

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA**

**TÉCNICA E TECNOLOGIA DO PARTO: A PRODUÇÃO E APROPRIAÇÃO
DO CONHECIMENTO TECNOLÓGICO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS.**

MARIA JURACY AIRES

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Gomes de Carvalho
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Ana Leszczynski

CURITIBA

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA JURACY AIRES

**TÉCNICA E TECNOLOGIA DO PARTO: A PRODUÇÃO E APROPRIAÇÃO
DO CONHECIMENTO TECNOLÓGICO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS.**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre em Tecnologia.
Programa de Pós-Graduação em Tecnologia,
Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Gomes de Carvalho
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Ana Leszczynski

CURITIBA

2006

Aos meus filhos e à minha filha.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todas as pessoas que construíram e percorreram comigo este caminho é tarefa delicada. Além do receio de esquecer nomes, considero esta formalidade incapaz de abarcar o significado da dedicação dos professores e professoras; dos colegas e das colegas de curso; de amigos e amigas do cotidiano; pelo desprendimento em partilhar o saber, pelas palavras de estímulo e a solidariedade de todos e todas.

No entanto, faz parte da nossa cultura e do nosso jeito de ser, explicitar, escrever nomes. Se não o fizermos, a sensação de endividamento parece aumentar ainda mais.

À Sonia Ana Leszczynski; Marília Gomes de Carvalho; Maclóvia Corrêa da Silva; João Augusto Bastos; Maria Lúcia Mott; Gilson Leandro Queluz; Luciana Martha Silveira; Vilma Chiara; Ronaldo Corrêa; Cristina Rocha; Nádia Covolan; Maria Lúcia Silveira; Ana Lúcia Verdasca; Nilson Garcia; Hilton Azevedo; Sâmara Feitosa; Lindamir Casagrande; Valter; Lucile; Domingos Leite Filho; Luiz Merkle; Maristela Ono; Helena e Paulo; Nanci; Sivonei; Sileide; Carmen Tornquist; Marlene Tamanini; Andreana; Vera; Patrícia; Vinícius; Guto; Vitória; a minha profunda gratidão e respeito.

Este trabalho também contraiu dívidas – ainda mais difíceis de pagar - com as parceiras tradicionais; com as mulheres por elas atendidas e com pessoas das comunidades pesquisadas.

Sou especialmente grata aos cidadãos e cidadãs brasileiros e a CAPES; por manterem esta Universidade e Programa de Pesquisa, oportunizando assim a reflexão e produção de material científico, para tentarmos interpretar a realidade e os fenômenos sociais.

Caro Cientista,

Os magos babilônicos, seus antecedentes de profissão, de tão pasmos com o céu, acreditavam que nele moravam as divindades, e estudavam as estrelas para melhor compreender o destino dos homens. Ora, direis, eles perderam seu tempo: já se sabe que o destino dos homens é feito junto ao chão, pelos próprios mortais. Pois bem.

Estrelas pequenas e velozes cruzam o véu da noite. São satélites artificiais. Uma dessas estrelas brilha um pouco mais intensa, senhor cientista, e amarelada: é a Estação Espacial Internacional. Quando for concluída, promete ser o melhor laboratório espacial já construído. A oportunidade de se estudar as leis da Física sem gravidade, garantem seus colegas, não tem preço.

Senhor cientista, eu concordo com eles. Mas nossa ciência é baseada numa filosofia de materialismo e objetividade – e também concordo que não há filosofia melhor para a ciência. E onde é que está o materialismo em se lançar ao espaço quando tanto há para se fazer junto ao solo? Mandar meia dúzia de pessoas para o vácuo ao custo de bilhões do contribuinte me parece romântico, não objetivo.

É claro que um laboratório lá em cima nos traria enormes avanços; só que, feitas as contas, se esse dinheiro fosse investido em, digamos, educação, o avanço real seria muito maior. Há 500 anos os árabes descobriram que água suja dá doença; e ainda hoje, água contaminada é um dos principais motivos de infecção em países pobres. Conhecimento pouco tem a ver com sabedoria de vida, ao contrário do que sugere o senso comum (vide os alienígenas que param de guerrear por serem “evoluídos demais”, tão comuns na ficção pop).

Precisamos ser frios, calculistas e técnicos para repensar o papel da ciência. Ela não é nenhuma padroeira da humanidade, nenhuma musa das mentes elevadas. É só um dos muitos jeitos de melhorar a condição humana. É lindo saber se há ou não vida em Marte, mas isso não mata a fome de ninguém. Ficamos tão fascinados pelos segredos ocultos da matéria e dos átomos e desperdiçamos nossa atenção que poderia ser usada para coisas mais importantes; e isto não é sábio. Por que o destino dos homens, caro mago, está preso ao chão”.

Vinícius Aires Staub, 2005.

RESUMO

Aborda-se com este trabalho a técnica e a tecnologia utilizada por parteiras tradicionais no atendimento ao parto domiciliar. A partir dos relatos de vinte e duas parteiras atuantes em três regiões: Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, uma Vila de Pescadores no Litoral Paranaense e um Município da Região do Vale do Ribeira, no Paraná, investigou-se a produção e apropriação deste conhecimento tecnológico, construído e transmitido oralmente de geração a geração. Buscou-se como marco teórico, dialogar com autores que fazem uma leitura crítica da hierarquização do conhecimento científico sobre o conhecimento tácito, a hegemonia do saber institucionalizado, e a desvalorização de saberes que não se enquadram no modelo científico. Os resultados da pesquisa apontam que o conhecimento tecnológico e as técnicas que as parteiras dominam sobre o processo da parturição, embora sejam desenvolvidos, basicamente, na prática, são respaldados em bases metodológicas da observação, experimentação e sistematização. Discute-se a distinção entre o saber-fazer da parteira tradicional e o aprendizado obstétrico institucional, que por ser fundamentado mais teoricamente, requer experiência prática. Por outro lado, identifica-se, na formação da parteira tradicional, carência de subsídios teóricos. Propõe-se uma interação entre os dois saberes: o tácito, da parteira tradicional, e o científico, da biomedicina, sem, contudo, hierarquizar nem, tampouco, desconsiderar as crenças às quais cada um está sujeito, na condução de seus respectivos rituais de atenção e cuidado ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Parteira tradicional; Técnica e Tecnologia; Conhecimento tácito; Conhecimento científico.

ABSTRACT

Technique and Technology on Childbirth: The Production and Usage of Technological Knowledge by Traditional Midwives

The technique and technology used by traditional midwives who assist in home childbirth will be discussed in this work. Based on the depositions of twenty-two midwives who work in three regions, Vale do Jequitinhonha/ Minas Gerais, a fishermen's village on Parana's coast and a county in Vale do Ribeira, in Parana, the production and usage of this technological knowledge, which is built and transmitted orally from generation to generation, was investigated. The basic starting point was to converse with authors who have a critical reading of the hierarchy of scientific knowledge over informal knowledge, the dominance of the academic knowledge, and the diminishing importance given to knowledge that doesn't fit in the scientific model. The results of the research show that the technological knowledge as well as the techniques midwives know about the parturition process, though developed basically in the daily practical doing, are based on methods of observation, experimentation and organization. The distinction between the midwife's know-how-to-do and the institutional obstetric learning, which demands more practice in face of its theoretical starting point, is also discussed. On the other hand it identifies, in traditional midwife's educational background, the lack of theoretical foundation. It proposes a connection between both sources of knowledge: the informal one, of a traditional midwife, and the scientific one, of biomedicine, not allowing, however, the creation of hierarchies nor disregarding personal beliefs one is attached to in the carrying out of their own rituals of attention and care towards parturition and childbirth.

Key words: traditional midwife; technique and technology; informal knowledge; scientific knowledge.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Acompanhamento de um parto no século XVI.	51
Figura 2: Vale do Jequitinhonha.....	70
Figura 3: Mapa com a localização geográfica do Vale do Jequitinhonha, MG.....	70
Figura 4: Vale do Ribeira.....	71
Figura 5: Vista parcial da cidade de Dr Ulisses.....	72
Figura 6: Mapa com a localização geográfica de Dr. Ulysses.....	72
Figura 7: Do barco de pesca, avistando a Vila da Barra do Superagüi.....	75
Figura 8: Imagem dando idéia da distância entre a Vila da Barra do Superagüi e o Município de Guaraqueçaba, onde há hospital para atender as gestantes.	75
Figura 9: Entrevistando parteira em frente à sua casa, na Vila da Barra do Superagüi.....	76
Figura 10: Parteira no seu pequeno comércio.....	80
Figura 11: Parteira (professora aposentada) em sua casa.	81
Figura 12: Parteira em sua casa.....	81
Figura 13: Mulher da comunidade com dois dos três filhos nascidos pelas parteiras.....	82
Figura 14: Parteira posando para a fotografia.....	82
Figura 15: Mãe e filha parteiras.	83
Figura 16: Parteira de Dr. Ulysses na janela de sua casa.....	84
Figura 17: Curso de Capacitação das parteiras, Vila do Jequitinhonha-MG.....	84
Figura 18: Limpeza de Camarão. Mulheres que tiveram seus partos atendidos pelas parteiras.	85
Figura 19: Mulher com um dos quatro filhos, todos paridos em casa e atendidos pela parteira.	86
Figura 20: Parteira, pesquisadora, mulher e filha.....	89
Figura 21: Canal do parto.....	90
Figura 22: Recém-nascido sugando o seio da mãe.	97
Figura 23: Parteiras simulando um exame numa gestante ou parturiente.	102
Figura 24: Avaliação da intensidade das contrações.	112
Figura 25: Parteiras aprendendo usar o Pinard.....	113
Figura 26: Avaliando a idade gestacional.....	114
Figura 27: Parteira avaliando o "encaixe" da cabeça do bebê.	118
Figura 28: Bebê encaixado na parte interna da bacia.	118
Figura 29: Assoalho pélvico com destaque para o "oito" ao redor da vagina e do ânus....	123
Figura 30: Parteira protegendo o períneo com as mãos.	125
Figura 31: Certificado de Aperfeiçoamento de Parteira Prática.	137
Figura 32: Parteira com kit de instrumentos que recebeu durante o curso.	138

Figura 33: Lições de anatomia	139
Figura 34: Cavidade uterina e feto; representação em argila.....	141
Figura 35: Aparelho reprodutor feminino, feito em argila: útero, trompas, ovários.....	141
Figura 36: Crianças do Vale do Ribeira em frente da escola.	146
Figura 37 e 38: Caderno de Anotações de Parto	147
Figura 39 e 40: Caderno de Anotações de Parto	147
Figura 41: Caderno de Anotações de Parto	148
Figura 42: Caderno de Anotações de Parto	150
Figura 43: Caderno de Anotações de Parto	150
Figura 44: Caderno de Anotações de Parto	151
Figura 45: Caderno de Anotações de Parto	151

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS	8
SUMÁRIO.....	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 A PRODUÇÃO E A APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO	20
2.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO	22
2.2 A TECNOLOGIA E A TÉCNICA	26
2.3 A HIERARQUIZAÇÃO/RACIONALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO	34
2.4 O CONHECIMENTO “TÁCITO”	40
2.5 O CONHECIMENTO DE PARTEJAR	42
2.5.1 A tecnologia desenvolvida por parteiras	47
2.5.2 A parteira e sua história no atendimento ao parto	50
2.5.3 Os tipos de parteiras	54
3 METODOLOGIA	57
3.1 A PESQUISA DE CAMPO.....	57
3.2 AS “FERRAMENTAS” UTILIZADAS NA PESQUISA DE CAMPO	64
3.2.1 A transcrição das entrevistas e a fidelidade aos sons... ..	65
3.3 A HISTÓRIA ORAL	66
4 OS DADOS GARIMPADOS NO CAMPO DE PESQUISA	69
4.1 DESCRIÇÃO DAS COMUNIDADES PESQUISADAS	69
4.1.1 O Vale do Jequitinhonha	70
4.1.2 O Vale do Ribeira	71
4.1.3 Vila da Barra do Superagüi	74
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTEIRAS ENTREVISTADAS.....	77
4.3 COMPARANDO AS PARTEIRAS DAS TRÊS REGIÕES PESQUISADAS	86
5 ANÁLISE DAS CATEGORIAS	88
5.1 AQUISIÇÃO, TRANSMISSÃO E TRANSFORMAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PARTEJAR.....	88
5.2 A SOCIALIZAÇÃO DOS SABERES.....	98
5.3 AS TÉCNICAS.....	102
5.4 A CRENÇA	105
5.5 OS ARTEFATOS UTILIZADOS PELAS PARTEIRAS.....	109
5.6 OS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS	110
5.6.1 O uso das mãos na execução das técnicas	111
5.6.2 O “encaixe” perfeito.	117
5.6.3 Uma técnica de proteção e prevenção de lacerações no períneo	121
5.7 A MELHOR POSIÇÃO PARA PARIR.....	126

5.8 O ALÍVIO DA DOR	127
5.9 A ESCOLHA POR PARIR EM CASA	131
5.10 CURSO DE CAPACITAÇÃO DAS PARTEIRAS	134
5.11 LIÇÕES DE ANATOMIA.....	138
5.12 A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DAS PARTEIRAS NA COMUNIDADE	142
5.12.1 A criação de um Sistema (caseiro) de Informações de Nascidos Vivos.	146
5.12.2 Outras Atividades da Parteira na Comunidade	152
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
7 REFERÊNCIAS.....	166
ANEXO A	174
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM AS PARTEIRAS DO PARANÁ ...	174
ANEXO B	176
ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS RELACIONADAS AO PARTO NORMAL.	176

1 INTRODUÇÃO

“O nascimento não se restringe a um ato fisiológico, mas testemunha por uma sociedade, naquilo que ela tem de melhor e de pior”.

Jacques Gélis (In: MOTT, 2002, p.399)

Ser mulher e mãe; e ter trilhado uma trajetória profissional como psicóloga e Doula¹ apoiando física e emocionalmente as mulheres no processo de tornarem-se mães, constituíram-se fatores decisivos para mobilizar nosso interesse pela temática da reprodução, e a maneira como a sociedade atual considera o evento do parto e nascimento.

O parto é pensado neste trabalho como uma experiência vivida genuinamente pela mulher que dá a luz, e o nascimento, como o momento exato de uma criança iniciar seu curso pela vida no mundo exterior ao ventre materno. Ambos – parto e nascimento – acontecem simultaneamente e compõem o processo de um fenômeno comum a toda humanidade: parir e nascer.

Não obstante a universalidade dos aspectos fisiológicos, o parto e o nascimento sofrem alterações segundo as regras ditadas pela sociedade de acordo com o contexto cultural. Isto determina que o parto, assim como os demais processos envolvidos no fenômeno da reprodução, jamais possa ter sua representação e definição como um evento totalmente natural. A história presencia variações na forma como os seres humanos vivenciam a reprodução. Estas diferenças são visíveis em diversos aspectos: na relação que cada mulher tem com o processo; na comparação de modelos tradicionais com modelos ocidentais; na maneira como culturas primitivas e culturas industrializadas lidam com o nascimento (GUALDA, vídeo, 2004).

Dentre os diferentes modos de organização social, cada sociedade, segundo Cosminski (1978, apud GUALDA, 2002, p.41) “tem sua maneira peculiar de organizar e moldar a vivência da crise biológica do nascimento” ajustando assim, o evento do parto às normas socioculturais vigentes.

¹ *Doula* é uma palavra grega que significa *aquela que serve a outra mulher*, referindo-se à assistência prestada por uma mulher especialmente treinada para assistir a outra no período perinatal. Seu trabalho consiste em orientar e ajudar a parturiente a encontrar posições confortáveis para o parto, mostrar formas eficientes de respiração, relaxamento, e, sobretudo, aplicar técnicas de alívio não farmacológico da dor.

O universo que configura a assistência à mulher na fase reprodutiva, compreendida desde a concepção ao nascimento, tem gerado inquietações em muitos estudiosos de diversas áreas de conhecimento na sociedade atual. Pesquisadores oriundos da enfermagem, antropologia, medicina, história, psicologia, entre outros, vêm se dedicando ao estudo desse fenômeno, que com o advento da modernidade, tem se distanciado de suas raízes culturais.

Comprometidos com esta temática, num movimento de “tatear”² um objeto focal para nossa pesquisa, visualizamos não só um caminho a ser trilhado como também – parafraseando Bachelard (apud CAMPENHOUDT & QUIVY, 1992) -, a conquista, a construção e a verificação de um fato científico.

Num exercício de experimentar texturas, fazer tecituras e articulações que pudessem lançar luz sobre o tema da pesquisa, enveredamos para o campo da antropologia. A antropologia nos parece um “campo minado” de saberes que brotam das entranhas, capazes de desvendar segredos que dizem respeito ao âmago das camadas mais fundantes de uma sociedade. Por conta desta especificidade, também poderá lançar sobre a temática do parto – sobretudo no que diz respeito às técnicas -, uma vez que o ser humano, por ter se destacado da natureza, sempre buscou aperfeiçoá-las para sobreviver. Esta disciplina parece ser dotada de um olhar nada míope, identificando detalhes que outros olhares mais apressados não conseguem ver.

Antropologia nos lembra arqueologia, quando se dedica ao meticuloso trabalho de desenterrar ossos e “cacos”, buscando nos vestígios deixados por outras culturas, as pistas bem marcadas para compor uma história. Numa espécie de mosaico estas pistas vão se agrupando e, qual uma brincadeira de quebra cabeças, uma história vai sendo montada. Uma história construída coletivamente, na medida em que cada um dos protagonistas ou espectadores se identifica com um ou outro pedacinho de osso, de cerâmica, de traços que compõem este grande painel, este imenso desenho da humanidade.

Humanidade cuja visão, hoje fragmentada pelos princípios cartesianos, tende a perder de vista este delicado trabalho, necessário e imprescindível para o bicho

² Nossa trajetória profissional prestando ajuda à parturiente fez com que o sentido do “tato”, por conseguinte as mãos – da massagem, do gesto de oferecer “uma força” – estivessem sempre em evidência.

homem tornar-se humano. Aliás, o único bicho que não nasce pronto, que precisa ser moldado, ensinado, construído aos poucos e uma peça de cada vez. Enfim, a antropologia, nos parece, além de ciência, ter a sapiência de zelar pelo que já passou, de ter o cuidado de não descartá-lo rapidamente, ao menor aceno de uma novidade.

Davis Floyd³, sob o foco da Antropologia da Saúde, pesquisa atualmente as parteiras da América Latina. Ela diz que as parteiras pós-modernas de hoje são orgulhosas de seu poder de organização, que suas antecessoras na parteria não podiam atingir. Organização obtida, inclusive, a partir dos avanços na área da informática, possibilitando que as parteiras troquem informações por e-mail e articulem encontros nacionais e internacionais de parteiras tradicionais, realizando trocas de experiências e de saberes⁴.

A citada antropóloga mencionou o “corredor estreito” da modernidade, que hoje se vê apertada entre a tradição da antiguidade e os progressos da pós-modernidade. E que então uma harmonia possível seria conciliar as duas coisas, de forma que um novo paradigma devesse incorporar o melhor e transcender as limitações dos que vieram antes.

Na sociedade moderna, que é “tecnocrática”, “hierárquica” e “burocrática”, não só o parto, como todo o processo da reprodução, está inserido num contexto em que a organização social acontece “em torno de uma ideologia de progresso tecnológico” (DAVIS-FLOYD, 2004, p. 24), em cujo pano de fundo mais denso estão os ditames imperialistas do sistema capitalista.

No entanto, apesar de a maioria das pessoas – o censo IBGE 2000 informa que “a população brasileira está dividida em 84% urbanos e 16% rurais” (SILIPRANDI, 2004, p.121) - habitarem o espaço moderno e urbanizado, orquestrado pela dinâmica socioeconômica pautada no acelerado desenvolvimento técnico-científico, há comunidades que se orientam por outros modos de viver e diferentes códigos culturais.

³ Antropóloga, em apresentação no II Congresso do Parto Ecológico - RJ, 2004.

⁴ Em setembro/2004, na Bahia, aconteceu o encontro da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais, organizado pela Organização Não Governamental “Cais do Parto”; e em julho/2005, no México, deu-se o Encontro Internacional das Parteiras Tradicionais.

Quanto a este aspecto vale citar Anthony Giddens (2002, p.138), a respeito do declínio que ocorre nos contextos da sociedade moderna, referente às atividades rituais das “principais transições da vida – nascimento, adolescência, casamento e morte”. Segundo o autor, os rituais promovem importante amparo psicológico para o indivíduo enfrentar as dificuldades inerentes a tais transições. Assim, o parto assistido nos moldes da parteira tradicional, pode ser considerado como uma oportunidade de a mulher viver esse momento da vida como um verdadeiro ritual de passagem.

No entanto, há que se considerar que a sociedade atual atende apelos e está em parceria com sistemas econômicos e políticos. E as parteiras tradicionais, que aparentemente vivem outra realidade social e cultural, talvez também sofram as transformações inerentes à dinâmica de um sistema racional e globalizante.

Apesar de dedicarmos nossa atenção neste trabalho sobre a forma de trabalho das parteiras tradicionais, não é nosso interesse desconsiderar o conhecimento científico, os sofisticados artefatos tecnológicos e a metodologia de trabalho utilizada pela medicina moderna. Afinal, impossível ignorar a eficácia técnica dos procedimentos realizados e das vidas que são salvas a partir do progresso da medicina e de outras áreas do conhecimento que a respaldam, como a informática, a robótica, entre outros.

Porém, apesar da técnica eficiente, a sociedade moderna, tecnológica, “aberta vinte e quatro horas”, talvez esteja carecendo de revisar o seu ritmo. A velocidade dos computadores parece que nos contaminou e não há um antídoto para mantermos uma distância saudável da máquina - que faz café, que faz carro, que faz dinheiro e que faz pessoas.

Milhares de pessoas que estudam, trabalham, investem a vida num ideal, numa profissão, talvez estejam sendo construídas mecanicamente como numa “linha de montagem” por esta máquina – ao invés de “peça por peça”, e “uma de cada vez”. Como este tipo de conhecimento estaria influenciando a ética no comportamento social? Pode ser que o profissional “construído” por esse mecanismo autômato, não tenha oportunidade, justamente pela pressão imposta pelo mercado, de ter um momento de questionamento crítico. Será a eficácia técnica suficientemente provedora da vida e da saúde? De que saúde se estaria tratando nos dias de hoje? A física? A mental? A emocional? A espiritual?

Em se falando do parto e, conseqüentemente, dos sujeitos envolvidos: a mãe, o pai, o bebê, a família, a comunidade, a sociedade; talvez seja reducionista uma visão meramente mecanicista de um evento que é tão divinizado para alguns, sublime para outros, e marcante na vida de todos.

Ao investigar as técnicas utilizadas por parteiras tradicionais vislumbramos a possibilidade de desvelar uma realidade que pode estar soterrada sob as malhas tecidas a partir do comando de organismos poderosos, que vão desde a hierarquia do conhecimento às barreiras levantadas historicamente pelas dicotomias hegemônicas de gênero. Talvez não por acaso – e a pesquisa poderá nos apontar – a tecnologia e o conhecimento científico estão do lado masculino e as parteiras e o conhecimento popular, tácito, estão do lado feminino.

Considerando-se que os mestrados são oferecidos para formar pesquisadores, é oportuno salientar que o ato de pesquisar, investigar, fazer leituras do real, tem um sabor de aventura. Tem a surpresa de fazer descobertas. Tem um cheiro de possibilidade de mudanças. O ato de pesquisar apresenta-se, sobretudo, como uma ferramenta eficaz para descortinar a realidade e vislumbrar novas visões do mundo, lançando um olhar desconfiado sobre fenômenos aparentemente sem importância. Isso tudo, sem dúvida, é muito estimulante e fascinante.

Por outro lado, pesquisar significa constatar que a realidade também é construída a partir de diversos atores e, principalmente de uma vasta gama de pensamentos, de culturas, de vontades, de vaidades, de poderes. De coisas boas, justas e corretas; mas também de coisas más, injustas, desonestas, desleais.

E ao pesquisador vai caber: utilizar-se da metodologia, dos fundamentos teóricos, das amostras e produção de dados, das análises interpretativas e de todos os recursos acadêmicos objetiva e cuidadosamente testados, para única e exclusivamente desvendar a realidade. Todo o trabalho e investimento pessoal, institucional e social, resultarão em apenas tirar o véu, demonstrar, apontar e evidenciar os fatos sem, no entanto, conseguir por si só, intervir ou transformar essa realidade.

Carvalho (1997) aponta o entrelaçamento da tecnologia com a sociedade, com as pessoas, com a vida das pessoas. Esta leitura nos despertou um “outro olhar” para a realidade do cotidiano das pessoas na sociedade e seus significados. Este olhar “antropológico” tornou possível constatar as intenções e ideologias

sorratamente embutidas pelas forças dominantes no cotidiano dos seres humanos que transitam pelas ruas, pelos terminais de ônibus, praças etc. Percebe-se, por exemplo, que muitos destes transeuntes comem pipocas para preencher o vazio do estômago, ao mesmo tempo em que consomem supérfluos para preencher os cofres ambiciosos de um sistema fortemente ancorado numa lógica de geração de lucro a qualquer preço, mesmo que seja a voraz criação de necessidades. E assim, o sujeito “engana” a fome com um pacote de pipocas - alimento incapaz de suprir, minimamente, suas necessidades vitais de nutrientes -, mas faz uso de um aparelho celular atendendo, quase compulsivamente, o convite imperativo ao consumo.

Tratando-se de um mestrado interdisciplinar em tecnologia, cuja área de concentração se situa na interação desta com a sociedade, alguns critérios de escolha pela abordagem teórica se fez a partir mesmo desse entrecruzamento. Interceptar a realidade social e, por continuidade, o sujeito social, com a técnica e a tecnologia, impõe a compreensão destes conceitos, aparentemente assimilados pelo senso comum, principalmente se julgado pelo seu uso corrente no vocabulário popular.

Neste sentido, pesquisamos teóricos que já se debruçaram sobre o tema da técnica e da tecnologia articulando-o com os aspectos sociais, que possam nos nortear a partir de uma perspectiva histórica e crítica.

Assim, neste trabalho de investigação acerca da produção, apropriação, transmissão e transformação do conhecimento utilizado por parteiras no atendimento ao processo do parto e nascimento, indagamos:

- Quais são as técnicas utilizadas pelas parteiras tradicionais?
- Como elas adquirem o conhecimento sobre as técnicas do parto?
- Quais são os principais artefatos tecnológicos utilizados por elas na assistência ao parto?
- Como as mulheres que são atendidas por elas percebem o atendimento?

A partir destas perguntas foram delineados os objetivos da pesquisa que foram definidos como:

Objetivo Geral:

Compreender como se dá a produção, a apropriação, a transmissão e a transformação do conhecimento tecnológico no processo do parto domiciliar, acompanhado por parteiras tradicionais.

Objetivos Específicos:

- Investigar as técnicas, os artefatos e os procedimentos utilizados pelas parteiras;
- Investigar como as parteiras aprenderam e/ou transformaram este conhecimento técnico;
- Conhecer as formas de difusão deste conhecimento.

A metodologia adotada foi a pesquisa qualitativa, aplicando técnicas de entrevistas semi-estruturadas com parteiras em três localidades diferentes. Realizamos vinte e duas entrevistas que foram gravadas, transcritas e interpretadas à luz de teoria pertinente.

As localidades escolhidas para compor o universo da pesquisa foram: o Município de Dr. Ulysses, localizado na Região do Vale do Ribeira - PR; e a Vila da Barra do Superagüi, localizada na Ilha do Superagüi, no litoral do Estado do Paraná.

Além de entrevistar parteiras dessas duas localidades, também fizeram parte do estudo entrevistas realizadas com as parteiras tradicionais do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais. O encontro com as parteiras mineiras ocorreu por ocasião da participação da autora, como ouvinte, do curso de capacitação de parteiras tradicionais, promovido pelo Governo do Estado de Minas Gerais em parceria com a ONG – Organização Não Governamental, Curumim-gestação e parto.

Nossas indagações neste trabalho são, portanto, acerca da apropriação do conhecimento e dos saberes. De que maneiras os sujeitos vão criando, transformando e adequando o conhecimento adquirido, para buscar soluções na luta pela vida? Que abordagem teórica ou histórica explicaria a origem dos saberes - e sabores, subjetivos e inerentes a cada saber conquistado -, muitos hoje já considerados simples e automatizados?

Seguindo o rumo destes questionamentos, estruturamos o trabalho conforme apresentado a seguir.

No **primeiro capítulo**, apresentamos uma visão panorâmica dos aspectos teóricos concernentes ao tema e problemática da nossa pesquisa. Para tanto buscamos em autores que já se debruçaram sobre o assunto, os conceitos-chave imprescindíveis para realizar nossa investigação. Dentre estes conceitos, destacam-se os de técnica; tecnologia; conhecimento tácito; conhecimento científico; a hierarquização de um conhecimento sobre o outro. Ao mesmo tempo, tentamos dialogar com os autores, numa tentativa de nos posicionar acerca da relação existente entre suas teorias e o nosso objeto de trabalho.

No **segundo capítulo** são explicitados os passos necessários para percorrer o caminho em direção ao objeto, e as ferramentas que utilizamos para a viabilização da pesquisa e a construção dos dados empíricos. Neste capítulo também esclarecemos a razão da opção pela modalidade da pesquisa qualitativa, utilizando-se como recurso de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e a história oral.

A partir do **terceiro capítulo** apresentamos os resultados obtidos na pesquisa. Inicialmente fazemos uma descrição das comunidades pesquisadas, suas principais características populacionais, socioeconômicos e situação geográfica. Em seguida, trazemos a caracterização das parteiras entrevistadas, apresentando os dados pessoais como idade, profissão, grau de escolaridade, a idade que tinha quando atendeu o primeiro parto e o número de partos atendidos até a data da entrevista. Após um quadro sumário realizamos a análise e interpretação destes dados, à luz da fundamentação teórica apresentada no primeiro capítulo.

No **quarto capítulo** apresentamos e analisamos os dados construídos ao longo do processo, visando responder as indagações que originaram o presente trabalho. Para cumprir este propósito, optamos por buscar nas falas das entrevistadas, os elementos para compreender como o conhecimento de partejar é produzido, apropriado, transformado e transmitido.

Nas **considerações finais** tecemos comentários pessoais, posicionando-nos sobre diferentes aspectos durante todo o processo da realização do trabalho.

2 A PRODUÇÃO E A APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO

Produzir conhecimento diz respeito à apreensão da realidade vivenciada no cotidiano, administrando-se, ao mesmo tempo, as condutas necessárias para solucionar problemas inerentes à vida humana. Independentemente da perspectiva teórica adotada, a realidade será sempre apreendida a partir da condição de assujeitamento ao mundo real, cultural, social etc., a que cada indivíduo está exposto. Por conseguinte, o sentido que cada sujeito vai dar à realidade será sempre uma interpretação a partir da sua própria experiência, de forma a tornar coerente o mundo em sua volta (BERGER & LUCKMANN, 1996).

Portanto, na medida em que os fenômenos presentes na realidade mais próxima na vida diária adquirem um sentido, também se organiza e enche de significados o mundo de cada um. Entende-se que este movimento de significar o mundo ao redor, nomear os fenômenos, atribuir-lhes um valor, um sentido, é a própria produção de conhecimento.

Pretende-se neste capítulo discorrer sobre conceitos que contribuam para apontar a existência de formas distintas de produzir conhecimento. De acordo com a organização social, cultural, econômica etc., de cada classe ou grupo de pessoas, produz-se conhecimento, não significando que um conhecimento seja melhor ou pior que o outro. Para este mister, um dos campos de saber ao qual recorreremos foi a ciência antropológica.

A partir do estudo comparativo de grupos humanos, a antropologia vai resgatar a questão de conhecimento dos diferentes grupos, mostrando tratar-se de diversidade e não de desigualdade. De maneira que os diferentes grupos em toda a história da humanidade - inclusive na grande diversidade em que hoje se vive -, sempre encontraram soluções para resolver as questões da vida.

Nesta perspectiva, discorre-se neste capítulo tanto sobre a forma objetiva de produção do conhecimento científico, como a forma subjetiva e prática da produção do conhecimento tácito⁵, colocando-os num mesmo patamar do ponto de vista da eficácia e legitimidade. Procura-se provocar uma reflexão sobre estas duas formas

⁵ Mais adiante no trabalho este termo será tratado mais detalhadamente.

de saber que, embora tenham características diferentes, ambas apresentam métodos sistemáticos e efetivos de produzir e apropriar-se de um conhecimento.

Lèvi-Strauss fornece amparo teórico para estes argumentos:

Essa ânsia de conhecimento objetivo constitui um dos aspectos mais negligenciados do pensamento daqueles que chamamos 'primitivos'. Se ele é raramente dirigido para realidades do mesmo nível daquelas às quais a ciência moderna está ligada, implica diligências intelectuais e métodos de observação semelhantes. Nos dois casos, o universo é objeto de pensamento, pelo menos como meio de satisfazer a necessidades (2004, p. 17).

Pretende-se, portanto, à luz da teoria e dos dados empíricos, evidenciar que a construção do conhecimento tácito também tem legitimidade na produção, apropriação e transmissão de um saber. Embora seja um saber construído diferentemente do científico, também utiliza como metodologia a classificação da realidade e dos fenômenos da natureza, atribuindo-lhe valores e encontrando, tal qual o saber científico, diferentes soluções técnicas para solucionar problemas na vida.

Para tanto, consideramos importante apresentar alguns conceitos presentes na sociedade atual, que contribuem para marcar a valorização e hierarquização de um conhecimento sobre o outro. Alguns fatores influenciam mais fortemente esta distinção. Por exemplo, o desenvolvimento da tecnologia e o enlace desta com o conhecimento científico que, numa sociedade competitiva pode favorecer a otimização da produção e conseqüente ganho econômico. Também leva-se em conta neste trabalho, que técnica e tecnologia detêm significados variados, de acordo com a diversidade cultural dos grupos que as interpretam (CARVALHO, 2003).

Esta diversidade cultural, conseqüentemente, repercute em diferentes formas de acesso que cada grupo tem ao conhecimento. Os diferentes grupos sociais recorrerão, portanto, às técnicas e tecnologias que estejam mais próximas da sua realidade social, cultural, religiosa, econômica, produzindo o conhecimento necessário para viver.

Assim, espera-se que uma sociedade caracterizada pela heterogeneidade, tenha diferentes formas de atender às complexidades oriundas desta diversidade de classe, de etnia, de gênero, etc. De um lado, existem centros urbanos altamente

complexos e verdadeiras metrópoles e que estão mais próximas de todas as fontes de conhecimento científico. De outro, a presença de comunidades rurais quase totalmente isoladas, mas que nem por isso deixam de ter o seu próprio saber e sua própria cultura.

De forma que os significados dados às suas ações, às suas atitudes, enfim, à sua própria vida, estarão dentro do contexto das pessoas na vida cotidiana, e nortearão as soluções encontradas para resolver os problemas daquele grupo.

Berger & Luckmann (1996, p.39), trazem que “A realidade da vida cotidiana está organizada em torno do ‘aqui’ de meu corpo e do ‘agora’ do meu presente”. Os autores também reforçam que a vida cotidiana está mais próxima na medida em que está diretamente acessível à manipulação do corpo.

Consideramos esta contribuição teórica bastante oportuna para iluminar a execução deste trabalho, que pretende estudar um conhecimento produzido para solucionar problemas de uma situação que envolve, necessariamente, uma sintonia muito íntima com o corpo: o atendimento ao parto e ao nascimento.

No que diz respeito às parteiras tradicionais e a produção e apropriação do conhecimento tecnológico no atendimento ao parto domiciliar, podemos adiantar que grande parte deste saber é tributária de uma intimidade com os fenômenos percebidos no seu próprio corpo e na vivência de parir e partejar. Então, discorreremos também neste capítulo sobre a construção do conhecimento de partejar, traçando um olhar panorâmico pela história do atendimento ao parto e da atuação das parteiras.

Neste capítulo pretendemos, portanto, apresentar subsídios teóricos sobre a produção do conhecimento científico e do conhecimento tácito, as especificidades de cada um, e, sobretudo, apontar a hierarquização de um sobre o outro e as conseqüências desta hegemonia.

2.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO

A necessidade, intrínseca ao ser humano, de buscar a verdade sobre sua origem, seus valores e a realidade social do mundo em que vive, faz dele um ser curioso e constante pesquisador da sua própria existência. Antropologicamente, pode-se dizer que a preocupação do *homo sapiens* com o conhecimento da realidade desde sempre esteve presente (MINAYO, 1994).

A partir deste modo humano de estar no mundo, numa busca incessante de explicar a origem das coisas e da vida, o conhecimento vem sendo construído no entorno da realidade, em contato com os episódios que demandam do sujeito uma atitude, uma ação, um posicionamento.

No entanto, a realidade não é algo facilmente apreensível uma vez que nem sempre se apresenta na superfície, sendo necessário investir em sua busca e construção. Vale acrescentar que o sujeito interessa-se em apreendê-la na medida em que ela está mais próxima da sua vida, do seu trabalho, dos seus objetivos e projetos de vida (BERGER, 1996).

O processo de construção do saber, a partir dos reais interesses norteadores e mobilizadores desta busca, inicia-se com os gregos, para os quais havia dois tipos de conhecimento. De um lado, no âmbito das sensações, situavam-se a percepção, imaginação, memória, raciocínio e intuição. Do outro, no âmbito do intelecto estaria a intuição intelectual. De forma que na origem do pensamento ocidental, seguindo a linha de raciocínio dos pensadores gregos, o conhecimento dos sentidos se opõe ao conhecimento do pensamento, de forma que o acesso à verdade somente é possível passando-se do plano da aparência ou ilusões, como a crença, a opinião, para a essência, que são o raciocínio e a intuição intelectual (KRÜGER; BASTOS; CARVALHO, 2000).

A seguir, os filósofos modernos dão continuidade a esta perspectiva do conhecimento numa relação intrínseca sujeito-objeto, desde a “dúvida metódica” de Descartes, culminando no positivismo de Augusto Comte, e a valorização do fato mensurável e controlável pela experimentação. A restrição do conhecimento ao fato mensurável instala-se ainda mais fortemente num determinado momento histórico, que é caracterizado pelo empenho da ciência em dominar e explicar a natureza num contínuo processo de classificar, nomear e mensurar os fenômenos. Ainda que se tenha notícia de produção de conhecimento considerado científico antes dessa época, é a sistematização, classificação e nomeação dos fenômenos, a base metodológica característica da ciência moderna. Este rigor metodológico e o conseqüente controle por ele possibilitado fazem da ciência positiva a base da sociedade tecnocrática (KRÜGER; BASTOS; CARVALHO, 2000).

Na verdade, conhecer e explicar os fenômenos relativos à vida e à morte, a forma como se organiza a sociedade e os diferentes mecanismos de poder, controle

e reprodução, é tarefa desempenhada pelos indivíduos, ao longo da história da humanidade, através dos mitos, das religiões e filosofias. Dentre as diferentes formas de expressão desta busca, está a ciência, que embora tenha tratamento hegemônico na construção da realidade na sociedade ocidental, não é exclusiva, conclusiva ou definitiva (MINAYO, 1994).

Entretanto desde o século XV aproximadamente, ao ser esboçada a ciência moderna, o conhecimento científico vem dominando de forma progressiva o pensamento ocidental sendo considerado, pela maior parte da sociedade, como a única forma de se conhecer e explicar a realidade. No afã de explicar o mundo, a ciência o desprovê de mistério, uma vez que seu mote fundamental é dar sentido a todas as coisas do universo.

Importa neste momento, parafraseando Paul Langevin (apud GAMA, 1992, p.12), lembrar que a avidez por descobertas científicas, presente em todas as etapas da civilização, sempre gerou um sentimento simultâneo de modéstia pelo que se sabe e ao mesmo tempo uma confiança demasiada no futuro. Neste ritmo, “a cada passo da evolução da humanidade encontramos a mesma tendência a exagerar o valor dos resultados obtidos e a acreditar que possuímos, finalmente, a ‘chave do mundo’”.

A organização da sociedade a qual estamos submetidos atualmente instalou-se há aproximadamente três séculos com o advento da modernidade, que tem como característica a valorização do novo e a destruição do velho e da tradição. Embora se ouça falar de sociedade contemporânea e de movimentos pós-modernos, que insistentemente assinalam a necessidade de mudanças em vários setores⁶, a dinâmica que a sociedade ainda hoje vive é identificada com os traços modernos (BASTOS, 2000).

Um traço marcante da sociedade moderna e que provavelmente lhe assegurou o triunfo de permanecer atual mesmo depois de passados mais de três séculos de sua instalação, pode-se dizer que é a racionalidade. Essa lógica de pensamento, cuja primazia da racionalidade discrimina outras formas de sentir, construir e apreender a realidade, retro alimenta os ideais modernos quanto ao

⁶ Podemos aqui referenciar alguns Movimentos Sociais, como os ecológicos, feministas etc., assim como as “desconstruções” pós-modernas presentes nas discussões das questões de gênero, e outras.

rompimento com o sagrado, ao mesmo tempo natural e divino. Durante todo o período da modernidade é a razão que desempenha o papel principal da sociedade (TOURAINE, 1994).

O conceito de “moderno”, por sua vez, é entendido por Bruno Latour como “um novo regime, uma aceleração, uma ruptura, uma revolução no tempo” (p. 15, 1994). Adjetivo polêmico e utilizado com parcimônia por muitos autores contemporâneos, uma vez que as palavras a ele relacionadas remetem a uma assimetria entre “os Antigos” e “os Modernos”, ou “ganhadores” e “perdedores”. Tal hesitação deve-se justamente à insegurança em afirmar se há um merecedor do prêmio. Ou seja, será que as revoluções vencem os antigos regimes ou os aperfeiçoam? Numa tentativa de relativizar o valor historicamente creditado à razão em oposição à ilusão, propagado inicialmente pelos pensadores gregos, vale ressaltar que a crença depositada pelos séculos precedentes em um futuro “fosse ele repetitivo ou progressivo” foi substituída no século XX por uma “consciência da incerteza irremediável da história humana” (MORIN, 2002, p. 79).

A sociedade moderna e burocrática dispõe de mecanismos sofisticadamente estruturados para determinar aspectos econômicos, sociológicos, políticos, entre outros, que pretendem uma previsão e controle do futuro. No entanto, a imprevisibilidade dos acidentes ecológicos, sociais, etc. declina qualquer possibilidade de certeza no futuro. Neste sentido, pode-se imaginar que também fique frustrada a certeza do progresso histórico, almejada pela civilização moderna.

A partir desse novo modo de funcionamento da sociedade, iniciado em torno do século XVII, observa-se a dissociação completa do sistema e dos atores, do mundo técnico e do mundo da subjetividade, resultando também na separação da vida pública e da vida privada. No entanto, faz-se necessário acrescentar que a modernidade não se fixou por todo esse tempo apenas com o domínio das idéias e filosofia iluminista. O pensamento moderno exerceu forte influência também nos setores econômicos, tomando a forma do capitalismo, onde a sociedade passa a ser uma empresa lutando para sobreviver (TOURAINE, 1994).

Seguindo de perto a trilha e o *modus operandi* do sistema capitalista, historiadores têm descrito o movimento desenvolvido pela sociedade moderna nos últimos séculos. Assim, Eric Hobsbawn situa o século XX num espaço de tempo breve e efêmero, em que as grandes transformações sociais ocorridas não se

comparam a nenhum outro período registrado na história da humanidade. Experiências radicalmente opostas - desde a catástrofe das duas grandes guerras, com o maior número de mortes de todos os embates anteriores, até o desenvolvimento de tecnologia que propicia ao ser humano conforto jamais existido - são vividas neste século (HOBSBAWN, 2003).

Nas últimas décadas do século XX, mais propriamente nos últimos cinquenta anos, a vida das pessoas é alterada visivelmente, ocorrendo mudanças significativas em vários aspectos, o que oferece a possibilidade de optar por modos de viver com mais conforto, praticidade e rapidez. O progresso da ciência, juntamente com o avanço das tecnologias faz com que muitos setores sociais e áreas de conhecimento sejam beneficiados, sobretudo nos campos da eletrônica, da informática, da biotecnologia. É visível, portanto, a imbricação entre a ciência e a tecnologia, de forma a serem continuamente retro alimentadas e fortalecidas para juntas, investirem na construção do conhecimento tecnológico e no aprimoramento da técnica.

No entanto não é incomum no universo acadêmico ou na concepção popular, a dificuldade de compreender o sentido da palavra tecnologia, incluindo a sua implicação e cumplicidade com a ciência. Em diferentes momentos, tanto em trabalhos científicos como em situações do cotidiano, as interrogações com relação ao seu significado são explícitas: “Afinal, o que é tecnologia?” Questão terminológica que é encontrada, por exemplo, em Carvalho & Feitosa & Araújo, 2005; Araújo, 2004; Miranda, 2002, entre outros trabalhos que se debruçaram sobre o tema. Esta inquietação, a nosso ver, denota justamente a complexidade em se formular uma definição que abarque as diferentes interpretações que dizem respeito à tecnologia e à técnica.

