, que causava cólicas abdominais no bebê, a melancia, o ovo, a carne de porco que não era capado e de gado que morresse “ervado” ou irritado, pois eram considerados remosos e poderiam causar infecção. Uma das parteiras entrevistadas acredita que, atualmente, a maioria dos partos está acontecendo nos hospitais porque as gestantes não seguem mais a dieta de antigamente, hoje, há muitos produtos e alimentos com efeitos desconhecidos, o que inviabiliza um parto domiciliar seguro, acarretando complicações durante o parto, sendo necessária a intervenção médica. Durante o resguardo, a dieta se torna mais rígida, nos primeiros oito dias, a mãe comia apenas sopa de frango e depois disso, aos poucos, voltava a comer arroz, feijão. Neste período eram preparados os banhos com mentrasto, folha de algodão, carrapicho e pé-de-perdiz utilizados para tirar a dor, curar a infecção e ajudar na cicatrização.

Outro recurso importante no restabelecimento da saúde da mãe e bebê eram os chás, preparados com artimijo, arruda, mentrasto, mastruz e hortelã. Segundo Dona Maria Madalena, os chás deveriam ser dados às crianças desde pequenos, para que fizessem o costume de beber, pois se gripassem ou tivessem febre, a criança não recusaria beber e curar-se-ia. Também, desenvolveram habilidades para retirar a placenta e impedir que a mulher contraísse tétano. É através de remédios caseiros, feitos a partir de plantas como artimijo e folha de algodão, e de simpatias, como “vestir a camisa do marido do lado do avesso”, “assoprar dentro de uma garrafa com força”, “tomar rescaldo de cinza”, que é uma espécie de chá preparado com água quente e resto de cinzas do fogão à lenha, que as parteiras faziam e ensinavam as mulheres a fazer para que o resto do parto saísse e não causasse infecção.

Essas parteiras não dispõem de acessórios e aparatos médicos como luvas, bisturi e anestesia para realizar os partos. Elas utilizam basicamente um pano ou toalha limpa para aparar a criança, que, preferencialmente, era de cor branca que, segundo a parteira Maria, simbolizava

a paz. Utilizavam uma tesoura para cortar o umbigo da criança, que deveria ser cortado na distância de três dedos aproximadamente, após amarrar o umbigo com um cordão para conter o sangue. Elas, também, costumavam cauterizar o umbigo da criança com um garfo ou colher aquecidos na brasa e usavam o azeite doce (de mamona). Uma parte essencial na assistência à saúde da criança são os cuidados com o umbigo do recém-nascido que, de acordo com as entrevistadas, demoravam de 5 a 8 dias para cair. Utilizavam, juntamente com o merthiolate, o óleo de azeite doce fabricado por elas mesmas, feito a partir da mamona. O processo artesanal de fabricação do óleo de rícino iniciava com o plantio da mamona nas roças, existiam vários tipos de mamona que eram utilizados não só para fabricação do óleo de rícino, mas também para a fabricação de sabão e de um azeite que era dado as crianças para curar a gripe e a tosse. As mulheres colhiam a mamona, descascavam, socavam e cozinhavam a mamona para fazer o sabão que usavam para lavar a roupa e a louça suja. Também, torravam a mamona para fazer o azeite e o óleo de rícino era feito da mamona crua. O merthiolate fazia com que o umbigo cicatrizasse e secasse. Já o óleo de rícino era passado no umbigo da criança para hidratá-lo e não sangrar. Outro elemento utilizado para curar o umbigo era o chifre de galinha d'angola e fumo torrados, estes eram depositados no umbigo da criança para que caísse mais rápido.

O parto domiciliar é marcado, sobretudo, pela presença feminina, a presença masculina é incomum. Essas mulheres compartilham um momento importante e proporcionam uma atenção individual e, de forma solidária e afetiva, as parteiras oferecem o suporte emocional, criando um ambiente acolhedor que deixa a parturiente confiante no momento de parir. Embora, em alguns casos, as parteiras tenham relatado ter realizado partos sozinhas, elas procuravam ter sempre alguém por perto para auxiliá-las no momento do parto, quando fosse necessário. Não houve relatos de mortes decorrentes dos partos atendidos por elas. Nos partos mais complicados, as parteiras apelavam para a reza. As parteiras relatam que é preciso ter calma e muita concentração durante o parto, esperando o tempo certo para que o nascimento do bebê ocorra bem, pois o momento do parto está carregado de simbolismos para a mãe e para a parteira, como sendo um momento de felicidade, mas que também pode ser perigoso, devendo respeitar o natural e o divino. As três parteiras costumavam pedir a Deus sua proteção na hora de partejar. Em seus relatos fica evidente o valor atribuído à fé durante o trabalho de parto. As orações estavam sempre presentes no momento do parto. Uma das figuras evidenciadas neste momento é a de Nossa Senhora do Bom Parto. Nota-se que o divino é um dos elementos constitutivos do ofício, não bastando apenas dominar as técnicas.