2.2 A TECNOLOGIA E A TÉCNICA

Enveredar pelos caminhos da tecnologia, ambicionando dar conta de uma definição precisa é pisar em terreno pouco sólido, considerando-se a vasta abrangência de seu uso e significados. Na sociedade atual, que tem como principais características a pluralidade cultural e a desigualdade social, a tecnologia, uma criação humana, tem sua manifestação, produção e apropriação, visando o atendimento de diversos interesses. Presente em todas as camadas sociais pode-se

dizer que a tecnologia representa a principal mola propulsora que, constantemente renovada, contribui para o “caminhar” da humanidade.

Num sentido amplo é possível pensar a tecnologia, citando Lynn White Jr (apud GAMA, 1986, p. 10), como “a maneira pelas quais as pessoas fazem coisas” e que, “em certo sentido, existe até uma tecnologia da prece”. Em qualquer ação, portanto, desde a mais simples e individual, até a mais complexa, está presente uma metodologia, um modo organizado de saber-fazer. O autor também tece considerações à lacuna deixada pelas instituições de ensino no que diz respeito à história da tecnologia e das invenções

Assoberbados pelo ritmo evolutivo e acelerado da sociedade atual, os institutos técnicos pouco se esforçam em localizar a tecnologia numa seqüência cronológica, cujo conhecimento pode fornecer aos técnicos que trabalham em oficinas e laboratórios a compreensão e consciência das suas responsabilidades sociais. Esta omissão é favorecida justamente pelo fato de a tecnologia fazer parte da vida das pessoas, independentemente de uma preocupação mais pontual com a etimologia, construção lingüística ou uma tradição histórica.

Neste sentido Bastos (2005), sinaliza a necessidade, já apontada por Karl Marx, de uma elaboração do ponto de vista crítico e histórico da tecnologia. O autor também pontua que Heidegger já tratou do estudo fenomenológico relacionado à questão da essência da técnica; Jürgen Habermas já se referiu à ciência e à técnica como ideologia da sociedade capitalista; entre outras importantes leituras e análises críticas da tecnologia e da técnica na sociedade industrializada.

No pensamento de teóricos como Vargas (1994), a tecnologia é definida como o desempenho científico da técnica. Nesta linha de pensamento, a tecnologia é entendida como a utilização de conhecimentos científicos para satisfação das autênticas necessidades materiais de um povo.

Segundo Banta, 1991; Merhy *et all*, 1997, (apud BRASIL, 2001, p.84) “a tecnologia não é exclusivamente instrumento ou equipamento tecnológico, é também a aplicação objetiva do conhecimento organizado”.

Idéia corroborada por autores como Bastos (2000); e outros, para os quais a tecnologia, muito mais do que se reduzir ao uso de aparatos, é compreendida como um processo social em que as pessoas produzem conhecimento para resolver os

problemas da vida material e que esse processo está inserido em outras dimensões da vida social que é a cultural, a econômica, a religiosa.

Numa tentativa de compreender a distinção entre ciência e técnica no sentido de diferenciá-las quanto à “importância”, buscamos as palavras de Francesco Barone, citadas por Gama (1992, p. 6): “A raiz da tecnologia é mais antiga e original do que a da ciência. [...] Sabe-se que em todas as formas iniciais de uma civilização, o momento técnico é anterior ao momento do conhecimento científico”. O autor continua, argumentando não tratar-se apenas de evolução cultural do *homo sapiens sapiens*, uma vez que o conhecimento nos auxilia na construção de coisas úteis para sobrevivermos, mas que “nosso conhecimento pode se enriquecer pelas possibilidades abertas pela ação técnica” (GAMA, 1992, p.6).

Etimologicamente, tecnologia tem sua origem na língua grega – *tecknê*: arte ou ofício, e *logos*: estudo, ciência, saber -, significando o *conhecimento da técnica*. No senso comum, o sentido da palavra tecnologia está atrelado à máquina, locomotiva, automóvel; ou a artefatos como rádio, televisão, imprensa, fotografia, associados aos diversos contextos de acordo com as respectivas formações econômico-sociais.

O fato de a tecnologia, enquanto campo de reflexão científica e de investigação teórica, trazer no seu bojo a participação do elemento humano, representa a “espinha dorsal” da sua interação com a sociedade. Responsável tanto pela produção e transformação, como pelo uso da tecnologia em todos os momentos da vida social ou individual, o ser humano é origem e destino do investimento técnico-científico, em busca tanto de novas tecnologias como da sua compreensão e repercussões sociais.

Pautados nessa reflexão, aventuramo-nos num passeio lexical e semântico buscando a definição de tecnologia, assim como de elementos intrínsecos a ela, como a técnica e o sujeito que a opera, cuja relação com a sociedade e cultura lhe propicia as condições fundamentais de desempenho. Apesar da complexidade que portam enquanto elementos abstratos, discorrer sobre os significados dessas palavras auxiliará na elucidação destes conceitos, que fazem parte da sustentação teórica da nossa pesquisa.

Descartamos, para a reflexão teórica desse trabalho, a concepção de tecnologia como meramente instrumental e imprescindível à obtenção de

produtividade e lucro, amplamente almejados pelo mundo dos negócios de uma sociedade capitalista.

Mais que isso, buscamos um significado que abarque as sutilezas intrínsecas à sua estreita interação com o ser humano em seus aspectos social e cultural. Para tanto, comungamos com a perspectiva teórica de Bastos (2000); dentre outros. Estes autores referem-se à tecnologia como um elemento que está presente e é desenvolvido de forma relacional em todas as culturas, independentemente da classe econômica, política, raça, religião, gênero etc, a que pertença o ser humano em sua existência social.

Neste sentido vale considerar a condição inexoravelmente humana de a pessoa estar no mundo; ou seja, viver numa relação intrínseca com o espaço, com os objetos, com os outros seres humanos, e, sobretudo consigo mesma, na luta diária pela sobrevivência material, cultural, emocional, intelectual, espiritual etc.

Bastos possibilita-nos a compreensão da tecnologia como uma forma de organização das relações sociais no âmbito das forças produtivas. “É também tempo, espaço, custo e venda, pois não é apenas fabricada no recinto dos laboratórios e das usinas, mas reinventada pela maneira como for aplicada e metodologicamente organizada” (BASTOS, 2005, p.11).

Valendo-nos também da citação poética de Cecília Meireles de que “A vida só é possível reinventada”, poderíamos acrescentar o caráter inovador e criativo da tecnologia. Por ser criada, desenvolvida e transformada na vivência de situações individuais, sociais e relacionais, não pode ser tributária unicamente de um sistema, seja capital, institucional ou utilitarista; mas de um repertório de saberes e práticas construídos no exercício de uma profissão, função, atuação etc.

A palavra técnica, por sua vez, costuma estar associada a uma prática que se realiza de forma mecânica, automática, repetitiva, não raro relacionada com algo tosco e insosso.

Esta concepção passa a idéia equivocada de que o operador de determinada técnica – em que o bom desempenho exige, sobretudo, exaustivo treino - não necessita recorrer aos seus conteúdos mais profundos e sensíveis do intelecto. A graciosidade dos movimentos do(a) atleta, por exemplo, costuma ficar obscurecida, sendo o mérito da medalha tributado à execução milimetricamente precisa da técnica.

Vale considerar que o aperfeiçoamento da técnica assemelha-se ao burilar necessário para transformar uma pedra bruta num diamante. Também se presta a esta analogia a obra de arte produzida por um artesão anônimo, em que a justeza de tudo, desde as proporções até o material utilizado sensivelmente, “nos faz sentir felicidade, por nos identificarmos com a verdade contida na clareza e expressividade dessas formas” (OSTROWER, 1998, p.26).

O refinamento técnico, então, pode-se dizer que transcende um objetivo racional e/ou meramente estético, concebido e destinado a partir de um olhar do exterior. É antes, do lado de dentro, do interior das pessoas e da sociedade que a técnica emerge, uma vez que ela faz parte de uma história social. Neste sentido, são oportunas as palavras de Habermas (1983, p.304), que afirma:

Não é apenas de maneira acessória, a partir do exterior, que são impostos à técnica fins e interesses determinados – eles já intervêm na própria construção do aparato técnico; a técnica é sempre um projeto (Projekt) histórico-social; nela é projetado (Projektiert) aquilo que a sociedade e os interesses que a dominam tencionam fazer com o homem e com as coisas.

É então na própria história do sujeito - que está imersa e sendo construída numa teia social e atendendo suas demandas -, que a técnica surge como parte intrínseca da relação entre o indivíduo e a sociedade. Entende-se que há um tênue limite entre o que é a intervenção técnica operada pelo sujeito na sociedade, e as técnicas e aparatos que o próprio “projeto” social lhe impõe como condição de pertencimento a determinado grupo.

Buscando uma definição da palavra técnica no dicionário da língua portuguesa, encontramos-la como a “maneira, jeito ou habilidade especial de executar ou fazer algo”. Decorre-se daí que há necessidade de uma peculiaridade intrínseca à vontade do sujeito que opera a técnica, a fim de que a mesma além de aprendida, seja repetida e testada diversas vezes, até que se transforme numa especialidade.

A definição de técnico, por sua vez, vem atrelada à palavra arte. O dicionário traduz técnico como o sujeito *que se dedica à determinada arte, ofício, profissão ou ciência*. Assim, na técnica de escrever, de estudar, de pintar, de cozinhar, de escutar alguém, de fazer uma leitura, ou no desempenho de qualquer função, simples ou

sofisticada, utilizamos percepções sensoriais que vão além dos códigos unicamente objetivos e racionais.

Para François Laruelle, citado por Araújo (1998), o tecnológico suplementa o logos manifestado, implícito ou recalcado, e que é revelado e exposto pelo técnico. Desse modo para que o técnico possa desempenhar um ofício, terá que recorrer aos saberes experienciados no cotidiano da sua prática que uma vez introjetados, são transformados em ação no momento da execução da técnica⁷.

Para melhor compreender este episódio buscamos uma definição de tecnologia apontada em Araujo (1998, p.211) como “a produção de um discurso, seu regime retórico e gramatical, sua natureza artificiosa (fineza, cautela, trapanças, astúcias necessárias à arte)”. No exemplo do castrador de porcos, a habilidade estava na “arte” ou na “astúcia” de colocar uma generosa porção de sal sobre o ferimento e soltar o animal no campo para que ele próprio fosse procurar ervas para comer, e que lhe aliviarium algum desconforto.

Numa perspectiva antropológica⁸, vale lembrar que a ciência enquanto observação da natureza, para o *homo sapiens sapiens*, é uma característica universal. Ou seja, em qualquer lugar do mundo o homem olha para a natureza buscando nela soluções para resolver a própria sobrevivência, assim como as suas necessidades culturais e sociais. Portanto, pode-se supor que se a ciência, que desenvolve seus saberes dentro das normas academicamente testadas, vai catalogar um elemento no sal que tenha algum componente antibactericida, o camponês, na experiência do seu “mundo vivido” (BASTOS, 1998, p.54), também adquiriu esse conhecimento e o utiliza em forma de tecnologia na solução de problemas.

Na nossa sociedade o conhecimento científico adquiriu uma estrutura hierárquica, enquadrando-se no que conhecemos por “formação acadêmica”. Esta

⁷ Para exemplificar esse saber recalcado que emerge à superfície no momento de o técnico desempenhar um ofício, recorre-se a uma situação vivenciada pela autora num episódio familiar. Certa vez um veterinário observava um agricultor castrando porcos e, impressionado com a habilidade que o castrador – que era analfabeto – executava a cirurgia no animal, o veterinário perguntou: “*Como o senhor faz para que o animal não sofra dores e/ou infecção?*” E o agricultor respondeu: “*Para fazer isso é preciso se conhecer a arte*”.

⁸ Observar a natureza na dimensão do cotidiano, e construir conhecimento é a plataforma universal do ser humano. Usufruir desta observação para sua subsistência, teorizar e explicitar a respeito de determinado fenômeno, e transmitir este saber para a próxima geração constitui o conhecimento tradicional.

instituição do conhecimento, que é disciplinada, regulada e controlada segundo regras instituídas pelos eruditos, deve ser organizada conforme o ponto de vista racional e positivista, cuja junção da ciência com a técnica desemboca no conhecimento tecnológico.

O conhecimento tecnológico, por sua vez, consolidado no século XVIII com a Revolução Industrial, possibilita a implementação de tecnologias cada vez mais apuradas visando, além de benfeitorias e aperfeiçoamento técnico, a obtenção de mais riqueza (BASTOS, 2000).

Do ponto de vista ético, vale lembrar a consideração crítica oportunizada por Rosso, Bandeira e Costa (2002, p.232), quanto ao significado social e político da ciência,

[...] denunciando-se as conseqüências do desenvolvimento científico e tecnológico em relação à qualidade de vida. Enfatiza-se aqui a impotência da ciência frente aos dilemas e problemas do homem e sua busca de felicidade e realização. O conhecimento científico tanto pode promover a criação como a destruição de forças sociais, a riqueza dos indivíduos e das nações, assim como fomentar as desigualdades e a pobreza.

Espera-se com este trabalho, sem desconsiderar a importância do conhecimento científico-tecnológico na inovação e produção de muitos artefatos facilitadores da vida na sociedade atual, produzir subsídios teórico-empíricos que provoquem um exercício de reflexão e discussão sobre a existência de outras formas de obtenção de conhecimento e desenvolvimento tecnológico.

É pelas portas da tecnologia que o ser humano, um mamífero social, dá um de seus primeiros passos no processo de humanização. É oportuno lembrar que, comparado com outros mamíferos, que também tiveram diferentes níveis de acessibilidade a instrumentos além de garras, dentes e alguns aparatos físicos para garantir sua defesa e sobrevivência, o domínio do fogo, por exemplo, não entra num esquema de gradação, constituindo-se para o bicho homem, uma marca incontestável de humanização da técnica. Dominar o fogo e conseqüentemente ingerir alimento cozido talvez tenha contribuído para o desenvolvimento de sistemas cerebrais que culminaram na aquisição da linguagem (CHIARA, 2003).

Uma primeira etapa da caminhada à humanização acontece quando o homem assume a postura ereta. Este movimento, aparentemente simples, possibilitou-lhe girar o olhar abrindo um campo circular com o qual obteve a visão da

sua sociedade. Este fato, em contrapartida, fez do ser humano um sujeito antropocêntrico; isto é, além de ter uma noção ampliada do seu entorno social, também podia ver o mundo além dele, delimitado por seu grupo de pertença. A partir dessa visão do centro para fora, cujo significado em todas as culturas é uma forma de proteção, o homem ocidental passa a agir sobre a natureza de maneira ousada e agressivamente, visando à dominação e ao controle racionais (CHIARA, 2003).

De lá para cá, desde o início do processo de humanização até hoje, o ser humano da sociedade moderna, cuja estrutura é piramidal por excelência, e tendo como aliado o sistema capitalista, tem investido fortemente na idéia de progresso e desenvolvimento técnico. Este desenvolvimento, assessorado cientificamente e retro alimentado pela ambição inerente ao sujeito que vive na sociedade ocidental resulta, no século XIX, na Revolução Industrial.

Da Revolução Industrial até os dias de hoje, a humanidade tem presenciado mudanças rápidas e radicais que repercutem em praticamente todos os aspectos da vida. De forma que comportamentos referentes à alimentação, à moradia, aos hábitos de vestir etc., e também no ato de gerar e parir outros seres humanos, sofrem visíveis alterações.

A transformação das ferramentas rudimentares à moderna tecnologização na agricultura; as habitações dispostas de forma horizontal substituem-se pela vertical; as roupas deixam de ter uma função de proteção agregando um sistema de valores. Da mesma forma, gerar e parir passa a acontecer como num processo de industrialização, desde a concepção até o nascimento⁹.

Assim, o uso da tecnologia como instrumento de transformações sociais e culturais garante o ser humano e a sociedade, atingindo também o setor da saúde. Esse fato fica mais evidente a partir da década de 1970 aproximadamente, quando o atendimento à saúde é institucionalizado e passa a ter conotação de negócio.

A hospitalização, dentre outras consequências dessa institucionalização da saúde, também gera emprego, que além de ser um anseio social, também é

⁹ Sobre o processo de concepção utilizando modernas tecnologias ver: Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil. TAMANINI, 2003.

regulado e controlado pelo capitalismo, cuja “instalação” plena só acontece onde há circulação de dinheiro e perspectiva de retorno financeiro.

No entanto no próprio modelo capitalista, caracterizado pela estratificação em classes e ampla diversidade cultural, grande parte da sociedade – ou por não ter garantido o acesso ao conhecimento e aos aparatos sofisticados; ou por pertencer a grupos culturais distintos - escolhem outras formas e mecanismos de construção de conhecimentos, saberes e técnicas para resolver as situações da vida.

Entendemos que esta ação técnica, esta atitude de desenvolver uma forma de resolução dos problemas inerentes à vida, ao relacionar-se com a natureza e com o ambiente social, traduz-se numa intuitiva aptidão de apreender a realidade. Este movimento de ação e busca por mecanismos técnicos e tecnológicos estaria, portanto, gerando um conhecimento efetivo e legítimo, embora adquirido por caminhos distintos do percorrido pelo conhecimento científico.

No próximo item procuramos expor elementos para argumentar a primazia da ciência na sociedade moderna, e os dispositivos teóricos que instalam e mantêm esta hierarquização e racionalização do conhecimento científico.

2.3 A HIERARQUIZAÇÃO/RACIONALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO

A oposição entre racional e emocional pode ser considerada como o ponto nevrálgico central do pensamento científico instaurador da modernidade. Assim, o pensamento moderno admite a razão como o único e soberano acesso ao conhecimento “verdadeiro”, ligando neste contexto, o ato de pensar ao de raciocinar (KRÜGER; BASTOS; CARVALHO, 2000).

Visto sob este ângulo, inexistiria outra forma de pensamento que não a estritamente racional e objetiva, desconsiderando a participação criativa do sujeito que pensa, que conforme afirma Fayga Ostrower (1987, p. 53), é “inerente à condição humana”.

A criatividade, segundo a autora, é um processo intuitivo existente no sujeito humano que é, desde sempre, um ser *consciente-sensível-cultural*. É, então, na fusão destas três qualidades que o ser humano “pensa” o mundo, e Fayga destaca que a sensibilidade é “patrimônio de todos os seres humanos”, no âmbito conceitual ou intelectual (OSTROWER, 1987, p. 12). Nesta perspectiva, pode-se inferir que a leitura de mundo e, por conseguinte, o ato de pensar o mundo e a realidade, se dá a

partir da existência sócio-cultural, compreendida pelas particularidades vividas subjetiva e emocionalmente.

Emoção e criatividade estarão presentes no cotidiano vivido por todo ser humano, na busca de mecanismos para resolver os problemas da vida material. Por estar inserido numa teia de relações sociais e culturais, o sujeito vai interessar-se em apreender a realidade que estiver mais próxima dos seus projetos de vida, dos anseios e das necessidades existenciais que são, irremediavelmente, permeadas por emoções. Assim, é a partir das demandas intrínsecas à condição de vulnerabilidade da existência humana, que o sujeito é motivado a produzir conhecimento e ser capaz de transpor obstáculos.

Desse modo, pode-se refletir sobre a própria trajetória de vida e constatar que o mundo cognoscível não é absorvido e experimentado unicamente por operações racionais metódicas, previamente calculadas, como é preconizado e idealizado pelo pensamento científico. Ao contrário, uma breve incursão sobre o repertório de saberes que se tem armazenado, revelará que uma parte significativa do conhecimento usado para resolver situações inusitadas do cotidiano foi adquirida na “escola da vida”. Escola esta que prescinde de formatação prévia para resolver determinadas situações-problema.

Logo, não é apenas a partir de programas bem pensados, estruturados e racionalizados, sob a égide da luz da ciência, que o sujeito adquire conhecimento. O aprendizado ocorre também quando ele está em contato com as experiências diárias e nas distinções que necessita fazer entre acerto e erro. Acrescente-se que o ser humano é impulsionado, sobretudo, pela sua curiosidade inata, uma ferramenta poderosa no processo de produzir conhecimento.

No entanto, a *sociedade do conhecimento*¹⁰, “uma construção do futuro pelo presente” (KRÜGER; BASTOS; CARVALHO, 2000), já nasce *letrada* e portadora da capacidade de decifrar códigos cada vez mais sofisticados, não reconhecendo como conhecimento outros saberes que não estejam inscritos nessas mesmas linguagens.

¹⁰ O termo “sociedade do conhecimento” é cunhado e utilizado com diferentes sentidos. Um destes sentidos refere-se à demanda excessiva de qualificação humana para o desempenho de tarefas que visam “tão somente um fim lucrativo” (BASTOS, 2000, p.7). Tal termo se encontra associado a um sistema econômico específico – capitalismo -, não sendo comum, contudo, a todas as sociedades, nem a todas as culturas.

De forma que esses dois tipos de conhecimento, o tácito e o científico, passam por um processo de hierarquização.

Num patamar mais elevado, tem-se o conhecimento científico – legitimado pela sociedade e hegemônico - comumente relacionado com racional, analítico, objetivo, intelectual. Num outro extremo, encontra-se o conhecimento tácito, tido como irracional, intuitivo, religioso e espiritual. Esses significados o colocam em oposição ao saber reconhecido pela academia como “verdadeiro”. Essa distinção entre o saber instituído e o outro, construído na vivência social, muito além de mera oposição, também estabelece uma relação de desigualdade e desvalorização, principalmente no ambiente científico acadêmico.

Porém o fato de o conhecimento científico tecnológico ter sido legitimado e, por razões sócio-econômicas, estar mais presente nas classes dominantes e estar acessível a um número reduzido de pessoas, não traduz o desaparecimento do conhecimento tácito.

Não obstante o movimento ideológico que fortalece o conhecimento científico-tecnológico, uma outra categoria de pessoas, pertencente a uma classe social com pouco ou nenhum acesso à formação acadêmica, constrói seus saberes empiricamente, transformando depois esse conhecimento em aparatos técnicos com os quais solucionam os seus problemas cotidianos (BASTOS, 2000).

Por exemplo, Schumacher (1993 apud Bastos, 2000) aponta a *intermediate technology* – que compreende o desenvolvimento de tecnologias de menor custo, mais elaboradas que as desenvolvidas em sociedades tribais, mas que por serem menos elitizadas, têm maior alcance¹¹.

No dinamismo de uma sociedade que se transforma, tornando-se cada vez mais heterogênea, naturalmente muitos grupos humanos se desenvolvem a partir do conhecimento científico, optando pelas academias, pelos institutos científicos, pelas universidades etc. Sabe-se também, que as pessoas identificadas com esse tipo de formação e conhecimento, normalmente são as oriundas das classes sociais mais favorecidas e/ou localizadas em centros culturais mais propícios ao acesso às instituições e ao uso desse conhecimento.

¹¹ Pode-se citar como um exemplo de tecnologias simples o uso do soro caseiro que, segundo a literatura específica, contribuiu para diminuir sensivelmente a mortalidade infantil por desidratação.

Esses grupos por sua vez são necessariamente regidos por um sistema de regras e suas conseqüentes punições ou sanções, que se pode entender como sendo os mecanismos de controle. Quanto a este aspecto, no que diz respeito ao processo de parto e nascimento, é oportuno mencionar o que diz Foucault (1979, p.80):

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política “.

De sorte que a diversidade de acesso ao conhecimento também pode trazer no seu bojo uma sutileza política que rege outros aspectos da vida social. Assim, se trazemos o aspecto do controle para a temática do parto e nascimento, pode-se argüir que, diferentemente do que ocorre em partos domiciliares, o sujeito nascido no hospital é mais facilmente incluído nos sistemas de registro de natalidade. Numa sociedade informatizada, muitos dos dados registrados, como tipagem sangüínea, peso, estatura, anomalia genética etc., poderão facilmente compor arquivos de informação.

Se por um lado, é importante que haja um mapeamento da população, seu estado de saúde etc.; por outro, também fornece dados para um agenciador humano, algo ou alguém que pode gerir vidas, controlar destinos, discriminar, estigmatizar etc. Visto por este prisma, na sociedade capitalista, que é desigual por natureza, a diversidade e desigualdade presentes no acesso ao conhecimento também pode ser uma forma de discriminação social.

Numa sociedade caracterizada pela estratificação de classes e ampla diversidade socioeconômica, grande parte das pessoas não tem garantido o acesso ao conhecimento acadêmico formal. Por esta razão – ou por questões culturais, regionais, e outras – é comum que se opte por outras formas de construção de conhecimentos, saberes e técnicas para resolver as situações da vida.

Vale lembrar, também, que o fato de na sociedade moderna se priorizar o conhecimento científico e acadêmico, pode resultar em que saberes e técnicas adquiridos na prática e transmitidos por via oral de geração a geração tornem-se subutilizados, desprestigiados, desvalorizados, tendendo ao desaparecimento.

Testemunhamos ao longo de algumas décadas, a escassez de muitos profissionais especializados em pequenos consertos, como os sapateiros, latoeiros, seleiros, etc. Estas funções vão silenciosamente desaparecendo e os seus respectivos saberes, conseqüentemente, esquecidos.

Desaparecimento que também é tributário do sistema capitalista fundamentado na segmentação e sistematização do conhecimento. Assim, conforme aponta Bastos (1998, p. 24), “[...] o saber torna-se cada vez mais signo do poder, e a transmissão do engenho humano é confundida com armazenamento e distribuição de estoques. O capitalismo tentou destruir o saber dos artífices, como segredo de ofício, impondo o controle da aprendizagem”.

Desde fins do século XVIII e início do século XIX, o desenvolvimento científico, as descobertas nos campos da física, como a eletricidade, e da química, já eram essenciais à indústria e às comunicações, cujas “explorações de pesquisadores científicos profissionais eram reconhecidas como a ponta-de-lança necessária do próprio avanço tecnológico” Hobsbawm (1995, p. 507). De modo que a tecnologia já no século XVIII estava *de mãos dadas com a ciência* e, de certa forma, requisitada e usufruída, majoritariamente, pelo mundo burguês.

O desenvolvimento científico e o conseqüente avanço tecnológico são, supostamente, metas perseguidas e idealizadas numa estrutura econômica, política e social que visa e planeja o bem-estar individual e coletivo de sua população.

Além do já citado conforto, muitos dos artefatos constantemente lançados no mercado são supérfluos e estão a serviço da manutenção do sistema capitalista. Por outro lado, também decorrem do investimento intelectual e capital os vislumbres de melhor qualidade de vida. Muitas das esperanças de encontrar-se solução de tratamento para doenças que hoje ainda são consideradas incuráveis e responsáveis por toda sorte de sofrimento humano, são alimentadas pelos avanços técnico-científicos.

No entanto, numa sociedade capitalista e cada vez mais hierarquizada e estratificada em classes, também o acesso aos bens disponibilizados, tanto pela pesquisa científica, como pelo avanço tecnológico, não é igualitário.

Para discutir esta diferença é oportuna a reflexão provocada pelo historiador Eric Hobsbawm acerca da produção científica mundial.

O fenômeno da globalização, somado ao fato de as ciências falarem uma mesma língua universal e operarem sob uma única metodologia, contribui para que o desenvolvimento de pesquisas e produção de conhecimento científico se concentre em países com maiores recursos econômicos, como os Estados da Europa e os EUA. Na década de 1980, dos 5 milhões de cientistas do mundo, 1 milhão se concentrava nos EUA, tornando-o a principal potência científica mundial. No fim do século, contudo, “ainda havia partes do mundo que geravam visivelmente poucos cientistas em termos absolutos, e ainda mais acentuadamente em termos relativos, como por exemplo, a África e a América Latina” (HOBBSAWM, 1995, p.505).

Com respeito a esta e outras diversidades, o meio acadêmico tem promovido eventos, em que os debates abordam a expropriação de saberes tradicionais e do conhecimento tácito, por países financeira e tecnologicamente mais desenvolvidos¹².

José A.P. Gediel e Azelene Kaingang, palestrantes do citado evento apontaram a desigualdade de acesso aos recursos financeiros, indispensáveis para a produção de conhecimento num sistema capitalista. Além de centralizar os avanços técnico-científicos nos países mais ricos, esta desigualdade de acesso também favorece o fenômeno conhecido como “bio-pirataria”.

Tal fenômeno é caracterizado pela expropriação do conhecimento ligado à biodiversidade, às técnicas, aos saberes populares e das populações tradicionais, em países mais pobres e/ou do chamado “terceiro mundo”. Sob o argumento de que não estão inscritos no modelo do conhecimento científico, estes saberes são considerados primitivos, tradicionais, obscuros, mágicos. No entanto, apesar desta desvalorização ideológica, se houver interesse econômico, este conhecimento tácito recebe uma roupagem científica e é legitimado e apropriado pelos países que detiverem maiores recursos, tanto de capital como de investigação intelectual.

De maneira formalmente justificada, por meio de contratos, pareceres e consentimento informado, jurídico e fundamentado, países tecnologicamente mais desenvolvidos tornam-se proprietários de saberes pertencentes àqueles que o elaboram e o renovam cotidianamente.

¹² *I Encontro de Direito e Cultura Latino-Americanos: Diversidade, Identidade e Emancipação*, promovido pela Universidade Federal do Paraná - UFPR, de 02 a 05 de agosto de 2005.

Ainda nesta perspectiva, torna-se importante uma reflexão sobre a relação que as populações da América Latina construíram com a natureza, que é muito diversa da relação preconizada pela ciência e pelos colonizadores europeus. Azelene Kaigang¹³ critica a herança colonizadora que traz a idéia de que a natureza é algo para ser conquistado, categorizado, codificado e acumulado num banco de dados, de forma individualizada.

Para esta representante da comunidade indígena, no entanto, a concepção que muitas comunidades de povos sul americanos têm de um “Banco de Dados”, corresponde a um conjunto de saberes que são partilhados e mantidos na interação com os membros do grupo e com o próprio ambiente onde vivem, incluindo os animais, as plantas, os rituais, os costumes etc.

Dando continuidade a esta linha de pensamento, abordamos neste momento do trabalho este conhecimento que, diferente do conhecimento científico, é construído, eminentemente, a partir das relações entre as pessoas no seio da vida social. Amplo e diverso como a própria natureza sócio-cultural humana, o conhecimento tácito abarca uma gama variada de interpretações, das quais contemplamos as que mais estejam em sintonia com a problemática da nossa pesquisa.

2.4 O CONHECIMENTO “TÁCITO”¹⁴

No cotidiano de todo ser humano estará sempre presente o trabalho, e conseqüentemente um saber-fazer, como condição básica e fundamental, não só de sobrevivência, como também de prazer e de bem-estar individual e social. Sabe-se que, historicamente, o trabalho humano foi possível graças ao investimento de centenas de milhares de anos experimentando e aperfeiçoando habilidades na construção de instrumentos e na elaboração de técnicas para manuseá-los (MARX, 1977).

Portanto - à luz de investigações antropológicas – pode-se afirmar que muito antes da sistematização do conhecimento que hoje faz parte da ciência moderna, o ser humano já classificava e nomeava os fenômenos da natureza, partindo da

¹³ Presidente do Warã - Instituto Indígena Brasileiro.

¹⁴ Optamos por utilizar “tácito” para nos referir a um conhecimento que é popular, relacionado à tradição, e adquirido na vivência prática e através das experiências de vida.

observação e formulação de hipóteses pacientemente testadas e controladas em repetidas experiências. Data, por exemplo, do período neolítico o domínio de elementos da natureza que oportunizaram o desenvolvimento de técnicas hoje utilizadas na tecelagem, na agricultura, na domesticação de animais e até no sofisticado processo da mistura de argila para a obtenção da cerâmica (LÉVI-STRAUSS, 1989).

Infere-se então que a construção do conhecimento é um processo que acompanha o desenvolvimento do ser humano. Desde os tempos mais remotos, as pessoas já desenvolviam um grande número de técnicas, necessárias para a sobrevivência e resolução dos problemas sociais e culturais. Durante milhares de anos buscou-se solução para as dificuldades cotidianas, num exercício incansável de experimentação e acumulação, transformando meios naturais em utensílios, e utilizando-se da natureza na medida estritamente necessária para a garantia da sobrevivência.

Esse saber, adquirido na convivência com a realidade social e enriquecido através das diversas culturas, é transmitido de geração a geração constituindo-se no conhecimento tácito (KRÜGER; BASTOS; CARVALHO, 2000). Um conhecimento que se distingue - na apreensão, apropriação e transmissão - da forma como se constrói e é disseminado na sociedade moderna o conhecimento científico, cujo enfoque principal é na educação formal e institucionalizada. Portanto, esse saber, um patrimônio humano construído e apreendido na convivência social, acumulado e enriquecido através das diversas culturas e transmitido de geração a geração, é aqui considerado tão importante para a sociedade, quanto o conhecimento científico.

Então, as relações sociais, a experimentação e o manuseio de instrumentos possibilitaram a construção do conhecimento como um processo que acompanha o desenvolvimento humano desde os tempos mais remotos.

A habilidade de desenvolver instrumentos, operar ferramentas, experimentar e aperfeiçoar os movimentos, é tributária da capacidade genuinamente humana de ter percepções sensório-motoras e dessa forma poder sentir, tocar, pegar, apertar, prensar, girar, e fazer toda sorte de movimentos manuais.

Portanto, pode-se dizer que é a mão do ser humano, articulada à sua capacidade de pensamento e linguagem, o seu principal instrumento de trabalho. A precisão dos movimentos que as mãos são capazes de executar confere aos seres

humanos a habilidade de operar equipamentos dos mais rústicos e pesados aos mais sofisticados e delicados.

No entanto, há que se enfatizar que de nada adiantaria ao ser humano um par de mãos bem equipadas do ponto de vista da sofisticada estrutura anatômica, com toda sorte de movimentos precisos, se ele não estivesse inserido num modo de viver em sociedade. Pois, é somente a partir das relações sociais, que o conhecimento é construído, transmitido e aperfeiçoado (ENGELS, 1977).

O conhecimento tácito, que é caracteristicamente adquirido no seio das relações sociais vem recebendo sinônimos de “vulgar”, “empírico”, “senso comum”, “intuitivo”, “não científico”, dentre outros. Estas denominações não se traduzem em “mera oposição” ao conhecimento científico, e sim por “desigualdade”, uma vez que os “conhecimentos erudito, clássico, teórico, científico, lógico, são considerados superiores a estes outros saberes quase sempre desconhecidos e desvalorizados pelas pessoas oriundas da academia” (KRÜGER; BASTOS; CARVALHO, 2000).

No rol destas denominações encontra-se o termo “tradicional”, fazendo alusão a uma categoria “ultrapassada”, substituída por uma outra mais “moderna”. No entanto, numa sociedade multifacetada, também há dificuldades semânticas de se encontrar palavras que consigam explicar o significado de determinados conceitos. Podemos situar nestas dificuldades de nomear, o próprio conhecimento tácito, que muitas vezes é também conceituado como tradicional.

2.5 O CONHECIMENTO DE PARTEJAR

Referimos-nos aqui ao partejar desempenhado pela parteira que é chamada de “tradicional”. Esta referência é feita tanto por ela utilizar-se de um conhecimento mantido tradicionalmente entre gerações, como por pertencer a comunidades com características tradicionais. De modo que se torna indispensável dedicar neste momento uma atenção especial a esta terminologia no contexto do parto e nascimento.

Vale apontar o grande desconforto que o termo *tradicional* tem nos causado durante todo o processo da pesquisa. O nosso intuito, desde o projeto inicial, foi investigar a tecnologia do nascimento desenvolvida fora do contexto técnico-científico, acadêmico, onde o conhecimento é considerado hegemônico e

hierarquicamente situado num patamar mais elevado, em oposição ao saber tácito que, por definição, é adquirido na prática e transmitido entre gerações.

Visto por este ângulo, a parteira que executa seu ofício de partejar nas comunidades tradicionais pesquisadas, que é geralmente analfabeta e, portanto, sem formação acadêmica, corresponderia perfeitamente ao perfil designado neste trabalho como “tradicional”.

Por outro lado, muitas mulheres (e também alguns homens) mobilizada(o)s pelo descontentamento com a *medicalização do parto*¹⁵, cada vez mais organizam-se em movimentos sociais, com o intuito de provocar o retorno ao parto que se dava em casa¹⁶. Para essas pessoas, pertencentes a uma classe social intelectualizada e que têm uma postura mais crítica da visão do parto como um evento patológico, e que optaram por “realizar o parto da maneira mais ‘natural’ possível”, *tradicional* é o parto realizado no ambiente hospitalar, com assistência médica e um grande número de intervenções medicamentosas e/ou cirúrgicas(SOUZA, 2005, p.6).

Esta confusão de significados, compreensíveis numa dinâmica social que se transforma constantemente e que é marcada por contínuas mudanças de comportamento e de valores, também nos gerou dúvidas. O que seria considerado tradicional no atendimento ao parto: a antiga parteira, que utiliza as próprias mãos e os artefatos simples e caseiros? Ou a assistência médica, os modernos aparatos tecnológicos e cada vez mais sofisticados nos ambientes hospitalares, em oposição à opção pelo parto domiciliar das camadas urbanas intelectualizadas?

Tal descompasso, que em princípio pode ser de cunho semântico, não parece simples de explicitar. Por esta razão não nos julgamos capazes - nesta etapa e neste trabalho -, de abraçar tamanha empreitada. Consideramos, no entanto, nossa responsabilidade informar ao leitor o porquê da opção por chamar a *nossa* parteira de “tradicional”.

Segundo Mauss (1999), há duas espécies distintas de tradições. Em primeiro lugar está a tradição oral, que certamente caracterizou a humanidade desde sua

¹⁵ Termo introduzido no cenário do parto e nascimento com o advento da hospitalização da assistência à maternidade, referenciado em pesquisas realizadas por TORNQUIST, 2004; DINIZ, 1997 e 2001, entre outros, focando as novas formas de atendimento ao parto.

¹⁶ Em dissertação de mestrado: *A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*, Souza discorre sobre mulheres e casais, oriundos de camadas médias na cidade de Florianópolis (SC), que optaram por dar à luz em casa, sob os cuidados de parteiras e parteiros urbanos.

origem. Porém, além da tradição oral ainda existe outra que pode ser ainda mais primária e que é confundida com a imitação. Trata-se, antes, da prática transmitida de forma simbólica. Compreende-se ainda que, conforme Mauss, não haveria justificativa para que o conhecimento transmitido pela tradição oral ou simbólica entre gerações, seja desvalorizado perante o conhecimento científico¹⁷.

Seguindo o propósito de estudar a apropriação da tecnologia utilizada pelas parteiras tradicionais, voltamo-nos neste momento a focar mais de perto nosso objeto de trabalho, traçando um olhar panorâmico do desenvolvimento do conhecimento do parto e do nascimento.

Sabe-se que desde os primórdios da humanidade sempre nasceram crianças, e o processo do parto e os cuidados à parturiente sempre fizeram parte da vida das pessoas e eram tratados como um evento além de fisiológico, também cultural e social. Observando umas às outras e com a vivência do próprio parto, as mulheres – e também homens, pela necessidade de atender uma emergência -, apropriavam-se do conhecimento de partejar.

Assim, dentro de uma mesma comunidade, as mulheres se auto-ajudavam e a partir desta proximidade com o fenômeno da parturição adquiriam o aprendizado necessário para atender o parto. De sorte que uma pessoa amiga, inclusive o marido ou companheiro, que estivesse presente prestava auxílio à parturiente (PIRES, 1989).

Prática tão antiga quanto o é a humanidade, a parturição foi, até o século XIX, “um assunto de mulheres” e, sobretudo, um evento sócio-histórico importante, já que “tanto na sociedade grega quanto na romana a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis” (MARTINS, 2000, p.64).

O conhecimento de partejar, não obstante a participação pontual dos homens, pode-se dizer que é, originalmente, transmitido e enriquecido através das culturas entre mulheres. Um conhecimento que, distintamente do modelo acadêmico, vem associado a uma construção social e cultural, onde os rituais e a tradição

¹⁷ Há muita polêmica no universo acadêmico quanto a considerar como científico um conhecimento produzido, transformado e transmitido entre gerações, através da tradição. No entanto, autores como Lévi Strauss, 2004; Mauss, 1999, entre outros, defendem esta idéia. Marcel Mauss (1999, p. 114), inclusive, considera uma das maravilhas da ciência “aquela que constitui o emprego de substâncias desintoxicadas por séries muito complexas de operações (por exemplo, a mandioca, vulgarmente nossa tapioca, que a Ásia e a América nos revelaram).”

representam o seu arcabouço principal. A literatura aponta que é somente com o surgimento das primeiras civilizações da Antiguidade e o aumento da população, após a Idade Média, que são registradas a existência de corporações para desempenhar ações de saúde e formação profissional (PIRES, 1989).

Antes disso, as diferentes culturas sempre encontraram solução para esse problema, recorrendo ao seu repertório de conhecimento tácito. Assim, um conhecimento adquirido na condução de tarefas afins, poderia ser adaptado e utilizado também na resolução de outras tarefas semelhantes. Por exemplo, há registro de que em meados do ano de 1.500 foi realizado um parto cesáreo, no qual sobreviveram mãe e filho. [...] “um castrador de porcos, aflito ao ver a esposa sofrendo abriu-lhe o ventre com os instrumentos que utilizava nos animais, retirou a criança e em seguida, costurou a incisão” (MALDONADO, 2000, p.17).

A participação masculina no processo da parturição – salvo em casos de extrema necessidade -, é fenômeno recente. Na história do atendimento à gestante e à parturiente, verificamos que até o século XVII, aproximadamente, as mulheres pariam seus filhos exclusivamente entre elas. Todo o conhecimento do processo de parir era construído oralmente, pelo intercâmbio de experiências vivenciadas e passadas de mãe para filha, ou através de parteiras. A inserção de profissional masculino aconteceu quando um médico emprestou seu braço forte às parteiras, para atender o parto de Louise de Lavallière, amante de Luiz XIV (SZEJER, 1997). Foi a primeira vez que um homem assistiu uma mulher em suas dores e pela primeira vez, uma mulher confiou a um homem o fruto de suas entranhas. Importa ressaltar que as parteiras sempre executaram todas as manobras e diagnósticos, fazendo uso exclusivamente das mãos, conforme será visto com mais detalhes em capítulo específico.

A participação masculina no atendimento ao parto, por sua vez, é acompanhada do desenvolvimento e uso de instrumental e arsenal cirúrgico. Muitos manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII registram o uso de pinças, tesouras, fórceps e outros instrumentos em intervenções cirúrgicas como a embriotomia e a cesariana, e a criação de novos artefatos que visavam o aprimoramento das práticas obstétricas e do método de diagnóstico (MARTINS, 2004).

A partir desta mecanicização do processo do parto e nascimento, a obstetrícia moderna engajou-se no progresso e inovação tecnológicos. Utilizando-se do

conhecimento de diversas áreas, beneficia-se da criação de artefatos cada vez mais sofisticados para desvendar “[...] os mistérios da vida que, por trás da parede abdominal das parturientes, continua a se desenvolver do mesmo modo que nos primeiros dias da humanidade” (SZEJER, 1997, p.118).

Do ponto de vista etimológico, a própria palavra *obstetrícia* sugere que o fenômeno do parto, íntima e originalmente, se constitui num assunto de mulheres. A palavra *midwifery*, na sua origem inglesa significa “entre mulheres” ou “com mulheres”. A tradução da palavra para o português não consegue dar conta do seu real significado visto que, *obstetrícia*, além de ser uma especialidade médica exercida também por homens, reduz seu significado ao atendimento ao parto, não abarcando os outros sentidos inerentes ao fato de se dar à luz “entre mulheres” (MARTINS, 2000).

No entanto, apesar de culturalmente as mulheres se auto-ajudarem, não só por ocasião dos partos, mas também de outras atividades consideradas como estritamente femininas, uma questão “de gênero” sempre se impôs na história do conhecimento do processo da parturição. Embora a discussão de gênero não seja o objetivo principal deste trabalho, a importância que o assunto sugere no corpo desta pesquisa nos convida a contemplar uma citação aludindo esta divisão de conhecimento, que mostra uma distinção hierárquica do gênero masculino sobre o feminino. Segundo Gélis (1977), citado por Mott (1992, p. 46):

“[...] ainda no século XVIII, a participação do cirurgião no parto era visto como degradante. Ser parteiro era desonroso e vil. O sangue vertido nestas circunstâncias era associado ao menstrual, portanto impuro (porque vertido entre dois orifícios ainda mais nauseabundos...). mesmo as mulheres que se sujeitavam a este trabalho não eram bem vistas e pertenciam à escória do povo.”

Autor citado em diversas historiografias da construção deste conhecimento, Mott, 1977, 1998; Martins, 2000; Tornquist, 2004; entre outros, Jacques Gélis denuncia a existência de um grande vácuo, um silêncio *das fontes* que poderiam iluminar a sistematização do conhecimento sobre o mecanismo do parto. Segundo Gélis, é somente em fins do século XVIII e início do século XIX, que alguns parteiros e algumas parteiras preocuparam-se em classificar, etiquetar e comparar observações dos atendimentos que faziam aos partos. Dados produzidos por parteiros e parteiras da Maternidade de Paris entre 1803 e 1820, como: “o estado

das crianças ao nascer”; “o número de crianças mortas durante o parto”; “os tipos de apresentação”; “os casos de hemorragia/convulsão”; “retração da bacia”; entre outros, compunham o “quadro de informações”, da situação da saúde obstétrica na época (MOTT, 1998, p.22).

A. Velpeau, professor de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Paris, por volta de 1832, argumentava a ciência dos partos com uma explicação racionalista. Dizia que, nos tempos remotos, bárbaros, as mulheres atendiam as parturientes. Mas com o avanço da civilização, a arte dos partos haveria de acompanhar as transformações científicas, produzida pelos médicos que seriam assistidos por parteiras treinadas e que estariam submetidas à sua autoridade (MARTINS, 2004).

Vale retomar neste momento o aspecto da hierarquização e apropriação do conhecimento científico, discutido anteriormente no item 1.3. Martins (2004), nos oportuniza constatar justamente a apropriação e posterior hierarquização do conhecimento das parteiras tradicionais pelos médicos. O conhecimento do parto, enquanto fazia parte do universo das parteiras, além de não ser considerado um conhecimento científico, era visto como um saber inferior.

Porém, quando a medicina obstétrica apropriou-se deste mesmo saber, acrescentou-lhe um teor acadêmico-científico, legitimando e hierarquizando não só o conhecimento como também a tecnologia que, originalmente, foram produzidos, aperfeiçoados e transmitidos por parteiras.

2.5.1 A tecnologia desenvolvida por parteiras

A tecnologia utilizada para atender o processo da parturição, conforme já anunciamos, é construída pela parteira tradicional nos diversos momentos de sua vida. Seja vivenciando seus próprios partos, seja praticando a solidariedade ajudando outras mulheres a parir, seja vivendo sua religiosidade, desenvolvendo suas crenças.

O conjunto destas vivências, somado ao manejo de um repertório de artefatos e procedimentos composto basicamente de posturas, rezas, ervas e chás, que ela mesma prepara e administra, resulta num saber. Um saber que durante milênios vem sendo experimentado e aperfeiçoado, transformando-se em um ofício: o ofício

de partejar. Esta habilidade, antes de traduzir-se na simples repetição de uma prática, requer uma complexa sistematização de procedimentos e técnicas.

Conforme entende Gama (1986, p.51), uma definição de tecnologia é “a sistematização científica dos conhecimentos relacionados com as técnicas”. O autor também comunga com outros estudiosos do assunto, que técnica e tecnologia compõem um mesmo sistema; contudo, são conceitos que não se confundem. A técnica pode existir isolada da tecnologia, porém, embora a tecnologia tenha primazia sobre a técnica, não pode prescindir dela.

A partir desta elucidação teórica, entendemos que ao dominar as técnicas relacionadas com o atendimento ao parto, as parteiras, intuitiva e objetivamente, também as sistematizam, obtendo como produto uma tecnologia: a tecnologia do atendimento domiciliar ao parto e nascimento.

Partejar, para as parteiras tradicionais não é uma ação isolada, nem tampouco se restringe ao atendimento à mulher durante o trabalho de parto. O atendimento prestado à parturiente nunca se limitou, e nem se limita nos dias de hoje, ao ato de aparar a criança e cortar o cordão umbilical - conforme veremos, mais detalhadamente, em capítulo específico.

A parteira se ocupa da alimentação e vestuário da parturiente, como também do preparo do ambiente com os cuidados necessários, antes, durante e depois do nascimento da criança, constituindo-se, além de um ofício, num gesto de solidariedade. Juntamente com as mulheres da vizinhança, elas auxiliam nas tarefas domésticas, e também organizam “os rituais com seus amuletos, ervas, encantamentos, preces, enfim, todos os recursos mágico-religiosos que podiam auxiliar no parto e afastar os malefícios” (MARTINS, 2000, p. 65).

A partir da experimentação, por exemplo, de orações, de simpatias, ou de rituais, que segue uma linguagem rígida de comunicação - condição necessária para ter eficácia -, as *crendices* são mantidas e transmitidas de geração a geração, perpetuando um conhecimento. Conhecimento construído pela repetição de medidas operatórias que, seguindo um processo metodológico, obtiveram eficácia simbólica (LÉVI STRAUSS, 1996).

A obtenção de eficácia, no caso dos rituais, orações, etc – reforçada pelo fato de a parturiente também partilhar da crença -, é da ordem do psicológico, portanto não objetiva e não reconhecida como verificável nos moldes da ciência moderna. No

entanto, a tecnologia desenvolvida por parteiras tradicionais, não se limita às *crendices* – alvo de descrédito veemente por parte da comunidade científica.

Se consideradas as diversas técnicas e artefatos que são, adequadamente, utilizados na solução dos mais variados problemas relacionados ao parto e ao nascimento, estamos referindo uma eficácia de base racional. Assim, quando a parteira constata que determinada posição para parir é mais efetiva que outra; que determinada erva em forma de chá, ou em forma de banho, é eficaz para solucionar uma questão específica; etc., ela o faz pautada na observação de dados reais e concretos.

Nesta mesma perspectiva podemos relacionar: as palavras de consolo; o carinho; o gesto de oferecer a companhia ininterrupta e a solidariedade na dor; dentre outros. O fato de as ações desta natureza situarem-se no campo afetivo, emocional, psicológico, não significa que não tenham status de técnica. Tais ações se traduzem em técnicas representadas pelas posturas, comportamentos e atitudes eficazes, por exemplo, no alívio não farmacológico da dor do parto. Vale ressaltar, conforme será apontado mais adiante no trabalho, que a dor do parto é um dos fatores mais fortemente associados à dificuldade de se *esperar* que o parto chegue a seu termo, sem recorrer ao uso de intervenções agressivas.

É oportuno pontuar as discussões entre enfermeiros(as) obstetras, médicos etc., em sites virtuais sobre o tema da gravidez e parto¹⁸, onde as técnicas utilizadas por parteiras tradicionais são reconhecidas como avançadas e eficazes. Este reconhecimento nos remete ao texto *Tecnologia e Invenções na Idade Média*.

Neste texto, o autor faz uma crítica ao descrédito às invenções que ocorreram durante a Idade Média. Aquele período é comumente referido pela literatura como Idade das Trevas; nome merecido pela desintegração política, depressão econômica etc. No entanto, a melhoria de muitas técnicas ocorridas nesse período, não poderia ter sido ignorada. Muitas inovações técnicas - incluindo a descoberta dos óculos, atribuída por um entusiasta à Renascença -, foram realizadas durante a Idade Média (WHITE Jr,1985).

Nesse sentido, talvez a obstetrícia de hoje seja tributária do conhecimento tecnológico desenvolvido, há milênios, por parteiras tradicionais. Composta pelo

¹⁸<http://www.partonatural.com.br/partonatural/encontros/2005/>; <http://www.rehuna.org.br/>; <http://www.partodoprincipio.com.br/>; <http://www.amigasdoparto.com.br/>, entre outros.

arsenal de técnicas, artefatos, comportamentos, atitudes, crenças etc., esta tecnologia foi, lenta e gradativamente, sendo construída na observação, experimentação e, sobretudo, na vivência histórica e sócio-cultural.

2.5.2 A parteira e sua história no atendimento ao parto

Não obstante a carência de registros escritos pelas parteiras sobre a sua prática de partejar, acredita-se, com base em informações provenientes de outras especialidades como a arte, antropologia, a arqueologia etc., ser esta a profissão¹⁹ mais antiga do mundo (MARTINS, 2004). Circunscrito ao âmbito domiciliar e imerso culturalmente a tradições, rituais e crenças, todo o processo do parto e do nascimento era atendido pela parteira. Portanto, a parteira pode ser considerada como a primeira pessoa a ter praticado a medicina (DINIZ, 1997), administrando como parte de sua tarefa uma terapia ginecológica rudimentar.

A Organização Mundial da Saúde considera as parteiras como “figuras associadas à tradição, às sociedades rurais, excluídas dos modernos serviços de saúde, mas que, embora leigas, são responsáveis por mais de 60% dos partos em países em desenvolvimento” (TORNQUIST, 2004, p. 221).

Atuantes na tarefa de proteção, orientação e cuidados das mazelas femininas, as parteiras, além de aparar crianças e zelar pelos costumes, também recitavam orações e eram cúmplices das parturientes nos abortos. Tomando emprestadas as práticas da medicina antiga, as plantas - cultivadas por elas mesmas no quintal da casa -, e os gestos que lhes foram transmitidos pelas suas ancestrais, “as mulheres se desincumbiam dos partos não tanto pelo saber, mas pelo ‘saber-fazer’” (DEL PRIORE, 1993, p.263).

¹⁹ Compreendemos que, no atual contexto sócio-econômico, o status de profissão seja mais adequado à parteira que recebe remuneração financeira pelo trabalho.



Figura 1: Acompanhamento de um parto no século XVI.
 Fonte: PEDRO, In: Revista Nossa História, março, 2005. Ano 2/nº17/p.20.

A autora ressalta que este “saber-fazer o parto”, constituído pelos saberes e práticas eminentemente femininas desenvolvidos pelas parteiras, fazia parte dos “conselhos” que os médicos dirigiam às suas pacientes. Sugestões que vão desde a ingesta de “caldo de galinha gorda” até as melhores posições para o parto, tal qual o frequentemente praticado pelas parteiras, eram comuns na linguagem médica dirigida às mulheres grávidas, como cuidados imprescindíveis ao “bem parir”.

A falta de registro sistemático da atuação e do saber construído pelas parteiras, porém, gerou uma lacuna na história deste conhecimento. Vazio este que foi preenchido com as mais diversas denúncias e opiniões desfavoráveis feitas pelos médicos sobre a atuação delas no atendimento ao parto e ao nascimento.

Esta construção no imaginário social da parteira como mulher ignorante²⁰ e desqualificada para o atendimento ao parto, faz eco não só na área da saúde, como em grande parte da sociedade. Iniciada há séculos, esta imagem continua presente “não só na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários

²⁰ Tema apresentado por Maria Lúcia Mott, em tese de doutoramento: *Parto, parteiras e parturientes no século XIX. Mme. Durocher e sua época*. São Paulo: USP (História), 1998.

países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX” (MOTT, 1999, p. 25). Assim, não é incomum depararmos com muitas pessoas, ou que ignoram totalmente a existência de parteiras, ou que demonstram surpresa pelo fato de elas ainda atuarem na profissão, questionando num tom quase afirmativo: “mas as parteiras não estão proibidas de atender os partos?”²¹

A literatura registra que é em meados do século XIX – paralelo ao desenvolvimento do capitalismo – que, com a hospitalização do parto, ocorre a transformação da prática obstétrica em uma especialidade lucrativa. Inicialmente esse processo se dá de forma lenta e limitada a classes sociais do meio urbano. Os cirurgiões aprendem as técnicas com as parteiras alfabetizadas e, resgatando a tradição médica greco-romana exercem uma obstetrícia patológica e intervencionista, cujo arsenal cirúrgico confere supremacia aos médicos. Assim, “além das pinças, tesouras, fórceps, ganchos e perfuradores”, esse poder é legitimado, com a criação e inovação de novo instrumental, que é minuciosamente descrito e conservado, tendo “seus nomes gravados” – literalmente, nos próprios instrumentos, como é o caso de alguns fórceps – “na história da obstetrícia” (MARTINS, 2004, p.72).

A produção de textos das parteiras, por outro lado, não tinha a mesma expressão na sociedade. Nem no que diz respeito à abordagem de temas e técnicas da parturição, nem tampouco, ao número e alcance das publicações, uma vez que a maioria destas mulheres era - e o são ainda hoje, segundo dados construídos em trabalho de campo desta pesquisa, e em literatura consultada -, “analfabetas ou com baixa escolaridade” (MIN. DA SAÚDE, 2002, p.7).

No entanto testemunhos garimpados por historiografias, como verificamos em Martins (2004, p.74), revelam que “algumas parteiras européias ficaram muito famosas por sua capacidade e perícia, publicando manuais de partos que foram tão ou mais importantes do que os dos cirurgiões, [...] registrada em diários a experiência de uma vida inteira dedicada à parturição”.

A história de uma dessas parteiras foi resgatada e documentada por Maria Lucia Mott, (1998). Maria Josefina Matilde Durocher foi a primeira parteira diplomada

²¹ Mesmo pessoas oriundas da academia, que pertencem a áreas de conhecimento que não são ligadas diretamente com o tema do saber tradicional, costumam compreender a atuação da parteira como “proibida” ou “ilegal”.

no Brasil. Segundo Mott, ela exerceu a profissão de parteira durante 60 anos e atendeu mais de 5.500 partos.

Ao contrário da Madame Durocher, a maioria das parteiras ainda continua analfabeta. Todavia, tal condição não as impede de aprender e exercer a profissão, transmitindo oralmente seu saber de geração a geração. Munidas deste saber, muitas parteiras continuam atuando, principalmente em comunidades rurais, tradicionais e/ou de difícil acesso aos centros de saúde,

No entanto, os mecanismos denominados S/S -: Sistemas de Informações em Saúde -, não possuem um instrumento especificamente adequado para contabilizar e registrar as condições dos partos e nascimentos atendidos por parteira. A omissão e/ou subnotificação destes dados, repercute na qualidade das informações que formam indicadores importantes para a tomada de decisões dos gestores de saúde debilitando, conseqüentemente, as ações que dizem respeito à saúde reprodutiva da população.

Parte deste desinteresse pelos atendimentos a partos domiciliares pode ser justificada pelas mudanças advindas não só com a implementação de novas tecnologias, mas também por meio de políticas públicas. A literatura aponta que até a década de 1950, aproximadamente, o parto domiciliar constituía-se numa das únicas formas de atenção à parturiente. O atendimento era prestado por parteiras, ou, no caso específico do Estado de São Paulo, onde havia o Serviço Obstétrico Domiciliar²², cuja atenção ao parto contava com o serviço de parteiras *treinadas* e também de médicos. Porém com a criação, em 1967, do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, a hospitalização passa a ser estimulada, resultando, “entre 1968 e os primeiros anos de funcionamento do INPS”, num aumento do número de partos hospitalares, “que de 54% subiu para 76%” (MOTT, 2004, p. 121).

Atualmente esses valores apresentam-se ainda mais elevados. Com o processo de urbanização, e as mudanças ocorridas nos valores e comportamentos sociais, o parto acontece predominantemente, no ambiente hospitalar. Conseqüentemente, o parto domiciliar passou a ser considerado um evento cada vez mais raro acontecendo, ou *acidentalmente* – por falta de transporte para chegar

²² O Serviço Obstétrico Domiciliar – SOD - foi criado em 1958, na gestão do governo Jânio Quadros. O SOD foi implantado nos moldes de um serviço organizado, em 1953, na Paróquia do Sagrado Coração, no qual “quatro parteiras holandesas e uma assistente social atendiam às mulheres da região e utilizavam como meio de transporte bicicletas (MOTT, 2004, p. 118).

até o hospital -, ou restringindo-se às áreas rurais e/ou de difícil acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA et al, 2005).

No entanto, segundo Maria Lucia Mott, “até meados do século XIX” o atendimento ao parto normal no domicílio foi executado com primazia pela parteira. Isso ocorria tanto por que as parturientes recorriam preferencialmente às parteiras, “como os médicos as requisitavam para atender esposas e clientes” (In: COSTA, 2004, p.114).

Vale salientar que ainda hoje há grande procura pelo atendimento prestado pelas parteiras tradicionais, não se restringindo aos municípios da região norte e nordeste do Brasil, consideradas menos abastadas do ponto de vista de recursos sociais e serviços de saúde. Também é comum o trabalho das parteiras nas demais regiões, inclusive nos estados do Sul e Sudeste – como observado nos municípios que compõem o universo da nossa pesquisa. Conforme observa o próprio Ministério da Saúde, o atendimento prestado pelas parteiras tradicionais ainda ocorre em grande escala nas “regiões de difícil acesso aos serviços de saúde – zonas rurais, ribeirinhas e lugares mais distantes” (MIN. DA SAÚDE, 2002, p.7).

Portanto, a ausência de um cadastramento sistemático das parteiras, assim como o subregistro dos partos domiciliares atendidos por elas, pode ser vista como uma desconsideração destas profissionais pelos organismos competentes. Os gestores de saúde, organização governamental, assim como a sociedade em geral – por diversas razões -, não as valorizam enquanto atores sociais importantes para a comunidade em que vivem e atuam. Conseqüentemente, estas omissões criam grandes dificuldades, que muitas vezes impossibilitam a investigação científica no sentido de reconstruir a história das parteiras.

2.5.3 Os tipos de parteiras

Considera-se importante, neste ponto do trabalho, discorrer sobre os tipos de parteiras existentes no Brasil a partir das primeiras décadas do século XIX. Para este mister, em revisão da literatura encontramos informações a respeito de duas categorias de parteiras.

Na primeira categoria, e em numero reduzido, conforme (MOTT, 1999, p.26), estão as “**parteiras licenciadas, as examinadas e as diplomadas**” que exerciam suas funções dentro das instituições como auxiliares dos médicos. O fato de

exercerem esta função de auxiliar, já foi objeto de estudo em outros trabalhos e pontuado em argüição feita na ocasião da defesa da tese de doutoramento de Tornquist, 2004: “As parteiras quando admitidas no hospital, são subalternas, para acompanhar os partos e também para lavar roupas, para costurar, para fazer faxina”.

Contudo, esta discriminação pode ter sua origem em uma determinação legal que estabeleceu critérios para a formação de médicos e de parteiras, e que teria hierarquizado a profissão do médico.

O Artigo nº22 da Lei de 1832 estabelece critérios para o estudante da Academia de Medicina: idade mínima de dezesseis anos; saber latim; francês ou inglês; filosofia racional e moral; aritmética e geometria. A arte de partejar, por outro lado, não era considerada tão letrada como a medicina. A Lei determinava que a mulher que desejasse obter o título de parteira, deveria ter idade mínima de vinte e um anos, saber ler e escrever e apresentar um atestado de “bons costumes” (PIRES, 1989).

Segundo Pires (1989, p.109), tal legislação contribuiu para que a tarefa de partejar, originalmente de domínio das mulheres, após a exigência dos cursos de capacitação, passe a ser uma “atividade subordinada e controlada pela medicina.”. A partir daí, à parteira cabia única e devidamente as atividades de cunho manual, limitadas ao atendimento à puérpera e ao recém nascido sem, no entanto, ter o “controle da decisão terapêutica, da avaliação clínica e da prescrição da assistência”.

Na segunda categoria de parteiras, encontram-se as **parteiras tradicionais** - objeto desse trabalho -, que são residentes e atuantes, no caso do Brasil, nas zonas rurais, nas regiões ribeirinhas e de difícil acesso.

Estas parteiras são mulheres “maduras, analfabetas ou com baixa escolaridade”, que “prestam assistência ao parto domiciliar em uma determinada comunidade e são reconhecidas pela mesma como parteiras” (MIN. DA SAÚDE, 2002, p. 7).

Vale acrescentar que estas parteiras não recebem da mulher que atendem, nem tampouco do Ministério da Saúde, qualquer remuneração financeira pelo trabalho que executam. Fato que mereceu o seguinte comentário por parte de uma componente da banca examinadora da Tese de Doutorado de Tornquist, 2004,

“[...] uma categoria profissional que exerce funções de agentes de saúde. O problema não é somente de usar essas mulheres mal pagas para suprir um Estado omissivo, mas a própria precariedade das condições de trabalho, que não têm nem prestígio, nem estatuto, nem nada.”

Dentre as parteiras tradicionais, em maior número, situam-se as denominadas *práticas*. Também chamadas de *comadres* ou *curiosas*, estas mulheres prestam atendimento às mulheres da comunidade em que vivem.

Historicamente, o perfil das primeiras parteiras do Brasil, segundo Mme Durocher²³, (MOTT, 1998, p. 30), “eram caboclas, portuguesas e negras velhas. [...] analfabetas, pertenciam a ‘última classe da sociedade’, [...] não duvidavam em prestar certos favores: ‘levavam debaixo da mantilha [...] feitiçarias de simpatia ou repulsão, de ventura ou desgraça’”.

Pelo fato de muitas parteiras daquela época serem ex-meretrizes, as senhoras da sociedade preferiam ser atendidas pelas escravas, e vice-versa, as escravas também eram assistidas pelas senhoras (MOTT, 1992).

Buscou-se neste capítulo, oportunizar ao leitor um pano de fundo elucidativo, tecido com questões teóricas que julgamos pertinentes à nossa temática de pesquisa. Fez-se, portanto, uma exposição acerca do conhecimento científico; das definições de tecnologia e de técnica e as suas diferentes atribuições e significados; a racionalização e a hierarquização do conhecimento, de acordo com os contextos sociais e culturais. Entendemos que a singularidade da apropriação e difusão do conhecimento tácito e do conhecimento de partejar por parteiras tradicionais, representa o verdadeiro escopo teórico do trabalho.

No próximo capítulo discorreremos sobre a demarcação da área a ser pesquisada, a escolha das pessoas entrevistadas e as ferramentas necessárias para percorrer os caminhos a serem seguidos e proceder à análise dos resultados obtidos.

²³ Maria Josefina Matilde Durocher – foi a primeira parteira a matricular-se, em 1834, no curso de partos recém-criado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. “Foi a primeira mulher formada no Brasil a publicar textos na área de Obstetrícia, sendo a única admitida como sócia – naquele século (1871) -, na Academia Imperial de Medicina” (MOTT, 1998, p.6).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos os procedimentos que foram necessários para caminharmos em direção ao objeto de estudo. A escolha do campo de pesquisa; as condições de acesso às comunidades; as ferramentas e os artefatos que nos possibilitaram registrar as informações e transformá-las em material empírico.

Compreende-se, conforme Minayo (1993), que o conhecimento científico é o exercício de articular a teoria com a realidade empírica, e que o método, por sua vez, representa o “fio condutor” que viabiliza esta articulação. Nesta perspectiva, para a realização da maior parte do trabalho, optou-se pela metodologia qualitativa.

Esta metodologia mostrou-se adequada para a realização desta pesquisa por considerarmos importante o cotidiano vivido pelas entrevistadas. Nos seus relatos estão presentes as metáforas, conceitos, narrativas e descrições plenas da subjetividade inerente às histórias de vida, tanto nas entrevistas das parteiras, como nos testemunhos das mulheres que foram por elas atendidas (TOBAR, 2001).

No entanto, não só os significados, como também a frequência dos fatos foi de grande importância na realização deste trabalho. Por este motivo, também foram consultados bancos de dados disponibilizados para consulta pública pelo Ministério da Saúde, onde buscamos conhecer o número de nascimentos ocorridos nas comunidades pesquisadas, assim como a existência e a atuação de parteiras tradicionais.

No rol das pessoas entrevistadas, também incluímos o obstetra Moisés Paciornik, por ele ter sido o primeiro profissional médico paranaense a propor uma modalidade de parto, vertical, ou de cócoras, que, do ponto de vista da posição para parir, é mais próxima da experiência das parteiras.

3.1 A PESQUISA DE CAMPO

Escolher um campo de pesquisa, assim como as ferramentas de trabalho para abrir esse corpo de estudo a ponto de lhe expor as vísceras, é tarefa que envolve dedicação intelectual e física, mas também, e principalmente, emocional. Porém, a demanda desta grande carga de energia é crucial para que o pesquisador envolva-se de “corpo e alma” com a pesquisa em questão, o que a torna, além de um objetivo a ser alcançado, um trabalho que fascina, e que também *faz sina*.

O compromisso assumido com a sua instituição, com a sociedade e, sobretudo consigo próprio, faz com que o pesquisador, antes de focar objetivamente o assunto, passe por introspecções, reflexões, e revisões intelectuais que lhe custam ao mesmo tempo decepções e deslumbramentos.

Não foi diferente a nossa investida na tentativa de construir caminhos possíveis para investigar nosso objeto de estudo. Ir ao encontro das parreiras tradicionais, longe de parecer uma viagem bucólica - de certa forma até romantizada pelo aspecto rústico do acesso, ora por estrada de terra, ora por mar -, representa para nós, não somente um trabalho de pesquisa, como também a contração de uma dívida.

A obrigação devida por nós, enquanto representantes da sociedade acadêmica, aos atores daquelas comunidades que, prontamente, nos fornecem informações e saberes fundamentais e imprescindíveis para que possamos desvelar fenômenos sociais, nos parecem - parafraseando as parreiras -, "impossíveis de pagar".

Tal sensação de endividamento é acompanhada por emoções e inseguranças difíceis de serem nomeadas. Adentrar um universo em que muitos dos costumes e dinâmica de funcionamento geralmente diferem do vivido pelo pesquisador, incita uma ambigüidade de sentimentos. Mesmo que tenha dedicado um tempo a preparar-se, acessando bibliografia visando familiarizar-se com a aproximação do campo de pesquisa, ainda assim, o contato com o diferente causa um estranhamento muito próximo a um mal-estar físico, visceral.

Mal-estar que talvez seja causado pelo fato de o pesquisador levar para o campo um conhecimento suposto sobre o assunto e uma falsa sensação de que lá irá encontrar respostas para grande parte das questões contempladas no roteiro previamente preparado. No entanto, o resultado que se obtém durante a permanência em campo nem sempre atende a tais expectativas.

Na verdade, como diz Bruno Latour (2000, p. 111), "o laboratório é um outro mundo" em que, ao contrário de dirimir as dúvidas abre um labirinto de questionamentos e impotências.

O conhecimento que se leva ao campo de investigação constitui-se, basicamente, de bibliografia consultada para construir o problema de pesquisa,

acrescido da vivência do pesquisador na área de interesse enquanto objeto de estudo, interesse profissional etc.

Interesse que no caso deste trabalho de pesquisa, como já foi apontado anteriormente, deu-se a partir da atuação da pesquisadora enquanto psicóloga no atendimento ao parto hospitalar; além da experiência vivida como mulher e mãe. Tendo como formação profissional a área da psicologia, buscamos constantemente estudar também os aspectos fisiológicos do parto, fundamentais para prestar, além de amparo emocional, também orientar e dar apoio físico às parturientes durante o processo do parto.

A diversidade destas áreas de conhecimento, psicológico e fisiológico, acrescidos do fato de que a experiência de trabalhar como psicóloga e Doula se deu num ambiente hospitalar perpassa todo o tempo este trabalho, causando a ambigüidade conhecimento versus realidade. No entanto, embora a pesquisa aborde o parto domiciliar acompanhado por parteiras e num contexto cultural totalmente diverso do ambiente hospitalar, tal diversidade, inclusive dos respectivos rituais praticados em um e em outro ambiente, muito nos serviu como contraponto comparativo.

Não foi possível fazer a observação de um parto atendido por parteira, pois não ocorreu nenhum nascimento durante a realização do trabalho de campo. Conforme Tobar (2001, p. 96), a observação é uma das ferramentas que o pesquisador leva para o campo e consiste, antes de um simples olhar, numa atitude investigadora. Segundo o autor, a pura observação sem pressupor um sistema ou, ao menos, uma hipótese, pode invalidá-la do ponto de vista científico, e que as “suposições básicas subjacentes” impulsionam o pesquisador a observar certos fenômenos em detrimento de outros.

Porém, aproximar nossa escuta e nosso olhar sobre o fenômeno do parto acompanhado pela parteira, os recursos técnicos que ela utiliza etc., desprovidos do conhecimento de como se dá na prática, foi, diríamos, providencial. Pudemos dessa forma, sem pré-conceitos teóricos construídos, coletar as falas das parteiras, os depoimentos das mulheres por elas atendidas, observando o cotidiano e a vida vivida na comunidade, com o cuidado de não invadir sua privacidade e dinâmica de funcionamento, ao mesmo tempo em que registramos cada detalhe que nos foi possível captar.

Por tratar-se de temática que faz alusão ao cotidiano e à subjetividade das pessoas entrevistadas, optamos pela abordagem qualitativa com posterior análise interpretativa. Compreende-se, como afirma Van Maanen, citado por Tobar (2001, p. 93), que o método qualitativo, neste tipo de investigação, justifica-se por tender “a considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos, do que como repetíveis e claramente definidos”.

Embora o método qualitativo tenha se mostrado mais adequado para realizar a pesquisa de campo junto às parteiras, também sentimos necessidade de acessarmos informações de caráter quantitativo. Para tanto, a fim de nos situarmos com relação aos partos ocorridos no âmbito domiciliar, buscamos informações fornecidas pelos SIS - *Sistemas de Informação em Saúde*. Os SIS são mecanismos criados pelo Ministério da Saúde para prover os gestores nos âmbitos federal, estadual e municipal, dos dados que subsidiam ações de zelo pela saúde da população. Estas ações monitoram o estado de saúde e as condições sócio-ambientais das pessoas desde o nascimento, perpassando todas as etapas da vida, assim como avaliam as intervenções, seus resultados e impactos. As informações sobre a existência de nascimentos domiciliares nas regiões de interesse para a pesquisa, foram obtidas a partir de consulta ao setor denominado SINASC - Sistema de Informação dos Nascidos Vivos.

O SINASC constitui um dos mecanismos estruturados pelo Ministério da Saúde, para garantir a produção de dados de interesse sobre partos e nascimentos. Implantado desde 1990, este sistema procedeu a padronização das informações sobre nascidos-vivos no país, utilizando como formulário de base a Declaração de Nascido Vivo – DN, distribuído em todo o território brasileiro, pelo Ministério da Saúde.

Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde, nascido vivo é “todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta” (MIN. SAÚDE, 2001).

A Declaração de Nascido Vivo representa um documento de importância singular pois, além de prestar informação sobre o nascimento da criança, também

“capta dados sobre as condições da gravidez, parto e nascimento, incluindo, entre outros, o peso ao nascer, a idade gestacional e a realização de pré-natal” (MOTA & CARVALHO, 2003, p.615).

Uma vez constatada a ocorrência de nascimentos domiciliares no município de Dr. Ulysses, localizado no Vale do Ribeira e na Vila da Barra do Superagüi, buscamos saber junto à SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, se tais partos haviam sido realizados por parteiras.

A partir de contatos telefônicos à SESA, iniciamos o processo de investigação da existência de parteiras tradicionais atuantes no Paraná. O Departamento de Serviços Especiais foi o setor apontado pela instituição como um possível informante sobre o cadastramento das parteiras atuantes no Estado. A chefia do referido setor informou-nos que a Secretaria de Saúde não tem conhecimento da existência de parteiras, e acrescenta que *“até gostaria de saber quantas parteiras existem no Estado e fazer um mapeamento”*. Na tentativa de auxiliar-nos a levantar dados para a pesquisa, a chefia sugere que procuremos a funcionária responsável em levantar dados sobre as parteiras junto às regionais de saúde. Encontrada a funcionária, esta nos informa que realmente há interesse do atual governo federal em resgatar o trabalho das parteiras. Comenta que em Seminário do Ministério da Saúde realizado em Brasília, Luis Inácio Lula da Silva²⁴, Presidente da República eleito 2002, manifestou grande interesse no assunto das parteiras tradicionais, associando-o à retomada do Projeto de Redução da Mortalidade Materna²⁵.

Segundo informações desta fonte, no sentido de viabilizar as ações de resgate das parteiras atuantes nas regiões de difícil acesso ao serviço público de saúde, o Ministério da Saúde designou um médico – integrante do corpo funcional da SESA-PR -, para realizar o cadastramento das parteiras do Estado do Paraná. Iniciou-se então o levantamento em 2004, enviando-se ofício às regionais de saúde solicitando que cada localidade informasse a existência ou não de parteiras, porém apenas metade das regionais respondeu. Almejando conhecer tais respostas, pois

²⁴ A primeira esposa do Presidente Lula, Maria de Lourdes da Silva, morreu em 1971, vítima da falta de assistência à maternidade (Revista Época, março/2003).

²⁵ Mortalidade materna é definida pelo Ministério da Saúde como a morte da mulher durante a gestação ou até quarenta e dois dias após o parto, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É considerada como *morte materna declarada*, se previamente classificada como morte materna na certidão de óbito (VALONGUEIRO et al, 2003).

trariam dados importantes para nossa pesquisa, fizemos vários contatos telefônicos com pessoas da Secretaria tentando localizar uma citada pasta contendo os dados do “Levantamento de Parteiras”, mas a mesma não foi encontrada.

Ainda numa última tentativa de obtermos informações referentes à existência de parteiras no Estado do Paraná, agendamos e comparecemos a um encontro com a pessoa responsável pelo assunto na Secretaria Estadual de Saúde, mas também resultou infrutífero.

Deduzimos, com base no exposto, que a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, oficialmente, não possui levantamento concreto do número de parteiras atuantes no Estado - tampouco há registro do número dos nascimentos domiciliares assistidos por elas. Sabe-se, entretanto, que o Ministério da Saúde reconhece a importância do trabalho das parteiras tradicionais, em especial nas regiões onde o serviço de saúde é escasso, distante ou de difícil acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No entanto, concordamos com Tornquist (2004), quanto à dificuldade de se buscar números que representem a realidade dos atendimentos prestados pelas parteiras tradicionais. A subnotificação, tanto de nascimentos domiciliares, como das parteiras atuantes, constitui motivo de preocupação não só do Ministério da Saúde, mas também, por parte da OMS, que encoraja um sistema de levantamento mais preciso dos partos ocorridos em comunidades rurais²⁶.

Nosso primeiro contato com parteiras do Estado do Paraná deu-se durante a participação numa Oficina de Parteiras Tradicionais em evento organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Paraná, no ano de 2000. A maioria das parteiras que participaram da oficina era oriunda do município de Dr. Ulysses.

Este foi um dos motivos que nos levou a escolher, na região do Vale do Ribeira, o município de Dr. Ulysses como parte do universo delimitado para a realização da pesquisa. Para aumentar o número de entrevistas e enriquecer a análise interpretativa dos dados, buscamos também as parteiras atuantes na região do litoral do Paraná.

No litoral optamos pela Vila da Barra do Superagüi, onde entrevistamos duas parteiras e aproximadamente 14 (quatorze) mulheres que foram atendidas por elas.

²⁶ WHO - World Health Organization - *Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*. Fortaleza, Brazil, 22-26 abril, 1985, documento citado por (TORNQUIST, 2004).

Na cidade de Teófilo Otoni, MG, realizou-se a Capacitação de Parteiras Tradicionais, promovido pelo Governo do Estado de Minas Gerais em parceria com a ONG - Grupo Curumim-Gestação e Parto, em setembro/2004, com duração de uma semana. Nesse evento entrevistamos 11 (onze) parteiras, oriundas de localidades rurais da região do Vale do Jequitinhonha. As entrevistas ocorreram no interior do hotel onde elas estavam hospedadas, durante os intervalos do curso, para almoço ou lanche.

Embora por ocasião do curso, setembro/2004, ainda não tivéssemos claramente delimitada a investigação, o material coletado foi importante para a pesquisa. Como o evento se tratava de capacitar as parteiras, as aulas e discussões faziam referência, justamente, às técnicas, artefatos, procedimentos, diagnósticos etc., utilizados por elas durante o atendimento ao parto. De forma que foi possível selecionar nas gravações, filmagens e anotações de diário de campo, o conteúdo específico que contemplasse os objetivos do projeto.

Assim, realizamos entrevistas com parteiras tradicionais das localidades de Dr. Ulysses e da Vila da Barra do Superagüi, no Estado do Paraná, e do Vale do Jequitinhonha, no estado de Minas Gerais.

Após ter-se delimitado o universo da pesquisa, desenvolveu-se como instrumento um roteiro (cópia nos anexos), que orientasse a realização das entrevistas. Tal roteiro visou organizar perguntas que abordassem o máximo possível os objetivos do trabalho, quais sejam: compreender como se deu a produção, apropriação, difusão e transformação do conhecimento tecnológico do parto domiciliar acompanhado pela parteira tradicional.

Com relação às mulheres que foram atendidas pelas parteiras do Paraná, tanto as de Dr. Ulysses, como as da Vila da Barra do Superagüi, esclarecemos que todas essas entrevistas foram realizadas sem o uso de um roteiro prévio. Da mesma forma não foram colhidas informações com vistas a montar um quadro de caracterização destas entrevistadas. Os encontros com elas deram-se casualmente, favorecidos pelo pequeno tamanho das comunidades, e a partir de informações da própria parteira, que indicava nome e endereço das mulheres que atendera na comunidade.

Ainda com relação aos aspectos metodológicos, cumpre-nos tecer considerações que dizem respeito ao cumprimento do código de ética em pesquisa

com seres humanos²⁷. O uso da metodologia qualitativa pressupõe a aplicação de técnicas de entrevista face a face que se baseia, fundamentalmente, numa relação de harmonia entre pesquisador e pesquisado. Também a metodologia da história oral, conforme discorreremos mais adiante no trabalho, consiste essencialmente, numa técnica de rememorações ao nível da palavra falada, escutada, gravada, transcrita - processo que transcorre, igualmente, numa relação de confiança -, para depois ser transformada em conhecimento.

Em vista destas características metodológicas da produção de nosso material empírico, esclarecemos que todas as entrevistas, gravações, fotografias, imagens filmadas, e demais anotações, foram obtidas com o consentimento livre e informado das pessoas envolvidas na pesquisa. De sorte que todas as pessoas abordadas durante o nosso trabalho de campo foram primeiramente informadas, de forma clara e verbal, tratar-se de uma pesquisa científica investigando a temática do parto domiciliar atendido por parteiras tradicionais, realizada sob orientação individual e com respaldo institucional da UTFPR - Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

3.2 AS “FERRAMENTAS” UTILIZADAS NA PESQUISA DE CAMPO

Antes de descrevermos as histórias contadas pelas parteiras sobre o seu trabalho, suas técnicas, suas vidas e crenças etc. - que constituirão o escopo principal do nosso trabalho -, consideramos importante tecer alguns comentários a respeito das ferramentas utilizadas na coleta dos dados.

Conforme já apontado, nas três localidades pesquisadas entrevistamos um total de vinte e duas parteiras tradicionais. Sendo onze parteiras de Minas Gerais e onze do Paraná.

O uso de um roteiro pré-estabelecido visando focar o máximo possível os objetivos da pesquisa, por vezes causava uma espécie de retraimento por parte da parteira. Da história que ela conta – cujos dados lhe são valiosos -, somos guiados (pelo roteiro) a privilegiar os detalhes que mais serão úteis para o nosso trabalho. Tal situação, no entanto, já nos fora alertada por Queiroz (1991, p.4):

²⁷ SAWAIA, Bader B – *Limites do julgamento ético nos estudos que se valem de técnicas qualitativas*. In: *Ética em Pesquisa*. Boletim do Instituto de Saúde, nº 35 – Abril de 2005. ISSN 1518 – 1812.

“O pesquisador é guiado por seu próprio interesse ao procurar um narrador, pois pretende conhecer mais de perto, ou então esclarecer, algo que o preocupa; o narrador, por sua vez, quer transmitir sua experiência, que considera digna de ser conservada e, ao fazê-lo, segue o pendor de sua própria valorização, independentemente de qualquer desejo de auxiliar o pesquisador”.

As entrevistas domiciliares com as parteiras do Paraná foram realizadas a partir de um roteiro prévio, e registradas em fitas de gravador e, em algumas entrevistas, também foi utilizada uma filmadora. Além destes artefatos, também foram feitas muitas anotações em diário de campo.

Quanto a estes artefatos hoje disponibilizados para a realização de registros em ciências sociais, Queiroz (1991, p. 75) enaltece a técnica do gravador – e que pode estender-se também ao uso da filmadora: “[...] a riqueza de dados que esta técnica permite alcançar, uma vez que, além de colher aquilo que se encontra explícito no discurso do informante, ela abre portas para o implícito, seja o subjetivo, o inconsciente coletivo ou arquetipal”.

3.2.1 A transcrição das entrevistas e a fidelidade aos sentimentos, aos sons...

Ser fiel aos sons, ruídos, sentimentos e outros sinalizadores presentes nas falas gravadas, e nos gestos presentes nas imagens, pode-se comparar a um exercício de humildade e respeito do entrevistador pelo conteúdo relatado pelo informante.

Vale lembrar que além da diferença sócio-cultural em relação às entrevistadas, durante a oitiva dos relatos das parteiras ou dos depoimentos das mulheres que tiveram seus filhos em casa, o parto hospitalar era a referência que balizava o nosso olhar. A experiência vivida como acompanhante de parto em centros obstétricos de hospitais e maternidades, em contato com outro tipo de tecnologia, e, sobretudo, com uma ética de trabalho distinta da praticada pelas parteiras, ao mesmo tempo que servia como contraponto comparativo, também desviava o foco da atenção. O tempo todo havia necessidade de concentração na escuta dos relatos sem ficar resgatando lembranças “de como era feito no hospital”.

Durante a transcrição do material registrado, percebemos também que a pesquisa, se quiséssemos, poderia tomar novos rumos, tão rico e diverso é o conteúdo das gravações e imagens. Os gestos, olhares, posturas etc., resgatados

nas filmagens; os tons de voz, os silêncios, nas gravações, acrescentam dados, abrindo um novo leque de interpretações.

Queiroz (1991), adverte o quanto o uso de gravador também pode interferir na relação intersubjetiva dos envolvidos na entrevista. O bom rendimento desta técnica muitas vezes está atrelado às relações pessoais estabelecidas entre o pesquisador e o entrevistado. Dependendo do informante, um artefato como um gravador ou filmadora pode ser um elemento causador de constrangimentos e apatias. Segundo a autora, é importante que a informante não se sinta invadida na sua privacidade e subjetividade e principalmente, tenha liberdade para falar o que lhe é mais significativo na sua história de vida, sem sentir-se presa a um roteiro que atende unicamente os interesses do entrevistador.

Procuramos, portanto, para a gravação das entrevistas, utilizarmos a iluminação teórica da história oral. No item seguinte dedicamos um espaço para tecer considerações sobre esta metodologia, utilizada por antropólogos, sociólogos e cientistas sociais, para captar relatos de *histórias vividas*.

3.3 A HISTÓRIA ORAL

O resgate de uma história – ou de muitas *histórias* -, que esteve durante anos oculta e/ou carente de complemento é facilitado, nas últimas três décadas, pela metodologia da história oral.

Tal metodologia, muito além de resumir-se numa técnica, utiliza-se da “experiência e a voz daqueles que a viveram” (LANG, 2000, p.123), sendo crucial também a postura do entrevistador. O envolvimento com a fonte, no caso da entrevista oral, implica numa relação de afeto. Ambos, informante e entrevistador, próximos fisicamente e enlaçados pela temática da pesquisa – ao contrário da história tradicional, cujo encontro se dá de forma solitária no escritório do profissional -, estarão afetados por sentimentos e emoções. Estes, ao serem transcritos materializam-se em documento escrito, tornando-se visivelmente explícitos.

Cumprе salientar que tal especialidade no campo da pesquisa social obteve viabilidade a partir dos avanços tecnológicos na produção de artefatos como o gravador, a filmadora etc. O contato mais próximo entre o pesquisador e entrevistado possibilita a obtenção da “informação viva”, diretamente do informante,

tendo-se como aliados a informalidade e o clima amistoso que se estabelece entre ambos (QUEIROZ, 1991, p. 74).

Entende-se que durante a realização do presente trabalho se construiu a escrita de parte da história das parteiras envolvidas; ora contada por elas próprias, ora pelos depoimentos das mulheres que receberam seu atendimento, ora por pessoas da comunidade. No entanto, a produção de dados unicamente através de entrevistas, tende a gozar de certa fragilidade - pelo próprio ceticismo dos que não atribuem muito valor às histórias contadas, que não tenham um documento que as comprove. Por esse motivo buscamos defensores da escrita oral da história social moderna, visando dar sustentação teórica e credibilidade ao nosso trabalho.

A escrita da história, segundo Burke (1992), deu-se a partir dos registros de grandes feitos e de grandes nomes. Nessa perspectiva, histórias como a das mulheres, dos loucos, do corpo, entre tantas outras, não foram escolhidas pelos historiadores como temas importantes. Estes outros assuntos, que não faziam parte do rol da política, foram considerados pelos grandes historiadores como periféricos, e, portanto, não dignos de ocuparem os compêndios da história tradicional.

Atualmente, contudo, por força da competição com as histórias mundial e regional, a história política também se fragmenta. As teorias de Michel Foucault, por exemplo, influenciam historiadores políticos a discutirem “a luta pelo poder na fábrica, na escola ou até mesmo na família” (BURKE, 1992, p. 8).

A concepção de que feitos e fatos relevantes sejam requisitos essenciais para marcar a existência de pessoas ou registrar determinados períodos com status de épico, tem deixado lacunas na construção da própria história enquanto fonte de dados. Muitas destas lacunas são delatadas cada vez que estudiosos(as) de diferentes áreas do conhecimento debruçam-se sobre questões supostamente resolvidas, e que os dados das pesquisas, garimpados de forma empírica e sólida, desfazem muitas afirmações largamente utilizadas (MOTT, 2005).

Gwyn Prins, citando Jan Vansina, define tradição oral como “o testemunho oral transmitido verbalmente de uma geração para a seguinte ou mais” (PRINS, 1992, p. 172). O autor também enfatiza como salutar a persistência de alguma tradição oral, e que isso é perfeitamente possível, mesmo quando a totalidade da população é alfabetizada. No entanto, com grande prejuízo para a continuidade

sócio-cultural, quanto mais avança a cultura rumo à alfabetização, menos a tradição oral é praticada.

Esta debilidade da oralidade – em especial quando se trata do sujeito que viveu uma experiência -, já foi denunciada por outros estudiosos do assunto. Walter Benjamin, por exemplo, aponta o descrédito cada vez maior de uma prática que já nos pareceu inalienável: "a faculdade de estabelecer troca de experiências" (apud MARTIN-BARBERO, 2001, p.109).