A função da parteira não era somente “aparar a criança”, mas, também, prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido, sendo assim, mesmo após o parto, a parteira permanece por alguns dias, prestando cuidado à mãe e ao bebê. Essas atividades incluíam o cuidado com o umbigo do recém-nascido, com a alimentação da mãe e amamentação do bebê. A parteira somente finalizava seus serviços e deixava a casa da parturiente após a mãe estar totalmente recuperada do parto e estar apta a realizar as tarefas de casa e cuidar da criança sozinha. Ocorre, nesse processo, uma transmissão de conhecimento para a mãe, quando trocam experiências.

Na Região Amazônica, no estado do Amapá, as parteiras tradicionais têm papel relevante na história do nascimento. São inúmeras as histórias contadas por elas, de como “aparar criança”. Elas são as grandes responsáveis pela atenção ao parto nas áreas rurais e ribeirinhas, oferecem os cuidados necessários a outras mulheres na parturição e na assistência imediata aos recém-nascidos (BARROSO, 2009). Segundo Borges et. al. (2009) a gravidez e o nascimento são mais do que eventos biológicos, são ritos de passagem. Quando a mulher se torna grávida ela muda de *status* social quando passa da condição de mulher para a de mãe. A mesma autora afirma que: “o rito de cuidado no nascimento e parto ancora-se nas representações do processo saúde-doença e nos papéis sociais a serem definidos ou redefinidos para acolher o novo membro do grupo familiar” (op.cit.: 262). Nesse sentido, o cuidado é centrado na mulher e no bebê para garantir sua proteção num momento perigoso, em que ambos estão vulneráveis fisicamente e psicologicamente. Algo semelhante acontece no ofício das parteiras entrevistadas.

Há, também, uma série de outros rituais e significados que são conferidos as crianças durante os primeiros cuidados, conforme explicaram as parteiras de Goiás, esses são: jamais dar banho na criança no sétimo dia de nascido, quando o umbigo cair deve ser colocado um botão no lugar e usar uma fita vermelha no braço da criança para espantar mau-olhado.

Conforme visto anteriormente, as parteiras associam a sua prática aos saberes da lógica do seu grupo, a troca de saberes com o saber científico dos profissionais de saúde e com o poder divino. Com relação à religião, essas mulheres praticam a benzeção, que se configura em procedimentos terapêuticos voltados para a prática do cuidado através da oração para o alívio de doenças físicas, sociais e espirituais. A benzeção tem a função de restabelecer as relações conflituosas com o mundo social e sobrenatural e também curar males que afetam o corpo como a espinhela caída (ossinho no coração que inflama) e a carne quebrada. A benzedeira,

que opera devido ao dom ou benção recebida de Deus, tem como função propiciar o tratamento e explicação para a doença. Seu ato é conduzido nos momentos de angústia e de incerteza da recuperação da saúde e evitar a morte. O ato de benzer o recém-nascido significa preveni-lo dos maus espíritos que podem se manifestar em seu corpo, convocando o seu anjo da guarda. Algumas parteiras, ainda, atuam como benzedoras ou rezadeiras nas comunidades, como é o caso da Dona Maria que, embora não “apare” mais crianças, continua benzendo crianças que continuam aparecendo em sua porta nos dias atuais. Observa-se uma transição de ofícios praticados por essas mulheres, especialmente aquelas que diminuíram suas atividades como parteiras, e passaram a atuar em outros procedimentos terapêuticos, como a benzeção e no uso de plantas medicinais.