De fato, tais trocas de experiências são cada vez mais incomuns. A comunicação virtual, e/ou escrita, propiciada pela maciça alfabetização das sociedades letradas e pelos modernos artefatos tecnológicos, dificulta cada vez mais a conversa oral, face a face. Deste modo, as antigas reuniões onde familiares contavam histórias *do tempo dos avós*, e que sutilmente se transmitiam tradições, tendem a desaparecer. Assim, as reminiscências da história de alguém que já tenha vivido grande, ou a maior parte da sua *expectativa de vida*, torna-se cada vez mais desinteressante e obsoleto.

O trabalho de campo, no entanto, oportunizou-nos resgatar dados sobre diversos aspectos sociais, econômicos, culturais etc. Certamente são informações de grande interesse não só para realizar este trabalho de pesquisa, mas para, por exemplo, escrever a história das pessoas e daquela comunidade.

As histórias contadas são tão ricas em detalhes que, ao transcrever as fitas é possível ir se construindo mentalmente o desenho daquele lugar há quase um século atrás: a vegetação; o clima; o tipo das construções das casas; as estradas; as relações familiares; etc.

Após termos percorrido a trajetória pré-estabelecida no projeto inicial, a partir dos métodos e ferramentas que nos ajudaram na obtenção dos dados, passamos a apresentar, no próximo capítulo, as escolhas que fizemos pelas localidades e sujeitos de pesquisa.

4 OS DADOS GARIMPADOS NO CAMPO DE PESQUISA

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos durante cada etapa da pesquisa. Primeiramente descrevemos as comunidades pesquisadas, sua situação geográfica, populacional, dados econômicos etc. Em seguida traçamos um perfil das principais características das parteiras entrevistadas, como o local de residência, idade, profissão, escolaridade, a idade que tinha quando atendeu o primeiro parto e o número de atendimentos que fez até o momento da entrevista.

Empreendemos também neste capítulo, a tarefa de transformar em palavra escrita os relatos orais das entrevistadas, que, por se tratarem de *informações vivas* estão permeadas de toda sorte de emoções e sentimentos. Sentimentos presentes tanto nas falas das parteiras, por reavivarem lembranças de um ofício percebido por elas como uma “*dádiva divina*”; como na pesquisadora, cuja escolha pelo objeto pesquisado tem uma relação de cumplicidade com sua trajetória de vida e formação profissional.

Uma transformação nada simples, sobretudo por acreditar-se que o texto escrito deve, pretensamente, ter uma coerência tal que o leitor receba a informação de forma clara e objetiva. Objetividade difícil de garantir quando se trata de transcrever, além das palavras, já bem decodificadas nas leis gramaticais e culturais, também os sons, gestos, expressões faciais, atribuindo-lhes o devido valor e significado contextual.

Cumpre-nos, portanto adiantar que a presença da emoção (re)vivida - tanto nas gravações, pelas parteiras, quanto na transcrição, pela pesquisadora -, permeia todas as linhas do texto, refletindo nas costuras tecidas entre os dados construídos e o embasamento teórico.

4.1 DESCRIÇÃO DAS COMUNIDADES PESQUISADAS

As três comunidades visitadas para a realização da pesquisa estão localizadas, uma no nordeste de Minas Gerais e duas no sul do Paraná, sendo que, destas, uma situa-se no litoral e outra na região do Vale do Ribeira, no nordeste do Estado. Todas têm em comum o fato de serem pequenas comunidades tradicionais com características de isolamento, pobreza e falta de acesso aos serviços de saúde pública.

4.1.1 O Vale do Jequitinhonha

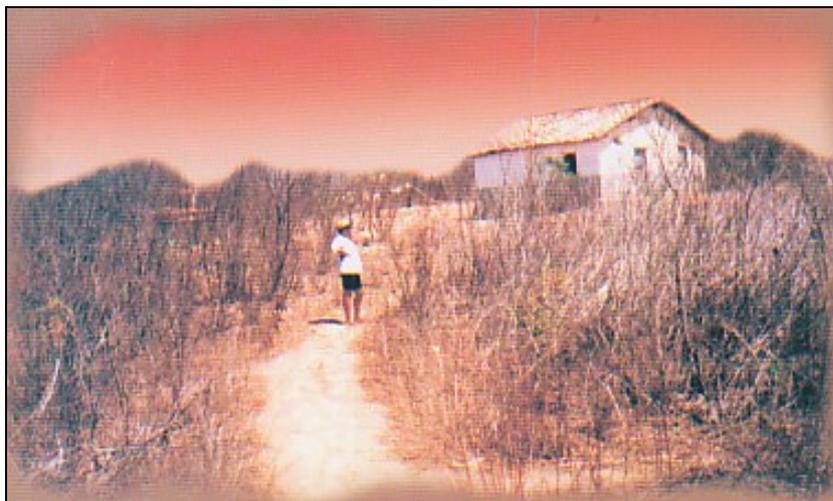


Figura 2: Vale do Jequitinhonha
Fonte: MAIA, 2004.

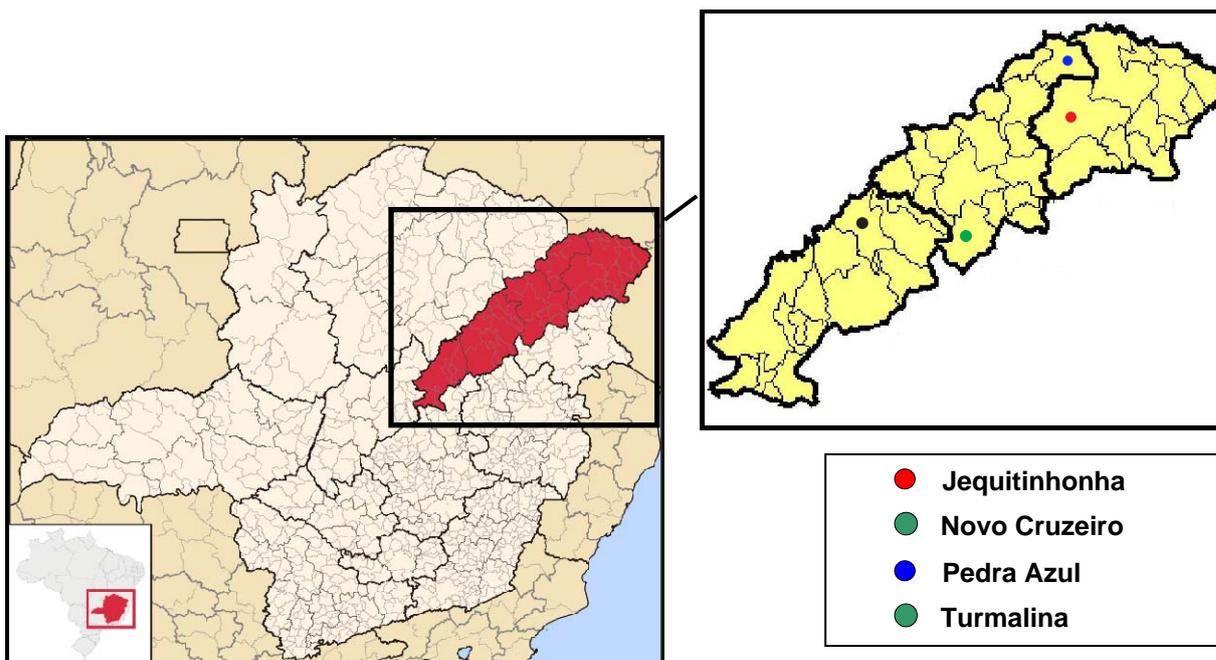


Figura 3: Mapa com a localização geográfica do Vale do Jequitinhonha, MG.
Fonte: Disponível em: <www.nucleoestudo.ufla.br/nppj/vj.htm> Acesso em jun 2006.

Um dos encontros com os saberes das parteiras tradicionais deu-se em setembro de 2004 na cidade de Teófilo Otoni, localizada na região do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais. Região campesina, outrora tradicionalmente conhecida tanto pela produção de algodão de alta qualidade, como pela riqueza de manifestações culturais, particularmente a produção de artesanato, o Vale do Jequitinhonha é hoje referenciado como a região mais pobre de Minas Gerais.

Cortada horizontalmente pelo Rio Jequitinhonha, a região é composta por 80 municípios, ocupa uma área de 85.467,10 km², e tem uma população de aproximadamente 997 mil pessoas, a maioria na zona rural (MAIA, 2004).

Foram entrevistadas 11 (onze) parteiras, a maioria residente nos municípios de Novo Cruzeiro e Pedra Azul.

4.1.2 O Vale do Ribeira



Figura 4: Vale do Ribeira
Fonte: Acervo da autora.

O Vale do Ribeira foi o segundo local visitado. Região campesina composta pelos municípios de Dr. Ulysses, Cerro Azul, Rio Branco do Sul, Bocaiúva, Adrianópolis, Itaperuçu e Tunas do Paraná, apesar de estar localizada há aproximadamente 170 km da capital do Paraná, apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH - mais baixo do Estado. No município de Dr. Ulysses foram entrevistadas nove parteiras tradicionais.



Figura 5: Vista parcial da cidade de Dr Ulysses
Fonte: Acervo da autora.

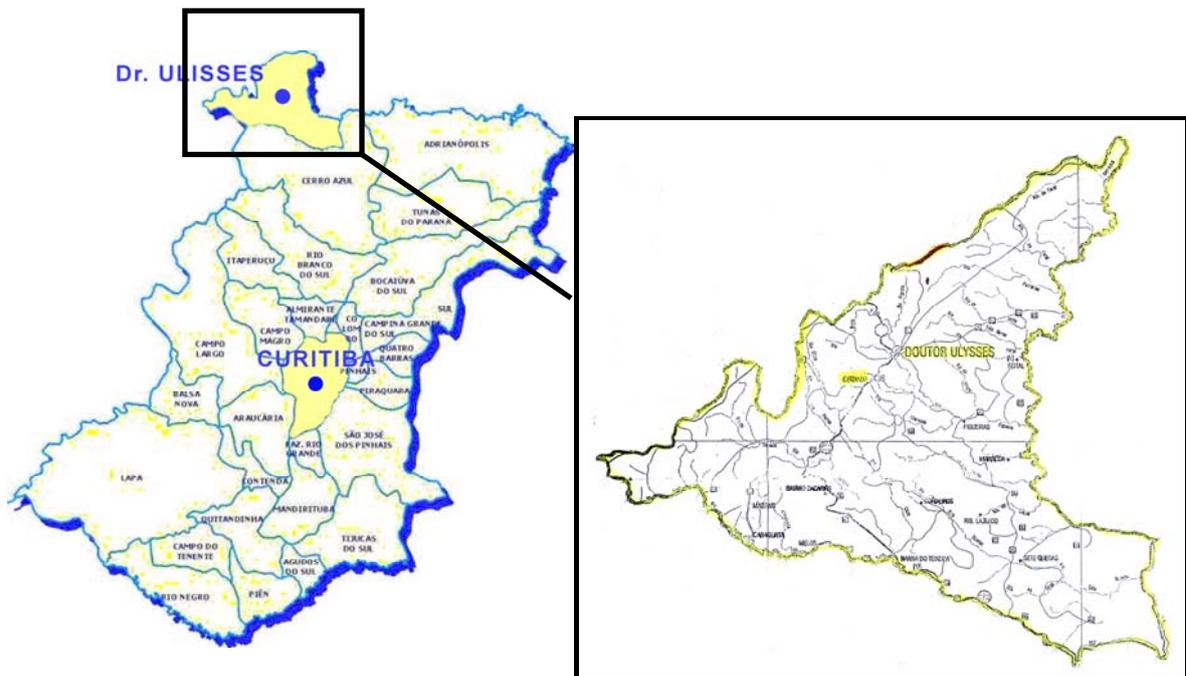


Figura 6: Mapa com a localização geográfica de Dr. Ulysses.
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.

Segundo dados obtidos junto ao Setor de Tributação do município, em 2005, o município de Dr. Ulysses existe desde agosto de 1993, possui área total de 779 km² e a população é majoritariamente concentrada nas 47 zonas rurais. O IBGE informa a população de 6.214 habitantes, dado este que, segundo a secretária de saúde do município, não representa a realidade, pois nem todos os habitantes estão

registrados no cartório de nascimentos. Segundo ela, as pessoas passaram a registrar os filhos somente após a existência dos auxílios como o de natalidade, bolsas família e similares. Por esta razão, é comum o registro de crianças com sete anos de idade ou mais.

Tampouco o departamento da Secretaria Municipal, responsável pela informação dos dados populacionais, tem mecanismos para controlar se as crianças nascidas em domicílio são devidamente registradas em Cartório.

Ainda a partir de dados obtidos junto ao IBGE, conforme censo de 2000, o município ocupa atualmente o 26º lugar (última colocação) no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Região Metropolitana de Curitiba; 398º (penúltima colocação) no Estado do Paraná e 4.179º no Brasil. Em conversa com o funcionário responsável pelo Setor de Tributação do Município, ele comentou que um dos motivos de o Município ter um IDH tão baixo, deve-se, em grande parte, ao fato de não haver uma Lei de Ocupação do Solo na região do Vale do Ribeira. Por esta razão, o Município não pode impedir, por exemplo, a plantação de Pinus ou outra ocupação que seja nociva ao solo.

Sabe-se que o cultivo de Pinus, plantação que normalmente garante um rápido e lucrativo retorno financeiro, empobrece sensivelmente o solo. O local onde se planta o Pinus, após a colheita de uma única safra, resulta num solo irremediavelmente estéril.

Parte significativa da força de trabalho do Município é utilizada pelos “empresários do pinus” que, após adquirir grandes quantidades de solo, contrata os moradores – muitas vezes os ex-proprietários da terra²⁸ -, para trabalharem no cultivo da planta.

Este fenômeno, a nosso ver, repercute de maneira bastante negativa na cultura e nos aspectos sócio-econômicos da comunidade. O recrutamento de mão-

²⁸ A maior parte do sustento dos moradores da comunidade é feito com a produção obtida a partir da agricultura familiar, uma vez que não há indústria local, e o comércio é restrito à pequena população. Porém, a maioria dos moradores não se sente entusiasmada com o trabalho de lavrar a terra. Segundo os próprios agricultores, lavrar a terra sem recursos tecnológicos apropriados e/ou subsídios econômicos para se manter, é totalmente desestimulante. Enquanto o cultivo de um alqueire de terra, “na técnica”, pode render até 300 sacas de cereal (milho ou feijão); a mesma quantidade de terra cultivada “no artesanal”, não produzirá mais que 60 ou 80 sacas por alqueire. Some-se a isto, o fato de o agricultor ter o seu trabalho vulnerável às instabilidades climáticas; das pragas, etc, sem uma política agrária que o proteja. Esta pode ser uma das razões de os nativos, seduzidos pelo dinheiro rápido, venderem suas terras aos empresários do Pinus, sem, no entanto, considerar as conseqüências deste ato a médio ou longo prazo.

de-obra barata pelos empresários do reflorestamento retira as pessoas da agricultura familiar, tornando-as “bóias-frias” e dependentes de um trabalho assalariado.

Assim, as crianças e os jovens da comunidade também não aspiram outro destino na vida. Ao perguntarmos para os alunos da pequena escola, “o que você quer fazer quando crescer?”, “com que gostaria de trabalhar?” etc., a resposta, comumente, era “*vou trabalhar com o Pinus, como meu pai.*”

Coincidentemente, no Vale do Jequitinhonha, região de Minas Gerais que, como o Vale do Ribeira, no Paraná, também ostenta um IDH muito baixo, o fenômeno do reflorestamento também está presente. Desde a década de 1970, a farta existência de terra barata atraiu a indústria florestal para a região, transformando-a num amplo parque de plantação de eucalipto. Assim como está ocorrendo no Vale do Ribeira, também no Jequitinhonha assiste-se “a perda da condição camponesa em troca do assalariamento nas reflorestadoras e a mudança de famílias inteiras em definitivo para o meio urbano” (MAIA, 2004, p. 100).

4.1.3 Vila da Barra do Superagüi

A Vila da Barra do Superagüi, uma pequena Vila de Pescadores, está localizada na Ilha do Superagüi, uma das quatro ilhas que compõe o Parque Nacional do Superagüi, inserido na Área de Proteção Ambiental de Guaraqueçaba, no litoral do Paraná. Segundo dados obtidos junto ao IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis -, as principais atividades desenvolvidas pela comunidade são a pesca, a pequena lavoura e o artesanato, constituído basicamente em cestaria. Por se tratar de região de rica beleza natural e longa extensão de praias, mais recentemente as atividades dos nativos – em número aproximado de 1.200 pessoas –, foram acrescidas dos serviços prestados a turistas.

Pretendemos neste momento transformar em narrativa as impressões impregnadas pelo nosso olhar durante o trabalho de campo na Vila da Barra do Superagüi, utilizando-nos também do recurso da análise fotográfica.



Figura 7: Do barco de pesca, avistando a Vila da Barra do Superagüi.
Fonte: Acervo da autora.

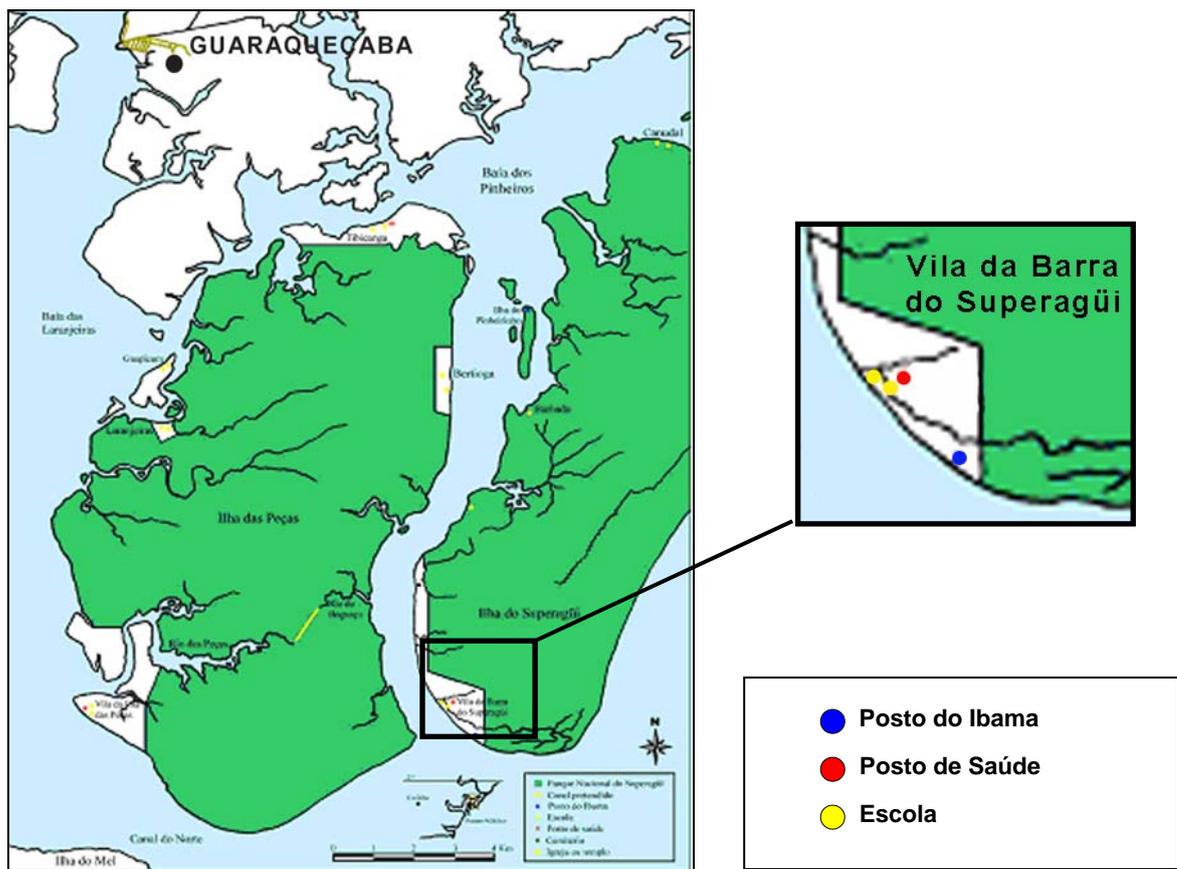


Figura 8: Imagem dando idéia da distância entre a Vila da Barra do Superagüi e o Município de Guaraqueçaba, onde há hospital para atender as gestantes.
Fonte: FISCHER, 2004.

Trata-se de uma pequena vila de pescadores. Quase todas as pequenas casas são de madeira e graciosamente pintadas com várias cores, o que lhes dá um colorido alegre e harmonioso. Algumas casas têm numa das pontas do telhado um bebedouro que é chamariz para os beija-flores, que, delicados e coloridos, voam e revoam incansavelmente em busca da água doce. Entre as casas dos pescadores, os meninos e meninas brincam, ora “de casinha”, ora com barquinhos, ora com areia e bonecas e cachorrinhos e gatinhos (de verdade), que fazem parte da brincadeira, passando “de colo em colo” nos braços da criançada.

Levando-se em conta o tamanho da Vila e das casas; as crianças brincando e fantasiando suas futuras profissões enquanto soltam barquinhos nas pequenas poças de água do mar represadas por ali, tem-se uma sensação de que aquele lugar também é “de brinquedo”, ou um tanto “encantado”.

A análise que o recurso da fotografia permite fazer das pessoas numa dinâmica social pode revelar informações, por exemplo, de como elas se comunicam dentro de diferentes culturas. Segundo conceitos da área de conhecimento da antropologia visual, “Cada cultura tem determinados modos estabelecidos de lidar com o espaço” (COLLIER, 1973, p. 56).



Figura 9: Entrevistando parteira em frente à sua casa, na Vila da Barra do Superagüi.
Fonte: Acervo da autora.

De fato, não passou despercebido este aspecto na nossa interpretação das fotografias, feita à luz da antropologia visual. Desde a vegetação, franzina e delicada denotando ser frágil e vulnerável ao vento forte do mês de maio, até a areia branquinha e fina, que cobre as pequenas ruelas como se fosse um tapete, aproxima ainda mais as casas e aconchega as pessoas. Vez por outra, por não ter cercas ou divisas, um quintal encosta no quintal do vizinho aumentando este clima de intimidade.

Ressalte-se que tanto a Vila da Barra do Superagüi, como o município de Dr. Ulysses, apresentam um aspecto de proximidade, facilitando a interação entre os membros da comunidade. Na medida em que estão relativamente isolados dos grandes centros, não tanto pela distância, e sim pela dificuldade de acesso, o entrosamento entre eles é um fator essencial para a prática da solidariedade e a troca de saberes, já comentado neste trabalho.

Após termos descrito as comunidades pesquisadas, no próximo item apresentamos a caracterização das parteiras entrevistadas nestas localidades.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTEIRAS ENTREVISTADAS

O quadro representado pela **tabela 1**, apresenta uma caracterização das parteiras entrevistadas durante a pesquisa. Adiantamos que, para salvaguardar a identidade das informantes, optamos por substituir seus nomes verdadeiros por outros fictícios e aleatórios. Em seguida informamos a idade de cada uma, a profissão que exerce atualmente, o grau de escolaridade, a idade que tinha quando atendeu o primeiro parto e o número de partos atendidos até a data da entrevista.

Após a exposição do quadro especificando estes dados, passamos a fazer sua análise e interpretação, à luz da fundamentação teórica apresentada no primeiro capítulo do trabalho.

A totalidade das parteiras entrevistadas é do sexo feminino.

A idade varia de 36 anos, a mais jovem, até 80 anos, a mais velha. A média da idade, portanto, está na faixa de 53 anos. Isso indica que todas são mulheres maduras, o que explica a experiência que elas relatam ter acumulado durante a vida, e que provavelmente lhes autoriza desempenhar a função de parteira.

Tabela 1: Caracterização das parteiras entrevistadas.

nome ²⁹	idade	profissão	Escolaridade	Idade em que atendeu o 1º parto	Nº Partos atendidos	Local onde mora e atua como parteira
D.Zelinda	80	Professora aposentada	Primeiro grau	15	Não lembra	Dr.Ulysses
Mari	46	Trabalha em casa e na roça	Analfabeta	36	89	Dr.Ulysses
D.Lívia	57	Func. da prefeitura/merendeira	Analfabeta	14	Muitos, quase 2000	Dr.Ulysses
D.Iara	78	Trabalha em casa/ Corta lenha	Analfabeta	26	Muitos, perto de 1000	Dr.Ulysses
D.Juvelina	73	Aposentada da lavoura	Analfabeta	35	Não lembra	Dr.Ulysses
Diva	36	Auxiliar de enfermagem	Primário	28	8	Dr.Ulysses
D.Amália	78	Aposentada da lavoura	Analfabeta	20	Mais de 400	Dr.Ulysses
Delcinda	46	Trabalha em casa e na roça	Analfabeta	34	6	Dr.Ulysses
D.Luna	54	Trabalha em casa e em pequeno comércio	Primário	30	7	Superagüi
Rita	52	Limpeza de camarão	Primário	46	4	Superagüi
Eva	39	Trabalha em casa e na roça	Alfabetizada	39	8	Dr.Ulysses
D.Lena	58	Agente de saúde	Alfabetizada	22	20	Jequitinhonha
D.Lina	45	Em casa	Alfabetizada	30	5	Jequitinhonha
D.Alina	40	Lavoura	Analfabeta	30	7	Jequitinhonha
D.Enia	53	Lavoura	Alfabetizada	22	55	Jequitinhonha
D.Branca	66	Aposentada lavoura	Analfabeta	25	300	Jequitinhonha
D.Bela	55	lavoura	Analfabeta	38	48	Jequitinhonha
D.Joana	54	Em casa	Analfabeta	30	8	Jequitinhonha
D.Nita	40	Em casa	Alfabetizada	40	3	Jequitinhonha
D.Ana	43	Agente de saúde	1º grau incompleto	26	55	Jequitinhonha
Mariléia	41	Desempregada - Em casa	Alfabetizada	13	80	Jequitinhonha
Cléo	42	Lavoura	1º grau incompleto	33	7	Jequitinhonha

²⁹ Os nomes das parteiras são fictícios.

Uma delas, com 80 anos de idade, falou de sua história de vida desde que chegou em Vila Branca, que hoje é o município de Dr. Ulysses. Tinha 15 anos de idade, lecionava e, devido à grande demanda das mulheres da comunidade, logo começou a partejar. Ela lembra os nomes de todas as mulheres cujos partos atendeu, as casas onde elas moravam, as complicações que aconteceram durante os partos, quem veio lhe buscar, como foi o transporte até a casa da parturiente, se foi a pé, ou a cavalo etc.

Quanto à profissão, a grande maioria trabalha em casa e/ou na lavoura, representando 77% do total das entrevistas. Dado este que pode caracterizar as regiões pesquisadas como rurais, uma vez que, segundo Martins, (1981 apud SILIPRANDI, 2004), a ocupação agrícola da população é um dos fatores apontados como essenciais na definição do ambiente rural. Uma das entrevistadas se declarou como “desempregada” e que trabalhava em casa. Esta fala, particularmente, provoca-nos uma reflexão do ponto de vista da (des)valorização do trabalho feito pela mulher no ambiente doméstico. O fato de aquelas mulheres ocuparem-se, predominantemente, dos trabalhos restritos ao ambiente privado, como cuidar dos filhos e da própria casa, não significa que todas sintam-se confortáveis nesta situação.

Vale aqui uma discussão sobre a falta de valorização do trabalho não remunerado, incluindo nesta categoria, também o trabalho desempenhado pelas parteiras no exercício de partejar³⁰.

Pode-se qualificar como sintomático o desconforto sentido pela parteira que se declara dona de casa, porém, “sem trabalho”; o que na interpretação dela, significa estar “desempregada”. Um sintoma de que, estar exercendo uma função que não é remunerada, dentro de um contexto regido pela norma da economia da troca monetária, leva o sujeito a sentir-se à margem, na periferia, excluído do sistema.

Das 22 entrevistadas, apenas 6 desempenham funções que se diferenciam da categoria de agricultoras, donas de casa, ou da limpeza de camarão. Desta

³⁰ Mais adiante apresentaremos maiores detalhes a respeito da não remuneração do trabalho das parteiras. Por ora apenas utilizamo-nos da oportunidade de compará-lo com outra função também não remunerada, a de dona de casa.

minoria, uma é professora aposentada; duas são agentes de saúde e uma é auxiliar de enfermagem.



Figura 10: Parteira no seu pequeno comércio.
Fonte: Acervo da autora.

Uma destas parteiras administra um pequeno comércio no lado da sua casa (**figura 10**), de forma que pode conciliar o cuidado da casa e dos filhos, e ao mesmo tempo atender os fregueses. Vale ressaltar que estas entrevistadas demonstraram mais facilidade em se expressar oralmente, fazer anotações, cálculos aritméticos simples etc., e são as que apresentam um melhor nível sócio-econômico.

O recurso da fotografia³¹ nos permite fazer uma análise, mesmo que arbitrária, do aspecto sócio-econômico a partir das vestes, dos utensílios, do ambiente interno da casa etc. (COLLIER, 1973).

Assim, pode-se observar na **figura 11**, que a casa tem um aparente conforto, em relação às outras, já que este chão tem assoalho de madeira, o sofá está guarnecido com uma espécie de almofada, a mulher está bem protegida do frio, entre outros detalhes.

³¹ O conteúdo da análise das fotografias, se pensado em termos da relação direta com a temática da pesquisa, não traz informações importantes. No entanto, consideramos relevante o material imagético produzido em trabalho de campo, no sentido de possibilitar uma leitura de aspectos implícitos referentes ao ambiente, às relações e às pessoas da comunidade, não explicitados nas entrevistas.



Figura 11: Parteira (professora aposentada) em sua casa.
Fonte: acervo da autora.

Na mesma perspectiva, as **figuras 12, 13 e 14**, mostram um ambiente com um mobiliário mais rústico. O fogão, por exemplo, ao contrário da figura anterior, que é industrializado, aqui é de origem artesanal, feito em barro. De sorte que o ambiente, a decoração, o vestuário destas pessoas etc., fornecem pistas de aspectos sócio-econômicos, que neste caso, podem estar diretamente relacionadas com a escolaridade, com a profissão, com os aspectos culturais etc.

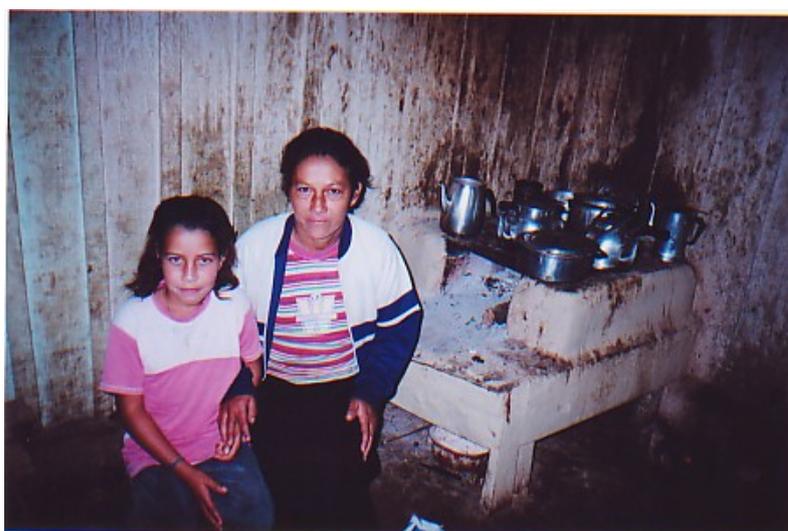


Figura 12: Parteira em sua casa.
Fonte: Acervo da autora.



Figura 13: Mulher da comunidade com dois dos três filhos nascidos pelas parteiras.
Fonte: Acervo da autora.



Figura 14: Parteira posando para a fotografia
Fonte: Acervo da autora.



Figura 15: Mãe e filha parteiras.
Fonte: Acervo da autora.

Na **figura 15**, a imagem de uma parteira de 78 anos, os cabelos brancos, os olhos azuis brilhantes e uma expressão de determinação, sugerem uma mulher de personalidade forte. De fato, conforme constatamos na entrevista, esta mulher exerce há 58 anos o ofício de partejar, transmitiu o saber às duas filhas, e tem muita história de vida para registrar.

A fotografia também nos permite observar aspectos externos das residências e dos lugares onde as pessoas vivem. Três das parteiras entrevistadas, mãe e duas filhas, moram num lugar montanhoso e muito verde. Pinheiros (araucárias) enormes, muitas árvores frutíferas e um bem cuidado jardim, compõem um cenário que contrasta com a pobreza material da comunidade e das pessoas que ali vivem. As três casinhas de madeira estão construídas no meio do campo; não há ruas, e os caminhos que ligam uma casa à outra e à pequena escola, são cunhados pelos pés dos passantes (**figura 16**).

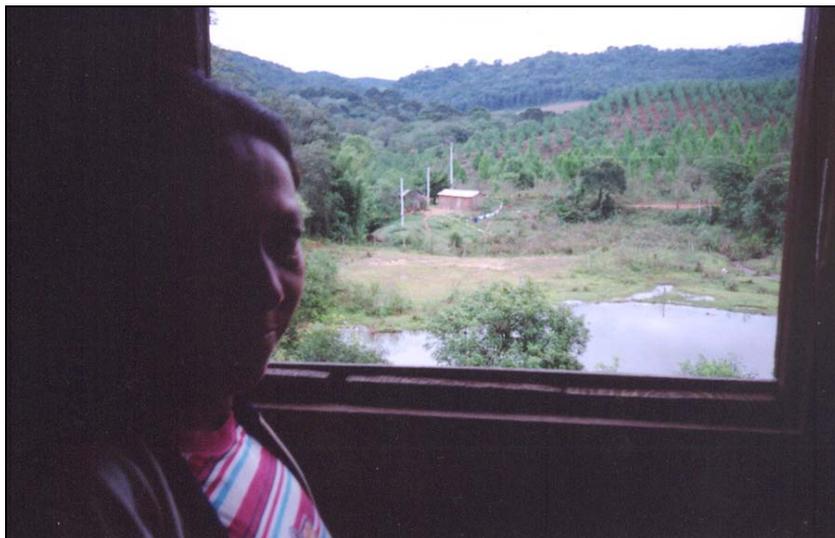


Figura 16: Parteira de Dr. Ulysses na janela de sua casa.
Fonte: Acervo da autora.

No item escolaridade, mais de 60% declarou ser totalmente analfabeta e quase 30%, diz saber apenas escrever o nome, mesmo que destas, algumas tenham declarado ter “*o primeiro grau incompleto*”. A dificuldade apresentada por elas com relação à leitura e escrita foi constatada durante o curso de capacitação de parteiras, em Minas Gerais, em que parte do curso era ministrado com o acompanhamento do “Livro da Parteira”³².



Figura 17: Curso de Capacitação das parteiras, Vila do Jequitinhonha-MG.
Fonte: Acervo da autora.

³² Livro da Parteira / Grupo Curumim – Gestação e Parto (ONG), Área Técnica da Saúde da Mulher – Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

Quanto à idade que tinha quando atendeu o primeiro parto, três informaram terem iniciado antes dos vinte anos de idade: uma aos 13; outra aos 14 e a terceira, aos 15 anos. A que começou aos 13 anos, conta que aprendeu espiando pelo vão da porta enquanto a mãe atendia um parto. Num dia a mãe não estava em casa e a vizinha entrou em trabalho de parto. E foi a partir deste dia que a menina “curiosa” tornou-se uma parteira.

As outras tiveram a primeira experiência de partejar a partir dos vinte anos de idade. Observamos que algumas só se consideraram parteiras a partir do momento que passaram a atender sozinhas todo o processo do parto. Por exemplo, não consideravam como “seu” o parto em que apenas cortaram o cordão umbilical. Quanto ao número de partos atendidos, as informações vão desde “*muitos, perto de 1000*”; “*muitos, quase 2000*”; “*mais de 400*”; “*300*”, etc.³³, até números pequenos como 3 ou 4. Por outro lado, considerando-se a pequena densidade populacional, o número de partos atendidos pela maioria das parteiras, pode ser conferido em pesquisa mais pontual junto aos membros de cada uma das comunidades³⁴.

Ressaltamos um caso em particular, em que uma parteira, embora analfabeta, registrou todos os partos numa caderneta. Adiantamos que este caso será abordado e discutido com mais detalhes no próximo capítulo.



Figura 18: Limpeza de Camarão. Mulheres que tiveram seus partos atendidos pelas parteiras.
Fonte: Acervo da autora.

³³ Analisamos, especificamente, os dados que expressam números tão altos como pouco confiáveis, tendo em vista o baixo nível de escolaridade das informantes e a conseqüente dificuldade de fazer registros mentais e, sobretudo, numéricos.

³⁴ Vale deixar como sugestão de pesquisa a investigação junto às comunidades acerca do real número de partos ocorridos em domicílio sob os cuidados da parteira tradicional.



Figura 19: Mulher com um dos quatro filhos, todos paridos em casa e atendidos pela parteira.
Fonte: Acervo da autora.

4.3 COMPARANDO AS PARTEIRAS DAS TRÊS REGIÕES PESQUISADAS.

Neste item apresentamos algumas semelhanças e diferenças entre as parteiras das três regiões pesquisadas. Para nortear a análise comparativa de algumas características que consideramos importantes, apresentamos na tabela 2 um quadro contendo os aspectos referentes à faixa etária, condição social e nível educacional.

Tabela 2 – Quadro comparativo.

Localidades	Superagüi	Dr. Ulysses	Jequitinhonha
Faixa etária	50 anos: 2	30 anos: 2 40 anos: 2 50 anos: 1 Acima 70 anos: 4	40 anos: 6 50 anos: 4 Acima 60 anos: 1
Condição Social	Renda familiar Superior a 1 sal.mín.: 2	Renda familiar Inferior a 1 sal. mín.: 5 Superior a 1 sal. mín.:4	renda familiar: inferior a 1 sal. mín.: 9 superior a 1 sal. mín.: 2
Nível Educacional	Primário ³⁵ : 2	Analfabeta: 6 Alfabetizada: 1 Primário: 1 1º grau (completo):1	Analfabeta: 7 Alfabetizada: 2 1º grau (incompleto): 2

Inicialmente, com relação à faixa etária vale pontuar que as parteiras atuantes no Paraná apresentam as menores idades – 30 anos, e também as idades mais

³⁵ “Primário” refere-se a “1ª a 4ª série do Ensino Fundamental – 1ª fase”.

avançadas - acima de 70 anos. Este dado merece destaque do ponto de vista da transmissão do conhecimento. Como as entrevistas com as parteiras paranaenses foram realizadas no ambiente domiciliar, foi possível constatar a relação de proximidade existente entre elas e as jovens³⁶ da comunidade.

Tomando-se o salário mínimo como referência para balizar o valor recebido como renda familiar, a Vila da Barra do Superagüi apresenta a melhor condição social. Em segundo lugar, com 55% das entrevistadas (sobre)vivendo com renda inferior a um salário mínimo, vem o município de Dr.Ulysses. Em terceiro lugar e pior condição social está o Vale do Jequitinhonha, em que 80% das parteiras entrevistadas declararam uma renda familiar inferior a um salário mínimo.

Quanto ao aspecto da educação, as entrevistadas do Superagüi também apresentam o maior nível, ambas tendo declarado a conclusão do primeiro grau escolar. As outras duas localidades apresentam um alto nível de analfabetismo, ultrapassando a casa dos 80%, se considerarmos que as declarantes “alfabetizadas”, conseguem, unicamente, escrever o próprio nome.

Esclarecemos que os comentários aqui expostos visam tão somente fazer uma leitura interpretativa do quadro comparativo de caracterização entre as parteiras das regiões pesquisadas. Contudo, no próximo capítulo, onde apresentamos a análise das categorias pesquisadas, retomaremos estes dados que, à luz da teoria pertinente, serão discutidos com mais detalhes. Apontaremos também uma comparação entre a realização de determinadas técnicas, que apresentam semelhanças ou diferenças nas três regiões.

³⁶ Referimo-nos ao sexo feminino por este representar a maioria, porém, detectamos nos jovens do sexo masculino, interesse pela atuação e importância das parteiras na região. Gravamos o depoimento de um menino de 10 anos, relatando um episódio ocorrido com uma parturiente, sua vizinha. O garoto, curioso e atento às conversas, soube dizer que a gravidez “*estava na idade certa de a criança nascer*”, mas por “*não ter nenhuma parteira por perto*” a mulher “*teve que ser levada correndo pro hospital*”. Como era “*um dia de muita chuva, a mulher quase ganhou o nenê dentro da ambulância*”. Também uma parteira do Paraná nos relatou que seu filho, que é soldado do exército, aprendeu com ela a prática de partejar.

5 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

O conteúdo apresentado neste capítulo pode ser considerado a “espinha dorsal” do nosso trabalho de pesquisa. Tal analogia, metaforicamente, nos auxilia a compreender a sinergia que está presente em todo o processo. Assim, pode-se perceber que as demais partes que compõem o trabalho, igualmente importantes, não teriam razão de existir, não fosse a tarefa imprescindível de alicerçar e fornecer ferramentas teóricas e metodológicas para viabilizar a construção e a análise dos dados que ora passamos a descrever.

A partir dos dados colhidos em depoimentos, passamos a descrever os aspectos da construção deste conhecimento específico, passando pela forma singular da sua transmissão, até o uso das técnicas e aparatos; todos envoltos numa mesma trama, vinculada às falas das parteiras entrevistadas.

5.1 AQUISIÇÃO, TRANSMISSÃO E TRANSFORMAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PARTEJAR.

O ofício de partejar, como já foi apontado anteriormente, é aprendido pela parteira a partir da sua experiência vivida na prática dentro do contexto social e/ou familiar, sendo transformado e transmitido de geração a geração. É, portanto, no seio das relações pessoais, informais, e não na escola formal, que elas adquirem o conhecimento necessário para prestar atendimento ao parto. Frases como “*minha mãe me ensinou assim*”³⁷, ou “*os antigos faziam assim, e assim eu também faço*”, foram repetidas várias vezes pelas parteiras entrevistadas. De forma que este saber, conforme apontado por (KRÜGUER; BASTOS; CARVALHO, 2000) já citado neste trabalho, apresenta as características do conhecimento tácito.

Lembrando ser o parto um assunto de mulheres, tecemos algumas considerações acerca deste conhecimento tácito, que foi construído, desenvolvido, transmitido e transformado entre elas, e que ora está sendo pesquisado por uma outra mulher. Para este mister, usamos como referência a **figura 20**.

³⁷ Ao fazer a transcrição das entrevistas, foi possível registrar o número de vezes que frases como estas eram repetidas pela parteira. Algumas repetiam a frase após cada relato de determinada técnica ou procedimento executado, sinalizando a importância dada ao aspecto da tradição do saber.



Figura 20: Parteira, pesquisadora, mulher e filha.
Fonte: Acervo da autora.

A fotografia registra o momento exato - dia 16.04.2005 -, em que se realizava a entrevista com a parteira, ao mesmo tempo em que ouvíamos o testemunho da mulher que recebera seus cuidados por ocasião do parto da filha. Embora tendo que esforçar-se para vencer a timidez que a assolava, a garota, percebendo que o assunto lhe dizia respeito, fez questão de participar da conversa.

Dos nove filhos que a testemunha teve, três nasceram mortos, dois nasceram no hospital por cesárea e quatro nasceram em casa, com as parteiras da comunidade. A garota fica visivelmente interessada no relato da parteira. É importante sinalizar que esta garota, que tem 8 anos de idade, já está participando de um assunto comum entre as mulheres da localidade. Ela está crescendo num ambiente onde é comum ouvir a mãe, as tias, as avós, as vizinhas, as parteiras, conversarem sobre como se dão os partos. “[...] e a gente não pode puxar. Tem que ter paciência e com cautela ir ajeitando, ajeitando, pra nascer. Por que primeiro nasce a cabecinha e daí vem se virando, nasce a cabecinha pra baixo, né, e daí vira a cabecinha pra cima e daí vem o restante”.

Muitas parteiras entrevistadas referem-se ao canal do parto como o “nascidouro”. Para atribuir um significado a este significante e visualizar a passagem do bebê, talvez utilizem a imagem acústica do matadouro. Dispositivo comum nas comunidades rurais, o matadouro é um corredor estreito onde os

animais, contidos e alinhados, vão passando um a um até o local de abate ou de vacina³⁸) etc.

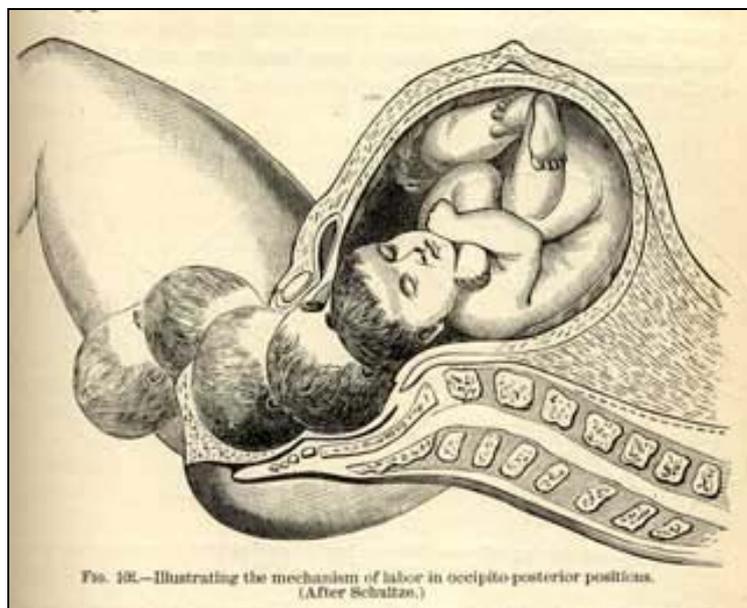


Figura 21: Canal do parto

Fonte: Slide do Curso Doulas of North América, RJ, 2004.

Porém, o termo “nascidouro” também pode ter uma identificação com o local da nascente das águas – associação feita comumente por pessoas oriundas de regiões rurais; ou ainda, conforme o dicionário Aurélio: o “lugar onde se nasce”, ou “orifício do útero”. Supomos que a imagem do canal do parto representada na **figura 21** seja oportuna e adequada para exemplificar estes raciocínios, e que possam ser os utilizados pelas parteiras.

Ainda com relação ao parto ser um assunto de mulheres, percebemos que tanto nas parteiras entrevistadas, como nas mulheres que deram depoimentos sobre os seus partos havia muito interesse em *mostrar como o parto era feito lá na roça*.

Uma mulher que teve onze filhos com as parteiras nos diz: “*Todos nasciam chorando [...] aquela criança com choro alto que dava pra dizer que estava com três meses [...] e graças a Deus todos se criaram sadios*”.

³⁸ Consideramos oportuno comentar a vinculação que fizemos desta imagem com o matadouro. Num sítio onde entrevistamos uma senhora que recebera o cuidado das parteiras, era “o dia de vacinar o gado”. No pátio havia grande movimentação, de animais - cachorros, cavalos, bois, vacas -, e de homens gritando “ordens” e organizando o gado, enfileirados e um de cada vez - dos quais só se via a cabeça -, que entravam num corredor comprido onde iriam receber a vacina.

Uma parteira mais antiga, e que talvez por ser mais experiente, goze do status de líder como parteira na região, falou: “*aqui no mato nós fazemos assim, e as nossas crianças nascem muito mais fortes que as nascidas no hospital*”. Percebe-se muita segurança no saber adquirido - e certo orgulho -, por poder falar /mostrar como é feito ali na comunidade e, sobretudo, por elas.

Uma das parteiras nos relata uma situação nada incomum, em que “*a criança nasce e a placenta não nasce*.” Este relato foi filmado de modo que, além do registro da voz, também foi possível resgatar nos gestos os movimentos de cada manobra executada pela parteira utilizando-se unicamente das mãos:

Depois que o nenê nasce, a barriga da mulher fica mole e a gente percebe a placenta bem grande. Daí faz uma massagemzinha na barriga, sacode e dá uma torcidinha (faz um gesto mostrando que isso é feito muito suavemente) no cabo do cordão umbilical e pede para a mulher: faz um movimentozinho, uma forcinha!

Quando ela faz a força, a gente só acompanha, não pode puxar, por que arrebenta aquele negócio lá dentro e é muito perigoso. Então a gente só agüenta né, vai agüentando, agüentando e ajeitando com uma massagemzinha por cima da barriga. Daí aquilo logo sai.

Então a gente cobre a mãe e deixa lá, e a gente acode o bebê. Mede três dedinhos (a medida é os três dedos da mão da parteira) do umbigo para trás e dá uma amarradinha bem amarrada ali; e mede mais três dedinhos e amarra pro lado da placenta, e corta naquele meio. Mas faz um amarrado bem seguro para não vaziar, nem do lado da criança nem do lado da placenta.

Depois pega aquela placenta e leva no quintal da casa da mulher, faz um buraco e enterra aquilo ali bem enterradinho, fecha bem pra nenhum animal mexer. A gente enterra pra nada mexer, por que é uma parte do ser humano, né? E é um cuidado que a gente tem. Assim como a minha mãe me ensinou, assim eu faço, né? (Dona Luna, 54 anos, parteira).

Dentre as características do parto atendido pela parteira, que estão presentes neste relato, começamos comentando o valor que é atribuído à placenta, ao sangue e outros fluídos, referidos pela parteira como: “*o que sai de dentro do corpo da mulher*” e que merece respeito, por ser “*uma parte do ser humano*”. Crença que justifica, então, a atenção dedicada pela parteira em amarrar o cordão umbilical “*bem seguro*”, para que não haja sangramento, não só na extremidade que está ligada ao bebê, mas também na outra, próxima à placenta.

Em *A arte de Nascer em Casa*, dissertação de mestrado abordando o parto domiciliar atendido por parteiras e parteiros urbanos, a autora também faz alusão a

essa valorização pelos líquidos, cheiros, e outras substâncias que compõem o parto. Por fazerem parte da “natureza”, estes componentes possuem alto valor nutritivo, devendo, portanto, ser a terra o seu destino final, possibilitando assim a continuidade do ciclo vital (SOUZA, 2005).

Esta relação de intimidade entre as substâncias do corpo humano e a natureza, apontada por Souza em seu trabalho, também está presente em muitos relatos das nossas entrevistadas. Uma parteira do Vale do Ribeira nos diz que “*a placenta a gente sepulta no quintal da casa da mulher*”. Outra parteira acrescenta que “*tem que enterrar de frente para a barriga da mãe*”, caso contrário, “*a mãe pega uma forte cólica*”.

No artigo A Expedição e o Nascimento, Mott (2004) traz testemunhos de mulheres atendidas por parteiras na década de 1960, em que as informações comungam crenças similares às das nossas entrevistadas. Segundo a autora naqueles partos “[...] a placenta era depois enterrada, para evitar que rato, gato ou outro animal a comesse, e a criança no futuro se tornasse ladrão”.

Percebe-se, ainda, que esta relação direta entre a terra - com seu poder gerador de frutos e vitalidade -, e a saúde do corpo feminino mantêm algumas crenças, tradições e rituais que já eram comuns durante o século XVI. Mary Del Priore (2001, p. 95), ao abordar as práticas da ciência médica do início da colonização brasileira descreve:

No quintal, além de colherem ervas para curas e práticas mágicas, as mulheres jogavam as águas com que limpavam as roupas sujas dos menstrosos e as águas com que banhavam os recém-nascidos ou os mortos, lavados pela primeira ou pela última vez em casa. [...] o quintal era o território prestigiado da cultura feminina, feita de empirismo, oralidade e memória gestual. Tamanha intimidade com as ervas e as águas permitia às mulheres que exprimissem o seu conhecimento da vida, experimentassem os mistérios da geração vegetal e os relacionamentos com os ciclos lunares.

Ainda nesta perspectiva, é oportuno o relato de uma parteira do Vale do Jequitinhonha falando de uma situação em que uma parturiente estava com uma forte hemorragia. Então, durante o transporte até o hospital, para evitar que a mulher morresse, a parteira “*colocou bem pertinho dela umas pedras catadas no rio*”.

Do manual de práticas médicas redigido no Brasil Colonial, Mary Del Priore resgata o uso de pedras de diversos tipos - quadradas, lisas e pontiagudas, etc -,

cada uma com funções específicas relacionadas ao alívio dos males da *madre*³⁹. Desde os problemas de “retenção de urina”, passando pelas funções de “ligar e desligar amantes”, até os ataques de “histeria ou melancolia”; as pedras cumpriam funções terapêuticas específicas. A fim de dar o devido realce tradicional e histórico ao relato da nossa parteira mineira, destacamos que dentre o amplo repertório daquelas práticas, havia a crença de que “as pedras sanguíneas faziam estancar o sangue” (DEL PRIORE, 2001, p. 95).

Os recursos técnicos utilizados pelas parteiras são geralmente os disponíveis no ambiente em que vivem, restritos portanto, ao seu universo de vida, de trabalho. No entanto, a participação em cursos de capacitação, o acesso a outras práticas e outros artefatos, não é absorvido por elas de forma totalmente passiva. Muitas delas observam estas transformações de forma reflexiva e crítica.

Uma parteira do Vale do Jequitinhonha, que durante as aulas do curso mostrava-se participativa e que parecia admitir serem as técnicas apresentadas pelas instrutoras as mais apropriadas, confidenciou-nos um estranhamento: “[...] antes a gente cortava o cordão do umbigo dos meninos com o mesmo facão que cortava cana e não morria tanto menino como agora. Acho que é por causa deste tanto de espetáculo” (Mariléa, 42 anos).

Uma parteira do Paraná contou-nos que ao ensinar o ofício ao filho soldado, ele perguntou: “Mas, mãe, e se eu não tiver uma tesoura para cortar o umbigo?” Ela respondeu: “então você corta com uma lâmina; com um bisturi; com um facão; com um canivete; com o que você tiver”.

Um procedimento comum na prática da maioria das parteiras que entrevistamos é de somente cortar o cordão umbilical após a parada total da pulsação. “Tem que esperar parar de pulsar. Enquanto está pulsando não pode cortar”. Neste ponto, consideramos oportunas as considerações acerca do Momento para o Clampeamento do Cordão, constante no Guia Prático para Assistência ao parto Normal (OMS, 1996, p. 34):

O clampeamento tardio (ou ausência de clampeamento) é o modo fisiológico de tratar o cordão, e o clampeamento precoce é uma intervenção que deve ter motivos. [...] nos locais onde se ensina e pratica o

³⁹ Termo que na linguagem da época faz alusão tanto à mulher quanto ao útero e sua função procriadora.

clampeamento tardio, isto é, depois de cessada a pulsação do cordão, em geral após cerca de 3-4 minutos, não se registram efeitos adversos. Além disso, pesquisas recentes apóiam o clampeamento tardio, porque pode evitar a anemia ferropriva na infância, o que pode ser especialmente importante em países em desenvolvimento.

Para comentarmos o relato do conhecimento que a parteira Dona Luna demonstra quando se refere ao cuidado ao tracionar o cordão da placenta para que “*não arrebente, por que é muito perigoso*”, buscamos argumentos no mesmo Guia, página 32:

A tração controlada do cordão envolve a tração do cordão, combinada com contrapressão sobre o corpo uterino na direção cefálica, feita por uma mão colocada imediatamente acima da sínfise púbica. [...] em 3% havia ruptura do cordão durante a sua tração controlada. Uma complicação rara, mas séria, associada à tração controlada do cordão é a inversão uterina.

Pode-se inferir que a preocupação apresentada pela parteira ao executar a manobra da dequitação da placenta “*com muito cuidado*”, é pautada no saber que tem a respeito da anatomia do corpo feminino. Mesmo sem ter acesso ao conhecimento especializado, percebemos que as noções de anatomia, fisiologia etc, aprendidas em contato com a realidade vivida, lhe permitem saber a dimensão do problema que pode advir se a placenta for retirada sob tensão. A especificidade deste aprendizado, no entanto, difere do modo habitualmente utilizado pela academia, cujos métodos são pré-testados e didaticamente adequados para a melhor aquisição do conhecimento.

O modo como a parteira tradicional adquire conhecimento e desenvolve a competência técnica, distingue-se do acadêmico por ser adquirido na convivência com a realidade social, constituindo-se justamente no conhecimento tácito (BASTOS, 2000). “*Daí, se a placenta demora, a gente fica mexendo, mexendo na barriga, daí a placenta vai saindo. A gente examina se não ficou alguma pele, algum pedacinho dentro da pessoa, por que senão dá febre e dá hemorragia.*”

De sorte que, ao observar outras parteiras, ao viver a experiência do seu próprio parto, ou auxiliando outras mulheres na comunidade, ela aprendeu a localização e função da placenta. Um conhecimento que lhe confere um saber preciso sobre a magnitude do problema que pode advir no caso de restos placentários ficarem “dentro da pessoa”; ou uma tração muito forte do cordão, que,

além do perigo do rompimento, pode resultar numa ocorrência mais grave, como uma inversão uterina.

Segundo os depoimentos das parteiras do Vale do Jequitinhonha, quando ocorre de a placenta não nascer, elas costumam amarrar o cordão na perna da mulher para que o mesmo “*não volte para dentro da mulher*”. Este procedimento técnico é utilizado pelas parteiras tanto enquanto fazem as rezas e simpatias para a dequitação da placenta, ou, quando esgotadas as tentativas de solução em domicílio, façam com segurança o transporte da mulher até o hospital.

Segundo Tornquist (2004), há depoimentos de parteiras de outras regiões como Uruguai e Argentina mostrando que elas, assim como as parteiras brasileiras, também adquirem o conhecimento de partejar a partir de experiências registradas no cotidiano. O aprendizado não-formal também é feito ora acompanhando e observando a mãe, ou as avós e as mulheres mais velhas da comunidade.

Na escuta das nossas entrevistadas, os detalhes de cada procedimento executado para situações específicas, seja o gesto para fazer uma massagem, ou a temperatura da água para um banho, ou a maneira de cozer determinado chá, a parteira acrescenta repetidas vezes frases como: “*a minha mãe me ensinou assim*”; “*a minha mãe dizia para eu fazer assim*”; “*tudo isso foi minha mãe que me ensinou*”; ou então, repete a frase tal qual a mãe lhe falava: “*olha minha filha, você põe a água na bacia [...]*”. Também é comum entre elas uma constante preocupação em justificar seu saber-fazer com frases do tipo: “*é que a turma dos antigos dizia para fazer assim [...]*”

Nota-se, desse modo, que o ensinamento da mãe – ou de quem lhe passou o saber – é acatado pela parteira, não como um procedimento técnico a ser repetido mecanicamente, mas como uma tradição, que é para ser executada em nome ou no lugar de quem a transmite. Valemo-nos neste momento do que Anthony Giddens aponta sobre a tradição:

À diferença do mero hábito, a tradição sempre tem um caráter normativo “vinculante”. ‘Normativo’ por sua vez implica um componente moral – nas práticas tradicionais, a obrigatoriedade das atividades expressa preceitos sobre como as coisas devem ou não ser feitas. As tradições de comportamento têm sua própria carga moral, que resiste especificamente ao poder técnico de introduzir algo novo (2002, p. 136).

De fato, observamos durante o trabalho de campo, que um procedimento novo não é imediatamente aceito pelas parteiras. Por exemplo, uma delas nos relatou que, ao participar de um treinamento oferecido pela Secretaria da Saúde, aprendeu algumas técnicas diferentes. Dentre muitas novidades em termos de procedimentos, aprendeu uma nova forma de fazer o curativo para auxiliar a cicatrização do coto umbilical.

No entanto, ela preferiu continuar fazendo “*do mesmo jeitinho*” que sua mãe lhe ensinara, pois era o que lhe parecia mais seguro. Outra parteira relatou que experimentou o curativo aprendido no treinamento, porém voltou a fazer como aprendera com a sogra, pois a cicatrização acontecia em menor tempo que quando usava o método aprendido no curso.

Durante o curso de capacitação de parteiras realizado no Vale do Jequitinhonha, as instrutoras orientaram que as parteiras passassem a usar álcool a 70% para fazer o curativo, porém, uma parteira diz que cuida da cicatrização do coto umbilical de forma diferente. A descrição da parteira é detalhada – fala e gesticula olhando para todos, certificando-se que a platéia está entendendo cada passo do procedimento -, e demonstra pelo tom de voz, que acredita ser aquele o melhor jeito de se fazer. Descreve que:

[...] mede três dedos entre o umbigo e a placenta e corta [...] amarra bem forte, coloca um garfo para esquentar na brasa, quando está bem vermelhinho, mas bem vermelhinho mesmo, coloca assim no umbigo [...] que é pra parar de sangrar” (Mariléa, 41 anos, parteira).

No entanto, a cauterização do coto umbilical é desestimulado pelas orientadoras do curso, sob o argumento do grande perigo de neste momento ocorrer acidentalmente uma queimadura na pele do bebê. Acidentes que realmente acontecem, não por imperícia, mas por debilidade visual. “[...] *por isso que as parteiras mais velhas, aquelas mais experientes, não podem fazer essas coisas sozinhas [...] ela está com a vista fraca [...]*”. Algumas trazem casos em que o bebê sofreu queimaduras na perninha; e, inclusive, uma parteira ali presente diz que sua filha “*tem uma marquinha de queimadura na barriga*”.

Por outro lado, cumpre-nos comentar que em conversa de bastidores com as médicas e enfermeiras instrutoras do curso, elas admitem a eficácia desta prática realizada pelas parteiras, uma vez que realmente “*evita o sangramento do cordão*”.

A parteira descreveu, portanto, um procedimento técnico que foi aprendido, transmitido e aperfeiçoado durante muito tempo ao longo de várias gerações. Além de gozar de credibilidade por parte da parteira e da parturiente, o procedimento também tem, no entendimento da equipe de saúde, eficácia técnica.

Este reconhecimento de eficácia nos leva a indagar se não seria o caso de o Ministério da Saúde estimular e promover o uso de óculos para corrigir a acuidade visual das parteiras mais velhas, ou mesmo das jovens, que sofram alguma deficiência visual, ao invés de simplesmente postular a substituição da técnica?

Vale ressaltar que as parteiras não se restringem ao uso de técnicas e ao saber adquirido tacitamente. Por exemplo, no curso de capacitação elas aprenderam com as instrutoras, médicas e enfermeiras, que se o bebê for colocado para sugar o seio da mãe logo após o nascimento, antes ainda de cortar o cordão, há liberação de um hormônio que facilita a dequitação da placenta. Ouvimos muitas parteiras dizerem que experimentaram este procedimento e aprovaram. Então, elas nos disseram: “*quando põe o nenê para mamar o companheiro nasce rapidinho*”.



Figura 22: Recém-nascido sugando o seio da mãe.
Fonte: Livro da Parteira

No entanto, se após experimentar uma forma diferente de resolver uma determinada situação, constatarem que o procedimento não apresenta eficácia, elas abandonam a técnica e voltam a fazer “do seu jeito”, conforme o exemplo citado com relação à cicatrização do coto umbilical. Também no Vale do Jequitinhonha, quando as instrutoras insistiram que daquele momento em diante as parteiras deveriam adotar a prática do curativo do cordão usando álcool a 70%, uma parteira, a mais antiga de todas, negou-se terminantemente em mudar a sua prática. Dirigiu-se às instrutoras, afirmando que a técnica que elas estavam ensinando “*não prestava*”. Disse que quando fazia o curativo com azeite e rapé, o umbigo caía em três ou quatro dias, e com o álcool demorou demais e a criança teve o “*mal-de-sete-dias*”, que é o tétano, doença infecciosa no cordão umbilical⁴⁰.

Valemo-nos neste ponto do que diz Lèvi Strauss (1989), autor já referenciado neste trabalho, quanto ao fato de a sistematização do conhecimento não ser atributo exclusivo da ciência moderna. Antes disso, o ser humano já adquiria conhecimento a partir da observação, classificação e repetidas experiências testando determinada técnica até constatar a sua eficácia.

Considerando que o conhecimento tácito das parteiras, conforme já mostrado anteriormente, é originado na malha das relações sociais, no próximo item passamos a expor a forma como estes saberes, na medida em que são trocados entre as pessoas da sociedade, tornam-se um patrimônio social.

5.2 A SOCIALIZAÇÃO DOS SABERES

Ao contrário do que normalmente ocorre nos centros modernos e urbanos, onde o saber é considerado uma mercadoria, e, portanto, comercializado, nas comunidades rurais onde realizamos a pesquisa, os saberes são socializados entre as pessoas.

É possível considerar esta atitude como sinalizadora de que na compreensão dos membros da comunidade, não existe propriedade sobre o saber construído a

⁴⁰ Consideramos oportuno trazer um exemplo de nossa prática enquanto Doula. Recentemente acompanhamos um nascimento ocorrido no ambiente hospitalar, por cesárea. Após a alta hospitalar prestamos atendimento domiciliar à mãe e ao bebê durante vinte dias, que incluía os banhos e o curativo do umbigo do bebê, para o qual utilizamos somente álcool a 70%. O cordão umbilical cicatrizou/caiu no décimo quarto dia.

partir das experiências do “mundo vivido”, podendo ser trocado entre eles sem necessidade de pagamento.

Pode-se dizer, portanto, que os modos de viver no universo das parteiras tradicionais, em vários aspectos, conforme apontado por Lèvi Strauss, “não se encaixam nas características sociais de uma sociedade industrial moderna, de moldes ocidentais” (apud CARVALHO, 1997, p. 70-87).

A troca de experiências praticada entre as mulheres nas comunidades tradicionais é um costume interessante, não só pelo aspecto da solidariedade, como também do ponto de vista da transmissão de um conhecimento que, inevitavelmente, está inserido em tais vivências.

Uma mulher nos relata o aprendizado de que quando se usa cânfor - para cólicas menstruais, por exemplo -, no outro dia a mulher deve proteger-se do frio, pois “o cânfor é quente”; já o uso de óleo nas massagens não carece de cuidados pois “o óleo é fresco”⁴¹.

D.Eulália, que teve oito filhos com as parteiras da região, nos relatou que, durante a gravidez, e, principalmente quando se aproximava a data de o neném nascer, as parteiras recomendavam que ela fizesse muitos “*banhos de assento*”. Então, numa bacia grande ela “*punha sal grosso, cachaça canforada e açúcar numa água bem quente*”, que havia sido fervida com uma erva conhecida com o nome de “*calção de velho*” e, acorada sobre a bacia, a mulher recebia aquele “*vaporão*”. Conhecedora de práticas como esta, ela sentia-se na obrigação de repassar e prestar auxílio às filhas e vizinhas quando estas passavam por situações semelhantes.

Pode-se pensar nessa prática como uma socialização de saberes, representando, para as mulheres da comunidade, certa autonomia em cuidar do próprio corpo. Assim, é comum o intercâmbio de *receitas* de remédios caseiros que são testadas e trocadas entre elas constituindo-se, efetivamente, num conhecimento acerca da saúde.

Neste sentido é oportuno o depoimento de Dona Elvira: “*A gente não ia ao médico, nem durante a gravidez*”. Pois não havia, naquela época, médicos para que

⁴¹ Não nos aprofundamos neste aspecto, mas especulamos a existência de um conhecimento acerca da composição química destes materiais, para lhes atribuir diferenças de temperatura. Sugerimos pesquisa mais pontual sobre este saber pelas parteiras.

elas pudessem fazer, por exemplo, o pré-natal⁴². Então, para se cuidarem e se prepararem para uma gravidez saudável, e um “*parto feliz*” seguiam “*o que as parteiras ensinavam*”.

Assim, à medida que iam sendo atendidas, aprendiam que, para ajudar na hora do parto, “*fervia folha de guaviroveira*” daquela de folha grande, pois “*a gente já tinha aprendido com as parteiras que aquela era remédio*” e ficava de cócoras sobre “*aquele bafo quente, até suar de molhar a roupa*”.

Uma senhora nos conta que três dos onze filhos ela teve sozinha, pois “*não deu tempo de a parteira chegar*”. Então, durante a gravidez “*fazia os banhos e tomava bastante remédio que elas ensinavam*”. Da mesma forma, aprendiam receitas de remédios: “*As parteiras ensinavam a gente tomar bastante chá. Usava muito esse óleo de Armenzo [...]*”

A propósito, pode-se dizer que historicamente, a construção de grande parte do conhecimento que diz respeito aos cuidados com a saúde no espaço privado, deu-se a partir das experiências vivenciadas pelas mulheres. Resultado de uma distinção das relações sociais de gênero as mulheres, em determinadas culturas, sempre se ocuparam mais tanto da saúde dos filhos, como dos companheiros, ou das pessoas idosas etc. Esta experiência acumulada permite que às mulheres seja delegada a tarefa relativa aos “cuidados” que refletem não só na “saúde da família”, como também na “saúde da sociedade” (SCAVONE, 2005).

Acrescentando propriedade a este discurso, a autora comenta que uma pesquisa feita por ela com mulheres do nordeste brasileiro, apontou que há uma relação intrínseca dos cuidados da saúde dos filhos com o amor. Sendo aquela população – “camadas populares do nordeste brasileiro” -, similar às das comunidades por nós pesquisadas – com características de pobreza, falta de recursos materiais etc. – identificamos afinidades entre estes cuidados e o saber construído pela parteira. Conforme a autora,

⁴² Embora este relato esteja conjugado no tempo passado, é importante ressaltar que a maioria das parteiras atuantes atualmente, relatou ter o primeiro encontro com a parturiente durante o trabalho de parto. Embora estes relatos tenham sido mais frequentes no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, também no Paraná há ocorrência de parto domiciliar sem a realização do acompanhamento e exames de pré-natal. De forma que as gestantes, por falta de informação e/ou por dificuldade de acesso a um centro de saúde, desconhecem a importância do pré-natal e a relação deste com os índices de mortalidade materna.

Constatou-se que esse cuidar estava também, fundamentado num conhecimento empírico sobre os efeitos benéficos de alimentos, ervas, plantas medicinais, chás e remédios caseiros empregados no período da gestação, no parto e para tratamento do/as/filho/as, ou de outros doentes da família; enfim, que esses cuidados, também, geravam um *saber*⁴³ (SCAVONE, 2005, P. 104).

No entanto, apesar deste tradicional costume, o fato de se viver atualmente numa sociedade global e comunicativa faz com que o conhecimento construído dentro dessas comunidades também sofra modificações e obstruções na transmissão. Por toda parte, desde os lugares mais distantes – cujo acesso a vários canais de televisão é garantido pelas antenas parabólicas - até os grandes centros, os instrumentos de comunicação disponibilizam ampla gama de informação. Por questões ideológicas, porém, estas informações tendem cada vez mais a portar, além de apelos de consumo, também a homogeneização de comportamentos, de valores etc. Estas mensagens muitas vezes alteram significados e afetam as pessoas nas suas visões de mundo e concepções de certo ou errado, dificultando ainda mais a autonomia nas escolhas dos modos de viver.

No que diz respeito ao modo de viver a maternidade, observa-se que as mulheres atualmente fazem pouca ou nenhuma troca de experiências entre si; tampouco as mães comentam com as filhas a vivência do seu nascimento⁴⁴. Na era da informática, a facilidade de acesso às redes e mecanismos de busca aos diversos assuntos, dão a ilusão de que a informação está ao alcance de todos. No entanto, a informação veiculada nos meios de comunicação e na mídia em geral, é permeada pela intenção ideológica do(a) transmissor(a). E, no caso do parto e nascimento, cujo valor é subjetivo e singular, o prejuízo é ainda maior, pois conforme observa Martin-Barbero, 2001, não há como substituir a sabedoria de quem viveu a experiência.

⁴³ Grifos meus.

⁴⁴ Em trabalhos com grupo de gestantes, verificamos que nenhuma delas menciona ter recebido da mãe informações acerca de seu nascimento. Quando muito, sabe apenas se nasceu de parto normal ou cesárea, no entanto, ignora totalmente detalhes como: qual foi a percepção e a suportabilidade da dor, se a mãe usou algum medicamento de alívio da dor, se alguma posição era melhor para dar à luz etc.

5.3 AS TÉCNICAS

As entrevistas realizadas revelam que a parteira tradicional normalmente utiliza-se de intervenções que não invadem o corpo da mulher, se comparadas com alguns procedimentos executados de forma sistemática no parto hospitalar.

O gesto simulado na **figura 23**, para representar a maneira como as parteiras entrevistadas examinam uma gestante ou uma parturiente, demonstra uma atitude diferente da comumente utilizada em ambiente hospitalar.

Valemo-nos, neste momento, do que diz Marcel Mauss a respeito da transmissão que tradicionalmente se faz de geração a geração através de gestos e atos manuais: “[...] o grande ato é a entrega das ciências, das sabedorias e dos poderes dos mestres aos discípulos” (1999, p.115). No caso da transmissão que se dá entre as parteiras, podemos dizer que tais ações são frequentemente comprometidas com sentimentos de solidariedade, de crenças etc., outorgando ao conhecimento de partejar a autoridade de uma tradição que extrapola a intenção de se construir um saber.

A parteira está representando na foto, o gesto que executa na sua prática de partejar, para realizar um exame na parturiente de forma a não lhe causar constrangimentos.



Figura 23: Parteiras simulando um exame numa gestante ou parturiente.
Fonte: Acervo da autora.

Com relação aos exames de toques vaginas, destacamos o testemunho apenas de uma mulher, 54 anos, 9 filhos, que nos relatou: *”todas as parteiras faziam*

toque para ver a altura que estava a criança, mas nenhuma me judiou.[...] mas tinha mulher que dizia que a parteira enfiava até a mão dentro.”

De maneira geral, tanto pelas falas das próprias parteiras, como das mulheres atendidas por elas, é possível constatar que uma das prerrogativas do atendimento prestado pela parteira tradicional é o respeito ao corpo, e, sobretudo ao momento especial, de grande alegria - mas também de dor - que a mulher está vivenciando.

Assim, com a frase: “*dói até em mim*”, uma parteira enfatiza que evita fazer toques vaginais na mulher em trabalho de parto, dizendo em voz forte e alta: “*eu tenho dó mesmo. Não basta a dor que ela está passando pra ganhar o nenê?*”

A fala desta parteira – muitas outras também afirmaram não fazer toques vaginais se a mulher não permitir -, remete a uma reflexão sobre o que significa fazer a análise e a interpretação de material coletado em entrevistas que envolvem histórias de vida. Whitaker (2000) lembra o rigor necessário ao processo de pesquisa que se utiliza da história oral, desde a fidedignidade da transcrição até a análise e interpretação. A autora aponta duas questões cruciais para o mérito científico de um texto construído a partir de entrevistas gravadas: a transcrição das gravações, respeitando integralmente a fala do entrevistado e as teorias que iluminam a análise.

Diante desta fala em particular: “*Dói até em mim*” – recebida por nós com impacto -, retomamos na leitura de Fayga Ostrower (1998), *A Sensibilidade do Intelecto*, elementos teóricos que pudessem ser articulados com esta situação específica. A autora refere-se, justamente, à técnica utilizada pelo artista na composição de sua obra e que ela se propõe a abordar *pelo lado de dentro*.

Abordar a fala desta parteira, como diz Fayga – *do lado de dentro* - significa poder acessar a atuação abrangente da parteira - que envolve a sensibilidade no sentido de evocar outros canais de percepção, além do racional. Significa, portanto, a parteira estar sintonizada com a parturiente utilizando-se de sua própria experiência de vida, de mãe, de mulher. De forma que enquanto desempenha uma função técnica, acrescenta requintes *sensíveis* ao conhecimento que utiliza para desempenhar sua função.

Faz-se oportuno neste momento evocar as palavras de Lèvi Strauss (1989, p.35), quando fala das diferenças entre o engenheiro e o *bricoleur*⁴⁵.

No eixo de oposição entre natureza e cultura, os conjuntos dos quais ambos se servem estão perceptivelmente deslocados. Com efeito, pelo menos uma das maneiras pelas quais o signo se opõe ao conceito está ligada a que o segundo se pretende integralmente transparente em relação à realidade, enquanto o primeiro aceita, exige mesmo, que uma certa densidade de humanidade seja incorporada ao real.

O autor lança luz teórica aos dados empíricos da nossa pesquisa, e realça os argumentos que tentamos construir no sentido de colocar num mesmo patamar tanto o conhecimento científico como o conhecimento tácito. Nesta perspectiva, Lèvi Strauss afirma que o arcabouço teórico do engenheiro é tão limitado quanto os elementos que são recolhidos pelo *bricoleur*.

Consideramos importante tecer considerações sobre semelhanças e diferenças encontradas nos relatos, no que diz respeito às técnicas e procedimentos efetuados pelas parteiras das três regiões estudadas.

Semelhanças:

- Nas três regiões encontramos relatos da mesma oração para a resolução de situações específicas, como por exemplo a utilizada por elas para “*chamar*” a placenta retida;

- Também foi comum nas três regiões o uso de algumas “simpatias”, como por exemplo “bater num prato” logo após o nascimento, para estimular o bebê a chorar;

- Todas as parteiras entrevistadas das três regiões, mencionaram algum tipo de massagem na barriga, com o objetivo de “*ajeitar*” o bebê numa posição adequada para nascer;

- Todas enfatizaram a necessidade de se ter “*paciência*” e “*esperar*” que o bebê indique a “*hora de nascer*”;

⁴⁵ “O *bricoleur* é o que executa um trabalho usando meios e expedientes que denunciam a ausência de um plano preconcebido e se afastam dos processos e normas adotados pela técnica. Caracteriza-o especialmente o fato de operar com materiais fragmentários já elaborados, ao contrário, por exemplo, do engenheiro que, para dar execução ao seu trabalho, necessita da matéria-prima. (Nota de Almir de Oliveria Aguiar e M.Celeste da Costa e Souza, tradutores da 1ª edição pela Ed. Nacional.)” (STRAUSS, 2004, p. 32, nota rodapé).

Diferenças:

- A prática da cauterização do cordão foi citada pela maioria das parteiras do Jequitinhonha. Já as parteiras do Paraná não mencionaram este procedimento, sendo que algumas argumentaram não realizar esta prática “*por que sua mãe também não queimava*”.

- A maioria das parteiras do Jequitinhonha, e algumas de Dr. Ulysses, relataram só encontrar a parturiente a partir do momento em que esta já entrou em trabalho de parto. Na Vila da Barra do Superagüi, no entanto - talvez por ser menor, facilitando a interação e comunicação -, as parteiras já iniciam um relacionamento com a gestante durante a gravidez. Este contato antecipado favorece a parteira no sentido de orientar e estimular a gestante a realizar o pré-natal.

5.4 A CRENÇA

Há uma forte presença da fé e da oração no arsenal técnico que constitui a formação e atuação das parteiras, necessitando-se abordar esta questão do ponto de vista teórico. Marcel Mauss, (1999), entretanto, adianta que é notável a pobreza de literatura científica sobre este assunto, considerado por ele como de primordial importância. Sobretudo no que diz respeito à oração, Mauss aponta que os antropólogos e filólogos - fundadores da ciência da religião -, antes de explicar a sua eficácia, detiveram-se ao sentido das palavras pronunciadas pelo fiel, mantendo-se mais no domínio da crença.

Importa salientar, para a compreensão do seu uso pela *nossa* parteira, a natureza essencialmente oral da oração. Como toda palavra falada, a oração serve-se dos elementos da linguagem enquanto movimento de ação e pensamento, visando atingir uma meta e provocar um efeito.

Com base em etnografias e trabalhos sobre a temática, como de Tornquist (2004); Del Priore (2001); Helman (2003); e outros, pode-se afirmar que nenhuma parteira caracterizada como tradicional, e que tem como referência mais forte na realização do seu trabalho a transmissão oral entre gerações, prescinde da oração na hora de atender a um parto.

Das nossas entrevistadas há depoimentos apontando que, além da crença por parte da parteira, ela também conclama as pessoas da casa a uma cumplicidade na fé:

[...] o parto mais duro que teve que eu atendi aqui na Vila foi o da Marta. Aquela foi mais difícil, por que estava de pé o nenê. Estava sentado. Mas eu falei para o pessoal da casa: [...] ele não vai morrer. Vocês tenham fé em Deus! O nenê nasceu os pezinhos e depois nasceu a cabeça. Quando ele nasceu estava bem mortinho. Daí eu fiz respiração boca a boca, no nariz, dei um (faz um movimento com as mãos, parecendo levantar o bebê ou jogá-lo para cima), daí ele voltou. Hoje ele tem quatorze anos, Está coisa mais linda o guri (Dona Livia, 58 anos, parteira).

Mariléa, 41 anos, parteira do Vale do Jequitinhonha, conta que um dia, após “pegar o menino, cortar o cordão, queimar, tudo direitinho, nasceu a placenta e sangrou muito”. A parturiente teve uma hemorragia muito forte, e a parteira avaliou que o volume de sangue era muito maior do que o normalmente esperado após o parto. Assustada, lembrou que sua mãe lhe ensinara uma oração que, escrita e guardada costurada dentro de um pedaço de pano, em casos como esse deveria ser pendurada no pescoço da mulher.

Além de executar o procedimento de pendurar a oração no pescoço da parturiente, Mariléa também pegou “três olho de mandioca” e colocou embaixo da nuca da mulher. Após dez minutos, ela verificou que o sangramento havia parado; “a mulher recuperou as forças e pode amamentar o menino”. Como estava participando de um curso de capacitação, a parteira perguntou à médica obstetra que ministrava a aula: “O que a senhora acha que curou a mulher: foram os três olhos de mandioca ou foi a oração”? Pergunta que foi respondida por outra parteira do grupo: “foi Deus”.

A tradição e transmissão oral do conhecimento e dos procedimentos utilizados pela parteira, também garantem a manutenção de ritos que, segundo Marcel Mauss, são tão cheios de força e eficácia quanto a oração. Mary Del Priore também atesta a força da tradição através dos tempos, trazendo dados referentes à magia e medicina praticada no Brasil colonial, por volta de 1734, onde relata procedimento semelhante ao da parteira do Jequitinhonha, entrevistada em setembro de 2004:

O emprego de orações aos santos protetores nas enfermidades, a utilização de ervas extraídas da flora doméstica, como macela, arruda, funcho, os gestos impregnados de magia (*pendurar ao pescoço raiz de aipo*), [...] compunham o retrato da benzedeira ou curandeira substituta do médico. [...] elas curavam mazelas, [...] praticavam enfermagem, abortos, davam conselhos sobre enfermidades, eram farmacêuticas, cultivavam ervas

medicinais, trocavam fórmulas e faziam partos⁴⁶ (DEL PRIORE 2001, p. 108).

Esta citação nos fornece informações de que muitos dos rituais, orações e artefatos das parteiras *de ontem* são semelhantes aos utilizados pelas parteiras que fizeram parte do nosso trabalho.

O caráter da oralidade também pode justificar a manutenção de uma mesma tradição, ainda que em localidades distantes uma da outra. Observamos que para um mesmo tipo de complicação no parto, tanto as parteiras entrevistadas no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, como as entrevistadas no Vale do Ribeira, no Paraná, utilizavam uma mesma oração. Assim, para solucionar a situação em que após o nascimento da criança, a placenta não “nasce”, as parteiras das duas localidades relataram “pedir” três vezes:

*“Santa margarida: eu não estou prenha nem parida,
Tire esta carne morta da minha barriga,
Que eu quero ficar livre e desimpedida”⁴⁷.*

Da mesma forma, a cada ocorrência de um parto e nascimento bem sucedidos, que é compreendido por elas como o bem-estar da mãe e da criança, o mérito por aquele “parto feliz” é sempre creditado “a Deus”. A fé que a parteira demonstra ter em Deus parece fazer parte de seu principal arcabouço tecnológico. Usamos a idéia de um arcabouço, justamente para metaforizar uma espécie de arca ou baú onde se costuma manter “bem guardados” os objetos ou artefatos considerados caros, raros, preciosos.

Neste ponto, recorreremos às palavras trazidas por Minayo (1994, p.59), referindo-se à modalidade de entrevistas de “História de vida tópica”, que focaliza uma determinada experiência. A interpretação proporcionada por esta modalidade

⁴⁶ Grifos meus.

⁴⁷ A transcrição desta oração não ocorreu sem uma sensação de abuso da posição de pesquisadora. Durante o curso de capacitação, em Minas Gerais, presenciamos situações em que uma parteira pedia à outra que lhe revelasse alguma oração, reconhecida por elas como “poderosa” na solução de determinados problemas durante o parto. Porém, mesmo havendo muita solidariedade entre elas, nem sempre a parteira cedia o segredo para a companheira. Por outro lado, anotamos que em 13.04.05, no programa da TV Globo, o entrevistador Jô Soares recebeu em seu programa uma parteira baiana que revelou “no ar” esta mesma oração.

de investigação científica é considerada pela autora como “extremamente rica para análise do vivido”, pois “acontece a liberação de um pensamento reprimido e que muitas vezes nos chega num tom de confiança”.

De fato, na fala de uma parteira foi possível observar muito mais que um relato de experiência. Na verdade ela nos confidenciou um ritual de crença, que segundo Marcel Mauss, é um pedido realizado em forma de prece. Ela nos relatou o atendimento que fez a um chamado, “*numa madrugada de um dia primeiro de outubro*”. Dona Luna nos diz que, antes de sair de casa ajoelhou-se e pediu: “*Meu Deus me dá forças. Que a gente vá lá e dê tudo certo, por que é uma responsabilidade muito grande. É a vida da mãe e a vida da criança.*”. Quando ela chegou à residência do casal, encontrou a parturiente chorando. Ao constatar no exame obstétrico, que só a mãozinha da criança estava nascendo, ela disse: “*Meu Deus, esse aqui eu não vou dar conta, né?*”.

A parteira demonstra nesse momento uma espécie de “sintonia” com Deus. A entonação e impostação da voz, o gesto que faz de olhar para cima, a atitude de respeito; entre outras pistas registradas nos nossos apontamentos, denotam uma crença inabalável de que existe uma real comunicação entre ela e a entidade a quem se dirige e confia.

A confiança expressada pelo fiel quando se dirige a uma divindade, talvez possa ser explicada pelo fato de a oração ser um rito, uma vez que “é uma atitude assumida, um ato realizado em vista de coisas sagradas”; além disso, em cada oração há “um certo grau de credo” (MAUSS, 1999, p. 230). Supomos que esta confiança também seja partilhada com a parturiente por ocasião do atendimento. Assim, é provável que seja justamente essa cumplicidade na fé o que torna possível a resolução de situações, cujas dificuldades só poderiam ser vencidas, poder-se-ia dizer, “por milagre”.

Uma situação considerada de grande dificuldade foi a do parto da própria parteira, há vinte anos atrás, quando do nascimento de seus filhos gêmeos, em que foi atendida por sua mãe, também parteira, já falecida.

Importante salientar que o fato de ter sido uma gravidez “gemelar”, já caracteriza, segundo a literatura, como uma “gravidez de risco”⁴⁸.

⁴⁸ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Gestação de Alto Risco. Min.da Saúde,

A gemelaridade constitui um dos fatores importantes de risco na população obstétrica, uma vez que se associa com frequência a: anemia, doença hipertensiva específica da gravidez, polihidrâmnio (aumento do líquido amniótico), parto prematuro, retardo do crescimento intra-uterino, malformações, placentas prévias, apresentações anômalas, acidentes de cordão e atonia uterina, aumentando a morbi-mortalidade perinatal (BRASIL, 1995, p. 13).

Além desse aspecto de risco, após o nascimento do primeiro gemelar - que estava cefálico e nasceu de parto vaginal -, “o outro menino nascia só o braço” e “eu sofri muito”, conta Dona Luna, visivelmente emocionada por resgatar na memória as imagens daquele momento.

A lembrança de sofrimento, evocada na memória da parteira ao fazer este relato, nos remete ao que aponta Mauss acerca da pobreza de literatura, sobretudo no aspecto da eficácia da oração.

5.5 OS ARTEFATOS UTILIZADOS PELAS PARTEIRAS

Pudemos observar nos relatos das parteiras *de hoje* algumas transformações na realização dos procedimentos e uso de artefatos. No Vale do Ribeira, no Paraná, as parteiras mais antigas fizeram menção a um artefato utilizado para a parturiente apoiar-se durante o período “expulsivo”, ou seja, o momento exato de o bebê nascer. Trata-se de uma espécie de “banquinho”, uma caixinha de madeira, que elas chamam de “*quarta*”.

Segundo o vocabulário utilizado entre os trabalhadores da lavoura, “uma quarta” é uma unidade de medida usada para aferir uma determinada quantidade de cereal ou sementes. “*É uma caixinha assim quadrada onde se pesa dez litros de feijão*”. O seu uso durante o parto, deve-se, provavelmente, ao fato de a referida caixinha ter a altura adequada para que a parturiente melhor se posicione para parir. Além disso, trata-se de um artefato que, nas casas das pessoas residentes na área rural, sempre estaria à disposição. “*Então, a gente punha a mulher ali de cócoras, e o marido segurava por aqui (debaixo do braço)*”⁴⁹

DPAS/SAS, 2ª edição (reimpressão): COMIN, 1995; BRASIL. *Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

⁴⁹ A **figura 1** traz o acompanhamento de um parto no século XVI. Mostra a presença da Doula, posicionada atrás da parturiente dando-lhe apoio físico e emocional, que é, justamente, a função exercida pelo marido no caso contado pela parteira.

No entanto, ao entrevistarmos as parteiras mais jovens atuantes naquela mesma localidade, estas já não mencionam o uso da “quarta”. Alegam que apesar “*de o banquinho ser muito mais prático para o neném nascer*”, na cama “*é melhor para a gente cuidar do neném*”, por que é “*mais limpinho*”. Alegam que a grande maioria das casas é de “*chão de chão mesmo, sem um piso sem um assoalho, sem nada*”.

Este relato apresenta uma transformação aos moldes do atendimento hospitalar, que segue regras de higiene e, também, de conforto para o profissional no momento de prestar cuidados ao bebê. Arriscamos a hipótese de que o fato de sair da “quarta” e ir para a “cama” seja conseqüente da influência sofrida por estas populações, com características de comunidade tradicional, ao tomar conhecimento e experimentar artefatos e tecnologias comumente utilizados na sociedade moderna.

5.6 OS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Uma das mulheres entrevistadas nos diz que dos seus sete filhos, “*seis nasceram em casa com Dona Maria*”⁵⁰; que “*tinha muita paciência*” e ministrava chás para a dor. Também lembra que ao tomar determinado chá – ela não sabe qual - “*as dores vinham mais rápido e o neném logo nascia*”. Outra mulher, mãe de oito filhos, conta que “*sete nasceram com D.Maria*” e um com outra parteira que veio de uma localidade próxima dali, para lhe atender.