Atualmente, essas mulheres do entorno do DF afirmam que não praticam mais o ofício de partejar como antigamente, mas muitas pessoas continuam procurando-as para benzer crianças, para tirar dor de cabeça, dor de dente, “mau olhado”, dentre outras. Seus conhecimentos e experiências como parteiras são reconhecidos através das gerações na cidade onde residem, indicando que a dádiva que Deus lhes deu continua, no sentido de fazer o bem e ajudar as pessoas, como tinham para “segurar menino”. No entanto, mesmo afirmando não serem atuantes, essas mulheres são figuras conhecidas na comunidade por sua experiência de partos bem sucedidos, por isso na ausência do médico ou do sistema de saúde são escolhidas pelos familiares das parturientes para acompanhá-las durante o parto e pós-parto. Para elas, a grande recompensa pelos serviços prestados, segundo vários depoimentos, é ver as crianças nascerem e crescerem sadias. Segundo Barroso (2009), o seu saber produz uma medicina sem custo e de fácil acesso que se constitui como alternativa de assistência ao parto e à saúde da mulher das camadas menos favorecidas, sendo condição viável e concreta.

Além de assumirem os próprios filhos, também assumem os netos legítimos e aqueles vindos dos que elas já ajudaram a nascer, que as chamam de avó, mãe ou madrinha. Ser parteira nem sempre significava vivenciar situações felizes, quando havia alguma complicação no parto, a parturiente era encaminhada para o hospital ou chamavam um médico. Mas nem sempre havia médicos por perto, e a parteira é quem utilizava toda sua sabedoria e experiência para resolver o problema. Contudo, mesmo com situações desfavoráveis ao seu ofício, ficou evidente em suas narrativas que a alegria, a afeição por crianças e o sentimento de ajudar o próximo são os grandes motivadores de sua prática. Essas mulheres sem formação acadêmica tinham um bom conhecimento dos segredos da natureza, heranças deixadas por seus antepassados, e sabiam como combater as dores de cabeça, os enjoos, as cólicas e as inflamações utilizando plantas

como remédio. Elas seguiam um ritual místico, combinando fé e sabedoria para promover a recuperação da saúde de quem por elas era assistido e tinham credibilidade em sua terapêutica.

## **6. Considerações finais: inseridas em uma rede de solidariedade e possibilidades de atuarem no SUS**

A solidariedade está sempre presente na prática das parteiras, é uma característica muito comum entre os moradores de pequenos bairros rurais, conforme mencionado anteriormente (CÂNDIDO 2009), onde a participação dos habitantes em trabalhos coletivos ou festejos religiosos é predominante. O momento exato do parto não pode ser previsto e, quando é chegado este momento, este se torna uma oportunidade para a prática da solidariedade entre mulheres de uma mesma sociedade, uma ajudando a outra durante e após o parto, suprimindo o caráter emergencial do parto e, hoje, as limitações de acesso ao sistema de saúde. Neste caso, a solidariedade consiste no cuidado entre mulheres, chamadas a fim de ajudar a outra a realizar o parto e prestar os primeiros cuidados a ela e ao bebê.

Nesse sentido, o trabalho da parteira não produz um bem material, mas social, o que vem reforçar os depoimentos das entrevistadas, que atribuem ao ofício o cumprimento de uma missão, um dom, sem a preocupação com o valor monetário atribuído ao seu ofício. Essas parteiras não cobram pelo serviço, mas havia um comprometimento dessas mulheres atendidas por elas em retribuir a ajuda correspondendo aos chamados eventuais das que a ajudavam. Reproduzindo, dessa maneira, o conceito de dádiva, analisado por Mauss (1988).

Essas parteiras afirmam que a obrigação de ajudar o próximo é para com Deus, elas se sentem bem atuando dessa maneira, e por isso que não podem recusar o auxílio pedido. As parteiras se identificam como pessoas que receberam um dom, o cuidado que prestam às mulheres e crianças é subjacente à reciprocidade. Ser parteira representa cumprir uma missão que lhes foi confiada por Deus através dos dons que receberam. Desse modo, servir uma pessoa que esteja precisando de socorro com um sofrimento qualquer, ajudar uma mulher na hora do parto, em qualquer hora do dia ou da noite, é um ato obrigatório, faz parte da missão que lhe foi dada por Deus, e a vontade divina tem de ser acatada. A religião é um elemento importante na preservação da solidariedade, pois o cumprimento das obrigações religiosas as impede de abandonar as suas atividades. Geralmente, a parteira é convocada por um familiar da parturiente quando já está próximo do momento do bebê nascer. Cabe ressaltar a prontidão do trabalho realizado pelas parteiras, que é devido à urgência requerida na maioria dos casos, que segundo elas mesmas, não pode deixar prolongar o tempo do parto, podendo prejudicar a saúde da mãe e do bebê. Portanto, ser parteira significa estar disponível vinte e quatro horas por dia, pois o momento do nascimento não tem hora e nem lugar marcados. Em suma, a

necessidade de ajudar e a sua retribuição que os habitantes da vizinhança dedicam uns aos outros geram uma rede ampla de relações e de cuidado que os unem, os faz um coletivo.