Estes depoimentos mostram, por exemplo, que as mulheres percebem nas suas próprias experiências de parto, que há eficácia nos procedimentos técnicos que as parteiras utilizaram. Embora este aspecto, o da eficácia técnica, não seja objetivo do nosso trabalho, não podemos deixar de considerá-lo como um importante sinalizador.

Um sinal que convida a reconhecer no saber da parteira um componente de previsibilidade de resultado. Sobre este aspecto, valemo-nos de QUEIROZ, para iluminar nossa observação. Segundo a autora,

⁵⁰ Parteira que faleceu aproximadamente um mês antes da nossa visita - maio de 2005 -, D.Maria, 70 anos, transmitiu o seu saber da arte de partejar para a filha, Dona Luna, e para outra parteira da comunidade. Sua experiência na parturição deixou marcas no pequeno povoado da Vila da Barra do Superagüi. Praticamente toda a população, desde as crianças até as pessoas mais velhas, tem registros na sua própria história de vida, ou de parentes, relacionados à prática da parteira.

Técnica é procedimento ou conjunto de procedimentos de modos de fazer, bem definidos e transmissíveis, destinados a alcançar determinados objetivos; como todo procedimento, é ação específica, sistemática e consciente obedecendo a determinadas normas e visando determinado fim; é conservada e repetida se sua eficiência for comprovada pelos resultados obtidos” (1991, p.14).

De forma que, ao executar determinado procedimento técnico, a parteira o faz pautada num conhecimento que foi construído e testado empiricamente. Essa sistematização, que é um método científico, lhe assegura uma determinada margem de acerto e, conseqüentemente, de segurança.

Se analisadas a partir da percepção das mulheres atendidas pela parteira, tais técnicas produzem resultados positivos. De acordo com o depoimento destas mulheres, além dos benefícios sentidos *no próprio corpo*, por ter tido um parto rápido, valorizam o fato de no outro dia já estarem bem dispostas para cuidar dos outros filhos, do trabalho, enfim, da vida.

Pudemos observar também, que as mulheres que são orientadas pelas parteiras têm um cuidado com o corpo, que transcende o período e o objetivo da gravidez. Para a parteira, “*uma mulher grávida tem que se resguardar*”, pois no seu entendimento, dos cuidados que a mulher tiver durante a gravidez, “*dependerá a sua saúde para o resto da vida*”.

5.6.1 O uso das mãos na execução das técnicas

Falar do uso que as parteiras fazem das mãos para executar o seu trabalho de partejar, significa referir-se ao seu arsenal básico para resolver praticamente todas as situações decorrentes do atendimento ao parto.

Ao perguntarmos às parteiras se elas levam consigo uma maletinha com instrumentos quando vão atender os partos, a maioria responde: “*eu não levo nada, só as minhas mãos*”; e algumas acrescentam, “*levo minhas mãos e Deus pra me ajudar*”. De forma que as mãos da parteira representam a sua ferramenta de trabalho por excelência.

Desde a palpação; a massagem; o carinho; o pegar na mão da parturiente e passar-lhe segurança, conforto; as mãos que fazem o chá; que cortam o cordão; que examinam a placenta; que fazem os gestos da oração; que segura “cuidadosamente” o cordão para a dequitação da placenta; que faz o toque; as mãos que “ouvem” o coração do bebê; ... e que finalmente, “apara” a criança.



Figura 24: Avaliação da intensidade das contrações.
Fonte: Bizzarri, Giuseppe

Mãos, cuja habilidade, não raro, dispensa o uso de artefatos na resolução dos mais variados problemas relacionados ao parto e nascimento. Alguns destes problemas são considerados de difícil solução, mesmo para atendimentos realizados em hospitais bem equipados do ponto de vista de técnicas modernas e dos recursos tecnológicos mais sofisticados.

Numa possível reconstrução da história do desenvolvimento da técnica, de acordo com (HABERMAS, 1983 p. 307-308), as mãos aparecem em primeiro lugar numa escala de funções que são fixadas no organismo humano. Assim, sequencialmente, este “aparato de movimento” será depois substituído pelo “aparato sensorial” e finalmente, pelo “centro de controle”, que seria o cérebro.

Podemos também reconhecer nesta *subida* escalonada de funções desempenhadas pelo organismo humano, uma gradação hierárquica que iria da mão, num patamar inferior, em direção ao cérebro, aludido como o lugar do intelecto ou da razão. A precisão dos movimentos manuais representa na escala evolutiva da espécie, uma das maiores distinções do ser humano. A capacidade de segurar ferramentas, desde a mais rudimentar até a mais sofisticada, para realizar uma infinidade de operações, confere ao ser humano uma destreza muito maior.

Construir ferramentas para garantir a sobrevivência, pode-se dizer que foi o grande fator determinante para a preservação e continuação da espécie até a

atualidade. Conseqüentemente, hoje, com o acelerado desenvolvimento técnico-científico, um grande número de artefatos é lançado no mercado, restringindo cada vez mais o uso exclusivo das mãos para resolver qualquer situação na vida.



Figura 25: Parteiras aprendendo usar o Pinard⁵¹
Fonte: Acervo da autora.

Talvez, no afã de acompanhar o desenvolvimento da técnica – que está aliado ao sucesso científico – à medida que foi realizando as substituições rumo ao ápice, o organismo humano foi debilitando suas capacidades funcionais mais arcaicas. Assim, as pessoas, de maneira geral, *não abrem mão* das ferramentas que lhes são constantemente disponibilizadas para executar desde os hábitos mais simples e elementares, como a alimentação, até a realização de tarefas minuciosas e que exigem alto nível de precisão.

As parteiras tradicionais, no entanto, conforme dados revelados em nosso trabalho de campo, conservam aptidões manuais capazes de desempenhar manobras delicadas e complexas que exigem precisão, astúcia e alto nível de percepção sensorial.

Das observações e dos relatos ouvidos durante nosso trabalho de campo constatamos que suas mãos são treinadas para, além do tato, perceber outras sensações. No Vale do Jequitinhonha, MG, foi possível acompanhar a realização do

⁵¹ Pinard é um artefato manual utilizado para ouvir os batimentos cardíacos do bebê.

diagnóstico da idade gestacional pelas parteiras, utilizando-se unicamente das mãos ainda nos primeiros meses da gravidez.

Esta competência técnica foi observada numa atividade realizada durante a capacitação das parteiras. As instrutoras convidaram uma gestante que deu consentimento para ser examinada pelas parteiras participantes do curso, e estas, a partir da palpação abdominal conseguiram diagnosticar o número exato de semanas da gestação.



Figura 26: Avaliando a idade gestacional
Fonte: Acervo da autora.

Também as parteiras entrevistadas no Paraná relatam a experiência de realizar o diagnóstico da gravidez.

[...] eu conheço mulher quando está com nenezinho com dois mesinhos assim na barriga. Se estiver de dois meses, de três, de quatro eu sei [...] mas a mulher tem que ficar bem de costinha ali na cama que nem se mexa e eu fico atendendo né. Apalpo aqui apalpo ali, vou apalpando...quando eu acho aquele embrulhinho ali, está desse tamanho com uns dois meses (mostra, com os dedos indicador e polegar, o tamanho do feto) às vezes é um gominho aí de um mês (Dona Amália, 78 anos, parteira).

Arriscamos dizer que suas mãos, além de *sentir*, também são capazes de *ouvir* quando algo está errado com a mãe ou com o bebê. Muitas parteiras nos relataram que é preciso *ver* como está o batimento do coração do bebê, pois quando está acelerado demais, ou de menos, é necessário encaminhar a parturiente para um atendimento hospitalar. Uma destas parteiras contou com detalhes um atendimento em que a mãe estava bem, mas o bebê tinha problemas:

Por que a batida do coração do nenê dentro da barriga é uma coisa, e fora é outra. Assim, ele bate aqui dentro (aponta para a barriga) bem mais rápido, por que talvez esteja sufocado ali naquele calor, né, mas quando sai, daí tem que moderar o coração do nenê. No parto daquela mulher, eu senti o chio dentro do pulmãozinho do nenê, a canseira.

Chamei o marido e disse: deixe a mãe em casa e leve só o nenê. E já dei uns bufos com o pai da criança, que ele não queria levar, já que a criança já tinha nascido. Eu falei: Não senhor! Esse nenê vai morrer se não cuidar dele. Leve já e diga para o Doutor que eles atendam que este nenê está com problema de pulmão [...] eu nem vesti roupa nem nada, só limpei o nenê, embolei bem emboladinho, coloquei no colo do pai e Ó! (faz um sinal com os dedos de sair correndo, rápido). [...] o médico examinou e disse: tem que encaminhar já esse nenê para Curitiba.

O nenê ficou vinte e um dias internado, foi feita cirurgia do pulmão e ele está rapazinho hoje, está coisa mais linda o menino! Decerto é Deus que me dá essa inteligência por que eu, como é que eu ia saber... (Dona Mari, parteira, 46 anos).

Uma parteira que entrevistamos no Vale do Ribeira, hoje com 78 anos, teve onze filhos em casa. “[...] as vezes a dor apurava, eu mesma sentava no banquinho e espremia o bichinho. Já, já ele nascia.” Ao lembrar os partos que acompanhou na comunidade, ela nos descreve um ritual que repetia a cada vez que era chamada:

Fosse a hora que fosse, primeiro eu pedia: vamos meu pai (referindo-se a Deus), me acompanhe. Chegava lá, tivesse um remédio ali para passar, eu passava bem passado, fazia um chá com arruda e dava para a pessoa. Ela tomava e aquele negócio, a dor ia apurando, ia apurando. [...] estivesse torto eu ficava mexendo e ele endireitava. Tinha dor que chegava meio de vereda. Era duas ou três esfregadas e uns dois três chazinho e pronto. Aí eu zelava bem zeladinho do nenê, como diz o causo, cortava o umbiguinho, lavava, embolava bem, entregava para a mãe. E lá ia embora, cuidar da minha vida” (Dona Lara, parteira, 78 anos).

Esta parteira nos relatou um atendimento em que a criança, ao invés de posicionada com a cabecinha para baixo, no útero, estava sentada (pélvica). Ela lembra detalhes interessantes como: quem era a parturiente, onde morava “*nasceu bem ali, do lado da casa da Rosa*”, etc. Além de estar pélvico, o que já significa uma posição desfavorável ao nascimento por via vaginal, ela acrescenta que era um bebê grande, “*viçoso*”.

Então, com “*muita paciência e fé em Deus*”, ela diz que foi “*ajeitando*”, com massagens na barriga da mulher, para o nenê ficar numa posição que ela pudesse “*pegar*”. Quando finalmente conseguiu alcançá-lo com o dedo, “*caçou uma perninha*”, e em seguida mexeu o dedo para o lado e “*caçou a outra perninha*”.

Em partos hospitalares, nos casos em que a criança não está em posição favorável ao nascimento, ou seja, quando não está na posição cefálica, é comum indicar-se a cesárea. No entanto, Diniz – em um trabalho de classificação das indicações de cesárea -, classifica a cesárea, neste caso, como uma indicação “discutível”. Segundo ela, embora os riscos sejam maiores para o bebê que está sentado, “existem fatores que podem inverter o prognóstico como: o número de partos anteriores; o tamanho do bebê; a experiência do parteiro e a evolução do trabalho de parto” (DINIZ, 2004, p.118).

Com base nestas informações, deduzimos que no caso do atendimento feito por D.lara, um fator que poderia inverter o prognóstico seria o tamanho do bebê. Conforme a parteira nos relatou, o bebê “*era grande, viçoso*” e, além disso, estava “*de bunda*”, dados que, se o parto tivesse ocorrido no hospital, seriam decisivos para uma indicação absoluta de cesárea⁵².

No entanto, apesar de o bebê ser grande e estar sentado, o nascimento ocorreu por parto vaginal. Então, com base nos estudos de Diniz (2004), podemos inferir que este parto, especificamente, somente foi possível de se realizar sem a intervenção cirúrgica, graças à *experiência e sabedoria da parteira*.

Sabedoria que conta com um conhecimento construído durante a vida, enriquecido por outros atributos que compõem, diríamos, o equipamento e a tecnologia adequada para atender todas as fases do processo de parto. E o equipamento utilizado por D. lara, neste caso, resumiu-se ao *uso – sábio e adequado -, de suas próprias mãos*.

Consta que em 1771, Elizabeth Nihell, uma parteira inglesa, endereçou críticas ao uso dos instrumentos obstétricos utilizados pelos cirurgiões, em especial o fórceps, que simbolizava além de poder, também controle e domínio da profissão. Nihell, então, defende a atuação obstétrica das parteiras, cujo diferencial é o “uso exclusivo das mãos, a paciência e a capacidade de julgar o melhor momento para intervir”, pontuando principalmente “a intervenção com instrumentos obstétricos, que, em mãos apressadas e inábeis, podiam causar sofrimentos terríveis e danos irreparáveis” (MARTINS, 2004, p.77).

⁵² Como indicação absoluta de cesárea (DINIZ, 2004) refere a situação em que, “a mãe ou o bebê correm risco de morrer ou de ter sérias complicações” (p.116).

Do ponto de vista das parturientes, as mãos das parteiras detinham mais que um saber, uma espécie de *poder*. D.Margarida, 54 anos, teve seus nove filhos sob a assistência das parteiras. Sua fala revela que ainda guarda *registros vivos*⁵³ na memória, dos nascimentos de cada um dos seus filhos, todos com as parteiras da região. Emocionada ela nos diz: “*a gente tinha uma fiúza que a mão dela aliviava a dor da gente*”.

5.6.2 O “encaixe” perfeito.

Um dos procedimentos técnicos comumente relatados pelas entrevistadas é com relação à avaliação da posição do bebê na barriga da mãe.

Durante a fase ativa do trabalho de parto, caracterizada por contrações intensas e freqüentes, ao mesmo tempo em que o colo do útero se dilata, também ocorre a *descida* do bebê para o canal do parto. É o momento em que a cabeça do bebê se encaixa no espaço interno da bacia pélvica, e diz-se então que o bebê encontra-se, finalmente, *encaixado*. Dona Luna nos explica que quando é chamada para atender uma parturiente, e que a mulher está reclamando de dor, ela lhe pede que se deite de barriga para cima. Estando a mulher deitada de costas, com a barriga “*bem molinha*”, a parteira “*põe a mão entre aquele osso grande atravessado*” - acima do osso púbico - “*afunda a mão e mexe pra lá e pra cá*”. Se houver um espaço “*de mais ou menos dois dedinhos*”, entre o osso e a cabeça do bebê, significa que a criança ainda não alcançou o “*nascedouro*” e que “*não nasce naquele dia*”. Mas, “*se a cabecinha da criança estiver encaixadinha embaixo daquele osso grande, então está certo. Então é só esperar que ele nasce.*”

Esta investigação, feita a partir da palpação da barriga da mulher, lhe indica que, apesar de a mulher já estar tendo contrações fortes, o bebê ainda não está encaixado. Ela diz que reconhece esta situação ao perceber que “*a cabeça da criança rola pra lá e pra cá*”. Então, segundo a parteira, se existe um espaço para a criança fazer este deslocamento é sinal que não nascerá naquele dia, mas que talvez possa “*nascer de madrugada*”.

⁵³ A percepção mantida na memória da mulher, referente à experiência do seu parto, foi objeto de estudo da fisioterapeuta Penny Simkin, ao final dos anos 60 e início dos anos 70 (BIRTH 18:4, Dezembro, 1991. in: PASCALI-BONARO, (2002). A pesquisadora estudou em vinte mulheres, os impactos referentes ao parto, colhidos após 15 a 20 anos da ocorrência do parto normal. As mulheres afirmaram que as lembranças eram muito vívidas e estavam associadas a lembranças positivas das palavras e ações das pessoas que lhes prestaram atendimento durante o parto.



Figura 27: Parteira avaliando o "encaixe" da cabeça do bebê.
Fonte: Acervo da autora.

O exame relatado pela parteira, conforme mostrado na **figura 27** lhe dá subsídios para realizar o diagnóstico da posição e a altura do bebê para acessar o “*nascedouro*”; nome que ela utiliza para se referir ao *canal do parto*.

Esta avaliação nos partos hospitalares é feita por toque vaginal, em que o (a) obstetra mede esta distância/altura do bebê conforme pode-se ver no esquema da **figura 28**: “A cabeça do bebê se encaixa perfeitamente no espaço interno da bacia pélvica e sua posição, conforme vai se encaixando, varia de -5 até $+5$ ” (DUARTE; KOLKENA;GAZOLA, 2002, p. 21).

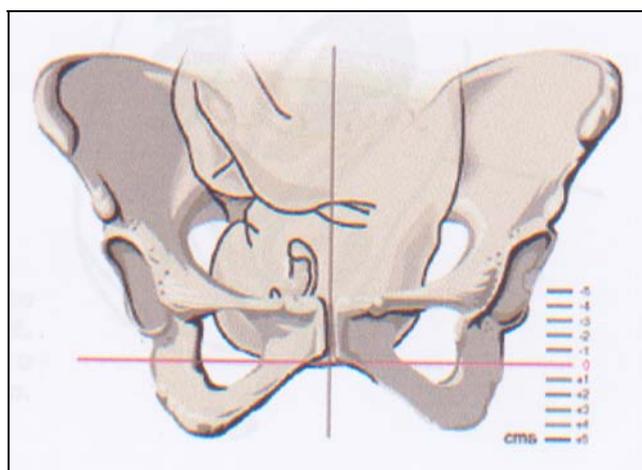


Figura 28: Bebê encaixado na parte interna da bacia.
Fonte: (DUARTE; KOLKENA;GAZOLA, 2002, p. 21).

Embora não seja um procedimento realizado de forma sistemática pelas parteiras, como o é na rotina hospitalar, elas relatam que também fazem o toque vaginal para avaliar se há dilatação cervical suficiente para o bebê nascer.

A gente põe uma luva e faz o toque por baixo para saber quanto está dilatada a boquinha do útero lá em baixo, né. Se só entrar a cabecinha do dedo é por que vai demorar ainda. Se leva dois dedinhos, já está mais preparado. Daí quando a gente vê que já está bem aberto, que aparece até o cabelinho da criança, está na hora de nascer” (Dona Luna, parteira, 54 anos).

Porém, vale ressaltar que o procedimento do toque vaginal somente é feito pelas parteiras a partir de alguns critérios. Um destes critérios é, por exemplo, um trabalho de parto prolongado. Outro critério, apontado por elas como uma condição essencial para executarem o toque, é a permissão da parturiente: “*se a mulher não quiser, eu não toco de jeito nenhum*”.

Uma parteira no Vale do Jequitinhonha, explica que muitas vezes a mulher tem vergonha de deixar-se examinar, e se a parteira insistir, “*em vez de ajudar vai é atrapalhar*”. Aqui no Paraná também ouvimos as parteiras dizerem que: “*se tudo estiver bem é só ter paciência e esperar que na hora certa, com as graças de Deus, a criança nasce*”.

Estas atitudes das parteiras, acrescentadas das suas falas enfatizando o aspecto singular e subjetivo do processo do parto e nascimento, nos dão subsídios para interpretar que, para elas, o momento do parto é um evento “*da intimidade da mulher*”. Françoise Thébaud (2002) faz referência a este “pudor feminino”, e o aponta como um dos motivos de o século XIX ter sido mais favorável para as parteiras.

Do ponto de vista corporal, portanto, na compreensão delas, a vivência do parto é similar à vivência da sexualidade da mulher. Para as parteiras, o parto e o nascimento, além de ser privado e íntimo, é um processo que tem o seu tempo e a sua hora de acontecer, de maneira que “*não precisa ficar molestando a mulher*”.

Estudos das alterações hormonais ocorridas durante o processo da parturição identificam semelhanças dos hormônios envolvidos no momento do parto - em especial a ocitocina -, e que são igualmente alterados por ocasião do ato sexual. Na nossa cultura, a sexualidade costuma ser vivenciada de forma íntima e secreta. Por

conta disso, a maioria das pessoas só atinge o orgasmo sexual pleno e prazeroso, se garantida a total privacidade do par durante o coito⁵⁴.

Além dessa semelhança, do ponto de vista cultural, entre a experiência do parto e a sexualidade, também há estudos científicos no campo da etologia que apontam um comportamento específico dos mamíferos. Ao observarem diversos mamíferos no momento de parir, os etólogos detectaram comportamento de fuga ou o bloqueio total do processo do parto, toda vez que o animal sentiu que sua cria poderia estar ameaçada por um predador. Com base nesses resultados, Michel Odent (2002, p. XVIII), fundador do Centro de Pesquisas em Saúde Primal, em Londres, diz que “todo mamífero tem alguma estratégia particular para não se sentir observado enquanto está dando à luz”.

Ainda quanto à realização dos toques vaginais, vale lembrar que este é um procedimento de rotina nos partos hospitalares. O exame, segundo o protocolo hospitalar é imprescindível para, além de subsidiar a avaliação clínica e diagnosticar a fase do trabalho de parto, também compor os dados do partograma.⁵⁵

Um dos elementos do partograma é a representação gráfica da “*Curva de evolução da cérvico - dilatação*” (BRASIL, 2001, p. 45), que avalia a “fase ativa” – que é a fase que, segundo o manual, interessa no acompanhamento do trabalho de parto hospitalar -, “com velocidade de dilatação cervical mínima de 1 cm/hora”. De forma que a cada hora é feito pelo menos um toque vaginal⁵⁶.

O atendimento obstétrico hospitalar, portanto, não prescinde da construção rotineira do partograma, por este conter dados que – segundo a biomedicina -, são fundamentais para acompanhar o trabalho de parto. Tal documento deve seguir uma padronização por toda a equipe: “Inicia-se o registro gráfico quando a

⁵⁴ A parteira mexicana Naoli Vinaver apresentou, durante o Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento, em maio de 2004, no Rio de Janeiro, uma situação em que foi atender uma parturiente e o trabalho de parto não apresentava a dinâmica de evolução necessária. Percebendo os bloqueios que estavam acontecendo no processo, a parteira sugeriu que a parturiente e o marido se recolhessem a um local privado e se entregassem um ao outro em carícias e afetos. Após um tempo de “namoro”, orgasmos relaxantes e muita produção dos hormônios favoráveis para a evolução do trabalho de parto, a parturiente retomou a dinâmica das contrações uterinas, a dilatação chegou ao seu limite e o bebê nasceu.

⁵⁵ Procedimento (administrativo) técnico no qual são registrados todos os dados referentes à evolução do trabalho de parto e parto de uma parturiente (TORNQUIST, 2004).

⁵⁶ Sem considerar que muitas vezes há troca de plantonista nos centros obstétricos e as mulheres recebem toques vaginais com intervalos ainda menores, de pessoas diferentes e, muitas vezes, desconhecidas.

parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em 10 minutos, dilatação cervical mínima de 3 cm)” (BRASIL, 2001, p. 48).

A parteira, por sua vez, também realiza o *acompanhamento do trabalho de parto*. Deste acompanhamento vai depender, por exemplo, a avaliação e diagnóstico para ela saber se será capaz - utilizando-se do seu conhecimento e dos recursos tecnológicos disponíveis no local -, de prestar atendimento à parturiente.

Uma parteira do Superagüi relata que acompanha o trabalho de parto observando tanto a evolução da dilatação cervical, como também a intensidade, frequência e duração de cada contração. Ela explica que se “*a dor estiver de dez em dez minutos e a dilatação não abrir que não tiver espaço pra criança passar, então pode levar para o hospital, pois não vai dilatar mais que aquilo ali*”.

Diferentemente do modelo do atendimento hospitalar, que é regido pelo código da escrita, e então necessita dos parâmetros de amostragem objetiva e generalizada, a parteira valoriza os aspectos subjetivos de cada mulher e de cada situação.

Dessa forma, o acompanhamento do trabalho de parto feito pela parteira vai considerar as expressões de dor, os gemidos, levando em consideração, inclusive, que uma mulher pode ser mais resistente à dor que uma outra mulher, etc.

5.6.3 Uma técnica de proteção e prevenção de lacerações no períneo

Um procedimento utilizado de forma rotineira em quase todos os partos atendidos nos hospitais e maternidades é a episiotomia⁵⁷. Trata-se de um corte feito pelo obstetra na região perineal visando ampliar o canal do parto. As justificativas para esta prática vão desde a prevenção de laceração importante, e que neste caso, um corte reto seria preferível; até a crença – sem embasamento científico - de que o parto normal *alarga* a vagina da mulher.

Simone Diniz (2004, p.96) afirma ser justamente por conta da episiotomia que a mulher pode vir a ter sua sexualidade prejudicada. Segundo a autora, “a cicatriz muscular pode afetar posteriormente o prazer sexual e provocar dor durante a

⁵⁷ Nos Estados Unidos a episiotomia é realizada em 50 a 90% das primíparas (O.M.S. Genebra, 1996).

Na Europa é usada em 5 a 30% dos partos normais. Na América Latina, faz-se episiotomia em quase todos os partos (DINIZ&DUARTE, 2004, p. 95-96).

penetração”. Muitas vezes, reafirma Diniz, é necessário que se faça uma outra cirurgia para corrigir “as seqüelas de uma episiotomia mal costurada e mal cicatrizada”.

A episiotomia pode ser considerada como uma das conseqüências das transformações e alterações ocorridas nos rituais do parto. Quando o parto sai de casa e vai para o hospital, ocorre a substituição dos rituais da casa pelos rituais hospitalares. Assim, muitos procedimentos executados sistematicamente no parto hospitalar, podem ser enquadrados no rol desses rituais.

Nas entrevistas com as parteiras das três comunidades, nenhuma nos relatou que algum parto tivesse ocasionado “*rasgar*” a mulher. Tampouco as mulheres que testemunharam terem recebido o atendimento das parteiras, nos relataram qualquer seqüela deste tipo.

Por outro lado, a literatura informa que “a ocorrência de lacerações perineais é freqüente, especialmente em primíparas” (OMS, 1996, p.29). Infere-se daí que: ou as parteiras fazem algum tipo de intervenção que previna a laceração, ou, uma vez ocorrida, elas aplicam um corretivo eficaz.

Uma parteira que tem contabilizado na sua história de parturição o atendimento de aproximadamente 2000 partos, nos diz que nas suas mãos “*graças a Deus*” nenhuma mulher “*rasgou*”. Relata-nos que, como prevenção de uma “*rasgadura*”, na hora que o bebê está “*coroando*”, ela pega uma compressa e “*calça atrás*”, no ânus, e “*fica forçando*”. Ela diz que “*por causa da elásticação*”, se não calçar bem forte, “*vai rasgar*”.

A palavra utilizada por ela, “*elásticação*”, pode-se dizer que é um neologismo bem apropriado para descrever o fenômeno ocorrido naquele momento. Provavelmente a parteira está se referindo à dilatação do tecido perineal, que por ser constituído de forte musculatura, realmente é bastante elástico. Porém, a passagem da cabeça do bebê vai forçá-lo demasiadamente, e, se não for devidamente protegido com uma boa contenção, poderá romper.

Outra parteira, com 78 anos e mais de 1000 partos atendidos, diz que com ela nunca aconteceu de rasgar, mas sabia de caso, que uma outra parteira lhe contou, em que a criança corouu “*por trás*”. D.lara enfatiza que, embora não costume fazer toques vaginais na mulher durante o trabalho de parto, tem muito cuidado e atenção, por que os dois orifícios – ânus e vagina - estão “*bem pertinho*

um do outro". Então, quando a criança já está quase coroando ela examina a região perineal *"pra ver se está vindo certo"*.

Além de ficar atenta às condições físicas, ela também observa o estado geral da mulher, sua aparência, sua expressão de dor. *"Se a mulher estiver muito ruim, gemendo"*, é sinal de que está sofrendo, então é preciso examinar *"passando a mão no de trás, pra sentir se está forçando"*. A partir da palpação, a parteira pode sentir se a criança está vindo *"naquele que é perigoso"*; e neste caso, precisa fazer uma pressão *"bem firme"*, até que a cabeça da criança *"volte no lugar certo e nasça"*.

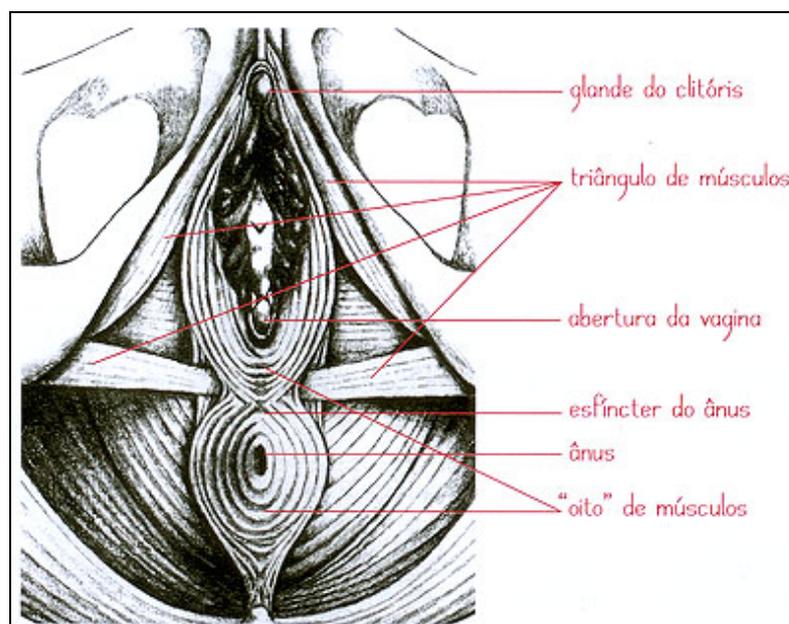


Figura 29: Assoalho pélvico com destaque para o "oito" ao redor da vagina e do ânus.
Fonte: DINIZ, 2003, p. 13.

Procedimento semelhante aos descritos por estas duas parteiras, ambas analfabetas, está indicado como manobra para evitar a laceração de períneo, no Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, editado pelo Ministério da Saúde, conforme a seguir:

Muitos livros descrevem a prática de proteção ao períneo durante o parto da cabeça: os dedos de uma das mãos (geralmente a direita) apóiam o períneo, enquanto a outra mão faz uma leve pressão sobre a cabeça para controlar a velocidade de coroamento, tentando assim evitar ou reduzir os danos aos tecidos perineais (1996, p.29).

A edição do citado trabalho fez parte de um conjunto de medidas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e

perinatal (OMS, 1996). O guia também discute as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas.

Com base no exposto acredita-se que, mesmo com todo o cuidado e atenção dispensados pela parteira, alguma laceração espontânea, ainda que pequena, poderá ocorrer. Portanto, supomos que o hábito que as mulheres têm, conforme nos relatou D. Elvira, de “ficar deitada por uns quatro dias”, seja uma recomendação da parteira para que alguma laceração que, eventualmente, ocorra durante o parto, possa cicatrizar por segunda intenção.

Este tipo de cicatrização também é comumente utilizado pela medicina em algumas cirurgias. Numa hemorroidectomia, por exemplo, cuja intervenção é feita em local altamente contaminado e, portanto, com grande risco de infecção, não é recomendável que seja feita uma sutura convencional. O corte, então, é deixado em aberto e o organismo, de forma reativa, provocará uma cicatrização por segunda intenção.

Além disso, supomos que as parteiras, embora as nossas entrevistadas não tenham relatado nenhum caso, devem ter no seu repertório de ervas e remédios caseiros, algum que tenha como indicação específica o auxílio à cicatrização.

Também o uso de óleo e massagens nos foi relatado, por algumas das parteiras entrevistadas, como prática relacionada aos cuidados com a integridade da região perineal. Uma delas explica que quando começa o “laceamento” é hora de ficar bem pertinho da mulher “dando uma força”. E enquanto conversa com a mulher, vai examinando e “massageando o períneo” com óleo de bebê.

No entanto, outra parteira nos diz que ela é totalmente contrária ao uso de qualquer óleo ou outro artifício que “apresse” a hora de a criança nascer. Diz que somente “*vai mexendinho, mexendinho*” na barriga da mulher e logo ele “espirra”. Conta que no nascimento de um dos seus filhos, a parteira que veio lhe atender pediu azeite para passar no períneo “*pra ajudar*” o neném nascer mais rápido. Mas D.lara, além de não permitir que a parteira lhe massageasse o períneo, ainda lhe falou, com voz firme e forte: “*Deixe! Ele nasce quando ele quiser*”.

Sobre este aspecto da proteção perineal, o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, à pág. 29, informa:

Outra técnica visando reduzir o risco de trauma ao períneo é massageá-lo durante a última parte do segundo estágio⁵⁸, tentando assim distender os tecidos. Esta técnica nunca foi avaliada adequadamente, mas pode haver dúvidas sobre o benefício de uma massagem continuada a tecidos que já são altamente vascularizados e estão edemaciados (OMS. 1996).

As atitudes e condutas totalmente distintas destas duas parteiras que, por morarem e atuarem na mesma comunidade, supostamente possuem afinidades sócio-culturais, levam-nos a refletir sobre a forma singular como elas constroem e se apropriam do conhecimento. Ao contrário da academia, que é regida por uma norma rígida, padronizada, externa e sem a participação efetiva do sujeito, a formação da parteira obedece a uma lógica ditada por uma ética interna, subjetiva. A manobra que Dona Iara não quis receber em seu corpo durante o seu próprio trabalho de parto, ela também, enquanto parteira, não aplica em outra parturiente.

Outra parteira nos diz que para dilatar a musculatura do períneo “*coloca uma água bem esperta e põe a mulher sentada ou acocorada em cima (num penico, ou numa bacia)*”. O calor da água vai relaxar a musculatura da região tornando-a mais flexível e maleável e a posição, vertical, vai ajudar na descida do bebê.



Figura 30: Parteira protegendo o períneo com as mãos.
Fonte: Ministério da Saúde, 2000, p. 68.

Todas as parteiras entrevistadas relataram que durante a fase expulsiva do parto sempre protegem a região do períneo, com as mãos ou com o uso de

⁵⁸ O segundo estágio é o período “expulsivo”, que pode demorar alguns minutos ou horas, e termina com o nascimento do bebê (DUARTE, 2002).

compressas, para prevenir lacerações ou minimizar as que porventura ocorram (figura 30).

5.7 A MELHOR POSIÇÃO PARA PARIR

Todas as parteiras por nós entrevistadas foram unânimes em afirmar que na hora de o bebê nascer “a mulher é que sabe qual a melhor posição para ficar”.

Ao entrevistarmos o Dr. Moysés Paciornik, ginecologista formado há 68 anos, militante e precursor do parto de cócoras (vertical) no Brasil, o médico compara o mecanismo do parto ao ato natural e fisiológico da evacuação:

No trabalho de parto e na evacuação, o mecanismo é exatamente igual. Nenhuma mulher admite que, precisando evacuar, estando sozinha no mato ou no campo ou numa praia sem ninguém por perto, deita e levanta as pernas para evacuar. Instintivamente ela se posiciona muito corretamente. Separa as pernas, fica de cócoras, faz força. Não precisa ensinar, ela sabe fazer força pra evacuar. É instintivo, se ninguém atrapalhar, ela tem o parto muito corretamente (PACIORNIK, 2004 - transcrição de entrevista).

Também muitas parteiras, tanto dentre as do Paraná quanto as de Minas Gerais, mencionaram uma posição em que a mulher fica sentada, apoiando-se sobre duas cadeiras. Algumas referem a ajuda de outra pessoa, marido ou vizinha, para segurar por debaixo dos braços a fim de manter a mulher em posição verticalizada. Uma parteira enfatiza que “a parturiente estando deitada é muito mais difícil, pois o nenê tem que ir - gesticula um movimento com as mãos imitando um mergulho - primeiro para baixo e depois para cima”.

Dona Iara, parteira, 78 anos, nos fala da sua postura ao atender um parto: “se a mulher está acostumada a ficar deitada, eu cuido deitada mesmo, se ela é acostumada a ficar no banquinho, eu boto o banquinho, fica só a parte de trás sentada, o resto fica assim (mostra as pernas abertas)”. Ela continua seu relato dizendo que pergunta à mulher: “você é acostumada deitada ou de pé?” Se a mulher respondia que preferia sentada, “então eu puxava um banquinho, forrava bem forradinho [...] e eu ficava de cócoras, na frente dela.” Porém, se “não tivesse um banco, punha dois tijolos⁵⁹”. A parteira argumenta que “às vezes a pessoa é pobre, não tem tudo, e a gente não se aproveita”.

⁵⁹ Consta que na idade antiga (4.000 a.C. a Séc.V), “os nascimentos eram realizados em domicílio por parteiras empíricas com a parturiente em posição vertical, apoiada em tijolos, ou mesmo no colo

Dona Elvira, uma das mulheres que deu seu testemunho do atendimento das parteiras diz: “*Eu ficava de cócoras no chão [...] a parteira fazia massagem [...] às vezes era preciso dar uns ‘tranquinho’ na gente [...] o marido ajudava, segurava por debaixo dos braços*”.

Del Priore, ao resgatar a história da maternidade no Brasil Colônia refere-se às posições no momento do parto, em que se percebe manutenção da tradição das parteiras com relação à posição para parir:

Para algumas parturientes, o parto se fazia mais a vontade assentadas entre duas cadeiras; outras sentadas na ponta de uma só, [...] outras se faz preciso situá-las na borda do leito ou no dito lugar suspendê-las pelos braços e pernas, ficando estas afastadas e curvadas; e outras finalmente na mesma cama se lhes dá a situação necessária (1993, p.262).

Pode-se constatar na **figura 30**, acima, que no momento exato no parir, a mulher está encostada, conforme uma das posições citadas pela autora.

5.8 O ALÍVIO DA DOR

Quanto ao alívio da dor as parteiras dizem: “*quando a mulher está com muita dor, eu a coloco pra andar, eu brinco com ela*”. Vê-se nesta prática um recurso bastante eficiente, pois além de estar sempre disponível, é seguro, e não apresenta nenhum efeito colateral. Este recurso, a *deambulação*, é estimulado nos manuais de Assistência no Trabalho de Parto editados pelo Ministério da Saúde, por já se ter evidência científica que favorece todo o processo.

A parteira enfatiza que durante o exercício de caminhar o bebê vai se posicionar, “*escorregando*” para “*se encaixar*” no canal do parto. Acrescente-se que enquanto a parteira “*brinca*” com a parturiente, ela relaxa e descontraí, impedindo o ciclo: medo = >tensão = >dor.

Importa considerar que o medo é um dos fatores que está mais fortemente associado à dor do parto. Distinguindo-se de outros tipos de dor, varia de mulher para mulher, e em cada parto para a mesma mulher. A singularidade desta dor – que é intermitente e aumenta à medida que o trabalho de parto caminha em direção ao *pico*, culminando com o nascimento da criança - vai ter variações de nuances de

acordo com diversos aspectos como os culturais, psicológicos, ambientais, subjetivos etc.

O parto, aliás, é considerado por alguns autores como um sinal de que as mulheres de outrora - num tempo marcado, sobretudo, pelo trabalho brutal e pelas formas rudes de sobrevivência -, teriam sido mais resistentes à dor do que as mulheres de hoje (DEL PRIORE, 1993). Atualmente, os recursos tecnológicos capazes de alterar a sensibilidade, contribuem enormemente para a tomada de decisão das parturientes sobre qual tipo de parto – e de dor -, desejam ter.

Vale lembrar também que uma das características do ser humano moderno é a sua intolerância ao sofrimento e que a dor, embora seja um mecanismo saudável, “sugere sempre um acontecimento negativo, uma experiência desagradável” (FIGUEIRÓ, 2000, p.15). De forma que quando se analisam os prós e contras de um parto vaginal, a *dor do parto* é constantemente assinalada como um fator desfavorável.

Mesmo considerando-se a subjetividade da sensação de dor, e a existência de fatores que aumentam a sua percepção, não há dúvida de que o trabalho de parto e o parto são realmente dolorosos. Dr. Moises Paciornik, com base na sua prática clínica obstétrica afirma que “a dor do parto é uma dor real, porque rasga, estica, aperta, machuca [...] mas é suportável [...] toda mulher sempre suportou”.

Talvez seja oportuno neste momento, considerar a influência da mídia, que apresenta-se hoje muito mais incisiva que no início do século XX, quando as *mass media* dão início a uma imprensa “exclusivamente romanesca” (MORIN, 1990, p.98). Em especial a mídia televisiva em que as cenas exibidas sugerem que as dores do parto são insuportáveis e, sobretudo, o parto vaginal como quase animalesco. A maioria das telenovelas aborda a temática do parto vaginal de forma sensacionalista, supervalorizando elementos como perigo, tensão, dor e sofrimento (AIRES, 2005).

A obstetra Stella B. Ferreira (2003), no entanto, ‘desempodera’ esse imaginário dizendo que “a dor do parto é uma dor curta, finita, [...] existem recursos científicos que permitem amenizar enormemente.” Em *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, a OMS informa vários métodos não farmacológicos utilizados para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Dentre eles está “[...] o banho de chuveiro ou imersão; toques ou massagens por um acompanhante; técnicas de respiração;

relaxamentos etc.” O guia conclui que “[...] todas as culturas têm seus próprios métodos para cuidar e comandar gestantes”. Entretanto, admite que a característica que mais confere eficácia ao método de alívio da dor é “a intensa atenção dedicada à mulher durante a gestação e o parto” (1996, p.14 -15).

Para avaliar o “*tipo da dor*”, ou seja, a sua intensidade, a parteira, além de perguntar para a mulher o quanto ela está sentindo de dor, também leva em consideração as suas expressões faciais, o seu comportamento, os gemidos, a manifestação de intolerância. Se, após esta especulação, ela concluir que a dor “*está fraquinha*”, então decide que é necessário fazer uma intervenção.

Para isso, faz um chá de hortelã com “*umas quatro ou cinco gotinhas*”, não mais que *cinco*, pois “*tem medo de dar muito*”, de um remédio antigo que ela compra na farmácia chamado “*gotas salvadoras*”⁶⁰. Se após tomar o chá com este remédio, a dor aumentar, a criança nascerá ali mesmo, e “*tudo sairá bem*”.

Integra o ritual de atendimento da parteira, fazer uma avaliação diagnóstica tão logo chegue à casa da parturiente. Tal prática, além de nortear a situação e a evolução do trabalho de parto, também é importante que se faça o mais breve possível para, se necessário, ter tempo suficiente de transportar a paciente para o hospital. No caso da ilha do Superagüi, há o complicador da distância e da dificuldade de navegação. Segundo os nativos, se o mar “*estiver calmo*” uma boa embarcação consegue chegar ao hospital em Guaraqueçaba, em aproximadamente duas horas.

Dona Luna nos relata um determinado atendimento em que foi chamada quando a mulher já estava em trabalho de parto. Após avaliar e diagnosticar que estava “*nascendo só a mãozinha*”, ela então falou pro marido da parturiente: “*corre, vai arrumar uma voadeira*”⁶¹.

Em Dr. Ulysses, uma mulher cuja filha hoje tem oito anos e que foi “*aparada pela Dona Iara*”, conta que a parteira chegou à sua casa às quatro horas da manhã, “*sem levar nada nas mãos*”. Conversou com ela, passou a mão na sua barriga, fez massagens e lhe deu um chazinho. Logo em seguida a mulher sentiu “*aumentar as dores*” e o neném nasceu.

⁶⁰ Sugerimos pesquisa mais pontual sobre a composição química dos remédios, homeopantias e demais ervas utilizadas por parteiras na atenção ao parto.

⁶¹ Trata-se de um barco a motor, de alta velocidade.

De fato, Dona lara nos diz que os partos que atendia “*era tudo depressa*”. Bastava dar um chá de arruda com incenso ou com homeopatia, e as dores começavam a vir mais rápido e a criança nascia, às vezes até “*meio de vereda*”.

Como nosso olhar, conforme já dissemos, está sendo mediatizado pela experiência de trabalho acompanhando o parto hospitalar, lembramos com esse relato de Dona lara, um procedimento realizado comumente no hospital: o uso de ocitócitos. Trata-se do famoso “sorinho”⁶², que rotineiramente é aplicado por via venosa nas mulheres em trabalho de parto. Após a aplicação do medicamento há um aumento significativo das contrações, que segundo as parturientes, as dores tornam-se muito mais difíceis de suportar.

Ao ouvirmos os relatos, tanto das mulheres, como das próprias parteiras, referindo-se ao uso do “chazinho” que “ajuda” a “apurar a dor”, somos tentados a comparar os efeitos do chazinho com os da “*infusão endovenosa de ocitocina*”, utilizada “*para a indução da contratilidade uterina*” (BRASIL, 2001, p.122).

De forma que a partir do relato das mulheres - tanto as atendidas pelas parteiras, quanto as que têm seus filhos no hospital -, os efeitos de ambos os procedimentos estão buscando o mesmo objetivo no trabalho de parto, qual seja: fazer com que as contrações uterinas sejam mais efetivas. Cumpre-nos considerar, no entanto, que embora os objetivos sejam semelhantes, os meios para alcançá-los são distintos⁶³.

Outra mulher – que teve os nove filhos com as parteiras da região⁶⁴ - conta que durante os momentos de muita dor a parteira lhe dizia: “*tenha coragem minha filha, daqui a pouco você vai estar bem boazinha*”.

Na fala de uma das parteiras da Ilha do Superagüi está presente um sentimento que certamente é percebido pela parturiente:

A gente tem que tratar as mulheres com muito carinho. Não pode ser agressiva em nada com a mulher por que elas estão muito sensíveis naquele momento. É uma dor muito forte, que a gente como mãe já sabe. É

⁶² Famoso “sorinho” é expressão das próprias parturientes no hospital. Elas associam este medicamento ao aumento da dor das contrações do trabalho de parto.

⁶³ Há recomendação da OMS, sobre diversas práticas realizadas durante a assistência ao parto, inclusive sobre o uso criterioso de ocitócitos, para o qual sugerimos a realização de pesquisa específica.

⁶⁴ As parteiras - embora a grande maioria não tenha registrado formalmente o número de nascimentos - sabem dizer exatamente quantos partos de quais mulheres atenderam.

uma dor muito forte. A gente tem que tratá-las com carinho. Isso a minha mãe me ensinou (Dona Luna, parteira, 54 anos).

Este tipo de *tratamento* é referenciado em estudos feitos por pesquisadores do assunto, entre eles Diniz (2004, p. 102). Seu trabalho revela que o fato de a mulher “sentir-se protegida” e “ser cuidada com massagens, carinho e informações”, apresenta-se como fator “de grande ajuda na travessia do processo do parto”.

Os cuidados e práticas utilizados pelas parteiras também fazem parte dos procedimentos reconhecidos como eficazes pela Organização Mundial da Saúde⁶⁵. Dentre estes cuidados, a OMS também preconiza o “monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento” (OMS, 1996, p.35).

5.9 A ESCOLHA POR PARIR EM CASA

Consideramos importante levar em conta que as “escolhas” na vida são feitas dentro de um contexto social, cultural, econômico etc. De modo que o sujeito, no fim das contas, é passivo no ato da opção por uma ou outra situação; o mesmo ocorrendo quando se refere à escolha pelo local do parto.

Uma das mulheres da Vila da Barra do Superagüi nos diz que: “*ter o neném em casa é melhor por que quando a gente tem mais filho pequeno pode ficar perto pra cuidar*”. A solidariedade existente entre as pessoas da comunidade também reforça a preferência das mulheres por ter seu parto em casa. Muitas das parteiras entrevistadas relatam que vão “*para a casa da mulher e ficam lá ajudando no serviço de lavar, cozinhar e cuidar das outras crianças, até a mulher estar bem fortinha*”

Este tipo de depoimento, bastante comum entre as mulheres que pariram em casa, sinaliza ser o atendimento das parteiras fundamental para atender a demanda das comunidades pesquisadas. Além de as mulheres declararem a preferência por parir em casa na companhia da família, da vizinhança e das parteiras, o serviço de saúde pública a que elas têm acesso é precário.

Na Vila da Barra do Superagüi, por exemplo, conforme informa Fischer (2004), há um pequeno posto de saúde que oferece visitas ocasionais de médicos

⁶⁵ No Anexo B destacamos as práticas que são comumente realizadas por parteiras tradicionais e que estão em sintonia com as recomendadas pela OMS como eficazes na Assistência ao Parto.

enviados pela Prefeitura Municipal de Guaraqueçaba. No entanto, as instalações do posto são tímidas e não apresentam condições de realizar sequer os exames do período pré-natal, que, segundo depoimentos das mulheres e das parteiras, são normalmente realizados no Posto de Saúde Pública do município de Guaraqueçaba (PR).

No entanto, este deslocamento da Vila até o Posto de Saúde Pública⁶⁶ mais próximo significa uma viagem de no mínimo três horas de barco, se as condições do mar estiverem propícias para a embarcação. Acrescentem-se aí, além do gasto financeiro, os problemas gerados pelo fato de as mulheres ausentarem-se – ao menos por um dia inteiro, no caso de uma consulta de pré-natal, ou durante vários dias, no caso da realização do parto –, deixando de atender os outros filhos e os demais afazeres da casa.

É oportuno salientar que os afazeres da casa e o cuidado dos filhos fazem parte da identificação da mulher rural com o “ser mulher”; que se relaciona mais com a maternidade e o casamento. Dados coletados em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com a Secretaria Nacional de Mulheres do Partido dos Trabalhadores, revelam percentuais significativos de declarações de mulheres rurais que preferem dedicar-se mais à casa que ao trabalho remunerado. E, mesmo quando expressam o desejo de dedicar-se a uma atividade mais produtiva, preferem que esta seja exercida dentro da propriedade familiar (SILIPRANDI, 2004).

No caso das mulheres moradoras da Vila da Barra do Superagüi, conforme nos diz Dona Luna: “*a sobrevivência da maioria das mulheres da ilha é na lida com o camarão*”, mas pondera que ao menos durante a gravidez “*o marido não devia deixar que elas fossem trabalhar*”. Acrescenta que aquele trabalho faz muito mal para a grávida, por que o “*camarão é gelado demais*”.

Segundo a parteira, quando a mulher se expõe ao frio, depois “*sofre muita dor para ganhar o neném*”. Além disso, a friagem que ela recebe nos pés e na barriga é muito prejudicial por que no futuro pode resultar em “*dor e problemas na bexiga*”. Há, portanto, uma preocupação das parteiras pela saúde, diríamos, integral da mulher.

⁶⁶ Na **Figura 7** pode-se ter idéia da distância entre a Vila da Barra do Superagüi e o município de Guaraqueçaba.

Esta preocupação evidencia que as parteiras não estão dissociadas – e diríamos, até antecipadas -, em relação ao conhecimento formal. No âmbito governamental de políticas de saúde, a preocupação com a saúde integral da mulher levou o Ministério da Saúde a criar, em 1983, o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. O programa representa “um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes, contemplando as diversas etapas, ciclos de vida e situações de saúde das mulheres, incluindo a fase reprodutiva” (COSTA, 2004, p. 17).

Os cuidados recomendados pela parteira se traduzem numa série de rituais que a mulher executa antecipadamente, com vistas a se preparar para viver o momento – considerado sagrado – de parir o filho. Estes rituais compreendem desde a agenda das tarefas domésticas, o preparo do enxoval do bebê - “a gente comprava um paninho e fazia roupinha”; de preparar as ervas e o material que a parteira iria utilizar. “*Eu já preparava tudo antes: já deixava arrumada a cachaça canforada, pois sabia que a parteira ia usar; lavava toda a roupa; remendava o que precisava remendar*”, conta-nos Dona Elvira, 65 anos.

Vê-se que a atenção dedicada pela parteira à reprodução diz respeito ao processo por inteiro, isto é, desde a concepção, durante toda a gestação, o trabalho de parto, o parto e, para algumas parteiras, a fase mais crítica, merecedora de cuidado especial, é a do pós-parto. De forma que a mulher é orientada a dedicar uma atenção especial ao seu corpo desde que percebe a gravidez até o final da “quarentena”, que representa o período de quarenta dias após o parto.

Uma parteira, que em sua história de vida registra cinquenta e oito anos partejando, acrescenta inclusive algum refinamento “de gênero”, a este período de pós-parto. Então, ela nos diz que: “*se for menino*” a mulher tem que se cuidar durante 41 dias, e “*se for menina o tempo de resguardo é de 40 dias*”.

De certa forma também a nomenclatura obstétrica, oficial e atual, utiliza-se, faz alusão à tradição que diz respeito a este período tão respeitado pelas parteiras e que elas chamam de “*dieta*” ou “*resguardo*”. Por exemplo, pode-se citar o fenômeno da *Mortalidade Materna*, definido pelo Ministério da Saúde como a morte da mulher durante a gestação ou até *quarenta e dois dias* após o parto, independentemente da duração ou da localização da gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Consideramos oportuno apontar que tanto o conhecimento tácito absorve os conceitos desenvolvidos pelo conhecimento científico, mesmo que informalmente, e da mesma forma o conhecimento científico também está permeado por alguns princípios do conhecimento tácito. De forma que existe um intercâmbio entre estas duas esferas do conhecimento, não estando dissociados um do outro, pelo fato de ambos conviverem na mesma sociedade.

5.10 CURSO DE CAPACITAÇÃO DAS PARTEIRAS.

Iniciamos este item apresentando um breve histórico do curso de capacitação realizado para as parteiras tradicionais do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais. Em seguida, discorreremos sobre a própria dinâmica do curso, sua metodologia e material didático de apoio.

A cidade de Teófilo Otoni, MG, foi o local escolhido pelo Ministério da Saúde para realizar, em parceria com a ONG Grupo Curumim – Gestação e Parto, o projeto: *Capacitação de Parteiras Tradicionais e profissionais de Saúde para Atenção Humanizada e Segura ao parto Domiciliar*.

Participando como ouvinte no referido evento, registramos que em 28.09.04, no hotel onde se hospedavam parteiras, instrutoras, equipe de saúde e duas pesquisadoras⁶⁷, ocorreu uma reunião inicial de apresenta o. Estava presente a secretária de Saúde do Município; uma médica representante do Comit  de Mortalidade Materna; um médico representante dos gestores envolvidos com o tema; entre outros.

A Secretária da Saúde iniciou sua fala dizendo que há dois anos pedira, em ofício às secretarias dos municípios de sua jurisdição, a identificação das parteiras na região. Como resposta, apenas 1 município forneceu informações; os 33 restantes “*responderam que não havia parteiras ou nem responderam*”.

A médica do Comit  de Mortalidade Materna informa que segundo os dados, “*a maior parte das mortes maternas acontecem dentro do hospital*.” Ela também acompanhava naquele momento, a implantação do Programa de Saúde Familiar –

⁶⁷ Além da minha participa o, como ouvinte e pesquisadora, esteve presente uma antropóloga, doutoranda da UFRGS, desenvolvendo pesquisa sobre os cursos de capacita o de parteiras.

PSF. Nesse trabalho, visitou “43% dos municípios”, e verificou que “as gestantes daqueles municípios preferem ser atendidas pela parteira.”

A questão da notificação dos partos domiciliares atendidos pela parteira tradicional foi apontada durante a reunião, como o maior problema existente hoje no Brasil. As educadoras do curso testemunham que, conforme experiência com capacitação das parteiras em Melgaço-PA, quando iniciaram o trabalho, há cerca de 4 anos, “*tinha registro de 3 atendimentos feitos por elas; hoje tem mais de 400 partos notificados.*”

O curso prosseguiu as atividades da capacitação utilizando-se de metodologia participativa, organizada em forma de palestras, aulas expositivas, dinâmicas de apresentação, simulação de atendimento ao parto etc., objetivando a interação do saber empírico das parteiras e o conhecimento técnico da obstetrícia.

O material didático, similar ao utilizado na academia, compunha-se de cartazes ilustrativos e um manequim em material sintético, mostrando cada parte e função do aparelho reprodutor; genitália; etc. A utilização do Livro da Parteira mostrando cada situação do processo do parto apresenta mais figuras e fotos do que texto escrito. Esta metodologia facilitou o acompanhamento pelas parteiras, uma vez que a maioria das participantes era analfabeta.

Alguns procedimentos novos, que não faziam parte da rotina da parteira no atendimento domiciliar eram recebidos com parcimônia, como por exemplo, o uso de luvas. Ficou evidente certo desconforto e estranhamento em adotar o uso do artefato como rotina. Neste mesmo sentido, o rigor na lavagem das mãos antes do atendimento, na compreensão das parteiras, pareceu ser um tanto exagerado⁶⁸.

De maneira geral, prestavam muita atenção ao que era ensinado e, aparentemente, concordavam com as novas técnicas aprendidas, como por exemplo, o uso do álcool a 70%; o uso de luvas descartáveis, etc. Porém, em conversas de bastidores, elas demonstravam ter muita consciência da realidade vivida na comunidade em que atuam. Por exemplo, fazia parte do curso a distribuição de um “Kit” contendo alguns artefatos como lanterna; fita métrica; bacia etc. Também receberam uma pequena caixa de metal contendo material

⁶⁸ Ao simularem um atendimento, utilizando os ensinamentos do curso, algumas parteiras não seguiram a rotina de lavar rigorosamente as mãos, com sabão apropriado e escova, falha que foi pontuada pelas instrutoras. As parteiras então argumentaram que “*já haviam saído de casa com as mãos limpas*”.

esterilizado, como tesoura, gaze, pedaços de linha para amarrar o cordão etc, Tal caixinha teria que ser substituída a cada vez que expirasse o seu prazo de validade. Esta substituição, no entanto, devido à dificuldade de acesso ao posto de saúde, não estava garantida.

O Curso de Capacitação das Parteiras faz parte do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais iniciado no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde em parceria com a ONG Grupo Curumim Gestaçõ e Parto. Declarando como prioritária a atenção à gestaçõ, ao parto, ao puerpério e ao recém-nato, José Serra, então Ministro da Saúde, afirmou ser da responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde “o apoio material e técnico ao trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais, dado a importância deste trabalho nas regiões de difícil acesso aos serviços de saúde” (MIN. DA SAÚDE, 2000).

Segundo matéria veiculada no Jornal Tribuna do Norte em 21.05.2006, até 2005, já foram capacitadas “aproximadamente 1.170 parteiras e 570 profissionais de saúde. [...] Treze estados participam do programa: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Alagoas, Maranhão, Paraíba, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais”.

Uma das estratégias propostas pelo Programa é a troca de saberes entre os profissionais de saúde e as parteiras, visando garantir condições seguras para o parto domiciliar. Segundo o Ministério da Saúde, as mulheres que auxiliam o parto enfrentam muita discriminação, preconceitos e proibições por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, em geral, seu trabalho é reconhecido e respeitado em sua comunidade. “Gestores e profissionais precisam abandonar o preconceito. Muitos dos princípios atualmente preconizados para a humanização do parto e nascimento já se encontram presentes na prática da parteira tradicional”, afirma Isa Paula Abreu, técnica do Programa Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (TRIBUNA DO NORTE).

O programa não se estende, pelo menos até o momento, às regiões que pesquisamos no Estado do Paraná. No entanto, algumas parteiras entrevistadas relataram participação eventual em treinamentos ofertados pelos órgãos da Saúde Pública do Estado.

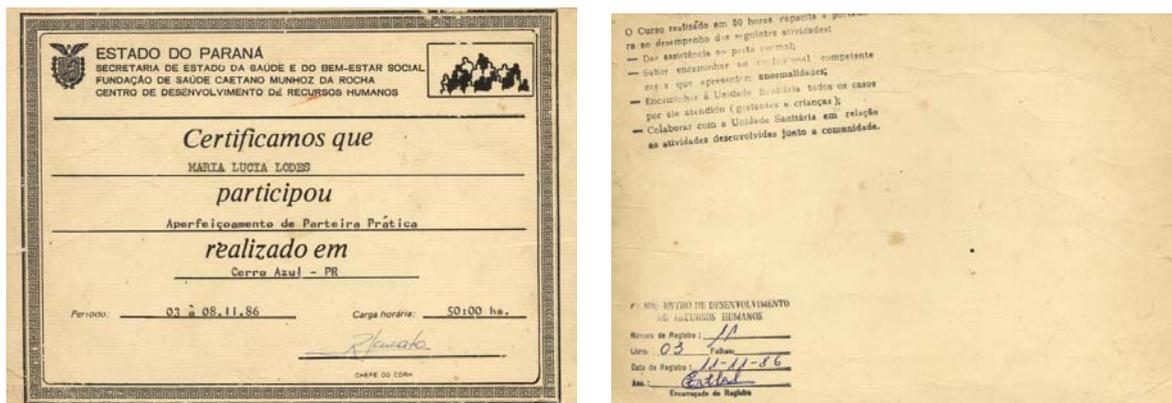


Figura 31: Certificado de Aperfeiçoamento de Parteira Prática.
Fonte: Acervo da Parteira

Uma delas, inclusive, nos confiou o certificado do curso, recebido em 1986. **(figura 31)** No verso do mesmo é possível constatar as competências desenvolvidas durante o evento, conforme a seguir:

“O Curso realizado em 50 horas capacita a portadora ao desempenho das seguintes atividades:

- Dar assistência ao parto normal;
- Saber encaminhar ao profissional competente casos que apresentam anormalidades;
- Encaminhar à Unidade Sanitária todos os casos por ele atendido (gestantes e crianças);
- Colaborar com a Unidade Sanitária em relação às atividades desenvolvidas junto a comunidade.”

Outra parteira exibiu-nos o equipamento, “kit” para atendimento, que recebeu durante o curso: **figura 32**. Na Vila da Barra do Superagüi, uma parteira relata que aprendeu numa oficina com parteiras e equipe de saúde, o uso de luvas durante o atendimento ao parto.

Uma das parteiras do Paraná também trabalha como auxiliar de enfermagem num pequeno posto de saúde da comunidade. No exercício da prática de partejar, ela relata associar o conhecimento e as técnicas aprendidas com parteiras tradicionais, fazendo uso também dos artefatos preconizados pelo sistema de saúde “oficial”. O fato de saber utilizar estas técnicas – como aplicar uma injeção, por exemplo -, é visto pelas outras parteiras como um diferencial de atenção. Muitas nos relataram: *“se a gente soubesse aplicar injeção, teria mais este recurso para ajudar a parturiente no caso, por exemplo, de uma hemorragia”*.



Figura 32: Parteira com kit de instrumentos que recebeu durante o curso.
Fonte: Acervo da Autora.

Vale acrescentar que muitas parteiras do Paraná participaram do Encontro da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais, organizado pela ONG Cais do Parto, realizado em setembro/2004, na Bahia. O encontro possibilitou a troca e atualização de saberes entre elas e outros atores sociais participantes do evento, como médico(as), enfermeiro(as), antropólogo(as), sociólogo(as) etc.

No próximo item discorreremos sobre a anatomia do aparelho sexual e reprodutivo feminino, suas funções, localização etc., apontando distinção na terminologia utilizada pelo conhecimento científico e pelo saber tácito.

5.11 LIÇÕES DE ANATOMIA

Durante a Capacitação das Parteiras Tradicionais no Vale do Jequitinhonha, as educadoras utilizaram artefatos e materiais didáticos para ensinar as parteiras sobre a terminologia e função do aparelho reprodutor feminino. As parteiras, embora nunca tivessem visto uma figura ou artefato que representasse o aparelho reprodutor e genitália feminina, sabiam reconhecer cada parte e sua respectiva função atribuindo-lhes, no entanto, nomes diferentes dos “científicos” ou “acadêmicos”.



Figura 33: Lições de anatomia
Fonte: Acervo da autora

Para apresentar às parteiras a nomenclatura da anatomia da genitália a educadora, utilizando-se de cartazes explicativos e material didático, foi apontando e nomeando cada parte. Porém no momento em que ela se referiu ao clitóris, uma parteira *corrigiu-a* dizendo que aquilo se chamava “*dentinho de alho*”; outra parteira disse que também podia chamar de “*carocinho de chuchu*”. Outras parteiras do grupo demonstraram concordar com a denominação apontada pela colega. De modo que, para elas, aquela denominação era a mais apropriada para aquela parte do corpo da mulher.

No que diz respeito às funções do corpo feminino, pode-se observar – e interpretar-, que as parteiras têm uma compreensão e vivência da anatomia que abarca outros aspectos como os da sexualidade. Além das pontuações feitas acerca da terminologia, também acrescentaram observações como: “*sem esse trem não tem graça nenhuma!*”; ou ainda: “*sem esse trem não tem o menor gosto!*”

Da mesma forma, para nomearem o aparelho reprodutor feminino, elas utilizaram-se de palavras como “*mãe do corpo*” para referir-se ao útero, ou “*companheiro*”, para nomear a placenta.

A “*mãe do corpo*”, ou seja, o útero, na compreensão delas, é a principal responsável por todo o processo da maternidade. Coerentes com esse entendimento demonstram convicção ao afirmarem que “*sem menstruação não tem gravidez de jeito nenhum*”. Infere-se então que, para as parteiras tradicionais, a

menstruação está intimamente relacionada à função uterina, e a placenta, por sua vez terá que, impreterivelmente, “acompanhar” o nascimento do bebê. Tais nomeações, portanto, são representações necessárias ao modo de pensar inerente à realidade do universo vivido por elas.

No entanto, conforme já apontado neste trabalho, há na sociedade atual uma forte tendência em negligenciar formas de pensamento que não estejam condizentes com a objetividade da ciência moderna, chamando-os de “primitivos” ou “selvagens”. Neste ponto buscamos nas palavras de Lèvi Strauss elementos que revertem esse olhar que considera, equivocadamente, um caminho de uma só mão.

“Cada civilização tende a superestimar a orientação objetiva de seu pensamento; é por isso, portanto, que ela jamais está ausente. Quando cometemos o erro de ver o selvagem como exclusivamente governado por suas necessidades orgânicas ou econômicas, não percebemos que ele nos dirige a mesma censura e que, para ele, seu próprio desejo de conhecimento parece melhor equilibrado que o nosso” (1989, p. 17).

A contribuição de Lèvi Strauss nos ajuda a compreender que tanto quanto acontece no conhecimento científico, o pensamento da parteira também tem objetividade, de acordo com as representações de mundo com as quais ela se orienta.

Numa determinada etapa do curso de capacitação as instrutoras disponibilizaram argila e pediram que as parteiras representassem as partes do corpo da mulher que estivessem envolvidas no processo da gravidez e parto. Durante esta oficina as parteiras puderam mostrar que, além de dominarem um vocabulário capaz de nomear os órgãos do aparelho reprodutor feminino, também têm noção das suas formas, conforme ilustrado nas **figuras 34 e 35**.



Figura 34: Cavidade uterina e feto; representação em argila.
Fonte: Acervo da autora



Figura 35: Aparelho reprodutor feminino, feito em argila: útero, trompas, ovários...
Fonte: Acervo da autora

Durante a sessão do curso que se explicava o processo da ovulação, elas testemunharam sentir no próprio corpo a época em que seus ovários liberavam os óvulos. Este conhecimento era pautado no fato de ser justamente a época do mês em que percebiam uma “*vontade maior de ficar perto do marido*” e que por isso era o momento “*mais perigoso para pegar gravidez.*”

5.12 A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO DAS PARTEIRAS NA COMUNIDADE

Apesar de serem desconsideradas pelos órgãos da saúde pública local, haja vista a dificuldade que tivemos em localizá-las, em saber o número de partos que acompanham etc, há reconhecimento pelo trabalho das parteiras e a importância delas para a comunidade. Isto é verbalizado, por exemplo, por uma senhora que coordena a creche do município, quando nos diz: *“por aqui quase todas as crianças nascem com parteiras”*.

No entanto, as instituições de saúde, além de não reconhecerem o conhecimento das parteiras como eficaz, exerce forte pressão e controle sobre elas, no sentido de impedirem-nas de partejar.

Dentre os depoimentos registrados na pesquisa, ressaltam-se alguns mais contundentes. Uma parteira, por exemplo, nos diz: *“[...] agora eu quase não saio mais por causa desse negócio né, que não dava mais pra gente sair atender ninguém, por que a gente não tinha estudo, eu não tenho curso, não tenho nada. Então eu larguei mão de sair. Eles falaram muito que não era pra sair”*. Neste momento da entrevista, perguntamos à parteira: “Eles, quem?” E ela nos responde em tom de segredo: *“O pessoal da saúde”*.

Ressaltamos neste depoimento a questão referente ao aspecto da valorização do conhecimento formal, que é adquirido na academia, ou através de um “curso”. Pode-se perceber, portanto, a hegemonia presente na sociedade “do conhecimento”, conforme já apontado neste trabalho, por Krüger, Bastos e Carvalho, e outros. O saber que a parteira adquiriu na experiência prática, na informalidade do seu “mundo vivido”; por não estar inscrito num mesmo código, não é legitimado pela sociedade “letrada”.

Outra parteira relata um episódio em que a gestante estava sendo levada pela Kombi da Prefeitura para o hospital mais próximo dali, que fica a aproximadamente 60 quilômetros por uma estrada de barro, muitas pedras e curvas. Como a mulher estava com muita dor, o motorista bateu à porta da parteira pedindo ajuda. Ajuda que a parteira não negou, pois como ela disse: *“[...] a gente não pode deixar uma mulher sofrendo [...] mas um dia antes a Secretária da Saúde me ligou dizendo: ‘Não me faça mais parto aí de maneira alguma’”*.

Destacamos neste episódio alguns elementos para uma reflexão acerca da ética que permeia os sujeitos de uma mesma sociedade. De um lado a autoridade da secretária da saúde, amparada e respaldada por um sistema de leis institucionais da malha de um poder executivo. Este poder lhe autoriza administrar os setores que estão sob sua jurisdição, independente das conseqüências que possam advir, contanto que esteja coerente com o sistema ao qual está submetido.

De outro, a parteira, sua crença, seus valores, também submetidos a um sistema de leis, que não lhe permite “deixar uma mulher sofrendo”. Porém, ao mesmo tempo, ela também faz parte de uma sociedade que, unilateralmente, normatiza, sanciona e penaliza os sujeitos que não respeitam as leis. Ressalte-se também o fato de que tais leis obedecem a códigos que, apesar da diversidade cultural presente na sociedade atual, nem sempre abarcam códigos que regem outras culturas e comportamentos, como por exemplo, o da parteira tradicional.

Indagamos, reflexivamente, qual sujeito teria sido penalizado, caso a gestante não fosse atendida pela parteira e esta negligência resultasse numa conseqüência grave envolvendo a mãe, a criança ou ambos?

A divergência verificada entre a postura ética e a crença da parteira, de um lado, e a da Secretária de Saúde, do outro, talvez possa ser compreensível pelo fato de cada uma pertencer a um universo cultural distinto. No entanto, também colhemos dados referentes a um episódio semelhante, do ponto de vista ético, ocorrido entre as parteiras de uma mesma comunidade.

Uma parteira do Vale do Jequitinhonha relatou-nos como foi que ela, sem nunca ter presenciado um parto, tornou-se parteira. Conta-nos que uma mulher da comunidade estava muito mal para ter nenê. Porém, nenhuma das parteiras mais antigas e, portanto, mais experientes, quiseram atendê-la. Sabiam que ela tinha um problema grave de saúde e que o risco de a mulher morrer durante o parto era muito grande. Não queriam pagar na justiça o preço por uma morte ocorrida em suas mãos; o que nos parece ser uma atitude razoável.

A nossa entrevistada, contudo, não se rendeu ao medo da justiça. Falou às suas vizinhas parteiras: “*se vocês temem à justiça dos homens por ter a mulher morta em suas mãos, teremos muito mais a pagar a Deus se deixarmos a mulher morrer sozinha, sem ajuda de ninguém*”. Enfrentou inclusive barreiras dentro da própria casa, “desobedecendo” o marido, que lhe proibiu de ir atender a mulher. “[...]”

eu fui, cheguei lá o menino nasceu rapidinho, saiu placenta e tudo. Foi um milagre. A partir daí, sempre que tem um caso complicado, o povo já fala: chama a fulana.”

Indagamos a possibilidade de códigos e leis distintos para reger uma sociedade onde a diversidade sócio-econômica e cultural é tão grande e evidente como a do nosso país. Se não havia outra forma de atender a parturiente naquele momento, naquela localidade, que provavelmente está situada distante de um centro de saúde com mais recursos tecnológicos, pode-se concordar que do ponto de vista da justiça, seria legal e ético deixá-la simplesmente morrer?

A pressão e o controle que existe sobre a prática das parteiras, possivelmente seja uma das razões de não termos registrado dentro do universo que delimitamos para realizar a pesquisa, um único caso de insucesso relatado por nossas entrevistadas.

Em uma das comunidades pesquisadas no Paraná, perguntamos ao chefe da Administração da Secretaria de Saúde sobre o coeficiente de mortalidade materna e infantil naquele Município. Ele nos informou o índice zero de mortalidade materna para o período compreendido entre o ano de 2000 até final de 2004; e 3 mortes de crianças nascidas em hospital durante o ano de 2004.

Quanto ao número de mortes em atendimento domiciliar, a Secretária da Saúde nos respondeu que nos doze anos ininterruptos que ocupa o cargo, *“houve um óbito registrado de uma criança que nasceu domiciliar, a mãe tinha 12 anos de idade e havia feito apenas 3 consultas de pré-natal.”*

Em conversa informal com uma antropóloga que desenvolve pesquisa com as parteiras tradicionais na região norte do Brasil, ela comentou ter presenciado a morte de dois recém-nascidos durante seu trabalho de campo. Perguntamos sobre a causa da ocorrência e ela nos respondeu que, na sua interpretação, a morte se deu por conta da realidade vivida naquele universo. Uma vez distante de um local com mais recursos, o atendimento da parteira fica restrito ao seu arsenal de conhecimento e ao uso, basicamente, das mãos. Se durante o parto houver alguma complicação que exija artefatos mais sofisticados ou uma intervenção cirúrgica, não será possível fazer.

Numa tentativa de ampliar as reflexões acerca do universo e da realidade vivida nas comunidades, trazemos uma situação relatada por uma parteira do Paraná. Ela inicia o relato dizendo que teve muito medo das possíveis sanções por

parte do pessoal da saúde, pois recebeu ordens expressas de que “*não era mais para fazer parto domiciliar, era para encaminhar todos os casos para o hospital.*”

Porém, continua ela “[...] *às duas horas da tarde vieram me buscar aqui pra eu ver uma gestante que estava com muita dor*”. A parteira diz que conhecia o caso, sabia tratar-se de uma gravidez gemelar e que o exame de ecografia revelara que ainda faltavam dois meses para as crianças nascerem. Porém, continua ela, “[...] *quando chegamos na casa da mulher os nenéns praticamente estavam nascendo*”.

Vale apontar neste episódio relatado pela parteira, que a proibição de fazer o parto no ambiente domiciliar evidencia a hierarquização do conhecimento científico e institucionalizado, como o único adequado e eficaz. Conseqüentemente, os outros saberes tornam-se obsoletos, ultrapassados, e incapazes de resolver as situações do cotidiano. No entanto, conforme Lèvi Strauss (2004), nossa sociedade está equivocada ao negligenciar o conhecimento daqueles que são, erroneamente, denominados por ela como “primitivo”.

Por outro lado, se tal conhecimento vem sendo desprestigiado e desconsiderado pela sociedade e/ou por organismos governamentais e institucionais, o mesmo não é constatado no seio das comunidades pesquisadas.

Por terem partilhado com as parteiras muitos aspectos de sua vida nas teias sociais e culturais da mesma comunidade, os habitantes dos pequenos lugarejos trazem bem marcadas a participação delas nas suas histórias de vida pessoal, social, familiar. Assim, o motorista da condução que nos levou de carona, por uma estrada barrenta e cheia de curvas, ao encontro de parteiras em Três Barras, uma zona rural de Dr. Ulysses, tem muitas histórias para contar. Os seus quatro filhos nasceram pelas mãos das parteiras de Sete Quedas, localidade rural situada a poucos km dali.

Além dos testemunhos⁶⁹ e relatos dos adultos, também as crianças têm já introjetadas na sua história de vida as parteiras da comunidade. Ao visitarmos uma escola em Três Barras, perguntamos para as nove crianças ali matriculadas, com

⁶⁹ Colhemos durante nossa estada em Dr.Ulysses, muitos testemunhos de mulheres que foram atendidas pelas parteiras. Suas histórias são repletas de lembranças detalhadas dos procedimentos e cuidados que as parteiras lhes prestaram por ocasião dos partos. Por falta de tempo e recursos apropriados, não exploramos o quanto gostaríamos estas histórias. Apontamos, no entanto, que a riqueza de material sugere pesquisas futuras.

idade entre seis e dez anos, se haviam nascido em casa ou no hospital. Oito delas nos responderam: “*nascemos em casa, com a parteira*” (figura 36).



Figura 36: Crianças do Vale do Ribeira em frente da escola.
Fonte: Acervo da pesquisadora.

Durante as entrevistas com as parteiras foi possível perceber que, embora não tenham a prática de fazer o registro por escrito, do número de partos que acompanharam, elas informam exatamente quais mulheres da comunidade foram por elas atendidas. Sabem inclusive descrever detalhes do atendimento: se foi o marido que veio buscá-la, ou a mãe, ou a vizinha; as complicações durante o parto; se foi um “parto feliz”; o nome da criança e a idade que tem atualmente; etc.

De todas as entrevistadas, apenas uma parteira de Dr. Ulysses registrou por escrito, dados que comprovam sua atuação. Ela relata que ao voltar para casa após atender um parto, por não saber escrever, pedia a um dos filhos que anotasse num caderno⁷⁰: o nome da mãe, nome e sexo do bebê e a data do nascimento.

5.12.1 A criação de um Sistema (caseiro) de Informações de Nascidos Vivos.

Além de anotações importantes sobre o parto e o nascimento, os dados registrados traduzem-se num documento importante e inquestionável do ponto de vista de comprovar, nos moldes de uma sociedade burocrática, a atuação efetiva da

⁷⁰ Esta caderneta de anotações nos foi entregue em mãos pela própria parteira dizendo: “*Pode levar para a sua pesquisa, filha, para mim não tem utilidade, pois, por determinação do pessoal da saúde, eu não posso mais atender partos por aqui.*”

parteira no atendimento às mulheres da comunidade. Ressalte-se, sobretudo, o valor oficial e científico do registro destes partos: uma espécie de SINASC - “Sistema de Informações dos Nascidos Vivos” elaborado, “intuitivamente”⁷¹, pela parteira. (figura 37 a 41)

Surdeleniana Aparecida Braine	
Anotações de Parto	
Mãe	ILDA DE CARVALHO
Filho	ADIR DE ALEUIA
Nascido	15 DE DEZEMBRO DE 1989
Mãe	IZAIRA DE CARVALHO
Filha	ROSA APARECIDA MERI
Nascido	20 DE OUTUBRO DE 1990
Mãe	SIRLEI FITZ
Filha	JOSIANE DA GUIA GELIET
Nascido	04 DE MAIO DE 1993
Mãe	IZABEL SILVERIO
Filha	JANETE DE CARVALHO
Nascido	18 DE MAIO DE 1993
Mãe	SILVANIRA DO CARMO
Filha	ROSA MARIA DE CARVALHO
Nascido	26 DE JULHO DE 1993
Mãe	DIOMARA MERI
Filho	VALDECI MERI
Nascido	15 DE DEZEMBRO 1993
Mãe	EDINEIA MIZAEEL DOS SANTOS
Filha	EDIMARA FITZ
Nascido	08 DE JUNHO DE 1994
Mãe	ILDA DE ANDRADE
Filha	MARIZILDA DE ANDRADE MATOS
Nascido	19 DE JULHO DE 1995
Mãe	MARIA APARECIDA LEAL
Filho	DEMILSON AZEVEDO
Nascido	11 DE MAIO DE 1994
Mãe	JOANA MERI
Filho	JOELSON MERI
Nascido	30 DE DEZEMBRO 1994
Mãe	MARIA DE ANDRADE
Filho	LORIELSON DE ANDRADE
Nascido	24 DE SETEMBRO DE 1992
Mãe	MARIA DE ANDRADE
Filho	DELIELSON DE ANDRADE
Nascido	17 DE JUNHO DE 1993
Mãe	EDITH CHAMBERLAIN
Filho	EVANDRO CHAMBERLAIN
Nascido	26 DE JULHO DE 1995
Mãe	SANTINA JESUS CASTRO
Filho	VALTEIR AP. LEAL
Nascido	03 DE SETEMBRO DE 1990

Figura 37 e 38: Caderno de Anotações de Parto
Fonte: Acervo da Parteira

Mãe	CIGNE COSTA MATOS
Filha	EDILAINE PORFIRIO MATOS
Nascido	05 DE AGOSTO DE 1994
Mãe	ARZINA LEAL GELIET
Filho	VALMIR DOS SANTOS GELIET
Nascido	27 DE JUNHO DE 1996
Mãe	LINDAMIR DE CARVALHO
Filha	ANGELICA LEAL
Nascido	05 DE SETEMBRO DE 1996
Mãe	GERMINA SARUYA ROCHER
Filha	ROSA APARECIDA ROCHER
Nascido	12 DE OUTUBRO DE 1996
Mãe	MARIA LEAL
ABORTO FEMININO	04 DE JANEIRO DE 1997
Mãe	ROSENLDA CARVALHO
Filha	VALMIR LEAL
Nascido	10 DE JANEIRO DE 1997
Mãe	ISABEL SILVERIO
Filho	
Nascido	15 DE NOVEMBRO DE 1994
Mãe	DINAIR CARMO HARPS
Filha	GISELE DE FATIMA CARVALHO
Nascido	23 DE ABRIL DE 1996
Mãe	ROSI DE JESUS NASCIMENTO
Filho	ANDRE DO CARMO ROCHER
Nascido	14 DE JULHO DE 1996
Mãe	EDINEIA MIZAEEL
Filha	EDILAINE FITZ
Nascido	20 DE JULHO DE 1996
Mãe	LENIRA DE CARVALHO
Filho	JANIEL DA GUIA LEAL
Nascido	23 DE OUTUBRO DE 1995
Mãe	SANTINA JESUS CASTRO
Filho	JOSE DO CARMO LEAL
Nascido	28 DE OUTUBRO DE 1995
Mãe	GERMINA SARUYA ROCHER
Filha	EVA DA GUIA ROCHER
Nascido	02 DE OUTUBRO DE 1994
Mãe	CLEIDELI CARVALHO
Filho	ALESSANDRO DA GUIA
Nascido	19 DE JANEIRO DE 1995

Figura 39 e 40: Caderno de Anotações de Parto
Fonte: Acervo da Parteira

⁷¹ O SINASC foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde a partir de 1.990 (MOTA & CARVALHO), 2003. Nestas anotações da parteira já consta um parto atendido em 1989, mas possivelmente ela tenha iniciado esta prática há mais tempo.

Tabela 3: Dados datasus

Nascidos vivos – Paraná		
Nascim p/resid. mãe por Município e Aglomerado urbano		
Aglomerado urbano: Curitiba		
Local ocorrência: Domicílio		
Tipo de parto: Vaginal		
Período: 1996		
Município	Curitiba	Total
410020 Adrianópolis	10	10
410040 Almirante Tamandaré	10	10
410180 Araucária	15	15
410230 Balsa Nova	1	1
410310 Bocaiúva do Sul	1	1
410400 Campina Grande do Sul	1	1
410420 Campo Largo	5	5
410580 Colombo	10	10
410620 Contenda	1	1
410690 Curitiba	154	154
412863 Doutor Ulysses	4	4
410765 Fazenda Rio Grande	2	2
411125 Itaperuçu	6	6
411915 Pinhais	3	3
411950 Piraquara	1	1
412080 Quatro Barras	3	3
412120 Quitandinha	6	6
412220 Rio Branco do Sul	4	4
412550 São José dos Pinhais	13	13
412760 Tijucas do Sul	5	5
412788 Tunas do Paraná	1	1
Total	256	256

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC
 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.htm>>. Acesso em 20 set
 2004.

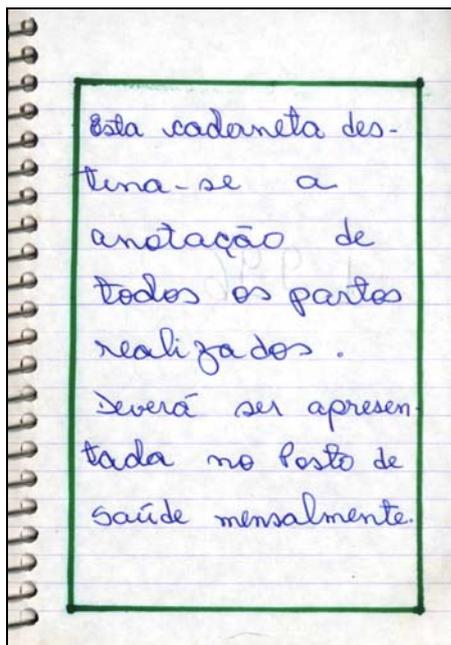


Figura 42: Caderno de Anotações de Parto
Fonte: Acervo da Parteira

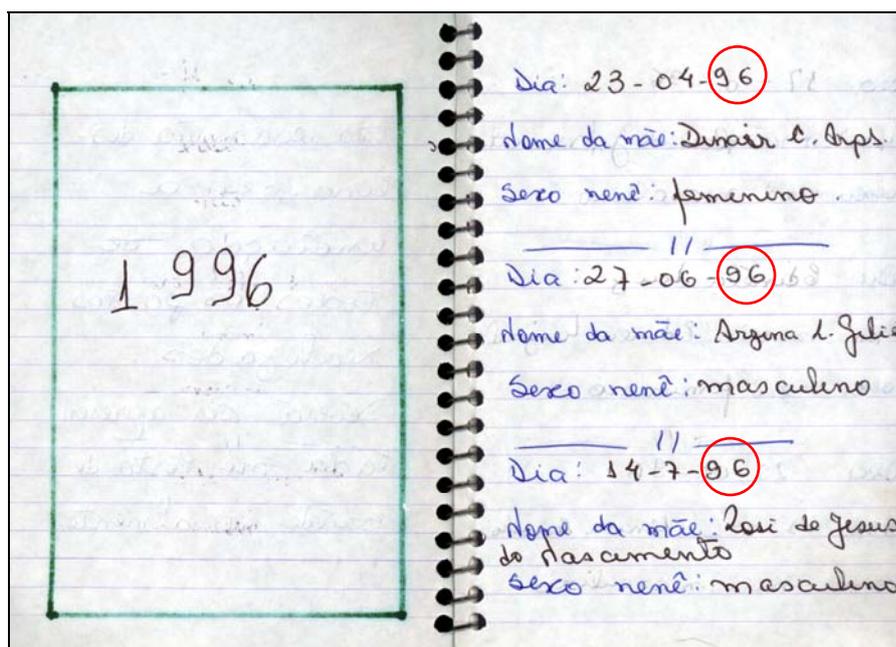


Figura 43: Caderno de Anotações de Parto
Fonte: Acervo da Parteira

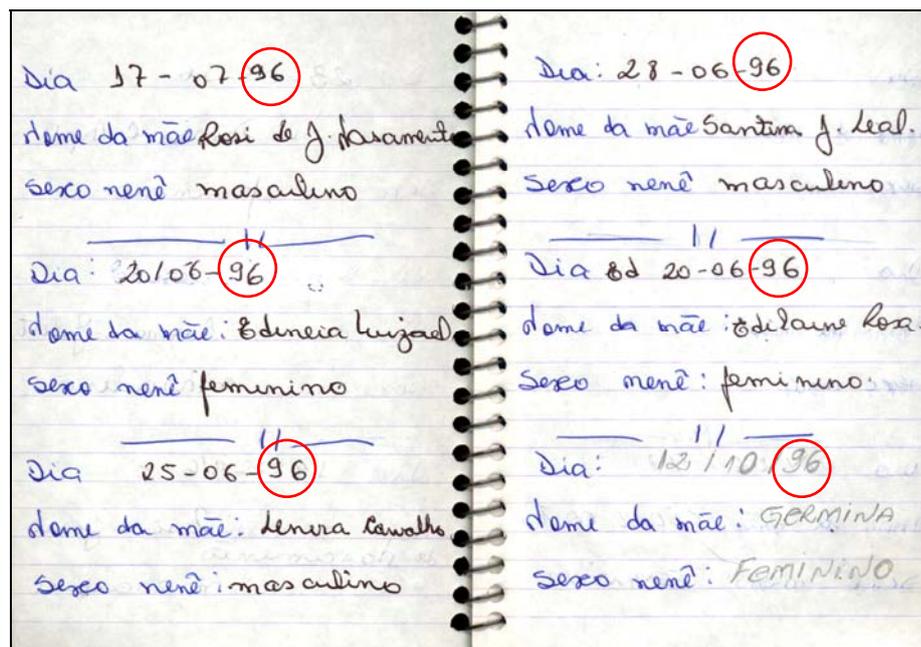


Figura 44: Caderno de Anotações de Parto
Fonte: Acervo da Parteira

MÃE	LINDAMIR DE CARVALHO
FIHA	ANGELICA LEAL
NASCIDO	05 DE SETEMBRO DE 1996

Figura 45: Caderno de Anotações de Parto
Fonte: Acervo da Parteira

Há que se considerar, no entanto, que além da parteira que fez as anotações dos partos, também há outras parteiras atuantes naquela localidade – das quais, nove participaram da nossa pesquisa. Este fato indica que, possivelmente, outros nascimentos domiciliares atendidos por elas continuam ocorrendo sem a devida notificação⁷². Tal subnotificação é motivo de preocupação por parte da OMS, explicitada já em 1985, encorajando um sistema de levantamento mais preciso dos partos ocorridos em comunidades rurais⁷³.

⁷² Uma parteira do Superagüi relatou que o bebê nascido na comunidade, ao ser levado ao hospital para fazer o “teste do pezinho” é registrado pelo cartório como nascido no hospital.

⁷³ WHO. *Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*. Fortaleza, Brazil, 22-26 abril, 1985, documento citado por (TORNQUIST, 2004).

Consultando a Secretaria Estadual de Saúde do Estado Paraná para sabermos o total de nascimentos ocorridos no Estado no período compreendido entre os anos de 2002 a 2004, obtivemos a informação expressa na tabela 4.

Tabela 4: Quadro de Nascidos Vivos no Paraná

Nascidos vivos PR			
Local Ocorrência	2002	2003	2004
Hospital	164362	156670	158355
Outro Estabelecimento de Saúde	991	846	707
Domicílio	722	603	536
Outros	82	76	96
Não informado	0	0	0
Ignorado	5	0	2
Total	166162	158195	159696

Fonte: SINAS - DVSI - CIDS - SES/PR

Com base na **tabela 4**, percebemos que no Estado do Paraná, os nascimentos ocorrem, predominantemente, em ambiente hospitalar. No item “outros estabelecimentos de saúde”, estão agrupados os nascimentos que ocorreram em postos de saúde, ambulatórios etc. Na categoria “outros”, estão os nascimentos que aconteceram fora de um ambiente “oficial” de saúde. Nestes estão listados os partos em que a pessoa mais próxima é quem presta os cuidados mais imediatos como: acolher o bebê; cortar o cordão etc. Também fazem parte desta categoria os casos em que o bebê nasce enquanto a parturiente está sendo levada para o hospital/maternidade; caracterizada pelo serviço de saúde como “nascido em trânsito”.