Nesse contexto, as parteiras populares têm uma posição singular e de respeito na rede de socialidade onde se encontram, possuem um *status* privilegiado. Por fazer parte da sociedade e ser aquela mulher mais próxima que conhece e compartilha as histórias de vida das mulheres de sua comunidade, a parteira promove a constituição de uma relação de carinho e confiança com a parturiente, que se estende para além do parto, estando presente nos momentos diários de cuidado e dificuldades com a mãe e a criança. Esta relação acaba por criar um grau de parentesco entre elas, o compadrio.

Em sua pesquisa realizada em Melgaço, no estado do Pará, Fleischer revela que, mesmo com as campanhas de Secretaria Municipal de Saúde para prevenção de risco durante a gravidez e incentivo ao pré-natal, as mulheres de Melgaço são muito resistentes ao “pré-natal biomédico”. Muitas mulheres que realizam o pré-natal em instituições de saúde recorrem aos serviços complementares que as parteiras oferecem, como a “puxação”, uma massagem abdominal realizada pelas parteiras desta região (FLEISCHER, 2008: 890). Por meio dessas massagens e das conversas entre a família e com vizinhos, elas avaliam o parto e encaminham aqueles mais problemáticos aos hospitais. Na visão dos profissionais de saúde de Melgaço, essas massagens acabam por posicionar erradamente os bebês e todos os “problemas” que surgem são causados pelas parteiras e suas “puxações” (FLEISCHER, 2011).

Ao longo desse texto, foi possível perceber que formas de classificação e hierarquização foram criadas pelo domínio das representações masculinas sobre as femininas. As mulheres vivem um processo de exclusão da história social e dos espaços do conhecimento e da política, dominados pela soberania masculina (SANTOS, 2010). Domínio este, cujos efeitos reverberam sobre a representação dos saberes e experiências feminina, provocando questionamentos acerca da inclusão dessas mulheres e de suas práticas tradicionais no sistema hegemônico que controla o atendimento institucionalizado do parto.

Nos municípios estudados, poucos são os partos realizados por parteiras, mas esses ainda acontecem. Essas mulheres atuam quando a parturiente não tem o acesso imediato aos serviços públicos, somente dispõe do recurso oferecido pela parteira, ou quando prefere que o parto seja feito pela parteira, pois tem resistência às práticas institucionalizadas de assistência ao parto, preservando os valores populares vinculados às práticas familiares culturalmente estabelecidas. Nesse sentido, algumas mulheres optam pelo parto domiciliar com parteiras,

mesmo tendo o profissional de saúde próximo, pois seus familiares sempre tiveram seus partos em casa, conforme relato de uma dessas parteiras. As parteiras populares oferecem um atendimento humanizado ou semanticamente próximo dessas mulheres. Além disso, existe um vínculo de confiança e afeto para receber a criança que nasce, ao contrário do relato de mulheres que viveram a experiência do parto no hospital, onde ela é obrigada a ficar deitada e sozinha, o médico colocando a mão nela e recebendo medicação.

Para as parteiras tradicionais o respeito à natureza é fundamental, elas devem saber esperar o momento certo para o parto, estão sempre ligadas nos sinais que o próprio corpo feminino é capaz de manifestar. As parteiras não devem apressar o momento do parto e nem deixar passar da hora, elas têm que ter calma e esperar para que o parto se inicie no tempo certo. A temporalidade é do corpo feminino que aciona as relações sociais familiares. Conforme visto anteriormente, as parteiras populares possuem um grande conhecimento dos remédios caseiros, feitos a partir de folhas, raízes, sementes e flores de plantas, para o alívio de dor e cura de doenças, ajudando na gravidez, no parto e na recuperação. A parteira exerce o papel de grande avó da comunidade, as pessoas da comunidade vão até a parteira para pedir orientações e conselhos. Ela possui uma espécie de autoridade, sendo assim, muitas vezes, ela exerce o direito de intervir em situações de conflito entre pessoas e familiares da comunidade.