5.12.2 Outras Atividades da Parteira na Comunidade

Além de acompanhar os nascimentos da maioria das crianças da comunidade em que atua, a parteira desempenha uma função que diz respeito à educação. Como ela domina, tacitamente, o campo de saber relativo aos aspectos da reprodução, a comunidade costuma acatar as orientações que ela faz a respeito dos assuntos inerentes aos cuidados com o corpo e ao exercício da sexualidade.

Uma parteira nos diz que incentiva os adolescentes a respeitarem seus corpos e se prevenirem de gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. Ela também considera importante orientar as mães a fazerem a correta higienização

da genitália de seus filhos e filhas enquanto bebês. Então, diz a parteira, “*explico para as mães que a menina é limpa da frente para trás*”, por que, se fizer a higiene no sentido contrário “*as fezes fazem infecção na vagina da criança*”.

E, talvez por serem consideradas pela comunidade como missionárias, no povoado onde moram elas são reconhecidas como mulheres que atendem não só os partos, mas também outros problemas de saúde. “*Vão atrás da gente não é só pra pegar menino [...] se o bebê adoecer, as pessoas também vão à minha casa para eu fazer um chá, um benzimento.*”

Além deste aspecto da saúde, nota-se que há uma preocupação com o atendimento à mulher e à criança, que vai além do momento do nascimento. Uma parteira atuante há 29 anos numa das comunidades, relata um parto que atendeu em que houve necessidade de reanimar o bebê:

“ [...] estava saindo um sanguinho do nariz do nenê. Ele estava todo molinho e roxinho, então eu fiz respiração boca a boca. Lá na roça, sempre que nasce um nenê, nós usamos soltar um foguete ou dar um tiro pro alto, que é para avisar que já nasceu. Com o susto, o nenê chorou. Hoje esse rapaz está em Portugal estudando” (Dona Lena, 58 anos, parteira).

É costume comum entre as parteiras procurarem saber da vida dos bebês depois de adultos; sobre o que estão fazendo, onde estão morando, se casaram, se já tiveram filhos, etc. Algumas destas crianças, agora já adolescentes ou adultos, mantêm com elas alguma relação de amizade, chamam-nas de avó, ou de mãe.

Muitas parteiras – enfatizamos que estas são características de parteiras tradicionais e que normalmente atuam em comunidades rurais -, também exercem posição de líderes na comunidade, sendo chamadas para atender outros assuntos relacionados à saúde da mulher e da criança. Segundo Dona Lena, as parteiras são procuradas pelas pessoas da comunidade “*não só para pegar menino, mas também para atender problemas como hemorragia, infecção de urina*” e outros problemas relacionados à saúde da mulher ou da criança.

Por exemplo, para a hemorragia, que pode ser causada por anemia, a parteira “*tem sempre rapadura em casa*” para oferecer à gestante. Ou então, “*faz suco de couve e leva para a mulher*”, pois, acrescenta a parteira: “*se a gente não ajudar com a alimentação, elas não terão forças para amamentar e criar o filho*”. A pobreza de recursos materiais obriga as parteiras a mobilizarem-se num gesto de

solidariedade com o objetivo de diminuir as conseqüências desta falta. Por exemplo, uma delas relata que *“cria galinhas para fazer a sopinha para a mulher tomar e ter forças na hora de ganhar o bebê”*.

Uma parteira do Vale do Jequitinhonha nos fala de sua experiência em tratar a *“infecção de urina”* das mulheres. Então, logo depois que atende o parto, a parteira *“vai ao quintal e arranca uma raiz de algodão e faz um chá para ela tomar”*. De forma que a raiz de algodão teria, nesse caso, o efeito de um antibiótico. Acrescentamos que esta terapêutica *“logo após o nascimento do bebê”* está associada à crença de que *“os cuidados dispensados ao corpo da mulher durante o período gravídico puerperal”* repercutem na sua saúde futura. Nesta mesma perspectiva, portanto, situamos a preocupação das parteiras com a saúde integral da mulher, já apontada neste trabalho.

Do ponto de vista da educação e puericultura, elas também exercem funções importantes. Segundo Cléo, *“é preciso estar atenta à saúde das crianças recém nascidas”*. A mãe muitas vezes passa o dia trabalhando na roça e *“esquece de cuidar do menino”*. Então a parteira lembra à mãe: *“essa criança precisa de um banho e de se alimentar”*. Uma delas diz que não permite que os pais castiguem as crianças maiores. Se alguma mãe, ou pai, *“não está sabendo educar”* sem recorrer a castigos, a parteira *“toma a criança e a entrega para o conselho tutelar”*.

Não só na resolução de problemas inerentes ao ambiente privado, mas também nos que ocorrem no espaço público, há participação efetiva das parteiras para a comunidade. Muitas vezes é necessário que elas busquem respaldo político para exigirem o cumprimento da lei em proteção de membros da comunidade. Mariléa, 42 anos, parteira no Vale do Jequitinhonha desde os 13, comenta que certo dia foi socorrer uma mulher que fora espancada pelo marido e a encontrou toda ensangüentada no chão do barraco. A parteira então *“pegou o cabo da foice e enfrentou o homem”*. Levou-o à justiça e exigiu que ele pagasse, com a prisão, a violência que cometera contra a mulher.

Num outro episódio, igualmente violento, a parteira lembra a situação de uma menina que se tornou mãe aos doze anos de idade. Sozinha e sem qualquer recurso financeiro, tampouco da própria família, que não lhe deu apoio como forma de punição pela gravidez precoce, a garota e o bebê estavam morrendo de fome. A

parteira foi em busca do pai do bebê, levou-o à justiça e reivindicou que ele assumisse a paternidade da criança.

Atitudes como essas denotam que em comunidades rurais, distantes dos recursos materiais e amparos sociais, as parteiras também promovem a justiça e, se for necessário, elas o fazem – de acordo com sua função de parteira -, “com as próprias mãos”.

Entre os dados construídos durante nossa pesquisa, destacamos um que diz respeito à remuneração do trabalho executado pela parteira tradicional. Reforçamos que este aspecto nos parece bastante importante, sobretudo se considerarmos que a sociedade em que se vive atualmente é regida pela linguagem do lucro e do consumo, tendo como moeda de troca, exclusivamente, o dinheiro.

Ao perguntarmos à parteira se ela fazia algum tipo de cobrança pelo seu trabalho, a grande maioria das respostas obtida foi: “*Nunca, nunca, nunca cobrei nenhum centavo*”. Algumas respostas eram acrescidas de comentários do tipo: “*Como é que eu vou poder cobrar pela dor alheia? [...] eu não cobro a dor dos outros. Eu também passei por estas e nunca paguei a mulher que me atendeu. [...] é triste a gente estar sofrendo ali e ainda carecer pagar, né?*”

Há que se pontuar que o nível socioeconômico da maioria das pessoas das comunidades pesquisadas, é predominantemente baixo, conforme dados fornecidos pelo IBGE, constantes no item 3.1 deste trabalho. No entanto, para as parteiras entrevistadas, o atendimento ao parto não pode ser uma atividade que vise gerar recursos materiais para sobrevivência. D. Amália, por exemplo, nos adianta: “*Nunca cobrei um tostão [...] eu tenho meu recurso de vida, graças a Deus. Eu tenho dó de comer e de vestir a dor alheia*”. E argumenta: “*Pra mim, cobrar por este serviço é pecado*”.

Os depoimentos feitos por várias parteiras repetem expressões semelhantes: “*[...] foi coisa que minha mãe me falou. Que a gente nunca deve cobrar as dores dos outros por que nós que somos mãe, que tivemos filho, a gente já sabe como é aquela dor.*” Neste depoimento, e em outros, aparece como forte razão para não receber qualquer remuneração pelo trabalho de partejar, a frase: “*nunca deve cobrar a dor das outras mulheres*” por que, continua ela: “*não é justo*”.

Os depoimentos das mulheres atendidas pelas parteiras, também confirmaram que elas não cobravam pelo trabalho, mesmo que fosse preciso

“passar a noite toda cuidando até o nenê nascer”; então *“a gente dava um presentinho”*. Houve exceção de apenas uma parteira daquela comunidade, que, segundo uma testemunha, *“ela cobrava um valorzinho, mas a gente pagava e ainda ficava devendo para a vida toda uma obrigação”*.

Nota-se que no universo das parteiras, no que diz respeito à função de partejar, não há uma correlação com o mundo dos negócios, tal como acontece na sociedade em geral, que hoje é quase mundialmente regulada e controlada pelo sistema capitalista.

Ao contrário, a maioria dessas pessoas geralmente se organiza em pequenas comunidades e formam uma rede de sociabilidade, conforme apontado por Carvalho (1997). Uma ajuda a outra e a moeda de troca não é o dinheiro, mas sim a solidariedade. Uma vez estabelecido esse código, há entre elas a certeza de que a pessoa ajudada contrairá uma dívida - que eles chamam de “obrigação”. Sem precisar assinar papel algum para garantir o pagamento, essa dívida será naturalmente paga com a prestação de ajuda à outra pessoa que esteja necessitando.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a maneira como se produz, apropria, difunde e transforma o conhecimento tecnológico no processo do parto domiciliar acompanhado por parteiras tradicionais, constituiu-se no objetivo geral da nossa investigação científica. Num sentido específico, perseguimos mais pontualmente detalhes que consideramos imprescindíveis ao atendimento do processo de parir e nascer. Para este fim investigamos as técnicas, os artefatos e os procedimentos realizados pelas parteiras na atenção e cuidados dedicados ao parto, ao recém-nascido, à puérpera.

O percurso que arquitetamos para atingir os objetivos almejados compôs-se, basicamente, em pesquisar a forma como o conhecimento é apreendido e apropriado pelas pessoas em geral, nas vivências e experiências do dia-a-dia. O material bibliográfico consultado nos possibilitou compreender que este aprendizado acontece em diferentes momentos da vida de cada um, de acordo com o ambiente, com as situações peculiares a cada cultura, de acordo com características sociais, econômicas etc. Adquirir conhecimento, portanto, é uma faculdade inata e inerente a todo ser humano, irremediavelmente estimulado pela curiosidade latente em descobrir a sua origem e destino.

Entendemos que investigar a produção do saber e da especificidade do universo vivido pelas parteiras, tem relevância acadêmica e social no sentido de contribuir para um espaço dinâmico de discussão e de reflexão crítica, como uma estratégia de conscientização da hegemonia do pensamento científico.

Pensamento que tende cada vez mais a globalizar e a homogeneizar as pessoas, as culturas e os diferentes modos de viver. Esta dinâmica está centrada num modelo de controle e poder que rechaça o fato de que “a pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir” (ARENDR, 2004, p. 16).

A negação desta condição singular e humana de estar no mundo, talvez seja a responsável por grande parte da discriminação e exclusão de sujeitos e atores sociais. A maioria das pessoas atualmente tem sua vida controlada e regulada segundo normas que favorecem a manutenção do poder às classes dominantes. Qualquer atitude, profissão, comportamento, etc., que esteja dissonante com estas

normas, poderão significar ameaça ao *status quo* da sociedade e, portanto, devem ser desconsideradas, deslegitimadas e excluídas. Existem “n” situações que se mostram ameaçadoras desta *ordem social* nos diferentes aspectos da vida humana: seja de caráter econômico; social; cultural; sexual; profissional, etc.

No que diz respeito à atuação da parteira no atendimento ao parto, a literatura consultada apresenta forte subsídio para evidenciar a disputa de poder existente no meio institucional e acadêmico pelo conhecimento de partejar. Martins (2004), por exemplo, aponta o interesse econômico e político em legitimar este saber como pertencente ao campo profissional da medicina. Nota-se então que, a partir desta (des) apropriação, a comunidade científica, em especial a biomedicina, utiliza-se de farta argumentação para justificar a “ignorância” e a desqualificação da parteira tradicional para atuar no campo da obstetrícia (MOTT, 1999).

Importa esclarecer que este trabalho - em que pese nosso intuito de provocar uma reflexão sobre a hegemonia do saber científico sobre o saber popular -, não pretende desvalorizar nem um conhecimento nem outro, mas de fazer uma aproximação e propor uma troca interativa entre as duas categorias de pensamento.

O conforto que o desenvolvimento científico tecnológico possibilita à maioria das pessoas nos dias de hoje, representa um significativo diferencial na atenção à saúde, no que diz respeito a salvar vidas. É inegável que dentro de um hospital ou maternidade, uma situação de dificuldade extrema pode ser contornada e a criança e/ou a mãe terem suas vidas preservadas.

Por outro lado, há que se pontuar que o número de casos cujo atendimento se enquadra na chamada “gestação de risco” e que, portanto, se beneficia enormemente da alta tecnologia hospitalar, está estimado em 10 a 15% da população obstétrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Para o restante dos casos, por conta das rotinas e protocolos rígidos, o atendimento hospitalar ocorre de forma impessoal, com acentuada intervenção tecnológica, que na grande maioria das vezes é comprovadamente⁷⁴, agressiva, invasiva e desnecessária.

⁷⁴ DINIZ, Simone. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>, Acesso em 24.05.2006.

Ressalte-se também que muitas vezes as normas e procedimentos hospitalares são realizados com a explícita⁷⁵ justificativa de manter o poder; tanto da autoridade institucional como econômica – inegáveis alicerces bem plantados dentro do contexto do sistema capitalista.

A normatização sócio-político-econômica de que o evento do parto e nascimento deve ser realizado unicamente no modelo médico-hospitalar, torna-o cada vez mais sintonizado com a tecnocracia que rege a sociedade. Conseqüentemente, afasta cada vez mais o fenômeno de parir e nascer dos rituais necessários para a construção das relações de afeto, emocionais e psicológicas, imprescindíveis ao desenvolvimento humano saudável.

Os avanços da biomedicina, sem dúvida, significam diferencial de qualidade no atendimento ao parto hospitalar. A alta capacitação/especialização técnica dos profissionais da equipe obstétrica e a tecnologia eficaz para atender emergências e situações de risco; para citar alguns. O elevado nível de formação profissional da equipe técnica, a eficácia tecnológica e a higienização/esterilização do ambiente hospitalar, compõem uma base cuidadosamente montada que tem como meta principal: a melhor qualidade de assistência ao processo, com o menor risco possível de mortalidade materna e/ou infantil.

Na outra ponta, radicalmente oposta, situa-se o atendimento realizado por parteiras tradicionais. Associadas a ele estão as piores memórias relativas ao tempo em que havia muitas mortes maternas, uma vez que as parteiras não tinham condições de solucionar os problemas relacionados aos partos complicados.

Sobre a questão da grande incidência de mortes no tempo em que somente existiam as parteiras para prestar o atendimento ao parto, Tornquist traz uma citação da Rede Latino-Americana e Caribenha de Humanização do parto e nascimento - RELACAHUPAN:

Esta es una tortuosa verdad parcial para perpetuar el estado de cosas. Si esto fuera así nos habríamos extinguido. Hay un porcentaje de partos que se complican, como que 10% (OMS). Esos son los que em outro tiempo hubieran supuesto um riesgo de muerte, los que no pueden prescindir de la ayuda medica. (CASTILLO apud TORNQUIST, 2004 p. 217)

⁷⁵ Por exemplo, impedindo a participação do acompanhante da escolha da parturiente, durante todo o processo do nascimento, previsto na LEI nº 11.108, de 7 de abril de 2005; ou impondo rotinas já consideradas pela OMS (1996), como ineficazes; prejudiciais; inadequadas, etc.

Na realidade brasileira atual, segundo Valongueiro, 2005, além de a mortalidade materna representar um fenômeno de enorme gravidade social, o nível de subinformação é de aproximadamente 50%. A mortalidade materna no Brasil é uma das piores do mundo, apresentando “em 1996, a taxa de 220 mães mortas em cem mil nascimentos. [...] Para ter-se uma idéia da magnitude do problema brasileiro, nos países do primeiro mundo, essa taxa está por volta de 5 ou 10 mães por cem mil crianças”⁷⁶.

Se as pesquisas apontam a subnotificação das mortes maternas ocorridas durante o parto hospitalar, no que diz respeito ao atendimento do parto domiciliar o desconhecimento é ainda maior. Não há no Ministério da Saúde nenhum instrumento eficaz para registrar o número de nascidos vivos em parto domiciliar, nem tampouco, da morbimortalidade materna ou infantil.

Porém, é preciso levar-se em conta que o Brasil apresenta um dos maiores índices mundial de taxa de partos cirúrgicos, sendo que nos hospitais particulares, 99% dos partos são feitos através de cesariana. Segundo Heloisa Lessa, secretária executiva da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, “as brasileiras urbanas correm sete vezes mais risco de morrerem no parto do que as que vivem no meio rural”⁷⁷.

Percebemos durante a realização desta pesquisa, assim como em outras investigações e observações, que de modo geral, as mulheres rurais pensam o evento do parto de modo distinto das urbanas. As urbanas costumam ver a cesariana como a opção mais segura; enquanto que a mulher do meio rural, normalmente, afirma que “*uma mulher depois que é cortada, nunca mais tem saúde*”. Esta percepção, nitidamente oposta, muito provavelmente tem relação com o modo que cada uma é influenciada pelo meio em que vive.

Os depoimentos das mulheres rurais que entrevistamos, possibilitam dizer que o parto, mesmo quando a parteira era iniciante, ou “ocasional”, não foi vivenciado por elas com medo. Relataram poucas ocorrências de morte ou complicações, e as mulheres mais velhas dizem não entender o porquê de as filhas e noras, atualmente, terem que fazer parto cesáreo.

⁷⁶ Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br>>, Acesso em: maio/2006.

⁷⁷ Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/_cesariamb.shtml>, Acesso em: maio, 2006.

É preciso ponderar que, embora as mulheres testemunhem a eficácia do atendimento prestado por parteiras tradicionais, as condições de trabalho limitam a sua atuação. O contexto do ambiente em que vivem: no Vale do Jequitinhonha e mesmo aqui no Vale do Ribeira, tem algumas localidades que, além do difícil acesso, não há sequer luz elétrica.

Muitas vezes não é possível resolver uma complicação no parto, utilizando-se unicamente das mãos. Há necessidade de um artefato mais preciso, seja para medir a pressão arterial, ou monitorizar as condições do feto; ou para fazer uma intervenção. Os recursos disponíveis naquele momento e naquele contexto são precários e insuficientes. A complexidade do atendimento pode exigir que a única solução seja uma intervenção cirúrgica; ou colocar a criança numa encubadora; ou usar um tubo de oxigênio.

No entanto, é preciso deixar claro que são limites impostos pela condição contextual em que vivem, não se tratando, todavia, da desvalorização de um conhecimento. A própria dificuldade de transporte, de estratificação social, entre outras, impossibilita que estes profissionais tenham acesso ao outro tipo de conhecimento. Um investimento governamental no âmbito da educação, da melhoria do transporte, das condições sociais etc, poderia provocar mudanças nesta realidade. As próprias parteiras teriam interesse em aprender como prestar um melhor atendimento, desde que pudessem manter suas crenças, tradições etc., que representam o seu arcabouço tecnológico, sem o qual as descaracterizaria.

Do ponto de vista da saúde sexual e reprodutiva, assim como da qualidade da assistência ao parto e nascimento, provavelmente uma troca entre o saber tradicional da parteira e o saber institucional/científico da biomedicina representaria um ganho social.

Vale relevar que, historicamente, a literatura aponta lacunas com relação ao ensino da obstetrícia no que diz respeito à falta de experiência prática, por exemplo, do obstetra. Neste sentido, Françoise Thèbaud recupera informação de que “[...] os médicos declaravam, eles mesmos, serem incapazes de permanecerem ao lado da parturiente durante todo o trabalho de parto”, conforme matéria veiculada na “Imprensa Médica, de 19 de novembro de 1930”. A autora aponta a necessidade, naquela época, da atuação da parteira, uma vez que “o ensino obstétrico de um clínico geral era insuficiente” (THÈBAUD, 2002, p. 422).

No dias atuais, no entanto, esta realidade não está de todo alterada. A convivência que tivemos com estudantes de medicina em hospitais públicos e particulares, possibilitou presenciar a sua angústia, pois em etapa final da formação/especialização, fazendo residência em obstetrícia, pouca era a vivência de “assistir/acompanhar” um parto normal.

A falta de “experiência” do médico obstetra tem aumentado o número de questionamentos e denúncias no Conselho Regional de Medicina. Numa tentativa de diminuir estas denúncias, o CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, alerta: “As cesáreas, realizadas sem consistência na indicação, podem ser encaradas como procedimentos desnecessários e que impõem riscos aumentados tanto na morbidade quanto na mortalidade materna.” Orienta, portanto, que o profissional deve evitar a intervenção, se esta for “[...] por insegurança nas suas capacitações em permitir o parto vaginal” (ROSAS, 2002, p. 92).

O modelo acadêmico da formação médica-obstétrica, conforme o exposto, tem gerado conseqüências que merecem uma reflexão. A construção de um saber eminentemente, ou quase, teórico-científico, não é suficientemente eficaz. Por outro lado, o atendimento prestado por parteira, também prescinde de conhecimento teórico que poderia aperfeiçoar ainda mais a sua prática.

Se ambas as categorias, de parteiras e de médicos, fossem aliados na construção, apropriação e difusão deste saber, provavelmente ambos sairiam fortalecidos, repercutindo, certamente, num melhor atendimento ao parto e ao nascimento.

Ressaltamos, porém que esta troca de saberes não pode ocorrer dentro de um modelo hegemônico ou autoritário. Atualmente, por exemplo, os cursos de capacitação, já referendados neste trabalho, apresentam-se dentro desta linha de atuação⁷⁸. A equipe técnica do Ministério da Saúde convida as parteiras a participarem da capacitação. Ouvem suas histórias de vida e as técnicas que elas utilizam no atendimento ao parto, porém não consideram suas práticas como adequadas ao modelo científico. Tampouco perguntam se elas querem ou não, aprender novas técnicas de atendimento. Ao contrário, tentam impor às parteiras, procedimentos e técnicas realizados de acordo com o que a biomedicina acredita

⁷⁸ Se detivermos atenção à palavra ou ao ato de *capacitar* alguém, teremos, explícita e assumidamente, a condição deste alguém como (in)capaz.

ser a forma correta. Acreditamos ser urgente uma reflexão mais profunda sobre esta questão, levando-se em conta o caráter singular e legítimo do conhecimento tácito desenvolvido por parteira tradicional.

Resta-nos neste momento, dizer que por vários motivos, o trabalho precisa ter um fechamento, uma conclusão. Porém, ao invés de obtermos respostas possíveis de concluir, nossa pesquisa ao contrário, provocou-nos ainda mais indagações, e muitos destes questionamentos permanecem em aberto.

Uma questão ética, no entanto, insiste em nos provocar um desconforto maior. Qual seria a contribuição efetiva do nosso trabalho à comunidade pesquisada? Desenvolvida em parceria com a comunidade acadêmica, orientadores, colegas etc -, mas, sobretudo e, principalmente, com a participação incondicional das parteiras tradicionais, revelando-nos suas histórias de vida e a construção do seu saber e com os depoimentos das mulheres, lembrando suas dores de parto, etc.; esta pesquisa não pode tornar-se estéril.

Uma das premissas para que um trabalho de pesquisa mereça reconhecimento científico é o distanciamento pesquisador-objeto de estudo. Esta condição, por vezes, também nos causou relativa angústia. Como relacionar-me ao mesmo tempo com a ciência - notada e necessariamente fria, calculista, objetiva e técnica -, e com o saber tradicional e prático da parteira -, igualmente técnico, objetivo, sistemático, passível de observação, experimentação e constatação de eficácia -, porém em sintonia com os valores mais recônditos e intrínsecos ao ser humano?

Para não concluir, sugere-se a inclusão deste saber, que foi construído por parteiras e transmitido pela tradição oral de geração a geração, como um Bem Cultural de Natureza Imaterial, constituindo-se num patrimônio cultural brasileiro, conforme o Decreto nº 3.551, de 04 de agosto de 2000.

QUESTÕES QUE SUGEREM NOVAS PESQUISAS

- ⇒ Dar continuidade ao “Estudo de Validação do Sistema de Informações sobre partos domiciliares em regiões rurais no estado do Paraná”, iniciado em outubro/2005 em Salvador (BA), quando participei do Programa de Introdução

à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva – Avaliação em Saúde.

- ⇒ **Quanto à imagem negativa das parteiras:**
 - Seria por conta da disputa pelo campo profissional?
 - Teria relação com as transformações sociais do papel da mulher?
- ⇒ **O número de nascidos vivos em domicílio**, conforme a informação oficial, este número vem decrescendo gradativamente. No entanto, não podemos deixar de chamar a atenção do leitor para a informação constante na tabela 2, sobre o número de nascidos vivos em domicílio na cidade de Curitiba. Quem estaria acompanhando estes partos domiciliares ocorridos dentro da Capital Paranaense? Questão que aponta para a necessidade de uma investigação tanto quantitativa quanto qualitativa, sobre estes partos domiciliares dentro da cidade de Curitiba.
- ⇒ **Investigar as técnicas que as parteiras utilizam de forma a “provar cientificamente”** que a técnica tal, a reza tal ou um determinado chá, etc.; utilizado pela parteira no atendimento ao parto, apresenta, ou não, os resultados esperados na situação obstétrica “x” ou “y”.
- ⇒ **Sobre os números**
 - Quantos partos/nascimentos são atendidos hoje por parteiras nas comunidades pesquisadas?
 - Quantas parteiras tradicionais estão atuando nas regiões pesquisadas?Estas questões apontam para a necessidade de um cadastramento sistemático das parteiras e dos respectivos atendimentos.
- ⇒ **Sobre esta categoria de mulheres que são as parteiras:**
 - que têm marido, têm filhos, e também atendem a comunidade;
 - que têm aspirações políticas ou não;
 - que, eventualmente, também têm a motivação por legitimar a profissão;
 - que podem também ganhar a vida (atualmente elas não cobram nada, por convicção dizem que “*não podem cobrar a dor alheia*”). No entanto, como categorizar este tipo de trabalho numa sociedade capitalista? Quando elas vão atender os partos em lugares de difícil acesso, se precisam de um

transporte, carro ou barco, etc, não encontram quem o faça por solidariedade. A embarcação tem gastos com combustível, etc.

- ⇒ **Sobre os conhecimentos durante o curso de medicina.** Como é a formação do obstetra hoje? De que forma ocorre a experiência prática de atenção ao parto?

7 REFERÊNCIAS

AIRES, Maria J. **A representação do parto na mídia**. I Simpósio Brasileiro Gênero & Mídia. CEFET-PR. Curitiba, 2005.

ALMEIDA, M. F., et al. **Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo**, In: Revista Saúde Pública, 2005; 39 (3): 366-75. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp> Acesso em nov. de 2005.

ARAUJO, Sandro M.C. **Tecnologia e Relações de Gênero na Pastoral da Criança**. - Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – PPGTE, UTFPR-PR, Curitiba, 2004.

ARAUJO, Hermetes R.(Org.). **Tecnociência e Cultura**, ensaios sobre o tempo presente – São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

BASTOS, João A.S.L.A. (Editorial) Revista Tecnologia e Sociedade. Periódico Técnico-Científico do programa de Pós-Graduação em tecnologia da UTFPR, n.1(out.2005). Curitiba: Editora UTFPR, 2005.

_____. **Desafios da Apropriação do Conhecimento Tecnológico** – Coletânea “Educação e Tecnologia” – Curitiba: CEFET-PR, 2000.

_____. (Org.). **Tecnologia & Interação** - Coletânea “Educação e Tecnologia” – Curitiba: CEFET-PR, 1998.

_____. (Org.). A educação tecnológica na Sociedade do Conhecimento. In: **Tecnologia & Interação**. Curitiba: Publicação do programa de Pós-Graduação em Tecnologia – PPGTE/CEFET PR, 1998, p.53-65.

_____. (Org.), QUELUZ, Marilda, QUELUZ, Gilson. **Memória & Modernidade: Contribuições Histórico-Filosóficas à Educação Tecnológica**. – Curitiba: CEFET-PR, 2000.

BERGER, Peter L.; LÜCKMANN, Thomas. **A Construção Social da Realidade: Tratado de sociologia do Conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. **Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Gestação de Alto Risco**. Min.da Saúde, DPAS/SAS, 2ª edição (reimpressão): COMIN, 1995.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2ª ed. – Brasília: Min.da Saúde, 2002.

BRUSCHINI, Cristina, LOMBARDI, Maria R. **Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio** Estudos Feministas. Florianópolis, UFSC/CFH/CCE, v. 7, n. 1-2, 1999.

BURKE, Peter (org.) **A Escrita da História: Novas Perspectivas**. São Paulo: Editora UNESP 1992.

CAMPENHOUDT, Luc Van, QUIVY Raymond, **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.

CARVALHO, Marília Gomes. (org), **Relações de Gênero e Tecnologia**, Coletânea “Educação e Tecnologia”. Curitiba: Editora CEFET-PR, 2003.

_____. Tecnologia, Desenvolvimento Social e Educação Tecnológica. **Revista Educação & Tecnologia**. Curitiba, CEFET-PR. Ano 1, n. 1, jul/1997, p. 70 a 87. Disponível em: <<http://www.ppgte.cefetpr.br/revista/vol1/art4.htm>> Acesso em: out. 2003.

_____. **Tecnologia, desenvolvimento social e educação tecnológica**. Revista Educação & Tecnologia. Curitiba, CEFET-PR. Ano 1, n. 1, jul. 1997.

CARVALHO & FEITOSA & ARAÚJO, **Tecnologia**, disponível em: <<http://ppgte.cefetpr.br/genero/tecnologia.htm>>. Acesso em 08 dez. 2005.

CHIARA, Vilma. **Fumar, Fumar, Fumar... reflexões etnográficas**. Escrita Psi – ano 2, nº1 — 107 a 125. Natal: Ed. Universidade Potiguar (UNP), 2003.

COLLIER, John. **Fotografando a interação social**. In: Antropologia Visual: A fotografia como método de pesquisa. São Paulo: EPU – Ed. Da Universidade de São Paulo, 1973.

COSTA, A.M. Política de saúde da Mulher: o contexto histórico e conceitual do PAISM. Extraído da tese de doutoramento “**Atenção integral à saúde das mulheres: Quo Vadis?** Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil”. Brasília, 2004. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. 28 p.

DAVIS-FLOYD, Robbie; ST. JOHN, Gloria. **Del Medico al Sanador**. Buenos Aires: Creavida, 2004.

DEL PRIORE, Mary, Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino, In: DEL PRIORE, Org, **História das Mulheres do Brasil**, São Paulo: Contexto, 2001.

_____. **Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Edunb, 1993.

DINIZ Simone G; DUARTE, Ana C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)** - Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004.

DINIZ, Simone G. **Fique amiga dela: dicas para entender a linguagem de suas partes mimosas**, São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003.

_____. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1997.

_____. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos – limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 24.05.2006.

DOMINGUES, Diana. **A Arte no Século XXI – A humanização das Tecnologias**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

DUARTE, Ana Cristina; KOLKENA, Dorothe; GAZOLA, Geórgia. **Curso de formação de doulas: uma luz no parto**. São Paulo: Doulas do Brasil, set. 2002.

ENGELS, F. “**Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**” in Marx, K. e Engels, F. Textos. S.P. Edições Sociais. Vol. 1, 1977, p. 61-74.

FERREIRA, Stella B. In: **Por que Cesárea? – VÍDEO-CASSETE** – Direção de Ângela Mascelani e Miriam Lane. Recife, Rio de Janeiro, Curumim: UNICEF, 2003. 20 min.: son; color.; 12mm; VHS-NTSC.

FISCHER, Dailey. **Energia elétrica: um indutor de mudanças na comunidade da vila da barra do Superagüi - entorno do Parque Nacional do Superagüi – Paraná**. Curitiba, 2004. Dissertação (Mestrado). Centro Federal de Ensino Tecnológico do Paraná – CEFET-PR.

FIGUEIRÓ, João A. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GAMA, Ruy (org), **Ciência e Técnica** (antologia de textos históricos) – S. Paulo: T.A. Queiroz, 1992.

_____. **A tecnologia e o trabalho na história**. São Paulo: Nobel: Editora da Universidade de São Paulo, 1986.

GUALDA, Dulce M.R. **Nascimento, Tempos e Formas**, Edição: Olhar Periférico, 2004. Videocassete (5 min.): VHS, NTSC, son., color.Port.

_____. **Eu conheço a minha Natureza: a expressão cultural do parto.** Curitiba: Ed. Maio, 2002.

GUIDENS, Anthony. **Modernidade e identidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

HABERMAS, J. Técnica e Ciência enquanto ideologia. In: **Os Pensadores.** São Paulo: Abril Cultural, 1983.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde & Doença.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOBSBAWN, Eric J. **Era dos Extremos. O breve século XX: 1914-1991**—São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

KRÜGER, Eduardo Leite; BASTOS, João Augusto; CARVALHO, Marília Gomes de. Apropriação do Conhecimento Tecnológico. In: BASTOS, João Augusto (org). **Desafios da apropriação do conhecimento Tecnológico.** Publicação do Programa de Pós-Graduação em Tecnologia – PPGTE/CEFET-PR. Curitiba: CEFET-PR, 2000, cap. 1, p. 7-26.

LANG, Alice Beatriz S. G. Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa. In: **Cadernos CERU** – Centro de Estudos Rurais e Urbanos. Série 2, nº.11, 2000, p. 123-134.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos.** São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. **Ciência em Ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora.** São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A Ciência do Concreto. In: **O Pensamento Selvagem.** Campinas, SP: Papyrus, 1989.

_____. A Eficácia Simbólica. In: **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro, 1996.

MAIA, Claudia de Jesus, **”Lugar” e “Trecho”:** migrações, gênero e reciprocidade em comunidades camponesas do Jequitinhonha. Montes Claros: Unimontes, 2004.

MALDONADO, Maria T. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério.** São Paulo: Saraiva, 2000.

MARTIN-BARBERO, Jesús. **Os exercícios do ver: hegemonia audiovisual e ficção televisiva,** São Paulo: Editora Senac, 2001.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX.** Tese (Doutorado). Campinas, 2000.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Textos Edições Sociais**: São Paulo, v.1, 1977.

MAUSS, Marcel, **Transmissão da Coesão Social**. Tradição, Educação, in: **Ensaio de Sociologia**. São Paulo-SP: Ed. Perspectiva, 1999.

MEIRELES, Cecília, In: MARTINS, M.C.; PICOSQUE, G; GUERRA, M.T.T. **Didática do ensino de arte: a língua do mundo: poetizar, fruir e conhecer arte**. São Paulo: FTD, 1998.

MINAYO, Maria C.de S. (org), DESLANDES, Suley F., CRUZ NETO, Otávio, GOMES, Romeu, **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** - Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. 3.ed. – Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____. **Diretrizes Básicas para Assistência ao parto Domiciliar Realizado por Parteiras Tradicionais** – Documento Preliminar – Brasília, 2002.

_____. **Livro da Parteira / Grupo Curumim** – Gestação e Parto (ONG), Área Técnica da Saúde da Mulher – Brasília: Min.da Saúde, 2000.

_____. **Parto Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher** / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MIRANDA, Ângela L. **Da Natureza da Tecnologia: uma análise filosófica sobre as dimensões ontológica, epistemológica e axiológica da tecnologia moderna**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2002.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro**. São Paulo : Cortez; Brasília, DF : UNESCO, 2002.

MOTA&CARVALHO. **Sistemas de Informação em Saúde**. In: ROUQUAYROL, Maria Z., FILHO, Naomar de Almeida – **Epidemiologia & Saúde**, 6 ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

MOTT, Maria Lucia. **A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?** Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, UFSC/CFH/CCE, v. 7, n. 1-2, 1999.

_____. **Atendimento ao parto em São Paulo: o Serviço Obstétrico Domiciliar.** In: COSTA, Cláudia, SCMIDT, Simone, (Orgs). Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004.

_____. **A expedição e o nascimento.** In São Paulo. Secretaria da Cultura do Município. Museu da Casa Brasileira (org) *Expedição São Paulo 450 anos: uma viagem por dentro da metrópole.* São Paulo: Secretaria da Cultura do Município de São Paulo, 2004.

_____. **Dossiê: Gênero & Saúde**-(Apresentação). In: Cadernos Pagu. Revista semestral do Núcleo de Estudos de Gênero – Universidade Estadual de Campinas. Jul./dez. 2005.

_____. **Parteiras no Século XIX: Mme. Durocher e sua Época.** In: COSTA & BRUSCHINI, **Entre a Virtude e o Pecado.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo : Fundação Carlos Chagas, 1992.

_____. **Parto, Parteiras e Parturientes: Mme. Durocher e sua época.** Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, 1998.

_____. **Dossiê Parto.** Revista de Estudos Feministas, v.10, n.02, pp.399-401. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico.** Genebra, 1996.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência Pré-Natal - prática de saúde a serviço da vida,** São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

ODENT, Michel. **O Renascimento do Parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OSTROWER, Fayga. **A Sensibilidade do Intelecto: Visões Paralelas na Arte e na Ciência,** Rio de Janeiro: Campus, 1998.

_____. **Criatividade e processos de criação.** Petrópolis: Vozes, 1987.

PASCALI-BONARO, Debra, B. Ed. CBE. CD (DONA). **Novos Conceitos na Assistência ao Parto: Treinamento de Doulas para Apoio no Trabalho de Parto** – Mimeo.

PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a enfermagem – Brasil: 1500 a 1930.** São Paulo: Cortez Editora, 1989.

PEDRO, Joana Maria, **Tabu, crime ou direito?** Revista Nossa História, março, 2005, Ano 2/nº.17.

POR QUE CESÁREA? Produção de Ângela Mascelani, Imagens: Miriam Lane. Recife-PE, Grupo Curumim, Apoio: UNICEF, VHS, 20 min.

PRINS, Gwyn. História Oral. In: BURKE, Peter (org). **A escrita da História: novas perspectivas,** São Paulo: Ed. UNESP, 1992.

QUEIROZ, Maria I.P. de, **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**, São Paulo: T.A. Queiroz, 1991.

ROSAS, Cristiano F. (coord.) **Cadernos Cremesp – Ética em ginecologia e obstetrícia**, 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2002.

ROSSO, Sadi Dal; BANDEIRA Lourdes; COSTA Arthur, **Pluralidade e Diversidade das Ciências Sociais: uma contribuição para a epistemologia da ciência**. in: **Sociedade e Estado**, Brasília, v.17, n.2, p.231-246, jul./dez.2002.

ROUQUAYROL, Maria Z., FILHO, Naomar de Almeida – **Epidemiologia & Saúde**, 6 ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANT'ANNA, Márcia. **Políticas Públicas e salvaguarda do patrimônio cultural imaterial**. In: FALCÃO, Andréia (Org.). *Registro e políticas de salvaguarda para as culturas populares*. Rio de Janeiro: IPHAN, CNFCP, 2005.

SAWAIA, Bader B – **Limites do julgamento ético nos estudos que se valem de técnicas qualitativas**. *Boletim do Instituto de Saúde*, nº 35 – Abril de 2005. ISSN 1518 – 1812.

SCAVONE, Lucila. “O Trabalho das Mulheres pela Saúde: Cuidar, Curar, Agir”. In: VILLELA & MONTEIRO (Orgs). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva ; Brasília : UNFPA-Fundo de Apoio de População das Nações Unidas, 2005.

SILIPRANDI, Emma. **Urbanas e rurais: a vida que se tem, a vida que se quer**. VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SZEJER, Myriam. **Nove Meses na vida da mulher - uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TAMANINI, Marlene. **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à luz da bioética e das teorias de gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil**. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

THÉBAUD, Françoise. **A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras** *Revista de Estudos Feministas*, v.10, n.02, p.415-427, 2002.

TOBAR, Federico. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos úteis e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil**. Tese (Doutorado). PPGAS, UFSC, Florianópolis, 2004.

TOURAINE, Alain. **Crítica da Modernidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

VALONGUEIRO, Sandra, LUDERMIR, Ana B., GOMINHO, Lílian A.F., **Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas** – Cadernos de Saúde Pública, vol.19. Supl.2 - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. Ministério da Saúde - Rio de Janeiro, 2003.

VARGAS, Milton. **Para uma filosofia da tecnologia**, São Paulo: Ed. Alfa Ômega Ltda., 1994.

WHITAKER, Dulce C.A. Análise de entrevistas em pesquisas com histórias de vida. In: **Cadernos CERU**. Centro de Estudos Rurais e Urbanos – São Paulo: CERU/USP, n.11, 2000.

WHITE JR. L. Tecnologia e invenções da idade Média. In: GAMA, Ruy (org). **História da Técnica e da Tecnologia**. São Paulo. T.A. Queiroz/EDUSP, 1985.

TRIBUNA DO NORTE. Disponível em:
<<http://www.tribunadonorte.com.br/noticia.php?id=10806>> Acesso em 22.05.2006.

ANEXO A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM AS PARTEIRAS DO PARANÁ

1) Caracterização da parteira:

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Idade que tinha quando atendeu o primeiro parto:

Número de partos atendidos até o dia da entrevista:

Local onde mora e atua como parteira:

2) QUESTÕES ACERCA DA

a) PRODUÇÃO,

- Como aprendeu;

- O que aprendeu;

b) APROPRIAÇÃO,

- Desde que idade é parteira;

- Como e quando foi o primeiro parto que atendeu;

c) TRANSMISSÃO e a

- Está ensinando alguém sobre o conhecimento de partejar;

d) TRANSFORMAÇÃO DO CONHECIMENTO.

- Se hoje faz diferente do modo que aprendeu;

e) PROCEDIMENTOS;

- Como faz os diagnósticos: idade gestacional; fases do parto; estado de saúde da mãe e do bebê.

- Faz os procedimentos: rompimento de bolsa; lavagem intestinal; preparo do períneo; toque vaginal; manobras para versão externa do feto.

- Como faz o curativo para cicatrização do cordão umbilical;

- Qual o destino dos fluídos do parto, como a placenta; etc.

f) ARTEFATOS;

- Leva um “Kit” com materiais que vai usar para o atendimento?

- Usa luvas para realizar os procedimentos?
- Quais os chás mais utilizados?
- Leva os chás de casa ou a mulher já deixa preparado?

g) CRENÇAS;

- As rezas; existem orações específicas para cada caso/complicação?
- O clima pode influir no trabalho de parto? O frio, o calor, a chuva, o vento.
- O respeito à fase do puerpério; o mal-de-sete-dias; e outros.
- As simpatias.

h) REMUNERAÇÃO

- Recebe algum pagamento pelo trabalho realizado?

ANEXO B

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS RELACIONADAS AO PARTO NORMAL.

Na publicação: “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, o Ministério da Saúde, 2001, traz no capítulo: *Evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto*, p. 187-189, as práticas classificadas pelo Grupo Técnico de Trabalho sobre o Parto Normal, da OMS, 1996, em quatro categorias:

A: PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

1. Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado;*
2. Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto;
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;*
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.*
5. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto;*
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for mais seguro;
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;*
8. Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;*
9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;*
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem;*
11. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;*
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal;*
13. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis⁷⁹;

* Práticas comumente usadas pela parteira.

14. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta⁸⁰;
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;*
16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;*
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto.* Uso do partograma;
18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto;
19. Condições estéreis ao cortar o cordão;*
20. Prevenção da hipotermia do bebê;*
21. Prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K;
22. Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina;
23. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno;*
24. Alojamento conjunto;*
25. Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV;
26. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;*
27. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto;**

B: PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS

1. Uso rotineiro de enema;
2. Uso rotineiro de tricotomia;
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
6. Exame retal;
7. Uso de pelvimetria por Raios-X;

*** Práticas comumente usadas pela parteira.**

**** Somente a tração controlada do cordão é prática comumente usada pela parteira.**

^{78 e 79} Muitas parteiras entrevistadas disseram que se tiverem luvas e material descartável no momento do atendimento, também os utilizam.

8. Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos;
 9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
 10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
 11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
 12. Uso de comprimidos orais de ergometria no terceiro estágio de trabalho de parto com o objetivo de evitar a hemorragia;
 13. Uso rotineiro de ergometria por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
 14. Lavagem uterina rotineira após o parto;
 15. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto;
 16. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia;
 17. Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador;
 18. Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas no fundo uterino no período expulsivo;
 19. Prática liberal de cesariana;
 20. Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais;
 21. Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento;
- C: PRÁTICAS EM RELAÇÃO ÀS QUAIS NÃO EXISTEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA, ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO;**
1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto como ervas.***
 2. Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
 3. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto.***
 4. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
 5. Clampeamento precoce do cordão.
 6. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.
- *** **Algumas parteiras relatam realizar.**

D: PRÁTICAS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS DE MODO INADEQUADO.

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistêmicos;
3. Controle da dor por analgesia peridural;
4. Monitoramento eletrônico fetal;
5. Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
6. Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviços;
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
9. Cateterização da bexiga;
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
12. Parto operatório;
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia;
14. Exploração manual do útero após o parto;

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)