Essas parteiras não tiveram oportunidade de se alfabetizarem por completo, mas isso não significa que elas não tenham conhecimento, elas acumulam um saber construído e apreendido ao longo da vida e experiências nas quais se apóiam para enfrentar as situações difíceis que a falta de acesso aos serviços de saúde, à educação e ao trabalho lhes causam. Muitas vezes, por causa de sua aparência e linguagem simples, são interpretadas como “curiosas” e são discriminadas pelos profissionais de saúde que desconhecem a linguagem e as práticas populares, inviabilizando a comunicação entre as parteiras e o sistema formal de saúde. No entanto, as parteiras, assim como outros terapeutas populares, são as mais próximas da população, elas compartilham da mesma linguagem, dos mesmos costumes e significados, sendo importantes tradutoras dessas linguagens e significados, podendo facilitar os diagnósticos e as terapêuticas. Deveriam ser importantes parceiras do sistema formal de saúde, auxiliando nos cuidados de saúde da mulher, da criança e da comunidade como um todo.

Em algumas localidades, as parteiras possuem uma estreita relação com os Agentes Comunitários de Saúde e com os profissionais do Programa Saúde da Família, elas auxiliam

estes profissionais contribuindo com informações relevantes sobre a situação de saúde das pessoas que acompanham na comunidade. Nestes lugares, é muito comum a parteira encaminhar a parturiente ao hospital ou ao Centro de Saúde para realizar o pré-natal, às vezes até a acompanha, e também orienta a mãe a levar a criança para tomar vacina. Mas não é sempre que isso acontece, muitos profissionais não reconhecem o potencial das parteiras e não permitem sua entrada no Sistema Formal de Saúde.

Os profissionais de formação acadêmica não reconhecem as práticas alternativas de cuidado à saúde, como as oferecidas pelas parteiras, conforme visto ao longo deste trabalho. Entretanto, as parteiras podem se tornar grandes parceiras do Sistema Formal de Saúde. Como cuidadoras, as parteiras podem auxiliar nos cuidados e orientações fornecidas pelo médico, durante e após o parto, da mãe e bebê. Além disso, elas próprias podem realizar o parto e o cuidado nesse período. Como referenciadoras, podem encaminhar a mulher ao hospital para realizar o pré-natal ou em situações de emergência. Como tradutoras, podem ser intérpretes dos sinais, sintomas e linguagem, auxiliando o médico e contribuindo para um diagnóstico mais eficaz. Para isto, é imprescindível que se estabeleça uma relação respeitosa de valorização dos saberes populares, que haja a capacitação e a educação continuada, tanto para os profissionais formais quanto para as parteiras tradicionais, de forma que esta formação seja construída a partir da troca de saberes, agregando informações e preservando a cultura nas práticas de saúde.

### Referências Bibliográficas

- ABREU, I. P. H. **Trabalhando com Parteiras Tradicionais: a experiência do Ministério da Saúde no período de 2000 a 2004**. Brasília, 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.
- ACKER, J. I. B. V.; Annoni F.; Carreno I.; Hahn G. V.; Medeiros C. R. G. **As parteiras e o cuidado com o nascimento**. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5): 647-51.
- ASAWA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. **Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiros: a interface de profissões afins, porém diferentes**. Rev Bras Enferm. 2006 set-out; 59(5): 699-702.
- BARROSO, I. C. **Os Saberes de Parteiras Tradicionais e o Ofício de Partear em Domicílio nas Áreas Rurais**. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidade do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. N°2. Dezembro, 2009.
- BOLTANSKI, L. **A descoberta da doença- difusão do conhecimento médico e Medicina popular e medicina científica**. In: *As classes sociais e o corpo*. SP: Ed. Graal. 1978
- BORGES, M. S.; Shimizu, H. E.; Pinho, D. L. M. **Representações Sociais de Parteiras e Benzedeiras sobre o cuidado**. Cienc. Cuid. Saude. 2009 Abr/Jun; vol.8, n.2, p. 257-263. ISSN 1984-7513. Disponível em:  
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8207/4599>>. Acesso em: set, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. **Diretrizes básicas da Assistência ao parto Domiciliar por parteiras tradicionais**. Brasília (DF), 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde – **Melhoria da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais**. Brasília (DF), 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=152](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152)> Acesso em: ago, 2011.

- CAPIBERIBE, J. Os Anjos da Floresta. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Org.). **Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá**. São Paulo: Cortez, 2002, p. 21.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. Brasília/São Paulo: Paralelo 15/ed. UNESP, 1998.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **Sobre o Pensamento Antropológico**, RJ/Brasília: Tempo Brasileiro/ CNPq, 1988.
- CARNEIRO DA CUNHA, M. **Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científico**. In: **Cultura com aspas e outros ensaios**. SP: Cosac & Naify. 2009.
- CHALHOUB, Sidney. ET AL. **Artes e ofícios de curar no Brasil**. São Paulo; Editora: Unicamp, 2003.
- DAMATTA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. RJ: Rocco, 1993.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. **Daughter of time: the postmodern midwife (Part 1)**. *Rev. esc. enferm. USP*, Dec 2007, vol.41, no.4, p.705-710. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/22.pdf>>. Acesso em: set, 2011.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. **Daughter of time: the postmodern midwife (Part 2)**. *Rev. esc. enferm. USP*, Mar 2008, vol.42, no.1, p.168-172. ISSN 0080-6234 Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100022>>. Acesso em: set, 2011.
- DIAS, M. D. **Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa**. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 474-486. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>> Acesso em: set, 2011.
- FEITOSA, J. B.; OLIVEIRA, F. E.; SOUSA, N. A.; MEDEIROS, R. L. R.; RODRIGUES, R.; SALES, T. B.; COSTA, Z.. **Parteiras Cearenses: história e memória do ofício de fazer o parto**. In: João Bosco Feitosa dos Santos. (Org.). Relatório do Observatório de **Recursos Humanos em Saúde**: diagnóstico e reflexões. 1 ed. Fortaleza: EdUECE, 2007, v.2 , p. 1-74.
- FIGUEIREDO, B.G. **A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Belo Horizonte, Argymentvm, 2008.

FLEISCHER, S. **Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteirs e reprodução em Melgaço, Pará.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008, mai-jun, v.13, n.3, p. 889-989.

FLEISCHER, S. “*A Puxação no Parto: manipulando barrigas, manipulando significados*”. In: **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará.** Belém/Santa Cruz do Sul: Paka-Tatu/Edunisc, 2011.

GEERTZ, C. **Os usos da diversidade.** In: **Nova Luz sobre a antropologia.** RJ: Jorge Zahar. 2001.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto.** 1993, 200p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre (RS): ARTMED; 2003.

JORGE, D. R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil.** Rio de Janeiro, 1975. 148p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LANGDON, J. **Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana.** In: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs.). **Saúde e povos indígenas.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

LISS, J. German Culture and German science in the Bildung of Franz Boas In: George Stocking (org.). **Volksgeist as Method and Ethic: Essays on Boasian Ethnography and German Anthropological Tradition,** University of Wisconsin Press, 1996.

LOYOLA, M. A. **Medicina Popular.** In GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil.** Rio de Janeiro: GRAAL, 1978, pp. 225-250.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 19ª Edição. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, K. C.; SANTOS, E. K. A; ERDMENN, A. L.; JÚNIOR, J. N.; CARVALHO, J. N. **A Arte de Partejar: Experiência de Cuidado das Parteiras Tradicionais de Envira/AM.** Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem.* 2009 abr-jun; 13 (2): p. 319-327.

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

MENÉDEZ, E. “La enfermedad y la curación ?Qué es la medicina tradicional?” In: **Alteridades**, 1994; 4(7): 71-83.

PAULA, Leandro Silva de. Médicos acadêmicos e Terapeutas populares: Uma convivência conflituosa. In: **Anais do II Encontro Memorial do Instituto de Ciências Humanas e Sociais: Nossas Letras na História da Educação**. Seção : H5 4/2. Editora da Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.ichs.ufop.br/memorial/trab2/h542.pdf>>. Acesso em: Ago, 2011.

PIMENTA, T. S. **Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos**. História, Ciências e Saúde-Manguinhos, vol. 11 (1), 2004, p. 68-70.

RIESCO, M. L. G. **Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira**. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 13-15, abril 1998.

SANTOS, L. C. Práticas de cura e terapeutas populares em Salvador no início do século XIX. In: **III Encontro Estadual de História: Poder, Cultura e Diversidade – ST 01: História e Cultura Afro-brasileira e a contribuição das populações de matrizes africanas no Brasil**, 2008

SANTOS, S. M. **Parteiras tradicionais da região do entorno do Distrito Federal**. 2010. 237p. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de História.

VICTORA, C. G. [et al]. **Saúde de Mães e Crianças no Brasil: progressos e desafios**. The Lancet. London, p. 32-46, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: jan, 2012.